



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz -**FIOCRUZ**
Escola Nacional de Saúde Pública -
ENSP



**Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a
Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG**

Felisa Anaya

Orientador: Prof. Dr. Paulo Amarante

Rio de Janeiro
2004

Felisa Anaya

**Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a
Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Área de Concentração: Planejamento e
Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Amarante.

Rio de Janeiro
2004

Ao pessoal do CERSAM Noroeste e Nordeste, que me acolheu com tanto carinho, permitindo-me compartilhar de seu cotidiano, de suas dificuldades, do trabalho bonito e árduo que vem exercendo. Aos usuários desses serviços, que aceitaram minha presença em momento não tão fácil para alguns, fazendo-me aprender mais sobre eu mesma e deixando muitas marcas de saudade.

AGRADECIMENTOS:

Às Flávias, Helena, Mendes e Neves (Bico) pela amizade e por fazerem deste percurso um momento muito especial na minha vida. E à Mari, é claro!

Ao meu orientador Paulo Amarante, que tem lugar muito especial no meu coração, aceitando generosamente me auxiliar na pesquisa, me ensinando ser uma pessoa melhor, menos institucionalizada e mais apreciadora das coisas boas da vida.

Ao Sílvio Yasui, com quem sempre aprendi muito e por quem tenho muita consideração. Obrigada por acolher minhas dúvidas e meus pedidos de socorro.

A Andréa Guerra, obrigada pela força contagiante que sempre passou, me incentivando desde o início a ir em frente, e sem a qual este trabalho talvez não se realizasse. Mais uma vez apostando em mim, hoje posso ter a felicidade de ser sua parceira de profissão.

A Cidinha e Rubens Nascimento, meus eternos professores. Marcos divisores no meu percurso.

A Tânia Ferreira, minha gratidão por todo o processo que se dispôs a trabalhar comigo coisas que são somente minhas.

A Nina Isabel Soalheiro por me honrar com sua participação na banca.

A José Luiz Telles, pelas preciosas sugestões que acompanharam este projeto desde a qualificação até o resultado final.

A todos os informantes-chaves que concordaram em participar do trabalho.

A Clodomiro Rojas e Ângela Cançado, pessoas tão queridas, me apoiando e incentivando durante o processo, cada um a seu modo. Pessoas que me fizeram rir muito e aprender muito também. Sempre do meu lado, mesmo quando não estavam certas disso.

A Rodrigo Rojas, meu irmão, por quem cada vez tenho mais admiração e afeto. Compartilha momentos bons na vida, me apóia quando a coisa aperta e enfrenta com coragem e cada vez com mais desenvoltura a condição de ser o primeiro de uma boa ninhada, modéstia à parte.

A Rogério Rojas, pelas boas lembranças do que já vivemos e pelos dias que virão, pois a esperança é a última que morre. Porque, ainda é meu irmão querido.

A Tânia Anaya, que sempre me mostrou outras referências na vida, povoando minha imaginação desde criança, enchendo meu mundo de colorido, de índios, de quilombolas, de gente como a gente, de amizade e de David.

A Cláudia Anaya, por abraçar este trabalho como se fosse seu. Agradeço pela pressão para eu terminá-lo, pela convivência diária, pelo coração grande, por aceitar a Mina e me possibilitar compartilhar do seu crescimento a cada dia. Ah! Por tudo isso agradeço também à Dra. Solange, sua analista.

E aos meus compadres Graciela e Marcelo, sempre generosos em me ajudar e por me confiarem o Raulzito.

“Con un hisopo entintado marcó cada cosa con su nombre: mesa, silla, reloj, puerta, pared, cama, cacerola. Fue al corral y marcó los animales y las plantas: vaca, chivo, puerco, gallina, yuca, malanga, guineo. Poco a poco, estudiando las infinitas posibilidades del olvido, se dio cuenta de que podía llegar el día en que se reconocieran las cosas por sus inscripciones, pero que no se recordara su utilidad. Entonces fue más explícito”.

(MARQUEZ, Gabriel: 1970, 213)

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	xi
LISTA DE ABREVIACÕES	xii
APRESENTAÇÃO	01
1 – Metodologia: o andar da pesquisa	05
2 – Fundamentos, crise e transição do paradigma da ciência moderna	13
2. 1 – O paradigma da ciência moderna	16
2. 2 – Crise e transição do paradigma da ciência moderna	20
2.3 – O problema epistemológico da complexidade de Edgar Morin e o paradigma emergente de Boaventura de Souza Santos: desafios para o campo da Ciência.....	22
3 – Constituição do saber médico, o paradigma psiquiátrico, a instituição asilar e suas “reformas”	
3 . 1 – O paradigma da ciência moderna na constituição do campo da medicina	27
3 . 2 – Fundamentos do paradigma psiquiátrico e a instituição asilar.....	30
3 . 3 – As reformas asilares ou a psiquiatria reformada.....	37
4 – O paradigma da desinstitucionalização	42
4. 1 – Desinstitucionalização enquanto desospitalização	42
4. 2 – Desinstitucionalização enquanto desconstrução	46
4. 3 – Os caminhos da desinstitucionalização na experiência italiana: a história de Gorizia	50
4. 4 – A desinstitucionalização em Trieste.....	54
4. 4. 1 – Primeiro momento: a desmontagem do manicômio (1971-75)	54
4. 4. 2 – Segundo momento: a instituição inventada (1975 em diante)	61

5 – A reforma psiquiátrica no Brasil, a constituição dos novos serviços de atenção psicossocial e a noção de serviço substitutivo	67
5 . 1 – Reforma psiquiátrica: um processo social complexo	68
5 . 2 – A configuração dos novos serviços de SM no Brasil e suas normatizações	73
5. 3 – Serviço substitutivo: natureza e conceitos	83
5 . 3 . 1 – O território como recurso aos serviços substitutivos.....	88
6 – História da reforma psiquiátrica em Minas Gerais e a nova política de saúde mental de Belo Horizonte	97
7 – Análise dos resultados: o CERSAM e a noção de substitutivo a partir da produção de sentidos no cotidiano	110
7. 1 – Caracterização dos CERSAM´s	110
7. 2 – O projeto de saúde mental	114
7. 3 – A definição do CERSAM e concepção de substitutivo pelos coordenadores de saúde mental de BH e gerentes dos CERSAM´s.....	116
7. 4 – O lugar da clínica na organização do CERSAM	121
7. 5 – Princípios identificados pelos trabalhadores que orientam as práticas substitutivas do CERSAM	125
8 – Considerações finais	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
ANEXOS	151

RESUMO

Propiciada por um contexto de crise e transição paradigmática, ocorrido no campo das ciências, a Reforma Psiquiátrica, a partir dos anos 80, operou importantes transformações conceituais, sociais, éticas, jurídicas e institucionais no que se refere à atenção psiquiátrica no Brasil. Sob a insígnia “*Por Uma Sociedade sem Manicômios*”, formulada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, produziu rupturas com o paradigma asilar e suas formas de exclusão. Em consequência a estas transformações, surgiram novos serviços com experiências inovadoras, orientados por uma ética de inclusão social e afirmação do direito de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Chamados *serviços substitutivos* pelas rupturas operadas com o modelo manicomial e seus referenciais, abriram novo campo de construção de outros saberes, práticas, cultura e formas de se relacionar com a *loucura*.

A produção e a proliferação dos *novos serviços* ou *serviços substitutivos* no contexto do SUS se configuram como um dos mais importantes desafios aos princípios da Reforma Psiquiátrica, em vista das rupturas que operam em oposição a uma simples reforma técnico-assistencial. A problematização do seu significado, a identificação de sua genealogia e de suas propostas tornam-se objeto desta investigação, uma vez que a utilização do seu termo é pouco identificada ao seu significado. Nessa perspectiva, procuramos através da experiência dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte – MG, uma contribuição para este diálogo acerca da noção de *substitutivo*, tendo em vista o reconhecimento de sua experiência no campo da saúde mental e sua autodefinição enquanto tal, investigando os sentidos produzidos acerca do *serviço substitutivo*, a partir das práticas discursivas de coordenadores do município e gerentes, e da observação em campo da prática dos trabalhadores do serviço.

Tendo como referencial teórico a *desinstitucionalização enquanto desconstrução* da Psiquiatria Democrática Italiana, buscamos apresentar as experiências dos Centros de Saúde Mental de Trieste e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, na busca de elaborar e refletir sobre as principais temáticas para a noção de serviço substitutivo.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform, which was responsible for important conceptual, social, ethical, legal and institutional changes in the psychiatric attention in Brazil, was favoured and influenced by the context of crisis and paradigmatic transition in the sciences field since 80 years. With the slogan “For A Society without Madhouses” proposed by the Movement of the Workers of Mental Health, this Reform caused ruptures with the madhouse paradigm and its exclusion characteristics. As a result of these changes, were generated new services with innovative experiences, guided by an ethics of social inclusion and affirmation of the citizenship rights of the people with mental disorders. Entitled *substitutive services* because of the ruptures with the madhouses model and its references, they opened a new field of construction of other knowledge, practices, cultures and ways of relationship with the insanity.

The production and increasing of *new services* or *substitutive services* in the context of SUS (Sistema Único de Saúde) appear as one of the main challenges to the principles of the Psychiatric Reform, considering the important ruptures in the madhouses model in opposition to a simple technical and assistance reform. The discussion of the meaning of these services, the identification of its genealogy and of its proposals were the object of this study, once the use of its terminology is not much related to its meaning. In this perspective, the objective of this study was to contribute to the discussion around the concept of *substitutive*, based in the recognition of the experience of the Centers of Reference in Mental Health (CERSAM) of Belo Horizonte – MG in the mental health sector and in its definition as *substitutives*. The research involved the investigation of the produced literature about the *substitutive services*, the discursive practices of regional coordinators and managers and the observation of the practice of the service works in the field.

Using as theoretical reference the *deinstitutionalisation while deconstruction* of the Democratic Italian Psychiatry, the study showed the experiences of the Centers of Mental Health of Trieste and of the Nucleus of Psychosocial Attention (NAPS) of Santos, trying to elaborate and to reflect about the main concepts related to *substitutive services*.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Rede de saúde mental de Trieste	64
Rede de saúde mental de Santos	81
Serviços territoriais e serviços tradicionais	89
Rede de saúde mental de Belo Horizonte	109

LISTA DE ABREVIACOES:

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referncia em Sade Mental
(C1, C2 e C3) _ Gestores de Sade Mental do municpio de Belo Horizonte-MG
(G1, G2, G3, G4, G5, G6 e G7) _ Gerentes dos CERSAMs
CID – Classificação Internacional de Doenas
CSM – Centro de Sade Mental
FHEMIG – Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais
HGV – Hospital Galba Veloso
IRS – Instituto Raul Soares
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Sade
OPAS – Organização Pan-americana de Sade
PDP – Programa de Desospitalização Psiquiátrica
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
SES – Secretaria Estadual da Sade
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMSA – Secretaria Municipal de Sade
SUS – Sistema nico de Sade

APRESENTAÇÃO

Em conseqüência do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira no final da década de 70, importantes mudanças ocorreram no campo da saúde mental. A proposta de nova política de assistência psiquiátrica apontava para um novo projeto, que deveria transcender a noção de assistência, procurando intervir no espaço social e delinear outro lugar para a *loucura* na nossa tradição cultural.

Diferentemente de outras reformas institucionais anteriores, esse processo é marcado por um contexto de “crise” epistemológica do paradigma da ciência moderna, colocando em cena suas limitações em conhecer o real, sua retórica sobre a neutralidade e a redução da complexidade do objeto. Nesse contexto, a psiquiatria, enquanto saber específico e legitimado pela ciência médica para lidar com a *loucura*, se insere na crise dos saberes; o que possibilitará transformações estruturais nesse campo, permitindo rupturas que apontam para a emergência de outro paradigma que vem se constituindo na contemporaneidade.

As transformações desse campo foram caracterizadas pelo surgimento de novos serviços e práticas, fertilizadas pelo referencial teórico-prático de *desinstitucionalização* da Psiquiatria Democrática Italiana. Esse novo paradigma em construção permitiu rupturas e transformações no saber psiquiátrico, nas suas formas asilares de assistência, na legislação referente aos portadores de sofrimento mental e a toda uma cultura de relações da sociedade com a *loucura*. Inseridos nesse processo, surgem os denominados serviços substitutivos, freqüentemente chamados de *novos serviços* ou *novos modelos*, em oposição ao modelo asilar e às suas práticas excludentes.

Os *serviços substitutivos* são definidos na leitura de Amarante & Torre (2001:33), pela operacionalização de rupturas com o modelo manicomial e a negação de seus referenciais, abrindo a possibilidade da construção cotidiana de outros parâmetros, saberes, práticas e relações para com a *loucura*.

Leonardis (*apud* Nicácio, 1994:IX), considera esses novos serviços como a concretização do que se poderia chamar a produção de uma nova realidade, ou seja, o que torna esses serviços substitutivos ao manicômio, seriam as novas concepções práticas sobre a doença, a saúde e o terapêutico, as diversas formas de sociabilidade e de cultura que eles produzem. A saúde passa a ser compreendida como produção de vida e não mais em oposição à *doença*, reparação do dano ou como o ‘genérico’ bem estar biopsicossocial. As inovações desses serviços estão, justamente, nas desconstruções conceituais com as quais operam, transformando práticas e cultura.

Nesse contexto do processo da Reforma Psiquiátrica, surgiram várias experiências locais e serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental). O primeiro CAPS (Luiz da Rocha Cerqueira), surgiu no ano de 1987, em São Paulo, e os NAPS em 1989 em Santos; considerados as principais referências para se pensar o novo contexto das experiências atuais no campo da saúde mental. Sabemos que os serviços evoluíram, incorporaram novas questões e sofreram transformações, mas marcaram certo campo de intervenção. O percurso de mudança do modelo assistencial em saúde mental pode ser observado pela evolução e o aumento desses “novos” serviços nomeados de CAPS/NAPS pelo país, deixando de ser nomes próprios para se tornarem modalidades de serviços, de acordo com as portarias ministeriais que surgiram posteriormente.

Por um lado, essas portarias possibilitaram o avanço na construção e proliferação dos chamados *novos serviços*, proporcionando o aumento dos recursos financeiros repassados aos municípios. Por outro, ao normatizarem os *novos serviços* como CAPS/NAPS, atualmente somente CAPS, homogeneizaram experiências e propostas distintas, onde a mais significativa referência ao modelo *substitutivo* é retirada de vez do texto ministerial. Nesse sentido, a ampliação e o fortalecimento desses serviços, propostos na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, constituem um dos principais desafios para a sua efetivação no contexto do *SUS*.

Nem sempre pautados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e suas políticas de saúde mental, os “novos” serviços vêm freqüentemente se colocando ao lado e em paralelo aos hospitais psiquiátricos. O que Amarante & Torre (2001:33) consideram um risco quanto a se tornarem “atualizações” da psiquiatria, “*metamorfozes, roupagens novas para velhos princípios*”.

No momento atual, poucas são as discussões sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e sobre os *serviços substitutivos* como operadores de transformação desse movimento, introduzindo mudanças que vão além de mera reforma do serviço ou aperfeiçoamento e humanização da técnica. Daí a importância da reflexão sobre o seu significado, como se organiza, o que vem substituir, por quais caminhos vem determinando-se. Assim como os trabalhadores de saúde mental compreendem e trabalham com essa noção, trazida pela prática do serviço.

Com tal objetivo, procuramos através da experiência do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), no município de Belo Horizonte-MG, uma contribuição para a definição desse conceito, uma vez que os CERSAMs, definidos como

substitutivos, constituem uma importante referência no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A escolha do CERSAM não tem como objetivo a realização de uma avaliação do serviço ou o julgamento de sua prática, mas identificar características que possibilitem a construção dessa noção, seja na abordagem conceitual, nos conceitos operacionais que esses serviços estão adotando a partir das falas dos seus trabalhadores, ou na prática exercida cotidianamente pelos mesmos.

Para tanto, no primeiro capítulo introduz-se discussão sobre a metodologia utilizada nesta pesquisa, refere-se ao “andar da pesquisa”, como diria Cecília Minayo. Serão debatidos os critérios de seleção dos serviços pesquisados, os aspectos metodológicos (entrevistas e observação participante) e os resultados, com o objetivo de contextualizar a questão do serviço substitutivo, a partir do CERSAM.

No capítulo dois serão abordados os fundamentos epistemológicos, a crise e o momento de transição paradigmática no campo da ciência moderna, a partir de autores como Ilya Prigogine, Edgar Morin e Boaventura Souza Campos, entendendo-se, *a priori*, que a inovação dos serviços substitutivos e do contexto atual da Reforma Psiquiátrica não se produzem a partir de uma transformação exclusiva do campo da medicina, mas se insere num contexto de crise e transição paradigmática que vem ocorrendo no próprio modelo da ciência moderna.

No capítulo três, esse debate será remetido ao campo da ciência médica e da psiquiatria, discutindo o objetivo que propiciou seu nascimento e o modelo que o fundamentou e como ele, hoje, traz as características dessa crise. Seguindo um pouco o modelo de Boaventura Souza Campos ao articular o paradigma dominante, sua crise e o paradigma emergente, identifico o paradigma clássico da psiquiatria e suas crises, que são as tentativas de “reformas” nesse campo.

No capítulo quatro, caminharemos para o que seria o paradigma emergente, a partir da constituição da experiência de *desinstitucionalização* da Reforma Democrática Italiana, contextualizando sua origem a partir da desospitalização americana até sua evolução e transformação na experiência de desconstrução/invenção na Itália e fazendo uma revisão da experiência de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, com objetivo de identificar os aspectos importantes para a constituição dos serviços substitutivos.

Será levantada, no capítulo cinco, uma discussão sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mediante a reedição de experiências importantes para a constituição dos novos serviços de saúde mental, como os CAPS e os NAPS, com reflexões sobre a questão da noção do serviço substitutivo em si, suas características, inovações e rupturas operadas com o modelo asilar.

O capítulo seis abordará o percurso da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais até a constituição dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) em Belo Horizonte, identificando o nascimento desse movimento em Minas Gerais, que se configura com a visita de Franco Basaglia em 1979 e propicia que o município de Belo Horizonte construa políticas e uma rede pública de saúde mental que faz frente ao modelo asilar e tem nos CERSAMs o principal meio de articular práticas substitutivas.

No capítulo sete, será feita a análise dos resultados com base no referencial das práticas discursivas e produções do cotidiano, apresentando-se o CERSAM como serviço substitutivo, a partir de suas rupturas com o modelo tradicional da psiquiatria, buscando delinear e refletir sobre as principais temáticas construídas no seu cotidiano e no campo conceitual.

CAPÍTULO 1

METODOLOGIA: O ANDAR DA PESQUISA

Tendo em vista a preocupação com o rigor metodológico, apresentamos neste capítulo a escolha do método da pesquisa. Optamos por uma metodologia de trabalho em pesquisa qualitativa, pela natureza mais conceitual do objeto em questão. Pois, para Minayo (1994:22), a pesquisa qualitativa privilegia o trabalho com um universo amplo *de significados, de motivos, de aspirações, de crenças, de valores e de atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.*

Nessa perspectiva, utilizamos recursos como entrevistas e observação participante para a coleta de material; e o uso das práticas discursivas e produções de sentido para a interpretação dos resultados. Abordaremos também a apresentação de alguns aspectos metodológicos, tais como o processo de aprovação pelo comitê de ética, a escolha do método, os passos da pesquisa, a seleção dos informantes-chaves, a elaboração do roteiro de entrevistas e da observação em campo. Aspectos fundamentais, que foram cuidadosamente planejados com o objetivo de investigar a noção acerca dos *serviços substitutivos.*

Diferentemente da arte e da poesia, que se consubstanciam através da inspiração, Minayo (1994) considera que a pesquisa não depende somente desta. Apesar de não prescindir de criatividade para se realizar, ela é feita por meio de um grande *labor artesanal*, utilizando linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas. Essa linguagem, construída durante o trabalho, se faz através de um ritmo próprio e particular, denominado pela autora *ciclo da pesquisa*. De acordo com Minayo (1994), esse ciclo da pesquisa se faz por um processo de trabalho em espiral, que começa por uma fase exploratória, seguida pelo trabalho de campo e finalizada com o tratamento do material recolhido.

Portanto, retomando a idéia de ciclo da pesquisa, proposto por Minayo (1994), elaboramos o trabalho da seguinte forma:

- A – Fase exploratória
- B – Trabalho de campo
- C – Análise do material coletado

A – Fase exploratória

Revisão e sistematização bibliográfica

Para MINAYO (1994), essa fase da pesquisa envolve disciplina, crítica e articulação na aplicação de conceitos, buscando aproximação dos conhecimentos sobre os quais se questiona, se aprofunda ou critica.

Essa fase compreendeu a sistematização e organização de conceitos com os quais iríamos trabalhar, a partir do paradigma da *desinstitucionalização*, tais como: Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial, Serviço Substitutivo, Território, Responsabilização, etc. Momento em que, como pesquisadora, me esforcei pela sistematização dos dados que vinha coletando, priorizando e definindo o valor das informações a serem utilizadas, não apenas no sentido proposto pelo marco teórico do projeto de pesquisa, mas na própria reconstrução e fundamentação do mesmo.

B – Trabalho de campo

Para investigar a questão do serviço substitutivo nos CERSAMs, foi necessária minha inserção em campo, por meio da realização de entrevistas e observação participante, com a finalidade de identificar, na prática do serviço e no modo como os profissionais trabalhavam no cotidiano, as possíveis contribuições para meu objeto de pesquisa. Portanto, em um primeiro momento, optamos pela entrevista e, posteriormente, pelo trabalho de observação dentro de dois CERSAMs, que chamarei de (X) e (Y).

Selecionamos os informantes-chaves, buscamos seus consentimentos informados e apresentamos a documentação necessária requerida pelo comitê de ética da ENSP-FIOCRUZ, juntamente com o projeto de pesquisa e a autorização dos entrevistados. Esses passos são mais bem abordados abaixo.

1 - Identificação de informantes-chaves para entrevistas e solicitação de autorização do comitê de ética para a realização das mesmas

Definido por Tobar (2001:98) como *a pessoa com a qual o pesquisador mantém uma relação especial no que se refere ao intercâmbio de informações*, o informante-

chave e sua escolha foram definidos seguindo a sugestão do autor de considerar alguns aspectos, tais como:

- “• *ser um participante ativo do grupo,*
- *conhecer sua área de conhecimento tão bem, que não precise pensar nela,*
- *estar consubstanciado em uma cultura particular, mediante estudos especializados,*
- *o melhor informante é aquele que deve estar interessado em falar com o pesquisador, dispor de tempo e utilizar sua própria linguagem e conceitos para descrever acontecimentos e ações.*

Para a execução da pesquisa, os informantes-chaves foram escolhidos pela eleição de algumas características relevantes, tais como: profissionais que já tinham um percurso no processo da Reforma Psiquiátrica de Belo Horizonte, na elaboração do projeto de saúde mental, na construção dos CERSAMs, podendo, dessa forma, contribuir com o objeto proposto. Podemos categorizá-los em: coordenadores de saúde mental, responsáveis pela implantação da nova rede de saúde mental do município e a condução de suas políticas, gestores responsáveis pelo trabalho prático e gerência dos CERSAMs, e pessoas que produziram materiais teóricos relevantes nessa área.

2 - Entrevistas com os informantes-chaves

Entendendo a entrevista como uma ação ou interação situada e contextualizada, que permite a produção de sentidos e construindo versões da realidade, consideramo-la a partir de uma perspectiva construcionista, ou enquanto uma prática discursiva, como prefere Spink (2002), entendendo que os integrantes, tanto o pesquisador quanto os informantes, são pessoas ativas nesse processo.

Optamos pela entrevista do tipo semi-estruturada (anexo 1) por basear-se num guia flexível, com perguntas “disparadoras”, propiciando abordar temas e objetivos pretendidos, sem, no entanto, se manter rigidamente preso a eles. Assim, dá-se maior liberdade ao entrevistado de abordar outras informações ou pistas que surjam eventualmente durante a entrevista. Com esse objetivo elaboramos um roteiro, com as perguntas que poderiam nos auxiliar na definição de nosso objeto.

Foram realizadas, ao todo, nove entrevistas, sendo uma com o ex-coordenador de saúde mental do município, o primeiro coordenador na época da implantação dos

CERSAMs e do projeto de saúde mental (atual coordenador de SM do município), uma com um representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental e autor de livros relevantes sobre o tema em Minas, e sete com os gerentes dos sete CERSAMs existentes na rede do município.

Anteriormente a esse processo, levando em consideração preocupações de ordem ética, conforme determina a portaria 196/96, foi pedida autorização à coordenação de saúde mental do município no sentido de obter apoio na realização da pesquisa. Isso foi feito através de um “Termo de Consentimento” (anexo 2), entregue à coordenação de saúde mental do município e aos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto de 2003 a janeiro de 2004, nos locais de trabalho dos entrevistados, ou seja, na coordenação de SM do município, no Fórum Mineiro de Saúde Mental e nos sete CERSAMs. O tempo médio de cada entrevista foi de uma hora e meia. Na maior parte das vezes, as perguntas “disparadoras” cumpriram sua função no sentido de trazer para a investigação várias informações que se desdobraram a partir das respostas, sem, no entanto, induzir a isso.

3 - Campo de investigação

A definição do campo de investigação a ser contemplado foi feita a partir da análise de algumas características relevantes dos serviços, levando em consideração a sugestão dos informantes-chaves entrevistados; porém dando ênfase, após o conhecimento dos serviços e a realização das entrevistas, aos que poderiam melhor contribuir para os objetivos desta pesquisa.

Dos sete CERSAMs, foram escolhidos dois, um mais antigo e outro mais recente, apresentando particularidades bastante diferentes na forma de se organizarem e trabalhar. A seleção dos dois únicos CERSAMs que têm funcionamento 24 horas não foi possível no período destinado à coleta em campo, pois já havia outras pesquisas sendo realizadas nos serviços, o que dificultaria minha inclusão e a própria organização deles para estarem recebendo mais pesquisadores. Uma vez escolhidos os dois serviços para coleta de material, optamos pela observação participante como recurso metodológico naquele momento.

4.1- Observação Participante

A observação participante tem como objetivo buscar auxílio para a caracterização do objeto da pesquisa, pela inserção do pesquisador no campo, proporcionando a observação da prática desses serviços e seus técnicos. Pois, ao entrarmos em contato direto com os CERSAM's eleitos e a serem observados, buscamos por meio dessa técnica obter informações sobre a realidade dos trabalhadores desses serviços em seus próprios contextos.

Como roteiro de observação, levamos em consideração vários aspectos: desde a estrutura do serviço, o funcionamento e a rotina, à forma de atendimento, o relacionamento de usuários e profissionais, horários, relação com outros recursos da rede, o plantão, a utilização de palavras por técnicos e usuários, etc.

Essa técnica se tornou importante, uma vez que permitiu captar uma variedade de fenômenos ou situações que não poderiam ser obtidas somente pela entrevista, pois, dessa forma, pude observar diretamente o modo como esses trabalhadores operacionalizam os conceitos a serem trabalhados na pesquisa. A minha inserção em campo foi estabelecida por intermédio dos gerentes dos serviços, formalizada na reunião de equipe que ocorre semanalmente, onde tive a oportunidade de falar sobre a pesquisa, meus objetivos e buscar consentimento e apoio por parte da equipe. Tudo que observei foi anotado no meu diário de campo, durante a ocorrência mesma dos acontecimentos, ou posteriormente, guiada pelo bom senso.

4.2 - Diário de campo

Nesse sentido, a utilização do diário de campo, com o registro dos dados do trabalho que realizei, me auxiliou na descrição do CERSAM e das relações cotidianas, importantes para a análise do objeto estudado. Demandando certo rigor, o diário de campo exigiu seu uso sistemático desde o primeiro dia de ida a campo até o último. De caráter pessoal, o diário de campo é uma técnica muito rica em informações, trazendo em suas anotações as percepções do pesquisador. Nesse sentido, se tornou um elemento muito importante à pesquisa, pois me deu a possibilidade de ter acesso direto aos serviços, aos profissionais, aos usuários e às dinâmicas de funcionamento.

C – Análise do material coletado

Para a análise do material coletado, trabalhamos com base na perspectiva construcionista, que no entender de Spink (2002) incorpora a noção de que os critérios e conceitos que utilizamos para descrever e explicar a realidade são construções humanas. Logo, a realidade não existiria de forma independente do nosso modo de acessá-la, pois, ao interpretá-la, conferimos-lhe sentidos. Estes sentidos são produtos de nossa época, de nossas convenções, práticas e peculiaridades, reconhecendo na linguagem um processo de objetivação dessa realidade, considerada por Spink (2002), fundamentalmente, a base da sociedade humana, pois a forma como a utilizamos nos permite sustentar práticas sociais e produzir sentidos.

Por produção de sentidos Spink (2002,41) compreende

“uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta”.

Nesse aspecto, as maneiras pelas quais as pessoas se posicionam e produzem sentidos dizem respeito às *práticas discursivas*, que podem ser pensadas enquanto momentos ativos do uso da linguagem, o que Spink nomeia *linguagem em ação*, ou seja, seriam os momentos de ruptura e de ressignificação de sentidos. Assim, a análise das práticas discursivas, entendida como ruptura com o habitual, torna possível dar visibilidade aos sentidos, permitindo situá-los como uma forma de conhecimento.

A partir dessa argumentação, utilizamos esse tipo de análise para interpretar os dados coletados nos CERSAMs, buscando as diferentes maneiras de como as pessoas, por meio dos discursos, produzem realidades, e como os gestores do município e os gerentes dos CERSAMs estão construindo o conceito de serviço substitutivo em suas práticas cotidianas.

Com o objetivo de apresentar as estratégias utilizadas para dar visibilidade ao processo de interpretação na pesquisa e dessa forma garantir o rigor na análise, cabe esclarecer que o processo de interpretação realizado no capítulo seguinte é concebido como processo de produção de sentidos.

Nessa perspectiva, Spink & Lima (2000:105) dão ao sentido um estatuto de meio e fim de nossa atividade de pesquisa.

“Como atividade-meio, propomos que o diálogo travado com as informações que elegemos como nossa matéria-prima de pesquisa nos impõe a necessidade de dar sentido: conversar, posicionar, buscar novas informações, priorizar, selecionar são todos decorrência dos sentidos que atribuímos aos eventos que compõem o nosso percurso de pesquisa”.

A interpretação surge como um elemento do próprio processo de pesquisa, não havendo distinção entre o levantamento das informações e da interpretação, e entendendo como *atividade-fim* a explicitação dos sentidos resultantes do processo de interpretação de nossa análise. Ou seja, é nesse momento que as várias técnicas de visibilização, que será no nosso caso realizada pelos “*Mapas de Associação de Idéias*”, irão se constituir como estratégias para assegurar o rigor da pesquisa.

Na perspectiva construcionista, o rigor passa a ser compreendido como a possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo, ressitando uma objetividade possível no âmbito da intersubjetividade. Assim, a análise parte de um conjunto de informações coletadas, permitindo o confronto entre os sentidos construídos nos processos de pesquisa e de interpretação; dispomo-nos então a analisar o material, como entrevistas, diário de campo, textos, etc. e construir, a partir deles, nossas categorias de análise. Entretanto não devemos ficar presos somente aos conteúdos dessas categorias com o fito de fazer os sentidos aparecerem, precisamos também entender o uso feito desses conteúdos.

Buscando sistematizar esse processo de análise das práticas discursivas, lançamos mão da construção de “*mapas de associações de idéias*”, proposto por Spink & Lima (2000:107) como instrumento de visualização que permite duplo objetivo: “*dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo*”.

Portanto, a construção desses mapas iniciou-se pela definição de categorias gerais de natureza temática, refletindo sobretudo os objetivos da pesquisa que vão ao encontro da noção de serviço substitutivo, compreendido pelos gerentes dos CERSAMs e coordenadores da política municipal de saúde mental de Belo Horizonte. Organizamos os conteúdos a partir de temas, preservando a seqüência das falas com o objetivo de conservar seus contextos e identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual de trechos selecionados das entrevistas como um todo. “*Para a consecução desse objetivo, o diálogo foi mantido intacto, sem fragmentação, apenas*

sendo deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos da pesquisa”.(SPINK & LIMA: 2000,107).

Portanto, os mapas não constituem técnicas fechadas, uma vez que representam um processo interativo entre análise dos conteúdos (dispostos em colunas) e a elaboração das categorias, cuja definição foi iniciada de forma teórica; buscando alcançar os objetivos da pesquisa, seu próprio processo de análise nos levou a redefinir essas categorias, o que propiciou a aproximação com os sentidos vistos como *atividades-fim*.

Nessa pesquisa, o CERSAM foi escolhido como cenário para o estudo da noção de *substitutivo*, tanto pela autodefinição do serviço enquanto tal (através de seus trabalhadores, textos, projeto de saúde mental), como pela sua forma de articulação diferenciada em relação a serviços como Trieste e Santos, nos quais se inspirou, como ainda pelo destaque que tem ocupado na proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, contribuindo com questões e críticas constantes a si e a outras modalidades de serviços.

O objetivo principal da pesquisa é analisar os repertórios disponíveis para dar significado a essa noção de substitutivo e as possibilidades de ação decorrentes dos sentidos produzidos. Partindo do pressuposto de que as possibilidades de sentido eram semelhantes entre gestores e gerentes (trabalhadores do CERSAM), por se identificarem na construção do projeto de saúde mental do município, havia interesse de verificar esse entendimento. Assim, com o objetivo de analisar os repertórios utilizados e a produção de sentidos, as entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente inseridas em mapas de associação de idéias, tendo como eixos temáticos:

- O projeto de saúde mental
- A definição e conceituação do serviço (o uso do termo substitutivo)
- O lugar da clínica no CERSAM
- Os princípios e diretrizes que orientam o trabalho do CERSAM

Interessou-nos sobretudo, nesta pesquisa, entender o que esses entrevistados compreendiam por substitutivo e como os trabalhadores dos CERSAMs operavam isso na prática através da observação participante.

CAPÍTULO 2:

FUNDAMENTOS, CRISE E TRANSIÇÃO DO PARADIGMA DA CIÊNCIA MODERNA

“Se uns parecem sustentar, de modo convincente, que a ciência moderna é a solução dos nossos problemas, outros parecem defender, com igual persuasão, que a ciência moderna é ela própria parte dos nossos problemas”. (SANTOS, B. 2001:58).

No final do século XX, iniciou-se uma série de transformações históricas nos campos da política, da economia, da ciência e da cultura. Para Carvalho (1996:104) as mudanças ocorridas na política e na economia são denominadas ‘globalização’; por outro lado, as mudanças ocorridas no campo da cultura e das ciências são chamadas de ‘pós-modernidade’. O autor atribui essas mudanças a uma suposta “*crise da modernidade, entendida como o esgotamento ou enfraquecimento do iluminismo como matriz da cultura moderna*”. Saímos de um passado de certezas para uma época de polêmica, de transição e de novas aberturas necessárias ao pensamento moderno.

As premissas de evolução e progresso enfatizadas pela *razão instrumental*¹, aliados a uma sociedade em que o capitalismo dominou de forma rápida e devastadora, são desmistificadas no mundo contemporâneo diante dos próprios limites e problemas que esse pensamento gerou. A ciência, usada a serviço de combinações técnicas mais produtivas – apontadas como as que convinham melhor a toda sociedade – serviu de base a uma política econômica que justificou a dominação, o poder e a exploração excessiva do homem e de seu meio ambiente.

“A promessa de dominação da natureza, e do seu uso para o benefício comum da humanidade, conduziu a uma exploração excessiva e despreocupada dos recursos naturais, à catástrofe ecológica, à ameaça nuclear, à destruição da camada de ozônio, e à emergência da biotecnologia, da engenharia genética e da conseqüente conversão do

¹ “A *razão instrumental* – que os frankfurtianos, como Adorno, Marcuse e Horkheimer também designaram com a expressão **razão iluminista** – nasce quando o sujeito do conhecimento toma a decisão de que conhecer é **dominar** e **controlar** a natureza e os seres humanos”. CHAUI, Marilena. 2002. As Ciências. In: *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, Unidade 7. p. 247-287.

corpo humano em mercadoria última. A promessa de uma paz perpétua, baseada no comércio, na racionalização científica dos processos de decisão e das instituições, levou ao desenvolvimento tecnológico da guerra e ao aumento sem precedentes do seu poder destrutivo. A promessa de uma sociedade mais justa e livre, assentada na criação da riqueza tornada possível pela conversão da ciência em força produtiva, conduziu à espoliação do chamado Terceiro Mundo e a um abismo cada vez maior entre o Norte e o Sul". (SANTOS, B. 1997:56)

Santos, B. (1997: 9) considera que “*estamos no fim de um ciclo de hegemonia de uma certa ordem científica*” que foi fermento para uma transformação técnica e social sem precedentes na história da humanidade. Nesse sentido, alguns pensadores contemporâneos acreditam que vivemos em um momento de perda de confiança epistemológica, momento de *mutações* e de *crise* do paradigma da ciência moderna.

Para Ilya Prigogine, prêmio Nobel de Química em 1977, vivemos um “*século de mutação*”, pois assistimos em apenas uma centúria uma mudança considerável tanto na ciência quanto nas sociedades humanas. “*Mesmo que não saibamos onde estamos, encontramos-nos em pleno período de mutações*”. (PRIGOGINE: 2001,38)

Porém, longe de considerar o fim da ciência, Prigogine (2001:101) acredita que ela “*se encontra em sua infância*”, tendendo a formar uma “Nova Aliança”: “*ligações que sempre existiram mas que foram mal entendidas durante muito tempo – entre a história do homem, das sociedades humanas, do conhecimento humano e a aventura de investigar a natureza.*”

Segundo Prigogine (2001:100) a **ciência** traduz, enquanto a “*expressão de uma cultura*”, um diálogo entre o homem e a natureza, em relação com o transcendental, comum a outras atividades culturais, tais como a arte, a música e a literatura. Entretanto, as transformações conceituais às quais fomos levados ultimamente não possuem a marca de um diálogo, mas ao contrário, de um solilóquio da ciência, gerado pela sua associação à “razão”.

A partir da perspectiva de “*mutação*”, o sociólogo português Boaventura de Souza Santos considera a idéia de estarmos vivendo um momento de “crise” e de “transição paradigmática”, marca da ambigüidade e complexidade do tempo presente. A noção de **paradigma** com a qual trabalha é orientada pelo conceito kuhniiano, entendido enquanto a “*formulação de um conjunto de princípios e de teorias sobre a estrutura da*

matéria que são aceitas sem discussão por toda a comunidade científica”. (SANTOS, B. 1997:21).

Thomas Kuhn, físico e filósofo norte-americano, trouxe importantes contribuições sobre a discussão da mudança dos paradigmas nos processos de *revolução científica*. Utilizou a expressão **revolução científica** para definir os momentos de rupturas epistemológicas e de criação de novas teorias. Rupturas como a revolução galileiana² do século XVII, que subsidiou a moderna concepção de ciência.

A definição de *paradigma* proposta por Kuhn remete à idéia de um conjunto de pressupostos, de leis, de conceitos, de modelos, de valores e critérios utilizados para avaliar teorias e formular problemas, dentro de uma disciplina em questão. Em suas próprias palavras, seriam “*as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência*”. (KUHN *apud* PAIM. 1997:11)

Outra concepção de *paradigma* é introduzida por Garcia *apud* Paim (1997: 11), que buscou a origem do termo no grego: *mostrar, manifestar*. O autor associou também ao conceito a idéia de modelo, pensando-o como uma forma simplificada e esquemática de apresentar um fenômeno, expressando-o em sua realidade através de suas características mais significativas.

Para Morin (1996:31), a definição de paradigma está além da definição lingüística originária e da definição kuhniana. Segundo Morin, “*um paradigma é um tipo de relação muito forte, que pode ser de conjunção ou de disjunção*”. Determina um tipo de relação dominadora e aparentemente lógica entre seus conceitos-mestres, definindo o curso das teorias e discursos que o paradigma controla. “*O paradigma é invisível para quem sofre os seus efeitos, mas é o que há de mais poderoso sobre as suas idéias*”. (MORIN.1996:31) Para ele, a noção de *paradigma* é uma *noção nuclear*, ao mesmo tempo lógica, lingüística e ideológica.

Entretanto, a noção de *paradigma*³, a partir de Kuhn, apesar de sofrer críticas pela imprecisão de seu uso, é o conceito mais empregado em epistemologia, sendo retomado por Santos, B. (1997/2001), por meio da noção de “*transição paradigmática*” e até mesmo por Edgar Morin (1996) através do “*paradigma da simplificação e do*

² Galileu Galilei (1564-1642) foi responsável pela superação do aristotelismo e advento da moderna concepção de ciência. Defendeu a substituição da teoria geocêntrica do modelo ptolomaico do mundo, pela heliocêntrica, do modelo copernicano. Esse momento é marcado também pelo rompimento da ciência com a filosofia, procurando seu próprio caminho, isto é, o seu método. ARANHA, M^a. L. A.; MARTINS, M^a. H. P. *Filosofando. Introdução à Filosofia*. São Paulo: Moderna, 1986, p.143.

³ A respeito da imprecisão do uso do conceito de paradigma kuhniano, ver VASCONCELOS: 2002, 52-55.

paradigma da complexidade”. Será também utilizado para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que constitui noção importante para a construção de estratégias epistemológicas, imprescindíveis às práticas interdisciplinares desenvolvidas no campo das ciências humanas e sociais.

A idéia de “crise” e de “transição paradigmática” é melhor identificada e compreendida no campo da ciência moderna. Santos, B. (2001), identifica os fundamentos da ciência moderna ou ciência clássica como *Paradigma Dominante*, já Morin como *Paradigma da Simplificação*. Sem pretender aprofundar o tema, é essencial marcar as principais rupturas que esse *paradigma* simboliza com os que o precederam e suas principais características, para que possamos entender o momento atual de sua crise e transição. A partir dessa perspectiva, recorreremos a Santos, B. e Morin para melhor descrevê-lo.

2.1 – O paradigma da ciência moderna

“*Só a razão é capaz de conhecer*”. (ARANHA & MARTINS:1986,142)

Para Prigogine (2001:39) a tragicidade do pensamento ocidental moderno foi ter voltado as costas ao projeto grego que propunha a inteligibilidade da natureza de um lado e, de outro, o projeto ético de uma sociedade baseada na democracia, nas escolhas e nos valores. É pelo reconhecimento dessa tragicidade que Morin (1996), também faz referência ao “grande paradigma do Ocidente”, denominado pelo autor como *paradigma da simplificação*.

A fundamentação do paradigma da ciência moderna é introduzida pelo dualismo cartesiano, formulado pelo filósofo René Descartes. Descartes afirma a “(...) *não comunicabilidade entre o domínio do sujeito, que era o da cogitação, da filosofia; e o domínio do objeto, da coisa extensa, que era do domínio da ciência*”. (MORIN:1996,31) Essa divisão, para Morin (1996:31), tem como consequência “(...) *a disjunção entre o sujeito (ego cogitans) e o objeto (res extensa), remetendo o primeiro para a filosofia e o segundo para a ciência, mutilando uma e outra: daí este divórcio, trágico para ambas, entre ciência e filosofia.*”

De um lado, temos a matéria, descrita por leis determinísticas e associada ao mundo físico, de outro, a mente, remetida aos valores humanos e associada ao mundo espiritual.

Assim, o modelo racionalista que fundamenta a ciência moderna não se traduz enquanto resultado de uma evolução, mas de uma ruptura com um saber contemplativo, teocêntrico, formal e finalista que presidiu o pensamento do homem até o século XVII, com o advento da Revolução Copernicana e o primado da razão cartesiana. Nessa perspectiva, CHAUI (2002:258) entende que *“a ciência, portanto, não caminha numa via linear, contínua e progressiva, mas por saltos ou revoluções”*.

Para Prigogine (2001:65),

“Descartes quis atingir uma certeza que todos os seres humanos, independentemente de sua religião, poderiam partilhar. Foi isso que o conduziu a fazer do seu famoso ‘cogito’, o ponto de partida de sua filosofia e a exigir que a ciência fosse fundada sobre as matemáticas, a única via segura no caminho da certeza.”

Pois foi através da matemática que a ciência moderna se constituiu em instrumento privilegiado de análise e investigação. *“Conhecer significa quantificar”* (SANTOS, B.: 2001, 63).

Em ciência, esta procura das certezas finalmente encontrou seu desfecho supremo na noção de ‘leis da natureza’, associada à obra de Newton”. (PRIGOGINE:2001,65). Com a formulação das leis da natureza, pela mecânica clássica de Newton, a ambição da verdade e da certeza científica foi fornecida à racionalidade humana consolidando a base de seu paradigma.

A hipótese mecânica newtoniana, traduzida na idéia de mundo-máquina, prevê no futuro a repetição do passado, e na dualidade causa-efeito a idéia de ordem e estabilidade do mundo. O mundo era visto como um autômato regido por leis pré-determinadas, onde a imagem do relógio se configura na melhor expressão dessa concepção.

A formulação das leis da natureza por Newton é vista por Prigogine (2001:23), a partir de dois aspectos gerais: o **determinismo** e a **reversão** no tempo. O determinismo trabalha com a hipótese de que se você souber as condições iniciais de um corpo material, podemos calcular sua posição em qualquer momento no passado ou no futuro, ao passo que a reversão no tempo supõe que tanto o passado quanto o futuro

desempenham o mesmo papel. Por isso, a ciência era associada com a certeza e as leis da física newtoniana foram aceitas como a expressão do ideal do conhecimento objetivo.

Foi pela objetividade dos enunciados científicos, estabelecida pelas verificações empíricas e a coerência lógica das teorias nos quais esses dados se fundavam, que o conhecimento científico acreditava ter conseguido a base segura para a fundamentação do seu paradigma.

Para Santos, B. (2001), uma das principais características do que nomeia **paradigma dominante** é a emergência de uma nova racionalidade científica de caráter totalitário, determinando que só há uma forma de conhecimento verdadeiro: pela ciência e seus métodos. Pois, para o autor, a ciência moderna, enquanto nova visão de mundo, negou o caráter racional de todas as outras formas de conhecimento que não se pautaram pelos seus princípios epistêmicos e metodológicos. O que conduziu a “*duas distinções fundamentais, entre conhecimento científico e conhecimento do senso comum, por um lado, e entre natureza e pessoa humana, por outro*” (SANTOS, B: 2001, 62), introduzindo imediatamente uma hierarquia das primeiras sobre as segundas, isto é, das leis da natureza sobre as do espírito, do objetivo sobre o subjetivo.

O ideal científico de não interferência do observador no objeto de seu conhecimento, e vice-versa, supõe a “neutralidade” da ciência, como único meio para se conhecer a realidade objetivamente. Pretendendo-se utilitário e funcional, o *paradigma dominante* é uma forma de conhecimento, que introduz a idéia de evolução e de progresso como o grande trunfo da era moderna. Mesmo nas ciências sociais e políticas, o progresso deve se traduzir por uma aplicação das leis científicas à sociedade.

Para Santos B. (2001), a estruturação do método científico do paradigma dominante foi baseada na redução da complexidade do objeto, simplificando o conhecimento dos fatos e das coisas com o objetivo de garantir sua eficácia. Pois “*o mundo é complicado e a mente humana não o pode compreender completamente. Conhecer significa dividir e classificar para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou*”. (SANTOS, B: 2001, 63).

Nesse sentido se buscou conhecer o objeto em sua realidade, mediante soluções definitivas, em que o problema é remontado a partir das soluções que se encontram para ele. Isso tem sido alvo freqüente de crítica, uma vez que esse tipo de construção tem trazido mais problemas que soluções.

A questão da redução da complexidade do objeto de conhecimento, citada por Santos (2001), foi introduzida por Morin (1996), em sua obra *O Problema*

Epistemológico da Complexidade, para falar sobre o **paradigma da simplificação** e sobre o **paradigma da complexidade** que será comentado posteriormente.

Para Morin (1996:31),

“o âmago do paradigma da simplificação, que guiou a ciência clássica, é o primado da disjunção e da redução, o que determina um tipo de pensamento que separa o objeto de seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, separa as disciplinas, etc. A alternativa à disjunção é a redução: esse tipo de pensamento reduz o humano ao biológico, reduz o biológico ao físico-químico, reduz o complexo ao simples, unifica o diverso.”

Dentro de tal perspectiva, as operações feitas por esse paradigma são disjuntoras e redutivas, mas fundamentalmente unidirecionais, pois

“se se obedece apenas ao princípio de disjunção, chega-se a um puro catálogo de elementos não ligados, se se obedece ao princípio de redução, chega-se a uma unificação abstrata que anula a diversidade. Por outras palavras, o paradigma da simplificação não permite pensar a unidade na diversidade ou a diversidade na unidade.”
(MORIN:1996,31).

A fragmentação das ciências e a constituição de campos de conhecimentos não comunicantes foram as conseqüências dessa nova visão de mundo que teve seu ápice no século XIX. Isso só foi possível pela substituição de um mundo de qualidade e de sentido de percepção, anterior à concepção da ciência moderna, por um outro mundo, quantificável e mensurável. *“Um mundo no qual há um lugar para cada coisa e nenhum lugar para o homem”*. (PRIGOGINE:2001,26).

Seguindo esse mesmo raciocínio, Morin (1996) vem dizer que a fragmentação das disciplinas em campos de conhecimentos não comunicantes impossibilita o “conhecimento do conhecimento”. A epistemologia, ou seja, o “conhecimento do conhecimento”, torna-se um enorme problema estilhaçado, impedindo sua organização e desenvolvimento.

“Entre todos esses fragmentos separados há uma zona enorme de desconhecimento e damos conta de que o progresso dos conhecimentos constitui ao mesmo tempo um grande progresso do desconhecimento”. (MORIN:1996,20).

Nesse sentido, Prigogine (2001:97) considera que a afirmação prometéica que apostava no poder da razão para libertar o homem, culminou em sua alienação. Pois, “*o que pode fazer um homem em um universo determinístico no qual ele é um estrangeiro?*”.

2.2 _ Crise e Transição do Paradigma da Ciência Moderna

“A identificação dos limites, das insuficiências do paradigma científico moderno, é o resultado do grande avanço no conhecimento que ele próprio propiciou. O aprofundamento do conhecimento permitiu ver a fragilidade dos pilares em que se funda”. (SANTOS, B: 2001,68)

SANTOS, B (2001) defende a idéia de que o paradigma dominante da modernidade, baseado no modelo de racionalidade científica que acabamos de descrever, atravessa crise profunda e irreversível. O ideal científico e seu discurso, obcecado pela busca de objetividade, se apresentam insuficientes ao tentar dar conta das complexidades do mundo que a própria modernidade foi produzindo. Descobrimos que os conceitos, os procedimentos e instrumentos existentes não explicam o que observamos nem nos levam ao resultado que desejamos.

Para Santos (2001), a **crise do paradigma dominante** é o resultado de uma pluralidade de condições sociais e teóricas. No campo teórico, este ideal passa por seu primeiro abalo estrutural quando Einstein, com a teoria sobre a relatividade e simultaneidade, revolucionou nossas concepções de tempo e espaço absolutos baseados na física mecânica de Newton.

Logo depois, Heisenberg e Bohr demonstraram que não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, ou seja, “*não conhecemos do real senão o que nele introduzimos*”. (SANTOS: 2001,69) Com isso, a dicotomia de objeto e observador perde seus contornos, assumindo uma forma de *continuum*.

O terceiro abalo no paradigma moderno surge a partir de Gödel com o “Teorema da Incompletude”, demonstrando que “*o rigor da matemática carece, ele próprio, de fundamento*”. (SANTOS: 2001,70).

E a última condição teórica da crise do paradigma moderno está na teoria das “estruturas dissipativas” de Prigogine, que concebe a matéria e a natureza como não determinadas mecanicamente, mas constituintes de história, de imprevisibilidade, de auto-organização, de criatividade e de acaso.

Essas condições teóricas propiciaram uma reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico, buscando na filosofia e na sociologia questões importantes para problematizar suas práticas científicas.

As condições sociais levantadas por Santos, B (2001), dizem respeito à idéia da suposta neutralidade e autonomia da ciência, que entraram em colapso com sua industrialização. Para o autor, a industrialização moderna não trouxe nem desenvolvimento nem progresso, quando se pensa na degradação ambiental e da sociedade que reduz o outro a objeto. Assim como sua aplicação e suas investigações caminharam freqüentemente compromissadas com centros de poder econômico, político e social, passando a ter destaque decisivo na priorização das necessidades científicas. Outro ponto identificado vem ao encontro da organização do trabalho da comunidade científica, que se tornou cada vez mais estratificada. As relações de poder entre os cientistas tornaram-se mais autoritárias e desiguais, bem como a desigualdade ao acesso de tecnologia entre países periféricos e centrais, o que contribuiu para o aprofundamento da distância entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, ou seja, ricos e pobres.

Segundo Morin (1996:18), há no seio das teorias científicas um núcleo obscuro, identificado por ele, em Habermas, de “interesses”. Nesse sentido, “*a descoberta de que a ciência não é totalmente científica é, para ele, uma grande descoberta científica*”.

Stengers (1990), em seu livro *Quem Tem Medo das Ciências*, coloca em questão as relações de poder por trás desses “interesses” científicos. A suposta identidade que a ciência traz em si, é um efeito desse poder. Ou seja, o que pode dar a impressão de se desenvolver de maneira autônoma em relação ao contexto social, político e econômico, é desfeito pela autora ao colocar a ciência em história. Pois, para ela, “*as ciências não se desenvolvem em um contexto, mas criam seu próprio contexto. Elas definem ativamente como os diferentes atores, inclusive os econômicos, políticos e culturais serão solicitados a se interessar por tal história*”. (STENGERS:1990, 146). Ao mesmo

tempo que desconstrói tal “identidade”, colocando-a em história, abre também a possibilidade de imaginar outras histórias para a ciência.

A crise do modelo de racionalidade, de seus princípios epistemológicos e regras metodológicas, é considerada por Santos, B (2002) como outra *revolução científica* no sentido proposto por Kuhn. Porém, a grande diferença do surgimento desse novo paradigma em relação às outras revoluções científicas é de caráter estrutural, pois, ocorre numa sociedade já revolucionada pela própria ciência.

Para Santos, B (2002:258),

“uma revolução científica acontece, quando o cientista descobre que os paradigmas disponíveis não conseguem explicar um fenômeno ou um fato novo, sendo necessário produzir um outro paradigma, até então, inexistente e cuja necessidade não era sentida pelos investigadores”.

Nesse sentido, Santos, B (2001:74) entende que as limitações do paradigma científico moderno, caracterizado por suas condições teóricas e sociais, anunciam uma transição. Com fortes traços sobre a noção de Complexidade, trazida por Morin (1996), se vincula às lutas emancipatórias e ao desafio das práticas interparadigmáticas. *“Assim, vivemos em um processo de ‘transição paradigmática’ de longo prazo, em que podemos visualizar apenas os indícios do novo paradigma, que ocorre tanto no nível societal quanto epistemológico”.* (VASCONCELOS: 2002,79).

2.3 – O problema epistemológico da complexidade de Edgar Morin e o paradigma emergente de Boaventura de Souza Santos: desafios para o campo da ciência

“A ciência se orienta hoje através de leis que não são deterministas nem reversíveis no tempo, nas quais a realidade não é nunca inteiramente dada, mas encontra-se em criação e construção”. (PRIGOGINE:2001,39).

A problemática da complexidade, proposta por Morin (1996), apareceu com Bachelard, em seu livro *O Novo Espírito Científico*, sendo retomada posteriormente a partir da cibernética e da informática. Entendida muitas vezes como sinônimo de complicação, para Morin (1996) a complexidade não se reduz à complicação. Para ele, o

problema da complexidade se tornou uma exigência social e política para o pensamento contemporâneo. A noção de complexidade é entendida por ele como aquilo

“que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto do conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, as partes entre si. Por isso a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade.” (MORIN *apud* VASCONCELOS: 2001, 62).

Tendo como função fazer-nos tomar consciência dos limites do conhecimento e comunicar suas instâncias separadas, propõe a articulação de outras competências, convidando à formação de um circuito, denominado por Morin (1996) *anel epistemológico* ou *anel do conhecimento do conhecimento*.

Foi pensando nas ciências da complexidade, que Prigogine (2001) também propôs uma reconciliação, construindo o que ele nomeia de *Uma Nova Aliança*, entre homem e natureza e entre ciência e filosofia.

Para ele, as ciências da complexidade, ao negarem o determinismo, insistem na criatividade, na produção e invenção, encontrada em todos os níveis da natureza, que nos ensina, bastando a nós sermos capazes de escutá-la. Pois *“o futuro não é dado”*. (PRIGOGINE:2001,16). É pela construção e não determinismo do futuro que, na verdade, não podemos falar de um *novo* paradigma de pensamento pós-moderno. Entretanto, há entre os pensadores contemporâneos um consenso sobre o momento de transição paradigmática em que vivemos, devido a essa crise no pensamento atual.

“A gestação do novo, na História, dá-se frequentemente de modo quase imperceptível para os contemporâneos, já que suas sementes começam a se impor quando ainda o velho é quantitativamente dominante. É exatamente por isso que a qualidade do novo pode passar despercebida”. (SANTOS, B: 2000,141).

Tomando como referência Santos, B (1997), um dos principais expositores do mapeamento dos indícios desse novo paradigma, o próprio adverte sobre o lugar de onde fala e da forma especulativa que o leva a predizer a emergência de um novo

paradigma. Uma vez que, ao falarmos de futuro, o fazemos sempre de uma perspectiva pessoal⁴. Em seu caso, de uma perspectiva sociológica, denominado por ele de *“Paradigma de um Conhecimento Prudente para uma Vida Decente”*. Pois o paradigma emergente *não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente)*.

Na perspectiva de Santos, B (2001), esse novo paradigma traz duas estratégias epistemológicas: a aceitação do caos e a revalorização da solidariedade como forma de saber. Ao complexificar o modo de pensar a ciência, o autor propõe quatro teses:

1. Todo conhecimento científico-natural é científico-social – remetendo à superação da dicotomia entre ciências naturais e sociais e interpretações compostas e fixas como saúde-doença, razão-desrazão, etc.
2. Todo conhecimento é local e total – expressando assim a substituição da fragmentação disciplinar das ciências modernas pelo conhecimento multidisciplinar, onde os fenômenos específicos são percebidos em sua totalidade.
3. Todo conhecimento é autoconhecimento – propõe a emergência de um conhecimento compreensivo e íntimo, onde não há separação do objeto, mas ao contrário, conscientiza-se da união pessoal ao que estudamos, assumindo que o “objeto é a continuação do sujeito por outros meios”.
4. Todo conhecimento visa a constituir-se em senso comum – propõe o diálogo entre o campo científico e o senso comum, reconhecendo, neste último, virtudes para enriquecer nossa relação com o mundo.

A partir da leitura das teses propostas por Boaventura, Vasconcelos (2001:80) identifica os seguintes elementos que compõem esse novo paradigma:

⁴ Ilya Prigogine, por exemplo, fala da “Nova Aliança” e da “Metamorfose da Ciência”. Fritjof Capra fala da “Nova Física” e do “Taoísmo da Física”, Eugene Wigner de “Mudanças do segundo tipo”, Enrich Jantsn do “Paradigma da auto-organização”, Daniel Bell da “Sociedade pós-industrial”, Habermas da “Sociedade Comunicativa”. SANTOS (1997, p.36).

“A) Passagem do monoculturrismo para o multiculturalismo, ou seja, uma postura que assuma o desafio de se comunicar com culturas reduzidas ao silêncio;

B) superação da crença moderna de que o conhecimento é objetivo e válido independentemente das condições que o tornam possível e dos valores, com base em uma dicotomia estrutura-ação, gerando um conhecimento aparentemente descontextualizado e implicando o atual padrão dominante de profissionalização;

C) construção social e prática da rebeldia, de subjetividades inconformistas e capazes de indignação, e de campos de experimentação social local onde seja possível resistir e promover com êxito alternativas que tornem possível uma vida digna e decente;

D) valorização de dimensões que resistiram à assimilação completa na sociedade atual, como solidariedade, participação, resistência à especialização técnico-científica;

E) valorização das novas discussões dentro da própria ciência moderna sobre o caos, como campo de saber e não de ignorância, com suas idéias de não linearidade e complexidade, que nos conduzem à noção de um conhecimento prudente;

F) distância da dicotomia sujeito-objeto da ciência moderna e sua consagração do sujeito epistêmico. O pressupostos subjetivos, valorativos de crença não estão antes nem depois da explicação científica, mas são parte integrante dela;

G) superação da distinção entre natureza e cultura/sociedade, na medida em que todas as ciências naturais vão se reconhecendo como ciências sociais;

H) ultrapassagem do caráter antropocêntrico e individualista da ética liberal, centrada numa seqüência linear”.

É, portanto, a partir desses indícios que Boaventura, B (1997) e vários pensadores contemporâneos se esforçam na construção de um novo paradigma, retomando o tema da complexidade, em relação ao conhecimento que se coloca

absoluto, a-histórico, natural e único, em relação à uma busca da verdade. Momento necessário de desconstrução, com o objetivo de se criar uma nova familiaridade, um *novo senso comum emancipatório*, como diria Boaventura, impactando de forma profunda sobre os vários campos de saber.

CAPÍTULO 3

CONSTITUIÇÃO DO SABER MÉDICO: O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO, A INSTITUIÇÃO ASILAR E SUAS “REFORMAS”

3.1 – O Paradigma da Ciência Moderna na Constituição do Campo da Medicina

A influência do paradigma moderno chega à medicina antes de atingir outras disciplinas consideradas nobres para o século XVII. O “*imaginário mecânico*” é apreendido pelo campo médico, ao conceber e tentar objetivar o corpo humano morfológicamente como um “*grande engenho*” animado.

Luz (1988:84) demonstra que o mecanicismo será o traço constitutivo da racionalidade médica moderna. E que a possibilidade de danificação desse “*corpomáquina*” tem como resposta à construção de um sistema classificatório de doenças, baseado na observação sistemática, ordenatória e empírica, advindo das disciplinas da botânica e da história natural.

Entretanto, o espaço para realizar essa prática e constituir esse saber irá aparecer com a transformação do hospital, no século XVIII, em instrumento terapêutico, invenção relativamente nova. Em *O Nascimento do Hospital*, Foucault (1979:99) demonstra que o hospital se tornou uma “*tecnologia médica*” a partir de um programa de reforma. Pois, “*antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência e também de separação e exclusão*”. (FOUCAULT:1979, 101).

Sua função prioritária não era a de curar o doente, mas de recolher o pobre que está morrendo e proteger a sociedade do perigo que ele encarna. Instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde se misturam doentes, loucos, prostitutas, devassos, criminosos, crianças delinquentes, etc.

“*O Hospital Geral não era um estabelecimento médico. Era antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa*”. (FOUCAULT:1972,50).

O hospital nada mais era do que uma reação à miséria e à moralidade, justificando-se a título de um benéfico assistencial, religioso e de punição. Com a dessacralização que a miséria sofreu no transcorrer do século XVII, a internação passou

a ser assunto de “polícia”, onde a figura do louco, associada aos miseráveis, pobres e vagabundos, se destacou como um problema referente à ordem social.

Assim, a prática da **internação**, se configurou “*como medida econômica e precaução social, com o valor de invenção*”. (FOUCAULT: 1972, 78), tornando-se ao mesmo tempo “*recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem era imposta*”. (FOUCAULT: 1972, 61). Logo, desde sua origem, a internação funcionou como um mecanismo social de eliminação espontânea dos “*a-sociais*”.

Mas foi através da disciplinarização do espaço hospitalar e pela transformação do saber e da prática médica, no final do século XVIII, que o campo da medicina enquanto saber se constituiu e o hospital se tornou uma tecnologia da prática médica.

“Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população”.
(FOUCAULT:1979, 101).

O esforço de isolar e individualizar as doenças estabeleceu nova ordem para o conhecimento médico, que deveria ser apreendido de forma progressiva, “*pelos degraus do saber médico: fisiologia, patologia, terapêutica*” (MADEL:1988,85). A consequência desse sistema foi a transformação da medicina num discurso disciplinar sobre a doença e o corpo, perdendo ao longo dos séculos, principalmente até o XVIII, com a superação do *vitalismo*, a teorização sobre a saúde, vida ou cura, para tematizar cada vez mais sobre as entidades mórbidas.

A razão iluminista do século XVIII acreditava absolutamente no racionalismo científico e no poder da técnica. “*Legitimava-se o discurso da ciência para fundar a sua infalibilidade cognitiva (razão) e derivar daí a sua superioridade técnica (vontade) frente a esses discursos tradicionais*”. (BIRMAN: 1992, 78).

A incidência da constituição do paradigma moderno na medicina fez deslocar a concepção que se tinha sobre o “*processo saúde-doença*”, que anteriormente se baseava na busca da origem dos processos da doença, para as causas a partir dos sintomas, passando de um sistema que pensava o indivíduo doente de forma holística, para um

sistema que o separava de sua doença, dividindo mente e corpo. A partir de então, o corpo humano é objetivado, tornando-se *sede das doenças*, e as doenças, *entidades patológicas*.

Com a anátomo-patologia no fim do século XIX, busca-se a explicação para a origem e o fim das doenças no interior dos cadáveres, no órgão lesionado. Tendo como objetivo derrotar a doença, será pela intervenção medicamentosa que a medicina irá intervir no corpo individual e social. “*O corpo individual, tanto quanto o ‘corpo social’, coletivo de corpos individuais, é o alvo privilegiado da intervenção médica, o grande laboratório vivo do progresso médico-farmacêutico*”.(LUZ:1988,87).

Não é sem fundamento que Luz (1988) observa que muitos doentes nessa época “morriam da cura”. Uma vez cobaias desse método, era comum aplicar as mais diversas drogas no mesmo doente. Porém, a medicina moderna havia conseguido separar o *doente* e a *doença*, estabelecendo critérios para o quadro classificatório da patologia e colocando suas regras de *normalidade* para a clínica. As categorias do que é *normal* e do que é *patológico* passam a ser identificadas a partir da concepção de saúde, em que “estado normal” se configura pela ausência de sintomas, e “estado patológico” como o oposto ao normal, o ponto-chave de explicação, de classificação e de combate à doença.

A partir dessa perspectiva, a observação, a descrição, a classificação e a busca das “causas eficientes” das doenças do corpo humano serão o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna, sendo o corpo e a doença os enunciados positivos e científicos que darão objetividade ao seu discurso. Dessa forma, Luz (1988:91) diz que a medicina é pioneira da racionalidade científica, uma vez que ao criar uma disciplina das doenças, teoriza e constrói conceitos em torno desse objeto, formando os teóricos e profissionais do seu saber: os médicos-cientistas.

Entretanto, vivenciamos na segunda metade do século passado uma descrença nas possibilidades ilimitadas da ciência em controlar a natureza e vencer a doença. A complexidade e a incerteza associadas à idéia de transição na saúde incidem sobre suas relações com a própria ciência e com o social.

Por um lado, se a modernidade proporcionou avanços tecnológicos necessários à saúde e ao seu acesso, por outro, trouxe também novos problemas sanitários-sociais, marcados pela tecno-ciência, a urbanização e a industrialização: agravos de natureza social, tais como drogadição, violência, e outros. A concepção de saúde como ausência de doença não sustenta mais esse complexo processo sanitário atual.

Para Carvalho (1996:110), isso se deu de forma significativa, propiciando dois deslocamentos operados pelo pensamento contemporâneo: a passagem de ‘objetivo’

para ‘subjetivo’ e de ‘coletivo’ para ‘individual’. Nessa perspectiva, os dois pares dessas categorias exigiram uma nova relação e um esforço de renovação conceitual, metodológica e prática no campo da saúde pública.

Entretanto, a direcionalidade e o sentido desse processo de transição não se mostram ainda claros, mas em vias de construção. Pois “*o quadro epidemiológico atual exige um modelo explicativo e terapêutico que pense os indivíduos diante da doença e da morte como o que de fato são: sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e intervenções*”. (CARVALHO: 1996,108).

3.2 – Fundamentos do paradigma psiquiátrico e a instituição asilar

“*A Psiquiatria nasce de uma reforma*”. (AMARANTE: 1996,37).

É com essa frase que Amarante (1996), em seu livro *O Homem e a Serpente*, inicia o texto a respeito da constituição do paradigma psiquiátrico. Assim como ocorreu com a medicina, sua disciplina-mãe, a psiquiatria nasce a partir das reformas das instituições sociais em espaço de “cura”, no período da Revolução Francesa do século XVIII. A reforma hospitalar que permite o nascimento da psiquiatria como a primeira especialidade da ciência médica no final do século XVIII, nomeada anteriormente “*Medicina Mental*”, propiciou a instituição de uma natureza médica para a *loucura*, adequando-a as noções de conserto, reparo e correção, configurando-se para Amarante (2000:33) enquanto um *conjunto de saberes e práticas sobre o objeto construído ‘doença mental’*.

Nesse sentido, a idéia naturalizada de que a psiquiatria enquanto saber e que a doença mental enquanto objeto de conhecimento sempre existiram se torna um equívoco, demonstrado por Foucault (1972) em sua obra *História da Loucura*. Pois a percepção da *loucura* como “doença mental” ocorreu a partir de uma ruptura com o pensamento clássico do século XVII. Até então, a *loucura* não tinha uma especificidade própria, era diluída e associada a um grupo homogêneo de tipos morais, invalidados e excluídos socialmente, que se encontravam internados nas casas de correção e nos Hospitais Gerais disseminados por toda a Europa.

Foi a partir da Revolução Francesa e da ascensão da *razão* como matriz do pensamento iluminista no século XVIII, que a *loucura*, como a maioria dos invalidados socialmente – que compunham a população dos hospitais – se tornou um problema para a nova ordem burguesa que surgia. Será na captura da verdade pela razão e pela

emergência de uma nova ordem social, política e econômica, que a *loucura* e as instituições sociais foram absorvidas pela ciência, obtendo outro destino.

Assim, na *História da Loucura*, Foucault (1972) demonstra que há um gesto de exclusão da loucura quando se constrói o pensamento moderno. A loucura entendida como ausência da razão, ou *desrazão*, coloca-se no caminho da dúvida, do sonho e do erro. Logo, é excluída desse projeto da ciência moderna; onde a liberdade é reivindicada como direito comum a todos os homens. Pois, se “*o louco não é manifesto em seu ser: e se ele é indubitável, é porque é outro*”. (FOUCAULT: 1972, 183). Estrangeiro em seu próprio mundo, não poderia ser considerado sujeito da razão e da vontade. Em decorrência de sua alienação, não seria capaz, portanto, de reconhecer as regras sociais e se inserir na condição de cidadão. “*Contudo, para isso o louco deveria ser submetido ao “seqüestro” asilar, com finalidades terapêuticas, para que pelo processo de desalienação pudesse recuperar a sua condição de sujeito do contrato social*”. (BIRMAN: 1992, 75).

Para Foucault (1972), a loucura teria sofrido uma dupla desapropriação: passa a ser definida em referência à razão e às suas concepções de “normatividade”, e torna-se excluída do corpo social determinado pela reorganização econômica e social burguesa.

Nesse sentido, a constituição do saber psiquiátrico irá se inserir em uma nova estratégia de controle social como forma de responder aos vários problemas que a loucura colocava para essa sociedade emergente que se baseava no contrato social. Por não estar apto a exercer o contrato, nem se colocar como cidadão de direitos e deveres, além de perigoso e incapaz para o trabalho, o louco deveria ser isolado e tutelado em um espaço próprio para isso.

Birman (1992) sustenta que a perspectiva teórica que configurou o *louco* em *doente mental* está paradoxalmente marcada pela sua condição de cidadania plena.

“Se na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto é, sua condição de cidadania plena”. (BIRMAN: 1992, 73).

Se a nova ordem política que marca a modernidade reconheceu a condição de cidadania plena a todos os indivíduos, considerados iguais perante a lei, por outro lado

excluiu aqueles que considerava diferentes. Simultaneamente, instituiu-se um modelo assistencial asilar centrado no Estado, legitimado pelo recente discurso da medicina tributária dessa racionalidade naturalista.

Será para a classificação, isolamento e ordenamento da *loucura* que os classificadores irão voltar sua atenção com o objetivo de construir um saber científico sobre ela. A partir da medida de *isolamento* e sua intervenção no hospital de Bicêtre, Philippe Pinel, médico, filósofo, matemático e enciclopedista francês, elabora no século XVIII o primeiro “*Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental*”. A *loucura* passou a ser descrita por sinais precisos e constantes, agrupada em classes, gêneros e espécies.⁵ Entendendo-a como “*alienação mental*”, ao *louco* foi atribuído o lugar de um outro, aquele se encontrava em contradição a razão, a ordem e a moral.

Pinel fundou a clínica psiquiátrica, considerando a *loucura* como um distúrbio das paixões, sendo seus excessos e desmedidas os responsáveis pela *alienação mental*. Como considerava a *loucura* isenta de causas físicas, mas moral, Pinel institui o método do *tratamento moral* com objetivo de restabelecer a razão parcialmente perdida do *louco*, educando-o através do castigo e da punição. Ao libertar os *loucos* das correntes dos porões dos asilos, por outro lado os excluiu da paisagem social, criando uma instituição própria que se constitui na própria terapêutica: o *asilo*.

Dentro dessa perspectiva, foi que Pinel desenvolveu um conjunto de estratégias identificadas por Castel (1978) como *tecnologia pineliana*, reconhecida como uma das principais operações que fundaram a prática asilar. A *tecnologia pineliana* consistia em uma estratégia baseada na *ordem*, caracterizando-se pelo *isolamento*, pela *organização do espaço asilar* e pela *relação de autoridade* do médico sobre o alienado.

A) O *isolamento* foi um princípio importante para a constituição do conhecimento científico sobre a loucura e para sua administração. Por um lado, possibilitou a observação específica do objeto a ser estudado, pois, “*uma vez isolado, o objeto poderia ser mais bem observado como pré-condição para o sucesso das etapas do método científico experimental*”. (AMARANTE: 2000, 40). Por outro, isolava-se para tratar e devolver a “razão” ao *louco*, pois estando as causas da loucura no meio social, o *isolamento* era fundamental enquanto instrumento terapêutico. A partir desse momento a *internação* assumiu o caráter médico e se justificou por outras razões: o *louco* passou a ser isolado porque era um *alienado*, um *doente*.

⁵ Ver Foucault (1972) Cap 6: O Louco no Jardim das Espécies (177-208).

Castel (1978) demonstra que a **internação** em um “*estabelecimento especial*” foi determinante na constituição desse *status*, pois, incapaz do contrato social, o *louco* deveria ser tutelado. Portanto, a medicalização

“*não significou, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implicou a definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, que a lei de 1838 fixou, por mais de um século, num completo estado de menoridade social*”. (CASTEL: 1978, 55).

Com a prática da *internação* e do *isolamento*, Pinel encontrou os meios necessários para teorizar sobre o conceito do que seria a *loucura*, configurando-a no que denominou de *alienação mental* e posteriormente *doença mental*.

“*A criação da categoria doença mental traria consigo, portanto, como uma marca congênita, o movimento de exclusão. Através dela, a psiquiatria teria oferecido solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente: como conciliar os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não são iguais, nem livres; são aliens, alienados*”. (BEZERRA: 1992, 118).

A distinção entre *normal* e *patológico* foi determinada pela percepção moral do alienista e não por causas físicas, articulando-se entre dois saberes: o filosófico e o médico. “*Essa é a operação básica instruída por Pinel, a qual possibilitou a inscrição da loucura, dos desvios, das paixões e da moral no conceito de doença*”. (BEZERRA: 1992, 118).

B) A **organização do espaço asilar** inseriu os *alienados* em uma rede ordenada de lugares, de ocupações, de hierarquias, distribuindo-os conforme o caráter, as variedades e diversos períodos e graus de *loucura*, o que supõe a possibilidade de alcançar o mais profundo conhecimento de seu processo. Transformado em espaço de “cura”, a diferença entre os outros hospitais é que o asilo se colocava na função do próprio remédio.

O termo *asilo* é denominado por Pessotti (1996), em *O Século dos Manicômios*, como aquelas instituições onde se internavam, loucos com ou sem companhia de outros

doentes. Como em Salpêtrière e Bicêtre na França, que continuaram mesmo após a reforma de Pinel a ser chamadas de *asile*. O mesmo termo era utilizado pelos ingleses para definir as casas de loucos ou *madhouse*. O termo *hospício* aparece na Europa para designar instituições filantrópicas sem nenhum propósito psiquiátrico, edifícios administrados como parte de hospitais gerais. Havia também o hospício somente para loucos, que da mesma forma não dava tratamento médico, tendo como função alimentar, abrigar e separá-los dos demais doentes e marginalizados sociais. Será com o surgimento dos manicômios no século XIX que esta instituição para loucos irá se caracterizar por acolher somente *doentes mentais* e dar-lhes tratamento médico sistemático e especializado.

C) Sendo a loucura um distúrbio das paixões, uma contradição na razão, esta só poderia ser restituída ao *louco* através de sua interiorização. Isso só poderá ser dado pela **relação de autoridade** do médico sobre o doente, através de “*uma relação de força entre um pólo razão e um pólo não-razão*” (CASTEL: 1978, 88), relação de força entre o médico, que se configurava em autoridade máxima, e o alienado seu subordinado, por meio do que Pinel vai denominar “*tratamento moral*”.⁶

Para Birman *apud* Nicácio (1994) o **tratamento moral** se realizava mediante noções fundamentais: como *hierarquia, ordem, vigilância e dominação*. Por seu caráter moral, transformou o asilo em instância cotidiana de julgamento.

“O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico, que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é no asilo o agente das sínteses morais”.(CASTEL: 1978, 82).

O “*tratamento moral*” fez do asilo um lugar “especial”, um modelo assistencial-custodial, baseado na vigilância, na ordem e na disciplina. Uma instituição correcional, denominada por Goffman *instituição total*.⁷

⁶ Sobre o tratamento moral, consultar FOUCAULT: 1972, 78.

⁷ Dentre as instituições totais, Goffman relaciona os manicômios, as prisões, os conventos e as escolas-internatos, que se fundamentam na ordem, na disciplina e na violência. Ver GOFFMAN: 1961.

Constituindo um híbrido social, de comunidade residencial e de organização formal, a **instituição total** é para Goffman (1961:22) o que ele chama de *estufas para mudar pessoas*; onde *cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu*. A característica de “fechamento” desse tipo de instituição é a marca de seu caráter total, simbolizada pela barreira da relação social com o mundo externo. Seus aspectos centrais são definidos pelas rupturas com a circulação social, com a convivência de outras pessoas, com outros níveis de hierarquia e com a autonomia de decisão dos planos de sua vida.

Nesse sentido, o autor demonstra que esse tipo de instituição tem como efeito o *desculturamento* e a *mortificação do eu*, incapacitando o interno para enfrentar certos aspectos da vida civil, caso volte ao mundo exterior, e para mudar progressivamente as crenças que tem a respeito de si e dos outros, tornando-o cada vez mais inapto.

“O essencial é que no asilo fundado na época de Pinel, o internamento não representa a ‘medicalização’ de um espaço social de exclusão; mas a confusão no interior de um regime moral único, cujas técnicas tinham, algumas, um caráter de precaução social, e outras um caráter de estratégia médica”. (FOUCAULT:1984, 83).

Porém, já no final do século XVIII se percebia que nem todos os *doentes* se curavam e a proposta do *isolamento* não resolvia todos os problemas do *desvio*. Procura-se redefinir mais cuidadosamente a sua população, dispor de técnicas e objetivos mais científicos. Foi, portanto, no século XIX que o positivismo alcançou, através da anátomo-clínica, uma definição mais objetiva para a doença *mental*, enquanto patologia.

Na tentativa de aproximação do modelo anátomo-patológico, a causa moral da loucura tornou-se um obstáculo; vários debates foram travados entre os alienistas, revirando o saber psiquiátrico, mas nem assim a psiquiatria conseguiu se livrar dessa concepção. Isso pode ser percebido com a *doutrina das degenerações* de Morel, que incluía noções de defeito, degeneração, anormalidade e periculosidade manifestadas por personalidades psicopáticas, apresentando interdependência entre o moral e o orgânico; com o conceito de *predisposição* de Magnan, e com o *princípio nosológico* de

Kraepelin, base da psiquiatria moderna.⁸ Esquirol, discípulo da tradição pineliana, é quem tentou responder a essa questão:

‘Esperam que nós vamos indicar a sede da loucura, que vamos fazer conhecer a natureza e a sede da lesão orgânica, da qual a loucura é a revelação. Nós estamos ainda bem longe deste fim’. (BIRMAN apud AMARANTE: 1996, 51).

Ousadamente, a psiquiatria construiu seu objeto a partir do suposto princípio de autonomia e neutralidade do saber científico, que garantia a verdade sobre o objeto de conhecimento, pressupondo que o sujeito epistêmico (observador, portador de uma subjetividade comandada pela razão) tomaria distância de seu objeto (a *doença mental*), colocando-se num lugar neutro e obtendo assim a garantia da verdade sobre esse objeto.

Entretanto, desde seu nascimento a psiquiatria se vê em dificuldades para se enquadrar nos parâmetros científicos, uma vez que carece de positividade para definir a natureza da *doença mental*. Paradoxalmente, se tornou autoritária, rechaçando qualquer saber que lhe fosse externo e não se pautasse por seus fundamentos. Até a II Guerra Mundial, a psiquiatria foi se tornando cada vez mais organicista, continuando com o asilo como local de sua produção.

Campos, F. (2000) recorda que muitos foram os métodos utilizados para “aliviar” os *doentes mentais*. Experimentos com humanos, duchas, cadeiras rotatórias, lobotomias, camisas-de-força, celas fortes e eletrochoques.

“(...) durante a guerra, com a tentativa de domínio nazista, é que a humanidade fez um verdadeiro pacto contra a opressão aos direitos do indivíduo, pela importância das relações coletivas de solidariedade e pela aceitação das diferenças. (...) esta nova situação fez com que a psiquiatria, usada para a classificação dos indivíduos aptos a vida em sociedade e que, como “ciência” reconhecida, utilizava métodos opressivos aos direitos individuais em nome de um “tratamento médico”, fosse questionada. E já durante a II Guerra, algumas experiências de tratamento do doente mental haviam sido realizadas nos hospícios, utilizados como campo de concentração para prisioneiros políticos”. (CAMPOS, F: 2000,32).

⁸ Ver AMARANTE: 1996, 57-59.

Não é sem fundamento a comparação de hospitais psiquiátricos aos campos de concentração, tanto pela organização, como pela lógica de seu funcionamento. Foi no pós-guerra que esse modelo passou por críticas severas, dando início a uma série de tentativas reformistas, que contribuíram para o desenvolvimento da política atual no campo da saúde mental.

3.3 – As reformas asilares ou a psiquiatria reformada

“O manicômio faz adoecer de uma outra ‘doença’, contagiosa e crônica, que não é doença mental. O contágio é a cultura manicomial, que expressa, na aceitação naturalizada daquele lugar de violência, a aceitação da própria violência súbita: a doença é a ‘doença das correntes’ como a chama Nietzsche”. (ROTELLI:2001,70).

Os movimentos reformistas posteriores à reforma pineliana se disseminaram por toda a Europa e os Estados Unidos no pós-guerra, com amplos reflexos no Brasil. Nessa tentativa, questionou-se a função da instituição asilar, sem, no entanto, tocar a questão do saber psiquiátrico e suas relações com a loucura. Porém, foram experiências importantes, uma vez que propiciaram o processo de transformação pela qual o campo da saúde mental vem passando nos últimos anos.

Talvez possamos dizer que certa “*crise*” sempre esteve presente no processo de constituição da psiquiatria e do desenvolvimento de seu saber, uma vez que essa disciplina nunca conseguiu efetivamente consolidar seu objeto nos moldes “racionais” da ciência moderna. Por outro lado, seu discurso de cura não correspondeu aos resultados obtidos durante os anos de sua existência, ao contrário. Isso nos faz perguntar sobre a legitimação e poder excessivo de seu saber, suas práticas e a existência do manicômio como espaço de mortificação⁹. O termo *mortificação* foi utilizado por Goffman (1961:24), em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*. A expressão correta seria “mortificação do eu”, se referindo às diversas formas de rebaixamento, de degradações, humilhações e profanações do eu sofrida pelo internado. “*O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado*”.

A psiquiatria moderna demonstrou que a anátomo-patologia falhou em não conseguir encontrar uma resposta orgânica à loucura e na tentativa de suprimir o tratamento moral de sua prática. Ao se dar conta de uma crise tanto teórica quanto

⁹ GOFFMAN, E. 1961, p. 24.

prática, muda radicalmente seu objeto de “doença mental” para “promoção da saúde mental”, propiciando uma tentativa de inovação através da constituição de várias experiências “reformistas” pelo mundo.

Segundo Birman e Costa (1994:42), a característica de “Crise” tanto teórica quanto prática, atravessada pela psiquiatria atual, veio se desenvolvendo desde o início do século XX e se aprofundou a partir da II Guerra Mundial, pois, é nesse período

“que se fundem numa unidade as preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica e as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua inconseqüente incapacidade social”. (BIRMAN & COSTA: 1994,44).

A estabilidade socioeconômica e a política mundial foram subvertidas durante a II Guerra, principalmente no continente europeu, que se deparou com o alto custo de vida nos grandes centros urbanos e os extermínios provocados pela fome, frio e outras privações. *“Só na França, registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados”.* (BIRMAN & COSTA: 1994,45).

Em 1942, em meio à guerra, a Inglaterra firma o Plano Beveridge, que se tornou um marco simbólico no que se refere às atuais políticas de bem-estar social (*welfare states*).¹⁰ O Estado passava a ser o gerenciador das trocas econômicas e sociais, não se limitando mais a dirigir vidas somente a partir do contexto político e militar. Ele se tornava um grande poder virtual, que agregava um conjunto de poderes e um poder concreto, definindo os rumos de todos os negócios públicos, inclusive o direito à saúde. *“Daí surge o postulado, pretensamente universal, de que todos os homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico, e que este produto tem que ser possibilitado pelo Estado”.* (BIRMAN & COSTA: 1994,45).

É nessa conjuntura que a deterioração das pessoas no espaço asilar não poderia mais ser aceita. Considerado o agente cronificador e produtor da enfermidade, o hospital psiquiátrico passa a ser alvo de críticas e lugar de formulação de várias experiências no

¹⁰ *“welfare state”* – Estado de Bem-estar Social – estado de proteção social que tem por princípio garantir o acesso de toda a população aos serviços e benefícios, por intermédio de um conjunto de políticas sociais de saúde, educação, habitação, etc, independentemente da situação do indivíduo no mercado de trabalho. In: AMARANTE: 2003, p 76, vol 2.

campo da psiquiatria. Birman & Costa (1994) utilizam o seguinte esquema para organizar esses movimentos reformistas:

A) As reformas restritas ao espaço asilar nos anos 50 e 60: a comunidade terapêutica (Inglaterra) e a psiquiatria institucional (França);

B) e as reformas que utilizam a comunidade como ponto central para tratamento nas décadas de 40 e 60: a psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA);

Segundo Birman & Costa (1994), os dois movimentos reformistas, apesar de apresentarem constituição e finalidades diversas, se traduzem em uma diferença superficial, uma vez que a estrutura da psiquiatria institucional é a mesma que possibilita a estrutura da psiquiatria comunitária, objetivando ambas a promoção da saúde mental, entendida enquanto processo de adaptação social. Nessa perspectiva operam-se transformações: de terapia das enfermidades para promoção da saúde mental, de individual para coletiva e de assistencial para preventiva.

Nesse sentido, Birman & Costa (1994:42) delimitam como consequência da crise da psiquiatria, por sua impotência terapêutica e impasses quanto à cientificidade, a transformação de três níveis constitutivos de seu campo:

1) No campo do sistema assistencial, onde o Estado passou a gerenciar os recursos na área de atenção da saúde pública e privada;

2) no campo epistemológico, onde o objeto *doença mental* é trocado pelo novo objeto *saúde mental*, buscando condições de sua possibilidade e as formas de instaurá-las nos indivíduos;

3) e no campo da prática clínica, que se traduziu num terreno nebuloso, em vista da mudança de objeto que exigia outra prática diferente da anterior, em função do antigo objeto, além do deslocamento do espaço “terapêutico”, antes hospitalocêntrico, para serviços externos a esse modelo, tendo a comunidade como novo espaço de intervenção psiquiátrica.

Entretanto, Rotelli (2001:19) nomeia de “psiquiatria reformada” essas diversas tentativas dos movimentos reformistas da psiquiatria, “*de renovar a capacidade*

terapêutica da psiquiatria, liberando-a de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação”, constituindo-se em reformas do modelo psiquiátrico com a finalidade de resgatar o objetivo originário do qual se perdera. Entretanto, as transformações dos vários sistemas de saúde mental da Europa e dos EUA abriram condições para a construção de um novo projeto social com políticas e ideologias importantes para o atual momento de reforma psiquiátrica em que nos encontramos. É com a psiquiatria comunitária ou preventiva que o objeto *doença mental* é substituído por *saúde mental*, buscando conseguir o equilíbrio, a adaptação e o ajustamento do indivíduo na sociedade. Suas propostas, além de acarretar em a medicalização dos comportamentos sociais, serviram para preparar a constituição de várias experiências de “desinstitucionalização” para diversos países, inclusive o Brasil, sendo adotada por vários organismos internacionais como a OMS e a OPAS.¹¹

Em seu livro *Loucos pela Vida*, Amarante (1995:27) considera que além dos dois movimentos propostos por Birman & Costa (1994:44), há um terceiro movimento que não se configuraria somente em torno de uma reforma técnico-assistencial: a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria democrática italiana, fundamentais ao operarem rupturas com a psiquiatria e seu saber sobre a *loucura*, que buscam, através de um olhar crítico, desconstruir o aparato psiquiátrico, entendido “*como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos*”. (AMARANTE:1995, 22).

C) A antipsiquiatria (Inglaterra) e a psiquiatria democrática (Itália) na década de 60 e 70.

Estas duas experiências são colocadas à parte dos movimentos reformistas, uma vez que fazem rupturas com o pensamento reformador do asilo ou das práticas terapêuticas. Pela primeira vez na história questiona-se o saber psiquiátrico e seu objeto em torno do conceito da *doença mental*, sendo o projeto italiano, para Amarante (1994:61), um dos mais inovadores no campo da saúde mental, pois diz respeito a um *projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais*, ao desconstruir o manicômio e construir centros de saúde mental territorializados que atendem a toda a demanda da população e se mostram inteiramente substitutivos do manicômio, das suas práticas e

¹¹ AMARANTE: 2003, p. 45-46, vol 2.

cultura. Tal sistema tornou-se referência para várias experiências no mundo, inclusive no Brasil, devido à radicalidade com que questionou o paradigma médico-psiquiátrico e por haver efetivado uma “psiquiatria sem manicômios”.

CAPÍTULO 4

O PARADIGMA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O conceito de *desinstitucionalização* tem sido usado a partir da psiquiatria italiana de tradição basagliana como referência à idéia de *desconstrução* de saberes, práticas e cultura, permitindo a transformação e reinvenção desses territórios em relação à *loucura*.

Entretanto, esse termo, nasceu originalmente nos EUA, como sinônimo de *desospitalização*. Neste capítulo, faremos uma revisão de como esse conceito nasceu a partir da experiência americana e como ele evoluiu e se transformou com a prática italiana, referenciando políticas de países como o Brasil.

Constituindo-se na experiência italiana enquanto ruptura, faremos cuidadosa revisão da experiência de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, com o objetivo de demarcar determinados aspectos fundamentais para a compreensão da análise do conceito de serviço substitutivo.

4.1 – Desinstitucionalização como desospitalização: a experiência americana

Com a configuração do “Estado do Bem-Estar” (*welfare state*), a partir da II Guerra Mundial, o Estado se tornou o principal planejador e gestor dos processos sociais, responsabilizando-se pelo direito à saúde entendido como um direito social. O modelo estritamente curativo da medicina é criticado e substituído por uma nova concepção de saúde.

No campo da psiquiatria, o modelo americano de Psiquiatria Preventiva foi o principal articulador das políticas de saúde mental, por meio da criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na década de 70, o que permitiu orientar e definir as políticas de saúde mental a serem seguidas pelo terceiro mundo.

Foi nesse contexto de reorientação dos programas de políticas sociais, que a noção de *desinstitucionalização* surgiu nos Estados Unidos, na década de 60, a partir dos governos Kennedy e Johnson, referindo-se aos processos de “alta” e de reinserção de pacientes na comunidade.

Segundo Costa *apud* Amarante (1995: 39), o preventivismo americano deu um novo fôlego ao projeto de medicalização da ordem social, diferenciando-se da psiquiatria tradicional ao instituir a *saúde mental* como novo objeto, a *prevenção da doença mental* com o objetivo, a *coletividade* como novo sujeito de tratamento, as *equipes comunitárias* como novo agente profissional, a *comunidade* como novo espaço de tratamento e a *unidade bio-psicossocial* como nova concepção de personalidade.

Entretanto, essa formulação de *desinstitucionalização*, manteve como inspiração o paradigma psiquiátrico tradicional e seus princípios, que segundo AMARANTE (1996) tinham como pressuposto a reforma “correta” do saber, das técnicas e da administração do sistema psiquiátrico.

Consistindo em medidas de saneamento e racionalização de recursos, criaram-se estruturas extra-hospitalares na comunidade, de caráter intermediário, que deveriam assistir os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, porquanto o aumento de altas hospitalares possibilitava a diminuição de leitos e a economia de gastos. Por outro lado, transferiam-se pacientes para essas estruturas assistenciais de pequeno porte, de caráter *intermediário* e com base preventiva e comunitária, produzindo o que Barros (1994) denominou de “rede difusa de instituições”.

Essa política e a organização estrutural dos serviços de saúde mental culminaram no abandono da população internada na periferia das grandes cidades, projetando-as definitivamente no circuito da miséria; “*e também na transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários ‘não psiquiátricos’, etc.) e novas formas (mais obscuras) de internação* (ROTELLI *et Al*: 2001,21).

O caráter *intermediário* desses serviços é considerado por Amarante (1996: 16) sob dois aspectos:

“*o primeiro, é no sentido de ‘passagem’ entre o hospital e a comunidade ou vice-versa (isto é, quando o paciente transita pelo serviço em processo de saída hospitalar, em processo de readaptação social, ou quando por tentativa de evitar a internação integral e imediata);*

o segundo, é no sentido de ‘provisório’, isto é, como modalidade assistencial que deveria existir até o momento em que o hospital tornar-se-ia obsoleto, dada a implantação da rede de serviços preventivos e comunitários.”

A partir dessa perspectiva podemos apreender que o serviço de caráter *intermediário*, ao se colocar ora entre o hospital e a comunidade, ora como um momento provisório que objetiva a readaptação social, não enfrentava de forma crítica a existência do hospital psiquiátrico e seus meios de exclusão.

Convivendo paralelamente ao hospital psiquiátrico, ou à espera de sua obsolescência pela criação de *serviços intermediários*, produziu um efeito rebote, que para Amarante (1996) propiciou ampliação do território psiquiátrico, criando novos serviços, especialidades e técnicas voltadas para a cura e a reabilitação de habilidades perdidas, servindo, no entanto, como obstáculo para transformações mais substanciais.

Nesse sentido, a desinstitucionalização como desospitalização, foi para Rotelli *et al* (2001:19) praticada sob dois aspectos negativos:

1. *“ A intenção de liberar a psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restituir-lhe o estatuto terapêutico resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam.*
2. *“Um sinal complementar desta falência está no fato de que esta forma de desinstitucionalização não alcançou o objetivo de superar a necessidade da coação e, portanto, dos locais de internação. Eles permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo”.*

Assim, a psiquiatria, nascida das ‘reformas’, foi observada por Rotelli (2001) pela conclusão de um balanço negativo, à medida que faliu em seus objetivos de superar a cronicidade e a sua função de ‘coação’ e segregação. Os efeitos dessa prática de *desinstitucionalização* como *desospitalização* nos sistemas de saúde mental são identificados por Rotelli *et Al* (2001: 22-23) a partir da prevalência de alguns traços, tais como:

1 . A internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico continua a existir, reorganizando-se segundo a lógica do “*revolving door*”, em que o hospital convive ao

mesmo tempo com outras estruturas assistenciais ou judiciárias que internam e asilam pacientes psiquiátricos.

2 . Os serviços territoriais convivem com a internação psiquiátrica e não a substituem nos hospitais, tornando-se espaços de renovação terapêutica da psiquiatria e funcionando de forma desarticulada em relação aos outros serviços e segundo a fragmentação da prestação da assistência. Ou seja, *“os serviços funcionam segundo uma lógica de empresa: selecionam os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer “não é problema nosso”*.

3 . O sistema de saúde mental passa a funcionar como um circuito, onde os serviços da comunidade existem de forma complementar às outras estruturas de internação, alimentando-se reciprocamente uma da outra. *“Na psiquiatria reformada a “estática” da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas.”*

Portanto, a rede de serviços intermediários, a partir dessa noção de desinstitucionalização, tem propiciado a reprodução da lógica de segregação fora do espaço asilar, fazendo surgir nesse “circuito” os “novos crônicos”. A forma seletiva e fragmentada com que os serviços operam, inscrevem-nos na lógica da não responsabilização e do abandono, priorizando o caráter técnico-organizacional das instituições e deixando de lado as discussões sobre seu aspecto político-ideológico, sustentando a manutenção do sistema e suas funções de controle social mediante formas mais dissimuladas de violência.

Nesse sentido, Koda (2002:31) adverte para que estejamos atentos ao uso de determinados termos como “promoção da saúde mental”, “reinserção social” das pessoas acometidas por transtornos mentais, “atenção integral” à saúde, o “biopsicossocial”, tão freqüentemente usados em propostas substitutivas como meios falseados de seguirmos reproduzindo velhos modelos.

Pois a psiquiatria preventiva tornou-se referencial forte para as políticas de saúde mental em vários locais, com base em um discurso que visava à prevenção e a cura de doenças ou mal-estares na sociedade.

4.2 – Desinstitucionalização como desconstrução: a experiência italiana

“Os passos iniciais da desinstitucionalização consistem, pois, no desconstruir o paradigma problema-solução, no envolver e mobilizar nesse processo os atores-sociais envolvidos, inclusive os internos – já não mais sobre o critério de ‘desalienação’ – o que permite descobrir que esse não é um problema puramente ‘técnico-científico’, mas também normativo, social e ético.” (AMARANTE: 1996, 76).

Diferentemente da *desinstitucionalização* pela *desospitalização*, a experiência italiana assume o que Rotelli *et Al* (2001) vão chamar de *desinstitucionalização, uma outra via*. Assumida enquanto *desconstrução*, a *desinstitucionalização* operada pelos autores se caracteriza por constituir um “*percurso complexo de ‘desconstrução’ a partir do interior da instituição psiquiátrica e por ser ao mesmo tempo prático e teórico, que insere transformações no campo do saber e das instituições*”. (AMARANTE: 1996, 24).

Essa nova significação a respeito da *desinstitucionalização como desconstrução* tem sua trajetória prático-teórica desenvolvida pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), principal referência dessa experiência, que indica um caminho que vai além do campo teórico e prático da psiquiatria. Militante político e membro do Partido Comunista Italiano de resistência durante a II Guerra Mundial, vivenciou concretamente a experiência da prisão durante o regime fascista. Com importante influência da fenomenologia e do existencialismo em sua formação humanística e filosófica de caráter marxista (na qual Gramsci constituía a principal referência), articulou um rico debate entre as principais práticas e teorias inovadoras de sua época. O desenvolvimento do processo teórico-prático de *desinstitucionalização* proposto por Basaglia pode ser compreendido em duas etapas: a primeira é marcada pela experiência de Gorizia e a segunda pela de Trieste.

Em Gorizia, a transformação no interior do hospital psiquiátrico, possibilitou o início do desenvolvimento de uma crítica ao manicômio, apostando na construção de um projeto de transformação que vai além da simples reforma institucional e técnica. Porém, será em Trieste que o projeto de *desinstitucionalização* será efetivado com a progressiva desconstrução do manicômio e a constituição dos serviços territoriais substitutivos, tornando-se referência para todo o mundo.

Assim, para Rotelli (2001) a inovação dos psiquiatras italianos no processo de *desinstitucionalização* consiste no trabalho com a hipótese de que

“o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente.” (ROTELLI *et Al*: 2001,27).

Nesse aspecto, a *desinstitucionalização* assume outro significado, que se situa a partir de um marco de transição da ciência moderna, “*na qual o problema da desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito, para voltar-se para a invenção da realidade como processo histórico*”. (AMARANTE: 1996,22).

A contribuição de Basaglia no percurso da *desinstitucionalização* se deu pela organização de um corpo teórico e um conjunto de estratégias para lidar com a psiquiatria, o que possibilitou a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. O período de crise e transição no campo das ciências e a influência de outros pensadores da epistemologia e da filosofia são marcas importantes no pensamento de Basaglia. A questão da *complexidade* e da *desconstrução*, repensadas a partir de uma posição construtivista e no sentido de superação do paradigma psiquiátrico tradicional, são reportadas para esse campo, possibilitando uma transformação teórico-prática que se configurou na psiquiatria democrática italiana.

Buscamos em Mary Jane Spink (2000), a noção de **desconstrução**¹², uma vez que faz referência à possibilidade de “desfamiliarização” de noções que foram naturalizadas por outros saberes, pensando a questão tanto do sujeito quanto do objeto como construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas. Nesse sentido, chama a atenção para a necessidade de trabalhar assumindo uma posição de estranhamento frente a conceitos ‘dados’, que justamente por serem apreendidos de

¹² SPINK, Mary Jane (Org). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodológicas*. 2 ed. SP: Cortez, 2000.

forma naturalizada se transformaram em crenças e tornaram-se obstáculos para a construção de outros saberes. Portanto, seria um exercício de desfamiliarização, o mesmo que desconstruir axiomas, desvelando o poder das ideologias científicas, que por meio de seus técnicos sustentam, tutelam e mantêm toda nossa estrutura social.

Outra noção importante faz referência ao conceito de **complexidade** trabalhado por Isabelle Stengers (1989:146). A autora introduz em cena a posição do sujeito que coloca questões na ciência, permitindo desvelar os processos a que essas questões foram submetidas para serem construídas pelo seu operador. Assim, reativa o par ‘operador-conceito’, com o objetivo de problematizar a singularidade da operação ocultada pelo conceito e a posição do operador que ao definir um conceito define uma visão de mundo a partir da sua. Portanto, possibilita desvelar as relações entre ciências e poderes, levantando questões sobre a idéia de identidade “autônoma” e “neutra” da qual a ciência se veste e os efeitos de tal apreensão no cotidiano. Nesse sentido, permite a superação da hegemonia da ciência na apreensão do real e abre debate no campo da reforma psiquiátrica, uma vez que a psiquiatria fundada num contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural, positivo, neutro e autônomo, contribuiu

“de forma importante, tanto no aspecto conceitual (na construção de tantos outros conceitos como degeneração, cretinismo, idiotia, imbecilidade), quanto no aspecto de suas práticas (pela invenção do manicômio, do tratamento moral, das terapias de choque), para a consolidação de um imaginário social onde a diferença fosse associada à anormalidade ou des-humanidade.” (AMARANTE: 2003,55).

Portanto, o processo de recomplexificação das experiências nomeadas de *loucura*, foram nesse momento iniciadas por Basaglia em um contexto de superação paradigmática. A estratégia da *desinstitucionalização* contribuiu amplamente para modificar e abrir para discussão o discurso e a prática psiquiátricos sobre a loucura e o sofrimento humano, criando estratégias importantes para o campo do conhecimento.

Um exemplo importante nesse sentido foi o princípio de colocar a “*doença mental entre parênteses*”, proposto por Basaglia, o que permitiu inaugurar um procedimento epistemológico em relação ao saber psiquiátrico, recusando aceitar a positividade desse saber para explicar e compreender a loucura e o sofrimento humano, encoberto pela concepção de *doença*.

“O princípio filosófico de colocar um conceito entre parênteses, tal como proposto originalmente por Edmund Husserl, consiste na idéia de que o fenômeno é construído pelo observador e só existe na interação com o mesmo. Isto quer dizer que uma determinada concepção de doença mental é construída a partir da cultura, do conhecimento e da subjetividade de quem a produziu, ou seja, não é um conceito neutro”. (AMARANTE: 2003, 68, vol 2).

As construções conceituais do saber psiquiátrico, orientadas pela lógica racionalista *problema (doença) – solução (cura)*, objetivam a *loucura* reduzindo-a a *doença* e coloca o sujeito e seu sofrimento entre parênteses. É nesse sentido que Basaglia inverte esse princípio, colocando a doença entre parênteses, pela suspensão de seu conceito, para tornar possível ocupar-se do sujeito em sua experiência. Denuncia-se, portanto, o aparato que se construiu a partir dessa noção de *doença mental*, que considera o *louco* ao lado do erro, da incapacidade, da periculosidade e da irresponsabilidade, o que o impede, portanto, de exercer sua cidadania plena; e que o leva, necessariamente, a ser tutelado e isolado em um espaço próprio: o manicômio.

“Essa atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido de não reconhecimento de uma determinada experiência de sofrimento ou diversidade. (...) Significa, isso sim, a recusa à explicação oferecida pela psiquiatria para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria, que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar, conhecer a subjetividade”. (AMARANTE: 2003,56).

Nesse sentido, Rotelli (2001:30) entende que o processo de desinstitucionalização tornou-se a reconstrução da **complexidade** do *objeto*, com a finalidade de trazer à cena o sujeito, o que abre a possibilidade de operar mudanças conceituais, técnicas, políticas e históricas no campo da saúde mental.

Dentro dessa perspectiva, Rotelli *et Al* (2001:18) enfatiza que

“a verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria, na Itália, tornou-se um processo social complexo, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.”

Para concluir, Rotelli (2001:36) considera que o processo de desinstitucionalização italiano se constituiu a partir de três aspectos:

A) *da construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;*

B) *da centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações em sociedade;*

C) *e da construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque surgem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali confinados.*

4.3 – Os Caminhos da desinstitucionalização na experiência italiana: a história de Gorizia

BARROS (1994)¹³ é quem melhor analisa a trajetória de transformação do hospital de Gorizia e o processo de *desinstitucionalização* em Trieste. Situada ao norte

¹³ A história da transformação operada no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, bem como o processo de desinstitucionalização em Trieste são bem trabalhados por BARROS: 1994. Confrontar também: AMARANTE: 1996, BASAGLIA: 1985.

da Itália e na fronteira da antiga Iugoslávia, Gorizia tem a direção de seu Hospital Psiquiátrico Provincial assumida por Basaglia, na década de 60, em meio a um contexto sócio-político marcado por lutas setoriais, questionamentos sobre o papel do Estado e suas instituições e demanda de maior abertura democrática no país.

É nesse momento que Basaglia inicia uma série de transformações no interior do hospital de Gorizia, como o fim das ações institucionais de contenção e a criação de condições para reuniões e encontro entre médicos e pacientes.

Com essas medidas, Basaglia

“procurava devolver ao doente a dignidade do cidadão e abrir espaços para que este se reunisse com seus companheiros e, através de grupos organizados, influísse e decidisse sobre a vida institucional à qual estava submetido”. (BARROS: 1984, 59).

Isso permitiu, em 1962, a abertura do primeiro pavilhão do hospital para a comunidade.

Influenciado inicialmente pelos movimentos reformistas da psicoterapia institucional francesa e da comunidade terapêutica inglesa, logo se vê obrigado a abandoná-los. A continuação da lógica institucional e a permanência da segregação e exclusão das pessoas fizeram com que esse modelo inicial fosse questionado em sua prática e superado em decorrência de várias discussões. Assim, Amarante e colaboradores (2003: 66, vol 2) descrevem que Basaglia, em curto espaço de tempo,

“constatou a ineficácia dessas medidas, que tinham como objetivo apenas reformar o asilo. As transformações realizadas pela comunidade terapêutica haviam promovido mudanças no interior do hospital; porém, segundo pensava Basaglia, não conseguiram atingir a questão central, ou seja, a exclusão imposta pela instituição psiquiátrica. Por outro lado, as críticas referentes à Psicoterapia Institucional recaíram sobre a excessiva ênfase no espaço hospitalar, o que restringia a uma reforma asilar, que não colocava em xeque a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos”.

A ênfase no papel dos técnicos é um dos principais focos dessa experiência, compreendidos enquanto *funcionários do consenso*, executores *materiais das ideologias*

e dos 'crimes da paz',¹⁴ “isto é, da violência que exerciam sobre as pessoas com pretexto de, legal e cientificamente, recuperá-las.” (AMARANTE: 1996, 74). Procurou-se então, reformular a relação *terapeuta-paciente, instituição-paciente*, por meio da denúncia da função de tutela e controle social da instituição, da psiquiatria e dos técnicos, redimensionando-se os objetivos da instituição a partir das necessidades reais dos pacientes e da discussão coletiva com atores institucionais e lideranças políticas, levando esse debate para fora dos muros da instituição.

Assim, a realidade do manicômio e o insucesso da aplicação das experiências de reforma no hospital levam a equipe de Gorizia a desenvolver uma crítica dos movimentos reformistas e a colocar a instituição em crise. Desenvolvendo novas reflexões e práticas transformadoras, Basaglia inicia a elaboração de aspectos fundamentais acerca do papel dos técnicos, das funções sociais, políticas e ideológicas da instituição.

“A ligação de dependência entre psiquiatria e justiça e a necessidade de ordem pública, a origem de classe das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência, foram os três primeiros pontos decorrentes desses debates que, em síntese, objetivavam colocar em crise a ligação da psiquiatria com a ordem pública e a ruptura do conceito de periculosidade contido na noção de doença mental”. (BARROS: 1994, 60).

A repercursão das denúncias pela experiência da equipe de Gorizia tomou maior reconhecimento com a publicação de “*A Instituição Negada*”, de Franco Basaglia, que chegou à seguinte conclusão:

“Nossa ação só pode seguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição, e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcerário das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência, para entrar no terreno da violência e da exclusão do

¹⁴ *Crimini di Pace*, obra sobre a experiência de Gorizia de autoria de Franco Basaglia & Franca O. Basaglia, de 1975. Refere-se ao questionamento dos técnicos, que deveriam rejeitar, desde então, a delegação de poder implícita nos seus saberes, em consequência de uma série de transformações econômicas e sociais que passam a ocorrer na Itália. AMARANTE: 1996, p 74.

sistema sócio-político, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo exatamente que quer negar”. (BASAGLIA: 1985, 131).

Nesse contexto, a prática transformadora no interior do hospital de Gorizia atravessou e superou o “reformismo psiquiátrico” ancorado na possibilidade de humanização do manicômio e da racionalização de recursos. Ao colocar em crise a instituição, a prática psiquiátrica e o papel dos técnicos, reconheceram-se os limites dos muros do manicômio e a necessidade de sua destruição, uma vez que a cultura manicomial contagia e adocece a todos, expressando-se pela naturalização e aceitação desse espaço de violência.

O trabalho desenvolvido pelos técnicos teve a preocupação de redefinir e transcender a questão puramente técnica relacionada como resposta ao conceito de *doença mental*, buscando respostas concretas relativas à habitação, trabalho e solidariedade, comuns a todos os cidadãos.

Foi com a argumentação de que a existência do hospital psiquiátrico não se justificava do ponto de vista médico, que a equipe de Gorizia solicitou à administração local o seu fechamento e a abertura de centros externos para tratamento e assistência. Entendiam que o único motivo de as pessoas continuarem internadas no hospital era a resposta a não disporem de condições econômicas e sociais para sobrevivência. Como a administração da cidade se opôs à solicitação, toda a equipe fez a declaração de cura aos pacientes e demitiu-se em seguida.

A repercursão da experiência de Gorizia foi imediata e fortemente projetada para o exterior, servindo como ponto de referência a diversas transformações desenvolvidas em várias cidades italianas. Seu projeto prático-teórico de desmontagem do manicômio apresentou dois focos principais: a luta contra a ‘institucionalização do ambiente externo’ e a luta contra a ‘institucionalização do corpo hospitalar’. Ou seja, buscou mudança mais ampla, que foi de encontro à forma como a sociedade lidava com a *loucura* e à maneira pela qual os técnicos e os intelectuais da psiquiatria organizavam sua prática e utilizavam seu poder.

A partir dessa perspectiva, a *desinstitucionalização* não deveria ser considerada como um processo que se restringisse ao interior do hospital, uma vez que a instituição não se reduz somente ao espaço manicomial, mas também ao conjunto dos saberes e práticas legitimados pela psiquiatria em torno do objeto doença mental.

Foi, portanto, em Trieste que o projeto de transformação do manicômio se efetivou e constituiu vários desdobramentos práticos e políticos, permitindo o

fechamento completo do manicômio e a constituição de uma rede de atenção territorial, efetivando o processo que seria conhecido posteriormente como *desinstitucionalização* e servindo de referência para diversos países, inclusive o Brasil.

4.4 _ A desinstitucionalização em Trieste

Pode-se dizer que o processo de *desinstitucionalização* em Trieste foi marcado por dois momentos importantes. Primeiro: desmontagem do manicômio e aproximação com a comunidade, abrindo suas portas, revelando o estado de pobreza, de solidão e de marginalização dos internos. Segundo: desafio de construir e organizar os serviços territoriais substitutivos que não existiam anteriormente. E que sem a existência do manicômio, viriam devolver aos ex-internos assistência e instrumentos para exercer sua cidadania e subjetividade.

4.4.1 _ Primeiro momento: a desmontagem do manicômio (1971-75)

Logo após a demissão de toda a equipe de Gorizia, no final de 1968, Basaglia partiu para os Estados Unidos, retornando em 1970 para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Parma. Porém, em 1971, foi para Trieste, convidado a assumir a direção do Hospital Psiquiátrico San Giovanni.

O processo de transformação nesse local levou dois anos de trabalho cotidiano, para fechar completamente todos os pavilhões do hospital. Um trabalho que se realizou de forma rápida e eficaz, ao contrário da experiência de Gorizia, que levou cerca de dez anos para abrir as portas do manicômio à sociedade e tinha como objetivo a criação de uma nova comunidade terapêutica. Trieste buscou na própria comunidade o objetivo de seu trabalho, constituindo-se como espaço real para construir e viabilizar a vida das pessoas que se encontravam internadas.

A intensidade e a forma de convivência que se desejou estabelecer com a população foram o diferencial identificado por Basaglia em relação à experiência de Gorizia, que trabalhou quase que exclusivamente sobre as contradições e possibilidades de transformação do hospital. *“Aquilo que impedia a transformação do serviço psiquiátrico era ainda representado pela exclusão de que é objeto o doente mental, e o que havia sido modificado era a maneira e o lugar onde enfrentar essa exclusão”*. (BARROS: 1994, 63).

Assim, Basaglia e sua equipe (Franco Rotelli, Giuseppe Dell'Acqua, Ernesto Venturini, Franca Basaglia, entre outros) iniciaram o processo de transformação da psiquiatria em Trieste, tendo como idéia inicial a desconstrução do manicômio, segundo o processo contrário desenvolvido em Gorizia. Abriram-se as portas do interno para o externo, estruturando um programa que englobava e redimensionava a prevenção, o tratamento e a reinserção social na comunidade. Nesse trabalho construiu-se outro significado para o processo de *desinstitucionalização*, diverso do americano.

Localizada no litoral Adriático, Trieste faz fronteira com a Eslovênia (parte da antiga Iugoslávia). No ano de 1971, quando Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico San Giovanni, Trieste contava com população de 300.000 habitantes, sendo a maioria composta por idosos.

A assistência psiquiátrica em Trieste era composta pelo Hospital Psiquiátrico San Giovanni e pelo Centro de Higiene Mental, que desenvolvia solitariamente atividades de prevenção no período da manhã. Nessa época, o Hospital Psiquiátrico San Giovanni possuía 19 pavilhões, onze masculinos e oito femininos, com 1.101 pessoas internadas e distribuídas em alas separadas, que se classificavam em “tranqüilos” e “agitados”. As internações se qualificavam em compulsórias e voluntárias, sendo 943 da primeira e 158 da segunda categoria.¹⁵

O contexto político desse momento foi beneficiado pela aprovação do “Plano Quinquenal de Atividades”, que considerava a saúde em sentido mais global, entendendo a assistência psiquiátrica como problema médico-social. Assim, estabeleceu-se nova direção ao se assumir a ligação direta das condições sociais implícitas na doença e seu tratamento, exigindo a “*abordagem mais global, que levasse em conta todos os níveis sobre os quais se move o homem, seja sadio ou doente*”. (BARROS: 1994, 73).

O programa proposto pela nova direção de Basaglia no Hospital redirecionava e reestruturava toda a assistência psiquiátrica, que, tendo como eixo principal a desconstrução do manicômio, abrindo suas portas ao exterior, abarcava os momentos de prevenção, tratamento e reinserção dos pacientes na comunidade.

Como estratégia para esse projeto, o hospital foi dividido em cinco setores mistos, ampliados posteriormente para sete, de acordo com o bairro originário dos pacientes, substituindo assim a separação por sexo, por diagnóstico e comportamento. “*O que permitia romper com a lógica manicomial, que dividia ‘agudos de crônicos’, ‘tranqüilos de agitados’.*” (BARROS: 1994, 76).

¹⁵ Esses dados foram colhidos em BARROS (1994).

Juntamente a essa divisão, formaram-se sete equipes fixas, que assumiram esses pacientes, responsabilizando-se pela assistência, reinserção e admissão dos casos novos de acordo com a região de origem. Isso propiciaria à equipe manter continuidade na relação com o paciente, assumindo e responsabilizando-se globalmente por suas necessidades assistenciais, sem fragmentar seu acompanhamento ou encaminhá-lo de um lado para outro.

“A experiência da ‘continuidade terapêutica’, entendida como conhecimento recíproco e familiaridade, representa assim um elemento indispensável ao paciente, sendo ao mesmo tempo fundamental para a estruturação do grupo de trabalho na construção de um cotidiano referente às exigências da nova profissionalidade, cujas bases não poderiam estar mais limitadas pelas paredes das enfermarias nem pela disciplina institucional”. (BARROS: 1994, 77).

Assim, formaram-se no interior do hospital as primeiras *casas-famílias* ou *grupos-apartamentos*, que consistiam em pequenos grupos de pacientes que reutilizavam os espaços do hospital para moradia, onde podiam exercer a nova aquisição de autonomia, perdida durante anos de internação. Com o auxílio dos enfermeiros, organizavam seu cotidiano, através de experiências comuns a todos os cidadãos, como cozinhar, fazer compras, possuir um espaço privado com suas roupas, pertences etc. Constituiu-se outro estatuto para esse morador, identificado como *hóspede*.

“O hóspede, enquanto presença anômala no interior do próprio mecanismo institucional, abriu desde o início uma crise no funcionamento da máquina institucional e suas normas e, no plano dos operadores abriu uma crise em relação às suas categorias de análise de comportamento, práticas e saberes. (...) Tornar-se hóspede significa obter do tribunal a revogação do seu decreto como sujeito de direitos e deveres e portador de necessidades. O que se fez naqueles anos foi um progressivo deslocamento da linha divisória entre normalidade e anormalidade”. (NOVELLO apud BARROS: 1994, 93).

Com o intuito de viabilizar esse processo a partir das necessidades reais de cada pessoa, como obter condições de possuir vestuário, dinheiro, exercer atividade remunerada, já em 1972 recorreu-se ao recurso de subsídios, que se tornou um importante instrumento para a *desinstitucionalização*, conseguidos diretamente da instituição, que transferia os gastos destinados à sua reprodução para utilizar diretamente com o ex-paciente. “(...) *Além de contribuir para melhoria da qualidade de vida, estimulava a autonomia pessoal e criava condições para que fosse possível reentrar no universo das trocas sociais*”. (BARROS: 1994, 78).

Todo o trabalho em Trieste teve como orientação básica a responsabilização da equipe por cada caso colocava-se atenta e pronta para discutir os mecanismos de controle e segregação. Foi a comunidade o espaço privilegiado para trabalho, “*identificada como terreno no qual se encontrariam os reais mecanismos de exclusão que levam à marginalização e à segregação manicomial*”. (BARROS: 1994, 78).

Em 1972 fechou-se o pavilhão “P”, simbolizando a irreversibilidade do processo de fechamento e desconstrução do manicômio. Em 1973, criou-se a primeira cooperativa no mundo de usuários com transtorno mental, que foi a Cooperativa de Trabalhadores Unidos, no princípio funcionando com o objetivo de realizar trabalhos no interior do hospital. Em 1974 fecharam-se os pavilhões “C” e “B”. E no ano seguinte, 1975, foram criadas as residências¹⁶ para os ex-internos na comunidade, permitindo a convivência com a cidade e a aceleração do processo de reabilitação e fechamento gradativo do restante dos pavilhões.

Pela trajetória desse primeiro momento de *desinstitucionalização*, é importante estarmos atentos para quatro estratégias identificadas por BARROS (1994), que possibilitaram a aceleração e a efetiva desmontagem do hospital de Trieste: a questão da vida grupal como necessidade de todos, o estatuto do hóspede, o trabalho como inserção nas trocas sociais e os recursos financeiros como estratégia para a *desinstitucionalização*.

1 – A questão da vida grupal como necessidade de todos

Paralelamente à abertura do hospital psiquiátrico San Giovanni a equipe dos técnicos procurou executar progressivamente um trabalho de envolvimento da população com o objetivo de desconstruir mitos em relação à loucura, que geravam seu

¹⁶ Chamadas de *grupos-apartamentos* ou *casas-famílias* pelos italianos. No Brasil é utilizado o termo *serviço residencial terapêutico* pela portaria de nº 106/01 e nº 1220/01 do Ministério da Saúde.

processo de exclusão. Como estratégia, criavam situações que despertavam o interesse da população em participar de atividades dentro do parque do hospital. Da mesma forma, era feito o movimento inverso: os pacientes saíam dos muros da instituição e tomavam contato novamente com os espaços da cidade.

“Foram numerosos momentos de trabalho coletivo com a finalidade de produzir comunicação, informação e participação. Assumiu-se, nesse processo, a discussão das dificuldades, medos, preconceitos em relação ao paciente psiquiátrico”. (BARROS: 1994,86).

Nesse sentido a questão da periculosidade associada ao *louco* pôde ser amplamente debatida, deixando de ser entidade intrínseca à condição de *loucura*, através do desvelamento dos mecanismos sociais de exclusão e violência. Essa relação dentro/fora, nos primeiros anos de trabalho em Trieste, foram fundamentais para a “desconstrução” gradual do manicômio, tanto no que diz respeito à sua estrutura física, quanto no que diz respeito à sua inscrição simbólica no social e no imaginário das pessoas. As iniciativas e os projetos que possibilitaram essa permeabilidade entre o hospital e a comunidade foram decisivas para os anos posteriores. A luta contra o manicômio e todas as suas formas de exclusão foram marcadas nesse período pelo lema “*A Liberdade é Terapêutica*”, criando possibilidades de vida e tratamento no espaço da cidade.

2 – O estatuto do hóspede

A figura do hóspede permitiu o reconhecimento, no interior do manicômio, da existência de pessoas que estavam ali sem nenhuma razão médica. Seu estatuto jurídico-administrativo se tornou uma estratégia de denúncia da fragilidade dos serviços sociais e da situação de miséria das pessoas internadas. Não considerados mais pacientes, esse estatuto devolveu a cidadania a essas pessoas e fez com que a administração revisse a questão social, da qual nunca procurou se ocupar. Criaram-se alternativas de moradia, trabalho e reutilização de recursos da instituição aplicados diretamente às necessidades dos hóspedes. A partir da desativação de todos os pavilhões do manicômio, em 1975, esses hóspedes foram reinseridos na comunidade, passando a viver em casas coletivas ou individuais.

3 _ Os recursos financeiros como estratégia para a desinstitucionalização

Os recursos financeiros ou subsídios foram pensados como estratégia para proporcionar a reabilitação e a emancipação dos pacientes, com o objetivo de possibilitar a melhoria da qualidade de vida, promover sua autonomia e entrar no universo de trocas sociais. Sua função foi dividida em dois momentos por BARROS (1994:98).

1º (1972-75) – Circunscrito ao hospital, o subsídio foi utilizado inicialmente para o paciente aprender o significado do dinheiro e a usá-lo. O pré-requisito para obtê-lo era regulado pela Lei nº 71, que definia que o solicitante deveria estar em regime de internação pelo menos há três meses e que o subsídio se efetivasse em função das suas condições psíquicas.

2º (A partir de 1975) – Pela regulação de uma Lei regional nº 38, tornou-se instrumento de viabilização dos projetos externos à instituição psiquiátrica, tais como alugar apartamentos ou casas para as pessoas que estavam saindo do hospital, bem como auxiliar na sua subsistência.

O subsídio foi obtido mediante reconversão progressiva dos gastos do manicômio e transferidos diretamente para as necessidades individuais de cada paciente. Paralelamente, buscou-se aprovação de pensões e bolsas para possibilitar transcender os limites impostos pela precariedade econômica da maioria das pessoas e sua condição de subcidadania.

4 – O trabalho como inserção nas trocas sociais

O trabalho foi para os italianos uma questão fundamental na desconstrução do aparato manicomial e para a reinserção social. Contrária à concepção da ergoterapia e da ludoterapia, que buscava no trabalho uma finalidade terapêutica baseada em valores morais, educativos e sociais, a questão do trabalho se inseriu na troca social e econômica, possibilitando a retomada da cidadania, pela reabilitação e emancipação das pessoas.

Segundo Barros (1994:94-95), a noção de reabilitação, implementada no contexto do processo de *desinstitucionalização* da psiquiatria italiana, foi em busca da

reconstrução das histórias de vida, procurando recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais para que fosse possível romper a lógica da reprodução das relações de dependência, tratando de encontrar soluções concretas para cada indivíduo, garantindo direitos essenciais como moradia, liberdade e trabalho.

Nesse sentido,

“o trabalho entendido não apenas como prática de ‘normalização’ e, portanto, expressão necessária da produtividade, mas como resposta a uma necessidade de reprodução subjetiva, enquanto produtividade social, enquanto meio para reconstrução de uma identidade em relação a uma capacidade de troca. Então, trabalho significa possibilidade de valorização e expressão da subjetividade de cada um e da troca entre diversas experiências que se arriscam.” (DEL GIUDICE, G. & COGLIATI, M. G. *apud* BARROS: 1994, 96).

A necessidade de criar condições materiais para desinstitucionalizar a situação de dependência dessas pessoas possibilitou a organização dos trabalhadores em cooperativas, que tinham como objetivo:

- *“constituir uma organização autônoma em relação ao hospital;*
- *conquistar um novo reconhecimento jurídico para o doente mental que trabalha;*
- *a possibilidade de contratar atividades mesmo fora do hospital;*
- *e a organização de grupos de prestação de serviços”.* (BARROS: 1994, 96).

Constituída por hóspedes, enfermeiros e trabalhadores da cidade, a cooperativa foi se transformando progressivamente, inserindo-se no mercado privado e distanciando-se de uma visão assistencialista presente na relação reabilitação/reinserção.

Foi a partir das cooperativas e do questionamento de certa interpretação assistencialista por parte da sociedade, que via na distribuição de recursos financeiros não um direito conquistado, mas uma premiação, que surgiu a idéia de empresa social constituindo-se, de um lado,

“a ativação do potencial humano e de qualificação da imagem de quem adoece, dando ênfase àquilo que a pessoa pode fazer (contra um destino quase sempre presente de improdutividade da pessoa que entra no circuito

assistencial). De outro, procura reunir um conjunto de recursos da sociedade, criando vantagens sociais para pessoas que se encontram em condição de desvantagem”. (BARROS: 1994, 102).

Isso não significa inserir no mercado “trabalhos de doentes ou coisas de deficientes”, mas construir um novo pacto social mais ético, articulando um difícil equilíbrio na qualificação da produção e das relações sociais, uma vez que os “sócio-empresendedores” eram pessoas que não se retringiam ao campo dos psiquiatrizados, mas pessoas de diversas áreas profissionais construindo um rico convívio com a diferença.

Para Nicácio (2003:189) a invenção desse conjunto de estratégias tinha como objetivo responder, cada vez mais de forma articulada, “*à complexidade e multidimensionalidade das necessidades, desejos e projetos das pessoas que emergiam nesse processo de transformação*”.

Nessa trajetória de transformação, a equipe passou por diversas crises, uma vez que não se tratava de um processo de mudança administrativa e as respostas às demandas se modificavam, tornando-se cada vez mais complexas. Por outro lado, o debate coletivo e a união a um conjunto de associações políticas e culturais da cidade permitiram a organização de festas e eventos culturais dentro do Hospital San Giovanni, que abriu seus portões para a cidade entrar no manicômio e exigiu uma nova proposta que viabilizasse a saída das pessoas internadas. Para que isso ocorresse foi necessária a ativação de recursos, o trabalho com as resistências culturais e os processos de exclusão social, a negação dos direitos e a invenção de novas instituições.

4.4.2 _ Segundo momento: a instituição inventada (1975 em diante)

Foi no período entre 1975 e 78, com a desativação do hospital psiquiátrico de San Giovanni, que se deu início à criação e organização dos serviços substitutivos ao manicômio, de base territorial. Um desafio que se fazia urgente e sem contar com o suporte de um modelo prévio que lhe apontasse uma solução. Barros (1994:80) observa que:

“durante os primeiros anos vivia-se o trabalho de construção de um ‘welfare de emergência’, que desnudava a miséria fechada e silenciada nos manicômios aos olhos de quem não podia ou não queria vê-la e, ao mesmo tempo, revelava a miséria não classificada e não etiquetada na cidade.”

Foram criados sete Centros de Saúde Mental (CSM), sendo um para cada base territorial da cidade, denominados por Rotelli (2001) serviços fortes ou substitutivos e por Dell'Acqua (1991) serviços territoriais. Esses centros se caracterizam por serem estruturas *substitutivas* ao manicômio, montados como uma casa, com funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana, o que cria a possibilidade de fechamento efetivo do manicômio. Exercendo atividades que não se restringem a funções somente sanitárias, mas sociais e de assistência, operam com um modelo de gestão flexível em relação aos problemas ligados à saúde da população da qual é referência, sendo globalmente responsáveis pela pessoa que solicita ajuda. No entendimento de Barros (1994:106),

“a complexidade de situações ou da assistência sociopsiquiátrica desenvolvida, faz dos CSM triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de serviço médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia), ou noturna (hospital-noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socio sanitárias, culturais e esportivas do bairro.”

Assim, o Centro de Saúde Mental torna-se central no interior de um território definido, colocando entre seus objetivos a emancipação social e *“uma precisão organizativa, que permite respostas adequadas e conseqüentes à complexidade das situações à medida que essas, gradualmente, emergem.”* (DELL' AQUA:1991,57), o que para Nicácio (1989:101) pode parecer

“à primeira vista um lugar caótico – com pouca hierarquia, divisão de papéis; sem agenda de consulta, triagem, fila de espera. O centro é um lugar de livre acesso, de encontro, de sociabilidade, de vida cotidiana, onde estão presentes velhos, ex-internados, jovens, donas de casa.”

Nesse sentido, conecta a crise a todas as outras demandas psiquiátricas, introduzindo-a em práticas de prevenção, cura e reabilitação fundadas sobre o que chamam *tomada de responsabilidade*.

Compreendidos por Nicácio (2003:xvi) como “*instituições da desinstitucionalização*”, ou “*instituições inventadas*”, como prefere Rotelli (2001:89), os *serviços substitutivos*, no entender da autora, indicam uma perspectiva de constante recusa de institucionalização, revelando sua *condição de não-dado*, de devir, de transformação e invenção, conceito que opera rupturas importantes com o paradigma psiquiátrico, superando o manicômio e prescindindo da internação como recurso prioritário para tratamento.

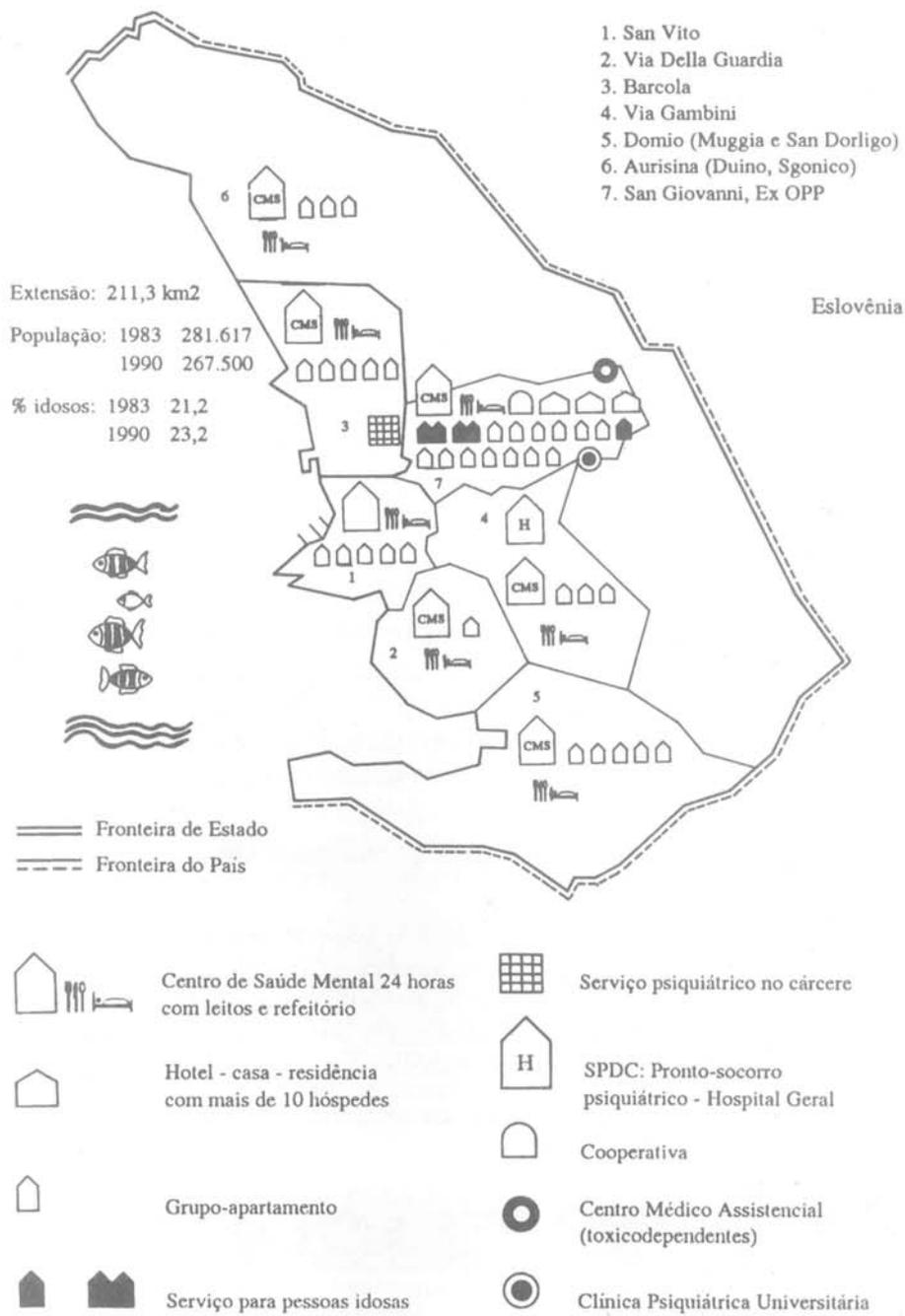
Entretanto, o circuito psiquiátrico não se restringiu aos centros de saúde mental, mas estendeu-se a um complexo conjunto de serviços e estratégias de *desinstitucionalização*. A partir de 1980 foi criado um pronto-socorro psiquiátrico no hospital geral, com 8 leitos, tendo como função um plantão psiquiátrico e distribuição de pacientes para os centros de saúde mental. Esse plantão se dá em forma de rodízio entre os profissionais dos centros de saúde mental, possibilitando que a pessoa que procura o pronto-socorro à noite seja atendida, recebendo os primeiros cuidados, e posteriormente é encaminhada pela manhã ao centro de saúde mental de sua região ou retorna à sua casa após orientação.

“Nos anos que se seguiram, a experiência triestina investiu no fortalecimento da rede territorial, na produção de novos contextos, na ativação de recursos da cidade e multiplicação de atores envolvidos, na ampliação de possibilidades e garantia de direitos, na formação de profissionais. Dentre essas iniciativas cabe destacar a produção de múltiplos laboratórios, percursos de formação para usuários, programas e processos de atenção aos familiares, associações, cooperativas sociais, rede de moradias, atenção em saúde mental na prisão e o serviço para atenção ao usuário de drogas”. (NICÁCIO: 2003,194).

As diversas funções e atividades exercidas pelo centros de saúde mental podem ser observadas a partir do esquema elaborado por Dell’Acqua (1990) e utilizado por Barros (1994:115) em *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*, e Amarante (2003:84) em *Saúde Mental: Políticas e Instituições*.¹⁷

¹⁷ AMARANTE (coord). 2003. *A Constituição do Paradigma Psiquiátrico e as Reformas*. Vol 2. Programa de Educação a Distância. Rio de Janeiro: EAD/FIOCRUZ.

REDE DE SAÚDE MENTAL DE TRIESTE



Fonte: G. Dell'Acqua e R. Mezzina, 1990.

A rede assistencial de saúde mental de Trieste, que contava com a população total de 247.178 habitantes, era composta até 1987, de acordo com Barros (1994:118), por:

- sete centros de saúde mental, sendo cada um referência territorial para 47.000 habitantes
- 1 serviço psiquiátrico de emergência (SPDC)
- 16 apartamentos sanitários (propriedade pública), de diversas dimensões e características
- 21 apartamentos sociais (propriedades privadas geridas pelos operadores dos CSM)
- 7 oficinas de atividades artesanais, artísticas e de socialização
- 5 cooperativas
- 1 comunidade terapêutica ligada ao serviço de toxicodependência
- 1 centro médico de assistência social (toxicodependência)
- 1 grupo de profissionais com 2 técnicos de cada CSM para o serviço psiquiátrico junto ao presídio de Trieste
- 1 alojamento para 35 voluntários
- 1 serviço de apoio educacional para usuários dos serviços de saúde mental.

Atualmente o circuito psiquiátrico de Trieste continua com a mesma composição, com a diferença do número de centros de saúde mental, que de sete foram reduzidos para quatro. Uma vez que a assistência em saúde mental não limita as ações aos centros, mas as ativam a partir deles, pode-se observar a forte necessidade de que esse serviço seja no território, do território e para o território.

No campo jurídico-institucional, foi sancionada a Lei 180, em 1978, ratificando as principais proposições das práticas inovadoras, a superação progressiva do hospital psiquiátrico e a construção de serviços no território. Significando

“em particular, a suspensão do estatuto de periculosidade social da pessoa com transtornos mentais, a afirmação de seus direitos de cidadão e a supressão da lógica do isolamento e da custódia, expressando uma profunda ruptura nas bases conceituais da psiquiatria que vão introduzir questões não apenas no campo dos saberes e das práticas em saúde mental, mas também no

campo do direito civil e penal, abrindo uma nova ordem de processos sociais e culturais”. (NICÁCIO:2003,114).

Às vezes nos perguntamos, ainda, como é possível viver numa sociedade sem manicômios. Está aí a experiência de Trieste para nos mostrar a possibilidade de tornar a utopia uma realidade. Em afirmação a essa possibilidade, Nicácio (2003:178) recorda a resposta freqüente de Franco Basaglia, expressa no convite: “*Venite a vedere!* (Venham ver !)”.

CAPÍTULO 5

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, A CONSTITUIÇÃO DOS NOVOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A NOÇÃO DE SERVIÇO SUBSTITUTIVO

Em *A História de Uma Marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades*, Luz (1994) afirma que falar sobre a história das políticas da loucura é falar sobre a “história de uma marginalização”. Marginalização sobre a loucura e sobre as práticas excludentes que o Estado constituiu sobre o *louco* com o aval do saber psiquiátrico.

A autora considera o Estado como conjunto de instituições vigentes e dominantes em uma sociedade; que “*tem seu papel fundamental na produção, na reprodução, na divulgação, na inculcação e na assimilação das políticas de saúde e, evidentemente, das políticas de saúde mental*”. (LUZ: 1994,87). Compreendendo, especificamente, as políticas de saúde mental entre as outras políticas de saúde¹⁸ instituídas pelo Estado, como o exemplo mais claro das formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade.

No Brasil, o antagonismo entre discurso e ação é observado historicamente em relação à saúde pública e saúde mental, ora por momentos de aliança, ora pelo avanço e sobreposição de uma e outra. Com a crise do paradigma da ciência moderna, abre-se; por conseqüência, uma crise e uma crítica referente ao saber e prática psiquiátrica no campo da loucura; o que resultou em mudança em relação às políticas de saúde mental, que já vinham se desenvolvendo pela influência dos diversos movimentos reformistas que surgiram na Europa e nos EUA no período do pós-guerra.

Entretanto, a natureza política do campo da saúde mental nos circunscreve em um espaço conceitualmente mais delimitado e específico em relação às formulações teóricas e intervenções no espaço social: a Reforma Psiquiátrica. No Brasil, convencionou-se denominar Reforma Psiquiátrica o processo histórico de caráter crítico e prático, de questionamento e elaboração de outros saberes e intervenções em relação à loucura, com o objetivo de transformar o modelo assistencial clássico da psiquiatria, a partir do final da década de 1970.

¹⁸ Luz (1994:86) entende por políticas de saúde “*um conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade, que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para a sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar.*”

Para efeitos metodológicos, em referência ao desenvolvimento prático-discursivo que acompanha o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Amarante (1995) a divide em trajetórias:

- Trajetória Higienista (meados do séc. XIX até a II Guerra mundial)
- Trajetória da Saúde Mental (pós-guerra até meados dos anos de 1970)
- Trajetória Atual da Reforma Psiquiátrica (final dos anos de 1970. Subdivide-se em alternativa, sanitarista e da desinstitucionalização)

Entretanto, será a partir da *trajetória atual* da Reforma Psiquiátrica que iremos enfocar a discussão do presente capítulo, especificamente a partir da trajetória da *desinstitucionalização*, adotada oficialmente no Brasil como política pública de saúde mental no final dos anos 80. Inserida contextual e politicamente no processo de transição democrática, essa mudança é marcada pela realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, juntamente com a consolidação da proposta do Sistema Único de Saúde em 1988. Em consonância com esses movimentos, profissionais da saúde mental discutiram e produziram uma série de novas experiências nesse campo, articulados em torno do lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, adotado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, no ano de 1987. A partir desse contexto, surgiram estrategicamente novos dispositivos, que no Brasil se efetivaram pelo surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que orientarão a formação de novos grupos de procedimento e a criação de muitos novos serviços de atenção em saúde mental, pela promulgação das Portarias ministeriais 189/91, 224/92 e 336/02.

5.1 – Reforma psiquiátrica: um processo social complexo

Assumindo feições políticas diferentes e indicando outros campos passíveis de intervenção no espaço social, para Birman (1992) a idéia de Reforma Psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica, mas coloca algo de outra ordem teórica da realidade: a condição de cidadania dos *doentes mentais*. Segundo o autor,

“vale dizer que a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro ‘lugar social’ para a loucura na nossa tradição cultural. Parece-nos mesmo que é por esta maior abertura teórica do campo da saúde mental e da transcendência da indagação sobre um outro ‘locus’ para a loucura que podemos reencontrar de forma rigorosa o outro pólo constitutivo desse debate: a questão da cidadania.” (BIRMAN: 1992,72).

Inspirada no referencial teórico-prático da Reforma Psiquiátrica Democrática italiana sob o paradigma da **desinstitucionalização como desconstrução**, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se pauta por uma ética de inclusão social, solidariedade, e o resgate da cidadania do *louco* negativizada historicamente pela psiquiatria e pelo Estado.

Entretanto, a expressão “Reforma Psiquiátrica” traz alguns problemas em relação ao seu significado, gerando equívocos em relação ao conceito, que é freqüentemente associado a uma simples reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, à reorganização de serviços ou à modernização das técnicas terapêutica, o que ocasiona constantes dificuldades e pouca apreensão da riqueza e da complexidade desse processo.

Para Amarante (2003:46),

“De fato, o termo ‘reforma’ implica algumas limitações e favorece mal-entendidos, uma vez que historicamente, tem sido associado à idéia de transformações superestruturais, superficiais, sem consistência ou profundidade.”

Nesse sentido, o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da FIOCRUZ vem se dedicando à construção de um conceito de Reforma Psiquiátrica que supera a noção de uma reforma administrativa ou técnica. A partir dessa perspectiva, Amarante (2003:47) considera que a expressão “*revolução científica*”, proposta por Kuhn, seria a concepção mais próxima às rupturas operadas pela proposta da Reforma Psiquiátrica. “*Expressando uma transformação radical do saber e da prática*

psiquiátrica, o que seria mais adequado à pretensão (e não necessariamente à aplicação) do projeto da reforma psiquiátrica no contexto atual.”

Assim, Amarante (2003:47) parte do conceito de Reforma Sanitária proposto por Sônia Fleury, para chamar Reforma Psiquiátrica esse movimento de transformação atual no campo da saúde mental, “*onde o termo reforma não necessitaria ser algo meramente conservador. Podemos avançar no sentido de uma reforma estrutural, com expressivo núcleo de subversão às condições da relação Saúde-Estado*”. Portanto, o autor considera Reforma Psiquiátrica o termo mais estratégico ao projeto do movimento, possibilitando sua viabilização política e social.

Reporta-se à proposta utilizada por Franco Rotelli, de pensar a Reforma Psiquiátrica como um “**processo social complexo**”. Compreendendo

*“um **processo** como algo que está em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história. Um **processo social** nos assinala que existem atores sociais envolvidos e, enquanto tal, que existem interesses e formulações em conflitos, em negociações. E, enfim, um **processo social complexo** se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.” (AMARANTE:2003,49).*

Logo, o autor parte da concepção de “Processo Social Complexo” enquanto processo dinâmico e de construção permanente, trabalhado pelos italianos, propondo quatro dimensões¹⁹ simultâneas e que se intercomunicam para pensar a Reforma Psiquiátrica no Brasil:

- 1) Campo epistemológico ou teórico-conceitual: refere-se à problematização e à revisão das questões teórico-conceituais que se situam no campo da produção dos saberes, produzidas pela ciência moderna e pela psiquiatria. desde o mito da neutralidade científica, a ciência como produtora de verdade

¹⁹ Ver: AMARANTE: 2003,49.

e o papel do técnico como operador do saber prático, até conceitos produzidos pelo referencial epistêmico da psiquiatria, tal como alienação, degeneração, doença mental, isolamento terapêutico, cura, etc.

- 2) Campo técnico-assistencial: define-se pelo modelo de assistência prestado em termos de serviços e tratamento destinados ao “assistido” a partir da construção de um conceito. No caso do conceito de *alienação mental*, onde a loucura é considerada incapacidade da razão e do juízo, possibilita-se a criação de um modelo assistencial – o manicômio – calcado na custódia, na disciplina, na tutela, na vigilância e no tratamento moral. Ao questionar as bases históricas e conceituais desse modelo psiquiátrico, é possível transformá-lo e propor outros lugares e relações com a *loucura*. A partir daí pode-se construir e inventar *novos serviços* ou *serviços substitutivos* do manicomial, estratégias e dispositivos, transformando as relações de poder entre técnicos, usuários e familiares.
- 3) Campo jurídico-político: as noções de periculosidade, de irresponsabilidade e incapacidade, construída pela psiquiatria, são rediscutidas e redefinidas para pensar as relações sociais e civis do *louco*, que a partir desses aspectos fundamentais é colocado sob a tutela do manicômio e se vê privado do direito de ser reconhecido como cidadão e de exercer sua cidadania. Tendo como parâmetro a noção de cidadania trabalhada na experiência italiana, prevê, além da ampliação dos direitos civis, jurídicos e políticos dessas pessoas, o direito à pluralidade e à diferença. O direito ao cuidado sem exclusão, à possibilidade do exercício de suas subjetividades e da reprodução social.
- 4) Campo sociocultural: seria para Amarante (2001) a dimensão mais estratégica da Reforma Psiquiátrica, pois visa à transformação do lugar da *loucura* no imaginário social. Lugar que não a associe a erro, a incapacidade, a impossibilidade de trocas sociais e simbólicas. Diz respeito ao conjunto de estratégias e intervenções que têm como objetivo subverter os mitos produzidos no imaginário social, como *periculosidade*, *incapacidade* e *desvio*, possibilitando a construção de culturas e práticas sociais de solidariedade, inclusão e cidadania.

Ao conjunto das práticas promovidas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica em oposição ao Modo Asilar, Costa-Rosa (2001) nomeia **Modo Psicossocial**. Para o autor, essas práticas se inter-relacionam sob duas esferas: uma político-ideológica e outra teórico-técnica. Esferas distintas em sua especificidade e tributárias de práticas de movimentos sociais e científicos de vários campos teóricos, inclusive dos movimentos reformistas. Entretanto, o autor cogita as práticas psicossociais em oposição ao modo asilar, a partir de quatro parâmetros que o caracterizam como um novo paradigma:

- 1. transforma-se a concepção do objeto e dos meios de trabalho, que dizem respeito às concepções de saúde-doença-cura e concepção dos meios e instrumentos de seu manuseio. Estão incluídos aqui, o aparelho jurídico-institucional, multiprofissional e teórico-técnico, além do discurso ideológico;*
- 2. transformam-se as formas de organização dos dispositivos institucionais. Este parâmetro diz respeito ao modo como se dão as relações intra-institucionais – a sua dimensão organogramática, que conjuga as diferentes possibilidades de metabolização do poder que aí se atualizam;*
- 3. transformam-se as formas de relacionamento com a clientela, que designam as diferentes possibilidades de mútuo intercâmbio, com destaque para a oferta de possibilidades transferenciais por parte da instituição como equipamento;*
- 4. transformam-se as formas de seus efeitos típicos, em termos terapêuticos e éticos, que designam fins políticos e socioculturais amplos para os efeitos de suas práticas. (COSTA-ROSA: 2001,152).*

Utilizando práticas a partir do modo psicossocial e das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, surge o desafio de construir um modelo de assistência com serviços que substituam o manicômio. Substituindo por outro modelo, que não implique na substituição pelo mesmo.

Será em consequência ao movimento da Reforma Psiquiátrica que se abrirá espaço para o surgimento de **novos serviços** de caráter *substitutivo* no final da década de 80 e início dos anos 90.

5.2 - A configuração dos novos serviços de saúde mental no Brasil e suas normatizações

Essas novas práticas institucionais surgiram no Brasil com as experiências pioneiras como o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)²⁰, de São Paulo, em 1987, se autodefinindo como um *serviço intermediário* e com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)²¹, de Santos, em 1989, se definindo-se como *serviços substitutivos*.

“Expressando projetos singulares, orientados por referenciais teóricos diversos, essas experiências alcançaram uma significativa relevância no cenário nacional ao assumirem a defesa e a garantia dos direitos de cidadania de pessoas com transtornos mentais e demonstrarem a possibilidade de implementação de serviços e de uma rede diversificada de atenção em saúde mental que viabilizasse a transformação da lógica asilar”. (NICÁCIO:2003,47).

O primeiro serviço de caráter *psicossocial* no Brasil surge com o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), na cidade de São Paulo em 1987. Origina-se em um contexto de redemocratização e transição de uma trajetória *sanitarista* (com a inversão de uma política nacional privatizante para uma estatal, por meio da implantação de serviços extra-hospitalares) para uma trajetória da *desinstitucionalização*, como vimos anteriormente (ligada nesse momento à idéia de desospitalização do modelo americano, e por outro lado à idéia de transformação cultural do modelo italiano). Esse serviço traz como responsabilidade a assistência específica a uma clientela de psicóticos e neuróticos graves, objetivando oferecer às pessoas atendimento e instrumentos necessários para exercitarem sua cidadania.

²⁰ Coordenadoria de Saúde Mental – SES/SP, 1987. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)*. Projeto de Implantação. São Paulo. SES/SP.

²¹ NICÁCIO, M. F. de S. et al., 1990. *Produzindo uma nova instituição em saúde mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Projeto do NAPS, mimeo. (Secretaria de Higiene e Saúde – Santos/SP).

Constituindo-se a partir do projeto proposto pela coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, foi isolado da rede municipal, mantendo-se em nível secundário, o que o deixava em situação limitada em resultados, em uma cidade do porte de São Paulo.

A aplicação do termo **Atenção Psicossocial**, incorporado tanto pelo CAPS quanto posteriormente pelo NAPS, foi utilizada inicialmente por Pitta (2001) por ocasião da criação do primeiro CAPS (o CAPS Luiz Cerqueira), em referência aos Centros de Atenção Psicossocial nicaraguenses, constituídos por equipes interdisciplinares que cumpriam tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação²².

As ações que norteavam o CAPS partiam de sua **natureza intermediária**, entre o hospital e a comunidade. Entendendo-se por estrutura intermediária

“uma unidade de tratamento em saúde mental que se introduz num sistema hierarquizado de cuidados, indo da internação hospitalar ao tratamento ambulatorial e ao suporte da comunidade (...) É considerado (...) como uma estrutura de passagem, na qual os pacientes permanecem durante um determinado tempo até adquirirem condição clínica estável, de modo a poderem continuar o tratamento em definitivo em equipamentos com características ambulatoriais.” (GOLDBERG apud YASUI:1999,147).

Portanto, o CAPS deveria ser a primeira unidade mais complexa para atendimento, em saúde mental, de um sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações em saúde. Funcionando 8 horas/dia, cinco dias por semana, buscava um “cuidado personalizado”, com assistência integral a partir de um enfoque “multidisciplinar” e “pluri-institucional”,²³ tendo como núcleo de sua organização a assistência, a reflexão sobre suas práticas e a transmissão de suas experiências a outros profissionais.

Para Campos, F. (2000), a grande inovação do CAPS foi a saída de uma concepção programática ofertada pelos serviços, para o atendimento dos usuários, em vista de suas necessidades, pela construção do que chamamos de “projeto terapêutico”, onde

²² GOLDBERG, Jairo. Reabilitação Como Processo - o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITTA, Ana (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. SP: Editora Hucitec, 2ªed., 2001. p. 33.

²³ Coordenadoria de Saúde Mental – SES/SP, 1987. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)*. Projeto de Implantação. São Paulo. SES/SP.

“o usuário é o centro da atenção. Por fim, esta postura é sustentada, com diferentes matizes e argumentações teóricas, por uma equipe de profissionais que privilegia muito mais a função terapêutica que cada um dos seus integrantes pode desempenhar, a partir de sua experiência, posição teórica, disponibilidade pessoal, do que categoria profissional. (YASUI apud CAMPOS, F.:2000,78).

Enfrentando diversas dificuldades e sustentado mais pelo investimento dos profissionais em relação ao seu projeto, modificado durante sua construção cotidiana, o CAPS Luiz Cerqueira se constituiu em experiência transformadora no campo técnico-assistencial, construindo uma clínica geradora de possibilidades, que tinha como eixo principal de análise, segundo Goldberg (1994,21), *“a recusa do modelo sintomatológico em benefício de criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente”*, levando em conta a família, o trabalho, seu contexto histórico e elementos culturais.

Ao privilegiar outra compreensão no encontro com a loucura, foi possível um fazer cotidiano em que a invenção tomasse parte, elaborando estratégias em busca de maior contratualidade, de trocas afetivas e materiais. Entretanto, a experiência do CAPS Luiz Cerqueira tem em sua trajetória a marca de alguns retrocessos, a falta de apoio político, e seu isolamento da rede. Por outro lado, imputa ganhos de ordem histórica ao movimento de Reforma Psiquiátrica que veio se constituindo no final dos anos 80, contribuindo para um amplo movimento de discussão a respeito das políticas públicas de saúde mental no Brasil.

Atualmente, o CAPS Luiz Cerqueira foi transformado em Programa de Integração Docente Assistencial da Universidade de São Paulo (USP-SP), o que pode, segundo Yasui (1999:168) gerar duas possibilidades: o aumento de seu poder contratual e de sua capacidade de articulação, e por outro lado o risco de cristalização das relações preso a um lugar de fascínio diante de sua própria competência. Existem ainda, na cidade de São Paulo, mais dois CAPS constituídos pela Secretaria de Saúde do Estado: o CAPS Perdizes (antigo ambulatório de saúde mental) e o CAPS Pirituba (resultado da transformação da Clínica Pinel em um complexo assistencial).

Outros serviços de *atenção psicossocial* de referência, que nasceram seguindo os pressupostos da *desinstitucionalização como desconstrução* do modelo italiano são os

Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos. Autodefinindo-se como serviços substitutivos, têm servido como norteadores para as portarias ministeriais, que vieram regulamentar os serviços de atenção psicossocial no Brasil. O primeiro NAPS surgiu em 1989, tendo como eixo a ‘desconstrução do manicômio’ após a intervenção do município na Casa Anchieta²⁴, denunciada por uma série de óbitos de internos.

Com equipe em sua maioria composta por ex-estagiários de Trieste e outras, com percurso crítico às experiências preventivistas, imprimiu em Santos o pragmatismo italiano que partia da *instituição negada à instituição inventada*. O que para Nicácio (1989:92) não significa colocar a experiência italiana no lugar do ideal, mas trazer à tona a possibilidade de uma prática que pode negar a instituição manicomial e todos os seus aparatos científicos, legislativos, culturais, transcendendo e construindo uma nova realidade.

Nessa perspectiva, Nicácio (1990:09), demarca dois eixos fundamentais na construção do projeto de saúde mental de Santos:

– *a construção de uma política de saúde mental a partir de experiências locais e da transformação do interior das estruturas institucionais, em particular o manicômio;*

– *e, no desenvolvimento desse processo, a construção de estruturas externas que buscam ser totalmente substitutivas à internação*²⁵.

Partindo dessa perspectiva, o objetivo do programa de saúde mental de Santos se revelou além de uma decisão puramente política ou de uma simples renovação técnico-assistencial, tendo como ponto-chave a superação da lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde e trazendo como diretriz a interferência não somente na concepção da loucura, mas no circuito que faz sua exclusão. Portanto, a base do trabalho de Santos se dá no território, “*a partir da afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e da desconstrução do manicômio, propiciando a*

²⁴ Único hospital particular, conveniado com o Estado, que prestava “assistência” em saúde mental, em Santos. Sobre a violência, as denúncias, o fechamento da casa Anchieta e a constituição dos NAPS no município, ver: NICÁCIO, Fernanda. 1994. / NICÁCIO, Fernanda. 2003. / NICÁCIO, M. F., 1989. KODA, Mirna Yamazato. 2002.

²⁵ Como em Trieste, o hospital psiquiátrico foi dividido em regiões, cinco, e a saída das pessoas era trabalhada de acordo com o local onde moravam, referenciadas aos serviços territoriais substitutivos que iriam ser implantados. Ver: BARROS (1994).

produção de uma nova cultura na relação com a experiência da loucura”. (NICÁCIO: 2003,197).

Assim, foram articuladas discussões e a projeção de vídeos sobre a intervenção na casa Anchieta, em pontos estratégicos do território, com grupos das regiões onde os NAPS seriam implantados. A equipe se aproximava das pessoas e as possibilitava relacionarem-se umas com as outras, mediando conflitos, relacionamentos e permitindo a entrada em cena de vizinhos, amigos, colegas de trabalho, participantes da associação da comunidade, etc.

A concepção de *doença mental* como *desvio*, contida no modelo médico preventivista, deveria ser abolida e substituída por outra concepção que envolvesse sua articulação com todas as demais situações da vida. Transformação operada conjuntamente pelos técnicos, usuários e a população. Para Kinker *apud* Campos, F. (2000:124) isto importava em:

“melhorar a vida dos mais frágeis, no caso os loucos que freqüentam os hospícios, é algo que traz um enriquecimento ético para toda a população. Por isso as teorias e práticas de saúde devem estar a serviço da emancipação, do bem-estar e da felicidade das pessoas. Há que se produzir vida, e vida nesse caso é conviver num mundo com pessoas muito diferentes, que possuem seus próprios desejos, necessidades e seu próprio valor.”

Assim, foi implantada em Santos uma rede assistencial “totalmente substitutiva”, composta por cinco NAPS que se organizavam de forma oposta ao sistema de hierarquização de serviços. Inspirados nos “**serviços fortes**” de Trieste, os NAPS constituíam a base e a referência da rede de atenção em saúde mental, responsáveis por toda a demanda de um território determinado com em média 90.000 habitantes²⁶, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana.

De acordo com Kinoshita *apud* Campos, F. (2000:126),

“o atendimento é integral, objetivando a autonomia e ampliação da rede social dos usuários através de diversas ações: hospitalidade integral, hospitalidade diurna ou noturna, atendimento às situações de crise, ambulatório, atendimentos domiciliares, atendimentos grupais,

²⁶ SANTOS: 1995, 2.

intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossociais... Os NAPS funcionam ininterruptamente, têm seis leitos cada, e contam com transporte diariamente; a equipe é multiprofissional, formada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo e de apoio.”

Nicácio (1990) utiliza a expressão “instituições da desinstitucionalização” de Rotelli para definir os NAPS, uma vez que produzem uma rede de saberes, práticas, valores e mensagens que viabilizam a efetiva participação e presença das pessoas com sofrimento psíquico nas trocas sociais, como qualquer outro cidadão, operando rupturas com *aquelas novas concepções e práticas sobre a doença, a saúde e o terapêutico, as diversas formas de sociabilidade e de cultura que, produzidas por estes novos serviços, os tornam completamente substitutivos ao manicômio.* (DE LEONARDIS *apud* NICÁCIO, 1990: IX).

Para Rotelli *apud* Nicácio (2003,216),

“as instituições da desinstitucionalização são os eixos de sustentação da extensão possível do estado de liberdade. Essa é a ‘liberdade terapêutica’. Outra via não nos parece viável no interior de um projeto de emancipação concreta.”

A partir dessa perspectiva, os NAPS têm como características fundantes de sua organização a regionalização, a responsabilização pela demanda e a transformação da equipe:

- 1 *a regionalização* – não se reduz a simples divisão administrativa ou geográfica, sendo entendida como local capaz de operacionalizar mudanças mediante transformação cultural. Identificada à concepção de *território* da experiência italiana (que será discutida no capítulo seguinte); pressupõe o conhecimento das necessidades das pessoas de determinada área. Isso consiste na abertura do debate com o cidadão, não se considerando mais essa questão exclusivamente do domínio dos técnicos.

- 2 *a responsabilização pela demanda da região* – se funda sobre o que os italianos chamam de *presa in carico*²⁷, ou seja, a *tomada de responsabilidade* sobre toda a demanda de uma região, sem seleção de clientela, e a noção de *porta aberta*, garantindo a atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço. A *porta aberta*, além de significar literalmente portas abertas em oposição às formas de contenção e controle das instituições asilares como muros, grades, etc., garante também a universalidade do acesso. Refere-se “às múltiplas interações usuários-familiares-equipe-território, à própria dinâmica e à afirmação da liberdade”. (NICÁCIO: 2003,217). A partir dessas duas noções, articula-se a construção do *projeto terapêutico*, que vai além da simples remissão dos sintomas ou doença, envolvendo o “cuidar de uma pessoa”, sem a separação da prevenção/tratamento/reabilitação. O *projeto terapêutico* se configura como um projeto de vida que, para Nicácio (1994:101), redimensiona e reconstrói o papel dos técnicos em seu agir prático com o usuário, atuando nas dimensões da subjetividade, do trabalho, das relações, da família, nas questões econômicas, civis, de moradia, etc. É o fazer-se responsável, evitando o abandono, o que implica inclusive o atendimento à crise; compreendida por Nicácio (1990), *como fundamental nas instituições que se pretendem sejam substitutivas ao manicômio*.
- 3 *a transformação da equipe* – o papel do técnico e o espaço coletivo de ação são transformados, repensando práticas e o próprio serviço, assim como na experiência italiana a desinstitucionalização dos técnicos e a sua transformação em atores sociais se tornavam imprescindíveis, uma vez que são eles os potencializadores desse processo. Pois a tecnologia desenvolvida pela psiquiatria, com os vários tipos de contenção medicamentosa, do espaço, do contato e da vida, deveria ser combatida a todo o momento e em qualquer lugar (no domicílio, no trabalho, na cidade). Nesse sentido, Campos, F. (2000) observa que a tecnologia básica é o cuidar, o tutelar para a

²⁷ BARROS, Denise Dias. *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

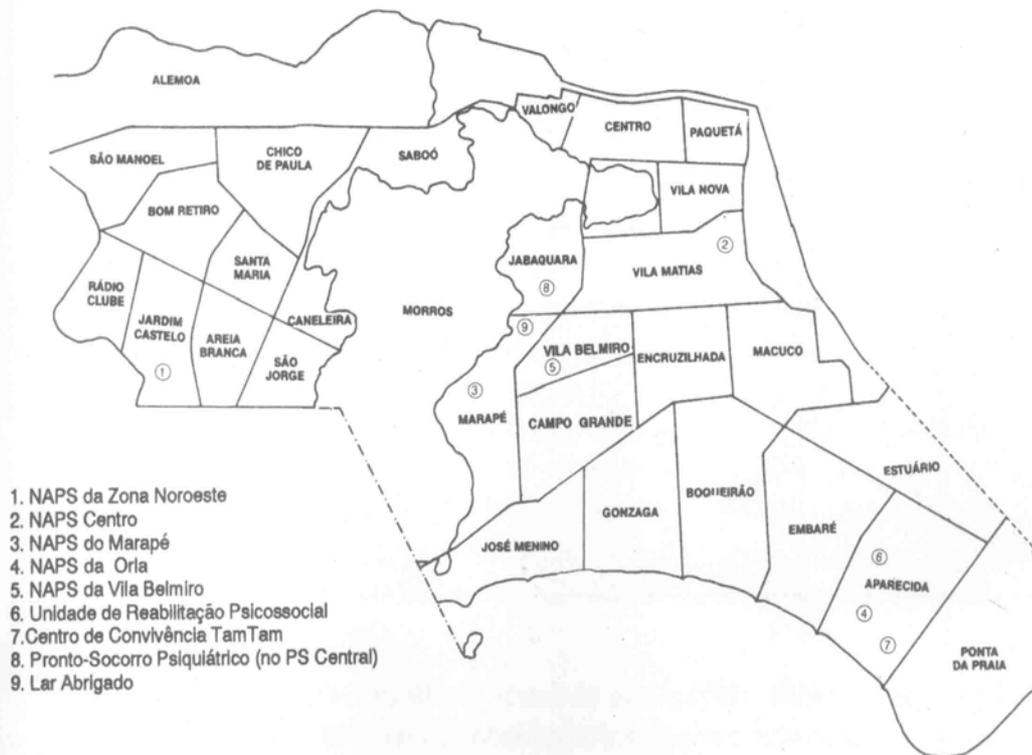
autonomia da pessoa de conduzir a própria vida, na busca de projetos comuns com os técnicos, familiares, ou outros munícipes. Pois, “*diante deste quadro, a função dos profissionais é precisamente a de emprestar poder contratual aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de autonomia*”. (KINOSHITA *apud* CAMPOS, F.:2000,131).

A experiência de transformação em saúde mental em Santos foi se configurando em um *processo social complexo*, ancorado na desconstrução do manicômio em direção ao território, constituindo-se em um fazer coletivo, marcado por trabalhadores, usuários e outros cidadãos comuns, abrindo novo campo ético para o agir em saúde mental. Santos possui uma rede tecida por NAPS, por estruturas de suporte social como unidade de reabilitação psicossocial, por casas comunitárias, por projetos de intervenção cultural como o projeto da rádio Tam-Tam e tantos outros.

(...) É claro que estou falando de uma profunda transformação cultural, institucional e científica que, todavia como tal, permanece em aberto, em processo e, portanto, também reversível: a ausência do manicômio não é a solução (não é, portanto, o fim da instituição psiquiátrica) porque depende do fato de que a nova cultura e prática institucional continue a construir uma realidade que torne possível tal ausência”. (DE LEONARDES *apud* NICÁCIO: 1994,IX).

Nesse sentido, a experiência de *desinstitucionalização* triestina foi referência fundamental, permitindo que em Santos se construísse uma rede de atenção em saúde mental que operasse rupturas com o paradigma psiquiátrico tradicional, seus saberes, suas instituições e transformasse a maneira de a cidade se relacionar com a *loucura*. A influência italiana imprime a possibilidade de “uma sociedade sem manicômios”, permitindo Santos a colocar-se como uma experiência inovadora e “desviante” entre as experiências dos movimentos reformistas. A organização da rede de saúde mental de Santos possibilita visualizar a complexidade de ações e as estruturas que permitiram operar rupturas com o modelo manicomial, bem como as influências da experiência triestina, se comparada à figura do capítulo 3, na página 64.

UNIDADES DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DE SANTOS



AMARANTE & COL. 2003, V3

Sob o impacto do surgimento dos NAPS de Santos, além do conjunto de transformações iniciadas naquele município, é elaborado em 1989 o projeto de lei nº 3957/89 do deputado federal Paulo Delgado, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”. Em 2001, o referido projeto de lei é aprovado como a Lei nº 10.216, com importantes modificações em seu texto, depois de doze anos tramitando pelo Congresso.

A partir das experiências dos NAPS e dos CAPS, e anteriormente à aprovação da lei federal da Reforma Psiquiátrica, oito leis estaduais já se encontravam em vigor: a lei nº 9.716/92 do Rio Grande do Sul, a nº 9.716/92 de Pernambuco, a nº 5.267/92 do Espírito Santo, a nº 12.151/93 do Ceará, a nº 6.758/95 do Rio Grande do Norte, a nº 11.802/95 de Minas Gerais, a nº 11.189/95 do Paraná e a nº 975/95 do Distrito Federal.²⁸

²⁸ *Legislação em Saúde Mental 1990-2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

As práticas do NAPS e do CAPS, bem como o surgimento de outras experiências pelo Brasil, são legitimadas posteriormente pela formulação de algumas Portarias federais, como as de nº 189/91 e nº 224/92 do Ministério da Saúde. Essas Portarias tiveram como objetivo oficializar, regulamentar e viabilizar a construção de mais *novos serviços* de atenção em saúde mental no país. O reconhecimento dos *novos serviços* no âmbito do processo legislativo foi fundamental para implementação das políticas públicas nesse campo. Sobretudo, as portarias de nº189/1991 e a de nº 224/1992, que, de acordo com YASUI (1999:113), “*incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, muitas com o nome de NAPS ou de CAPS, que acabaram por se transformar em sinônimos de unidades assistenciais de vanguarda*”.

Porém, ao definir as políticas de saúde mental instituindo a estrutura dos novos serviços, o Ministério da Saúde, ao se referir a estes serviços no texto ministerial como (NAPS/CAPS), tornou essas experiências, tão distintas entre si, em modelos idênticos e com as mesmas significações. Amarante & Torre (2001) chamam a atenção para o perigo da homogeneização dessas experiências, implicando a perda da pluralidade das questões introduzidas por esses serviços.

A natureza de ordem intermediária originada pelo CAPS paulista, ou substitutiva introduzida pelo NAPS de Santos, não é problematizada, pois, se a noção de serviço substitutivo não é citada nas portarias anteriores, essa noção, juntamente com o serviço NAPS, é literalmente eliminada com a promulgação da Portaria 336/2001 do Ministério da Saúde. A partir dessa Portaria, os *novos serviços* são definidos somente enquanto CAPS, excluindo definitivamente o termo NAPS das políticas nacionais de saúde mental.

Essas portarias possibilitaram a construção e a proliferação dos chamados “novos serviços” e proporcionaram o aumento dos recursos financeiros repassados à saúde de muitos municípios. De caráter mais normativo, essas portarias apresentam certa ausência conceitual que pré-definia o objetivo desses serviços propostos na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. A falta de conhecimento de tais propostas poderia dificultar a adesão de trabalhadores e gestores aos princípios antimanicomiais e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que tem como proposta a superação efetiva do paradigma asilar e novas formas de intervenção e relação com a *loucura*.

Serem denominados “novos” não garante seu caráter substitutivo; pelo contrário, corre-se o risco de serem “atualizações” da psiquiatria. Em vez de *serviços substitutivos*, temos *serviços modernizados*, isto é, atualizações de práticas manicomialis.

A não problematização dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da compreensão histórica da origem e função dos serviços substitutivos acarreta a homogeneização desse discurso e representa um risco de despolitização desse processo, o que por sua vez não coloca em questão os processos de exclusão social, a relação da sociedade com a loucura e a implantação dos chamados “novos” serviços que tendem para o caminho de simples renovação dos sistemas em saúde.

Amarante e Torre (2001) ressaltam a importância do significado de “novo”, mais do que o próprio termo. Uma vez que indica uma perspectiva contra-hegemônica em relação às práticas anteriores, o adjetivo *novo* implica *uma certa direção que deve ser explicitada*. Pois,

“(...) serem denominados “novos” não garante que os serviços de saúde mental criados sejam mediadores e operadores de novas formas de intervenção no trato com a loucura ou que sejam substitutivos do modelo manicomial”. (AMARANTE & TORRE: 2001,32).

5.3 – A noção de serviço substitutivo: natureza e conceitos

No entendimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, e de acordo com a Psiquiatria Democrática italiana, o *serviço substitutivo* não convive com o hospital psiquiátrico, mas ao contrário, o substitui e o supera. Vem em oposição à idéia de serviços alternativos, complementares ou suplementares. Ou seja, em oposição à *psiquiatria reformada*²⁹, que se constituiu na chamada *rede em teia*, como prefere denominar Pitta³⁰, onde o “novo” serviço é a referência central do sistema, mas o hospital psiquiátrico não é dispensável. Pelo contrário, está presente na rede e fazendo parte dela, confirmando a necessidade de sua presença.

Nessa perspectiva, esses “novos” serviços são para Rotelli (2001:22) a expressão da intenção psiquiátrica de renovar seu papel terapêutico, funcionando segundo uma lógica de empresa, onde esses serviços juntamente ao hospital psiquiátrico se especializam e fragmentam por tipos de prestação e competência. Ou seja, se institui

²⁹ ROTELLI: 2001.

³⁰ “Rede de Atenção à Saúde Mental No País”. Proposta ao Ministério da Saúde. (Mimeo)

“um serviço para cada coisa” e quanto ao restante podem dizer “*não é problema nosso*”. Como consequência, produzem uma nova cronicidade, alimentando um sistema que substitui a segregação em uma instituição separada e total, pela circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas.

A grande **inovação** dos serviços substitutivos, no entender de Amarante & Torre (2001:33), está nas rupturas que operam com o antigo paradigma da psiquiatria clássica, permitindo a construção de um novo modelo que coloque em questão e transforme cotidianamente os saberes, práticas e culturas, produzindo instituições *inovadoras* de caráter inteiramente *substitutivo*. Instituições que nascem de uma ruptura paradigmática no campo das ciências e humanidades, em momento de transição e por isso com caráter de permanente construção, que envolve outra ética e outro lugar para o homem e o seu sofrimento.

Para Nicácio (2003:51),

“a inclusão de um conjunto de procedimentos compreendidos como substitutivos produziu diversas polêmicas, trazendo para a cena a reflexão sobre o significado de substitutivo, ou ainda, do significado de ruptura com a lógica asilar, debate que seguirá sendo considerado como de fundamental relevância no campo de construções das bases conceituais das práticas inovadoras”.

A noção de **serviço substitutivo** aparece pela primeira vez no livro *Desinstitucionalização* e é utilizada por Rotelli ao se referir aos serviços de Trieste, que orientaram o processo global de transformação institucional na Itália. Para Dell’Acqua (1991), esse tipo de serviço coloca entre seus objetivos a busca da autonomia e a emancipação, no sentido de favorecer a produção social dos sujeitos e seus familiares.

Definidos por Rotelli (2001) como **Serviços Fortes, Territoriais ou Substitutivos**, pode-se dizer que é um modelo inteiramente substitutivo da internação e da existência do hospital psiquiátrico por responder de forma transformada,

“em positivo, à complexidade das necessidades que o velho asilo absorvia em seu interior. Este modelo de serviço – que não por acaso é definido como ‘forte’ – não seleciona de nenhuma forma necessidades, demandas ou conflitos, mas ao contrário, elabora estratégias dinâmicas e individualizadas de resposta que

tentam salvaguardar e ampliar a riqueza da vida das pessoas, doentes ou sãs". (ROTELLI, et al.: 2001, 42).

Esses serviços são denominados substitutivos pelo autor, por trazerem em sua gênese a desmontagem do manicômio e a supressão (substituição) de suas práticas pré-existentes, usando e transformando recursos materiais e humanos ali depositados. A sua inovação se coloca diante das **rupturas** com determinado paradigma que orienta o método epistêmico da psiquiatria tradicional, identificadas por Amarante & Torre (2001:33) em relação ao:

- *“ método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;*
- *conceito de “doença mental”, enquanto erro, desrazão, periculosidade; e como doença, patologia e desordem;*
-
- *princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em nossas velhas e ‘novas’ instituições e serviços;*
- *os princípios do tratamento moral, atualmente presentes nas bases das terapias normalizadoras”.*

Rotelli (2001:37) propõe a organização dos *serviços substitutivos* a partir de três perspectivas:

- a) *responsabilidade em responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada.* Pois, ao não selecionar sua clientela e responsabilizar-se pelo território determinado, elabora estratégias dinâmicas e individuais que buscam preservar o direito à assistência e a potencialização dos recursos e das riquezas das vidas das pessoas.
- b) *mudam as formas de administrar os recursos para a saúde mental;* deslocam-se as verbas antes destinadas aos leitos ocupados no hospital para a comunidade, ou seja, os recursos utilizados para alimentar a

instituição hospitalar, como utilização de leitos, são reorientados para fornecer serviços diretos às pessoas.

- c) *multiplica-se e torna-se mais complexa a profissionalidade dos operadores, pois com a desinstitucionalização enriquecem-se as competências profissionais, a autonomia de decisão, a formação profissional e os critérios de avaliação.*

Barros (1994:107) também contribui na compreensão da dinâmica organizacional dos serviços substitutivos, ao apontar como regras-pressupostos que orientam as ações dos operadores dos centros de saúde mental de Trieste, as seguintes considerações:

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

2 . A clientela não deve ser classificada através de um conjunto de categorias diagnósticas, tipológicas, comportamentais ou de classe.

3 . O princípio da 'porta aberta` a todos estabelece que a demanda não deve ser selecionada segundo qualquer critério técnico de priorização preestabelecida. (...) O pressuposto porta aberta implica um princípio de responsabilidade territorial, cujo papel é ativo não somente nas situações de crise, devendo ser também uma referência para situações de pobreza, distúrbio e conflito.

4 . As estruturas não devem ser hierarquizadas segundo os momentos assistenciais de prevenção, tratamento e reabilitação. (...) Para diferenciar esse tipo de serviço dos ambulatoriais criou-se a noção de 'serviço forte`.

5 . A valorização da queixa e do motivo emergente que trouxe a pessoa ao centro de saúde mental (...) responder à solicitação, partindo-se sempre que possível das queixas materiais para níveis mais complexos da idealidade;

6 . *A preocupação deve ser constante com a afirmação da contratualidade social da pessoa que adoece e recorre ao serviço;*

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

Os serviços substitutivos representam o elemento basilar do novo circuito psiquiátrico. A complexidade das ações e das formas de organização do serviço substitutivo enseja outra prática e produz novos conceitos e contextos para o campo da saúde mental, trazendo rupturas com o modelo asilar, ou qualquer outro serviço que se coloque em complementaridade ou ao lado de instituições manicomialis. Isso pode ser observado em relação à administração dos recursos públicos nos centros de saúde mental triestinos, que conseguiram desburocratizar e reduzir os desperdícios, evitando automatismos de despesas fixas, imprimindo ao sistema uma característica de investimentos nas pessoas mais que na instituição. Para isso, utilizavam alguns critérios, que se traduziam em serviços que ofereciam às pessoas:

- *mobilidade do pessoal:* geralmente é o serviço que vai à pessoa;
- *individualização do serviço:* a qualidade e a quantidade de recursos disponíveis se adaptam às exigências dos pacientes individualmente e de acordo com essas exigências;
- aumento dos *recursos geridos diretamente pelos pacientes:* tais como moradia, vestuário, medicação, etc.
- *uso produtivo dos recursos:* implicando o financiamento do trabalho de pacientes que desenvolvem atividades socialmente úteis ou para cooperativas;
- e o uso crescente de *recursos ativados e organizados, pela agregação de pacientes e da comunidade.*

Essa forma de administrar recursos permite que o serviço substitutivo se organize pela auto-gestão, o que lhe dá liberdade para estar reiventando constantemente

suas práticas e repensando seu modelo assistencial, bem como estar redefinindo as necessidades dos usuários e da comunidade.

Porém, podemos enfatizar como **característica** fundante desse modelo e ponto chave para problematizarmos a noção de substitutivo, a questão do **território** base sobre o qual se estrutura, possibilitando a partir daí identificar outros elementos característicos dessa instituição como: a **responsabilização pela demanda**, a **integralidade** nas ações, a **transformação da equipe** e a **superação do modelo asilar**, o que importa a compreensão de alguns conceitos como **rede**, **intersectorialidade**, **porta aberta** e **crise**.

5.3.1 - O Território como Recurso ao Serviço Substitutivo

Na concepção do geógrafo Milton Santos (2001), o **território** está muito além da demarcação territorial e sua descrição. Para ele, o território é a base sobre a qual a sociedade produz sua própria história, configurando-se em um espaço dinâmico e de vida. Nesse sentido, da mesma forma que a sociedade incide sobre o território, o contrário também se faz. *“Desse modo, o território é visto como um palco, mas também como um figurante, sociedade e território sendo simultaneamente ator e objeto de ação”*. (SANTOS: 2001,100).

Nessa perspectiva, o território torna-se o eixo fundamental dos serviços substitutivos; além de sua circunscrição geográfica ou do espaço físico da própria instituição, torna-se a base de suas ações e intervenções. Para Amarante e colaboradores (2003: 63, vol 3) o

“território não é somente o bairro ou a região da cidade onde moramos – não é o setor (no entendimento francês) nem a comunidade (na concepção americana), é sobretudo, o lugar social onde tecemos nossas referências de vida, onde dominamos os códigos segundo os quais montamos nossa rede de relações sociais”.

Prescindindo de um *setting* terapêutico pré-definido, a ação do serviço é feita, sobretudo, nos espaços de vida, de circulação, de sociabilidade dos pacientes, onde as condições de potencialização dos recursos da comunidade e do sujeito são enriquecidas e expandidas.

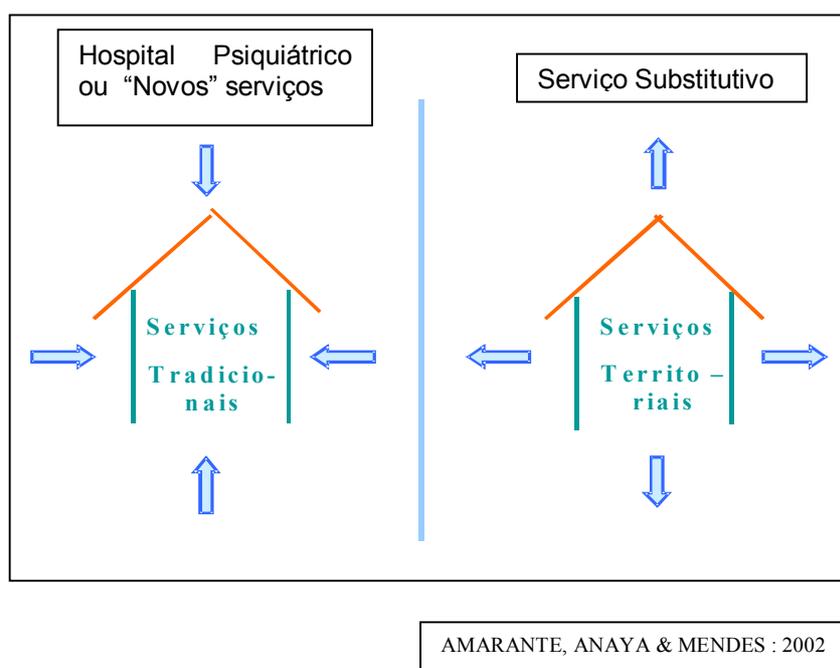
Amarante & Giovanella (2002:145) se referem ao trabalho no território como um *trabalho de construção ou promoção de saúde mental, de reprodução de vida, de subjetividades*, pois é nele que se estabelecem as relações entre as pessoas, com os

objetos, com a cultura, revelando-se um espaço dinâmico e com grande capacidade de operar transformações tanto nas instituições quanto na comunidade. Ao penetrar no território, o serviço propicia mudança de cultura, à medida que experimenta novas formas de lidar com a loucura, estimulando seu acolhimento pelos atores sociais e diminuindo sua estigmatização.

O trabalho no território, para Amarante (1992), se articula sob duas formas:

- de *forma direta* (**redes** e suporte social): inclui visitas domiciliares, vínculo com familiares, diálogos com a vizinhança e bairro, movimentos sociais, ação cultural, etc;
-
- de *forma indireta* (**intersectorialidade**): trabalhando com instituições localizadas nesse território, no sentido de confrontar resistências e ampliar possibilidades de intervenção. Trabalho, lazer, educação, arte, esporte, etc.

A partir dessa perspectiva, o serviço de base territorial é aquele que, em oposição ao hospital psiquiátrico, aponta estratégias e intervenções que não se reduzem e não se centralizam na instituição, mas que a partir dela indiquem ações para fora do serviço e não para dentro.



Assim, o serviço se torna substitutivo pelo caráter de suas ações absolutamente territorializadas, pois a reinserção social é feita no território, trabalhando seus elementos

disponíveis e as diversas relações que se estabelecem nesse espaço. Portanto, o trabalho no território envolve duas concepções importantes no campo da saúde, a noção de **rede** e a noção de **intersectorialidade**.

Para Saidón (2002) o termo **Rede** remete a uma linha mais conceitual e a outra mais instrumental ou técnica. No sentido conceitual propõe pensá-la como uma estratégia que nos habilita a relacionar produção social e subjetividade, daí surge a noção de **Rede Social**. Com base na participação e interação de seus integrantes, inventam-se novos modos de solidariedade social e de exercício democrático.

Es una manera singular de hacer política a través de enfrentar y difundir proyectos y programas concretos. Se generaría así una especie de democracia directa donde se reducen los niveles de representación. Entonces, lo que se promueve es un tipo de participación, que llamamos implicación directa de los integrantes de la Red, en las políticas de Estado y en sus programas sociales. (SAIDÓN: 2002,148).

A noção de Rede Social torna-se importante, uma vez que, para Morelo (2002), se constitui em uma forma de viabilizar o projeto de saúde mental, funcionando como possibilidade de trânsito, de circulação de vários elementos, podendo apresentar diversas formas e amplitudes a partir de determinada situação. A autora conclui que essa rede existe a partir da disposição de seus agentes (sociais, públicos, profissionais) de ultrapassar conceitos, saberes e poderes instituídos no cotidiano.

Nesse sentido, procura-se constituir uma rede territorial de atenção em saúde mental diversificada, que ofereça atenção integral com diferentes tipos de recursos necessários às pessoas. Composta por leitos psiquiátricos em hospital geral, serviços substitutivos, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas sociais de trabalho, centros de convivência, etc... além de oferecer vários projetos que não se limitam somente ao tratamento do usuário com sofrimento mental, mas se estendem à produção de saúde das pessoas.

Portanto, a articulação com outras instituições do território, que não sejam exclusivas do campo da saúde mental, torna-se estratégica para consolidar a transformação na assistência, marcada pela **intersectorialidade**, uma vez que o serviço não deve assumir apenas a responsabilidade pelo tratamento, mas construir ações intersetoriais que operem rupturas com a segregação e restituindo o direito de essas pessoas participarem dos espaços públicos. Tais ações contribuem para a busca de

envolvimento e participação de outros setores, ao produzir novos modos de pensar e agir, viabilizando os processos de emancipação e possibilitando a restituição da loucura à cidade.

“Isto significa o diálogo e interação não apenas entre diferentes disciplinas, mas entre diferentes áreas de intervenção social e cultural, com o objetivo de realizar uma abordagem integrada do homem, considerando o seu contexto de inserção social e as suas necessidades”. (AMARANTE: 2003, 66, vol 3).

Portanto, os serviços substitutivos não se configuram como uma estrutura de relações fixas, mas como um conjunto complexo e flexível de situações e funções socioassistenciais. Nesse contexto impõem uma modalidade de trabalho que se expressa no princípio italiano da *presa in carico*³¹, ou seja a *tomada de responsabilidade*. Essa responsabilidade, no entender de Barros (1994:110),

“não pressupõe um lugar e um setting terapêutico pré-definido, podendo ser o próprio Centro de Saúde Mental, o grupo-apartamento, mas também a casa da pessoa, o bairro onde mora, os lugares onde se exprime ou tenta realizar sua individualidade e sociabilidade”.

Portanto, oferece atenção integral, que não se comprometa apenas com seu estado de sofrimento, mas que leve em consideração as especificidades, os projetos individuais e a história de vida de cada um.

“O que significa dizer que assumem a completa responsabilidade da atenção a toda a comunidade abrangida pelos recursos substitutivos existentes neste mesmo território, sem lançar mão de outros recursos, principalmente manicômiais.” (AMARANTE:1992,99).

Para Nicácio (1990), a responsabilização pressupõe o atendimento à crise e a não distinção entre prevenção, tratamento e reabilitação como instâncias separadas e isoladas, o que significa *o cuidar de uma pessoa*, evitando o abandono e a fragmentação no encaminhamento a outras instituições com objetivo de descarga. O cuidar, para

³¹ BARROS, Denise Dias. *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

Rotelli (2001:33), volta-se para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. “*Significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento*”.

Nessa perspectiva, a real possibilidade de atendimento a **crise** é compreendida pela autora como fundamental nas instituições que se pretendem ser substitutivas do manicômio. A difícil conceituação única de crise em psiquiatria é reconhecida por Dell’Acqua (1991), compreendendo sua problematização de acordo com o entendimento do ingresso das “pessoas em crise” no circuito psiquiátrico, e sua relação com certo valor-limite construído socialmente e de acordo com sistemas de reconhecimento e de percepção sobre normalidade/anormalidade, sofrimento, periculosidade, miséria, ruptura das relações familiares, sociais e/ou de trabalho. A partir daí, o autor reconhece como “situações de crise” não somente uma grave sintomatologia psiquiátrica aguda, mas também grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social, recusa dos tratamentos psiquiátricos e do contato psiquiátrico e situações de alarme no contexto familiar e/ou social, no qual o indivíduo não se sinta capaz de enfrentá-las. Por esse aspecto, a crise deve ser entendida como um evento da história de vida da pessoa, com um caráter dinâmico de continuidade e não de ruptura.

Nesse sentido, segundo Dell’Acqua *apud* Nicácio (2003:231), subvertem-se as noções de tempo e lugar da *presa in carico*, à medida que não podem mais ser os lugares e os tempos da psiquiatria clínica. Ao contrário, são projetados nos percursos de cada um, redefinindo e ressignificando os lugares das práticas terapêuticas, aprendendo e trabalhando em tempo real e em lugares distintos, às vezes desconhecidos.

Ao assumir a crise, o serviço substitutivo torna-se o lugar de defesa e proteção, enfrentando a responsabilidade daquele que o procura quando está mal. Com alguns leitos para hospedar (e não hospitalizar) usuários, que têm necessidade de ser acompanhados de forma mais próxima ou de separar-se do ambiente de vida por um período variável, se estruturam para responder a todo tipo de demanda que lhes é conferida. Nesse sentido, a hospitalidade integral representa situações que, para Nicácio (2003:240) colocam o problema do direito ao cuidado e à responsabilidade ética, sanitária, e do poder público de garantir esse direito; *as responsabilidades de decisão e as competências executivas não são separadas entre si e são assumidas ao mesmo tempo por mais de um operador*.

A tomada de responsabilidade implica o princípio da “**porta aberta**”, que ao não selecionar a demanda segundo critério técnico de priorização preestabelecida e cujo o

papel é ativo nas situações de crise, deve ser também referência para situações de pobreza, distúrbio e conflito, o que significa nova forma de pensar e de interagir com a demanda, garantindo a universalidade do acesso.

Nicácio (2003:217) chama a atenção para a noção de *porta aberta*, uma vez que implica várias dimensões. Em primeiro lugar, estar o serviço literalmente de portas abertas, não reproduzindo as formas de controle presentes no manicômio. Outrossim, expressa e projeta o cuidar em liberdade, possibilitando uma nova forma de relacionamento com a *loucura*.

“A porta aberta não significava apenas uma nova forma de recepção do usuário, mas delineava as bases das relações dos serviços com os usuários, colocando em movimento a própria instituição e interrogando as diversas formas de distanciamento e de fechamento das portas que se produzem no cotidiano”. (NICÁCIO:2003,221).

Nesse sentido, a *porta aberta* é uma produção coletiva e cotidiana, requerendo a **transformação da equipe** para lidar com os seus desafios. É nesse fazer do dia-a-dia, nas negociações constantes e inventividade permanente, que o novo operador do serviço substitutivo irá construir uma prática que requer inovação e transformação.

Para Barros (1994:109), a “equipe multidisciplinar” cede espaço ao coletivo, em que o produto do trabalho nem sempre é estável, pressupõe solidariedade e compromisso pessoal de cada operador, rompendo com a lógica positivista de separação, objetivação e classificação, e exigindo, por outro lado, uma organização institucional transparente e forte, bem como a criação de mecanismos que dificultem as defesas corporativas e impeçam a recusa da demanda.

Todos os operadores conhecem, mesmo de que maneira pouco aprofundada, o movimento e as pessoas que estão ligadas ao serviço. O poder de cada um está vinculado ao trabalho que desenvolve diretamente com algum usuário com quem estabelece um vínculo mais estreito. Entretanto, não quer dizer que todo o trabalho seja desenvolvido pelo operador mais próximo da pessoa em questão. Barros (1994:110) aponta que esse tipo de trabalho nos centros triestinos pressupõe a necessidade de um conhecimento do usuário e do seu contexto social mais aprofundado, relacionando-o ao seu estado de sofrimento, pois muitas vezes o que é da ordem do incompreensível pode ser melhor entendido no trabalho domiciliar.

Nesse sentido, os novos operadores “aprenderam a aprender”, apostando mais na capacidade de escolher e combinar várias modalidades e recursos de intervenção, do que em especializarem-se em técnicas terapêuticas. Rotelli (2001:45) caracteriza a forma de “organização” dos operadores triestinos como contribuição ao processo de mudança na equipe, que a partir da desconstrução do manicômio enriqueceu suas competências profissionais e seus espaços de autonomia e decisão mediante

- *centralidade no trabalho em equipe: o papel da equipe não se expressa tanto em reuniões periódicas, mas mais no costume do trabalho em conjunto e na colaboração e confronto cotidiano entre todos os operadores de cada centro e entre os centros. Compartilhando experiências, enfrentando junto e avaliando problemas, funcionando como um supervisor coletivo;*
- *auto-avaliação: avaliação interna relacionada ao trabalho e não à profissionalidade de cada operador; refere-se sobretudo à capacidade de auto-transformação e aprendizagem da equipe e de cada operador. Mas é o elevado grau de contratualidade do usuário que imprime contínuos elementos de “crise” e crítica diante da auto-avaliação, o que se torna presente na voz crítica dos familiares e cidadãos;*
- *formação: ancorada no trabalho operativo do serviço. No conjunto, a ênfase é colocada na aquisição de conhecimentos teóricos e operativos de temas que se relacionam com a rede institucional na qual as pessoas estão inseridas;*
- e o “*caso management*”. Este último introduz uma especificidade em relação ao trabalho de desinstitucionalização, uma vez que os diversos tipos de “terapias” (*médica, psicológica, psicoterapêutica, psocofarmacológica, social, etc...*) são considerados como momentos também importantes, mas redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados. (ROTELLI:2001,46).

É na busca da descompartmentalização entre os tipos de intervenção e a complexificação do campo de ação dos profissionais que o autor coloca como desafios para o trabalho terapêutico nos serviços substitutivos as seguintes reflexões:

A) valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica em oposição à sua eliminação, como propõe o modelo médico;

B) busca de instrumentos de contextualização na relação médico-paciente, em oposição à separação do seu contexto;

C) remoção de regras de funcionamento ordenado do serviço que empobrecem a possibilidade de trocas sociais e terapêuticas;

D) se os espaços sanitários são habitualmente separados, aqui se procura que sejam abertos ao bairro e atravessados por pessoas;

E) *Uma coisa da qual todos os operadores de Trieste estão convencidos, é que não se desinstitucionaliza dividindo agudos de crônicos, uma vez que o parâmetro continuaria sendo a forma de 'doença', constituindo áreas de fragmentação (e dessa forma reconstruindo cronicidade e tornando eficaz o serviço), mas assumindo a demanda como uma totalidade indivisível. (...) o que permite uma participação essencial dos recursos da comunidade e, potencialmente, enorme mobilização de energias. (ROTELLI:2001,47).*

Tendo como ponto de partida as necessidades dos usuários, os operadores buscavam atuar com a construção de um **projeto terapêutico** centralizado na história de vida de cada paciente e na construção de estratégias que possibilitassem a emergência das diferentes dimensões de cada sujeito. Nesse sentido o projeto terapêutico é entendido como um processo que requer construção, reconstrução, redimensionamentos em relação ao usuário, equipe e familiares, o que produz profunda transformação na abordagem, pautada na codificação da doença e sua substituição pela aproximação, intensificação da rede de afetos e relações, e na projeção de autonomia. Nesse sentido, a transformação das estruturas e da cultura de todos os atores envolvidos se realizam ao mesmo tempo, potencializando tecidos sociais solidários capazes de não transformar a diversidade em desigualdade social. Portanto, é a forma de pensar, interagir com a

experiência da loucura, operacionalizar projetos, utilizar o território, não se constituindo um fim em si mesmos, que faz esses serviços serem substitutivos ao manicômio, apontando rupturas que operam mudanças nos saberes, práticas e cultura. Pois, se o objeto deixa de ser a doença, mas passa a ser o sujeito, as antigas instituições (manicômios) são demolidas, a ênfase não é mais colocada no processo de 'cura', mas no projeto de 'invenção de saúde', de 'reprodução social' e no 'resgate da cidadania'.

No seminário *Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o Fim*³², Nicácio (2002) indaga sobre o significado de *substitutivo*, apontando que a simples criação dos novos serviços não significa necessariamente que sejam serviços substitutivos. Pois esse tipo de serviço requer a transformação não somente em relação à dimensão material, pela desmontagem efetiva do hospital psiquiátrico, mas sobretudo pela transformação de determinada forma de pensar e interagir com a experiência da loucura, diferentemente da lógica e da racionalidade que se expressa no manicômio. Nesse sentido a autora considera o processo de reforma psiquiátrica fundamental

“para não se reproduzir a dicotomia entre a criação de estruturas institucionais e a transformação das relações com a experiência da loucura, dos modos de cuidado, das formas de tutela, das modalidades de atenção, do processo de trabalho, do cotidiano das instituições, dos contextos, do imaginário social, das formas de invalidação e exclusão, das relações no território e nas cidades.” (NICÁCIO: 2002:57).

Nessa perspectiva, compreendidos pelos italianos como *instituições da desinstitucionalização*, os *serviços substitutivos* não se configuram como instituições com um fim em si mesmas, ocupando um lugar estratégico na invenção de novas realidades para a loucura. Eles se inscrevem no complexo processo de desconstrução de saberes, de instituições, de valores e cultura, num estado de constante não-equilíbrio, base de sua inventividade, de seu caráter inovador e de desafio contínuo.

³² NICÁCIO, Fernanda. 2002. *Mesa: Hospitais Psiquiátricos e Serviços Substitutivos: Coexistência Provisória*. ABOU-YD, M. (org) Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. Dez. p. 54-58.

CAPÍTULO 6

HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM MINAS GERAIS E A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE

No Brasil, até o século XVIII, a loucura ainda não havia sido totalmente “medicalizada”. O *louco* era relegado às Santas Casas de Misericórdia, recolhido às prisões ou permanecia trancado em casa. É somente no início do século XIX, sob a influência de princípios teóricos do estrangeiro, que a psiquiatria se constituirá no Brasil, criando o primeiro hospício para alienados no Rio de Janeiro: o Hospício de D. Pedro II, fundado pelo decreto de 18 de julho de 1841, por ato do imperador, em sua maioria. Magro Filho (1992:18) recorda que ali permaneciam reclusos alienados oriundos de todo o país.

Em Minas Gerais as ações sanitárias da época se relacionavam com a incidência e o controle de epidemias, baseadas na concepção de “polícia médica”, reforçando a característica de controle social no campo sanitário. O controle das endemias era entregue ao serviço de higiene da província, e a questão da *loucura* à polícia, que recolhia os alienados diretamente às cadeias. Em *A Tradição da Loucura*, Magro Filho (1992) observa que as alternativas oferecidas pelo Estado em relação à *loucura* sempre foram medidas de exclusão e violência. Antes de ser conhecido tradicionalmente como um parque manicomial, o Estado de Minas Gerais oferecia as seguintes alternativas a seus *loucos*:

- *“permanecer em casa, mantidos longe dos familiares, trancados em um cômodo qualquer, se a família possuísse recursos para tal;*
- *não receber nenhum tratamento; este era o caso dos pobres, os sem recursos, que ficavam jogados nas ruas, entregues à própria sorte;*
- *ser encaminhados aos anexos para loucos existentes nas santas casas de misericórdia”.* (MAGRO FILHO: 1992,16)

As Santas Casas, instituídas por religiosos como ato de caridade, foram criadas em todo o país. Em Minas Gerais, tinham endereço em Diamantina e São João del-Rei,

que acolhiam portadores de várias doenças e *alienados* em anexos próprios. Barreto (1999) recorda que em 24 de janeiro de 1817 foi internado o primeiro doente mental em Minas Gerais, na Santa Casa de São João del-Rei, no anexo para *alienados*.

Outra opção era recolher essas pessoas à cadeia pública ou enviá-las para o Rio de Janeiro, onde havia um convênio com o Hospício de D. Pedro II desde 1892. Entretanto, devido à constante superlotação desse estabelecimento, era comum o retorno dos pacientes ao lugar de origem. Foram então as santas casas e as cadeias públicas, as únicas instituições que tiveram a iniciativa de lidar com a questão da *loucura*, articulando, desde então, estreitas relações entre segurança pública e problemas sanitários.

Com a lei de assistência aos alienados, em agosto de 1900, criou-se o Hospital Psiquiátrico de Barbacena em 1903, destinado a receber os *alienados* de todo o Estado. A criação do hospício foi uma medida preservadora da sociedade, centralizando os recursos de atenção aos *alienados*, antes sob a gerência da iniciativa privada (santas casas de misericórdia) para o Estado. Na consideração de Magro Filho (1992:29),

“diante da nova situação política, poder-se-ia esperar uma modificação na abordagem da doença mental; no entanto, o que vai haver é a criação de um local de reclusão que por muitos anos será a principal referência do setor psiquiátrico em Minas Gerais”.

Em 1911, inaugurou-se a Colônia em Barbacena, sob o princípio do trabalho como valor terapêutico, projeto logo interrompido pela superlotação hospitalar. Os traços de segregação, violência, autoridade do médico e discriminação em relação à classe social são claramente observados em alguns trechos do 1º regulamento que organizava a assistência aos alienados, desde a organização estrutural do hospício, onde ao olhar médico nada escapa, nem os “suspeitos”, ao tratamento moral, encarnado na figura do médico-diretor que decide as punições, gratificações e formas de contenção para manter a ordem. O decreto nº1579, de 21 de fevereiro de 1903 (MAGRO FILHO: 1992), determina que:

*Art. 22º - O pavilhão de observação é destinado a receber os **doentes suspeitos** de alienação mental;*

Art. 31º - No hospício serão recolhidos enfermos indigentes e contribuintes.

*Art. 38º - Os **enfermos contribuintes** serão divididos em três **classes**:*

- a) os da **primeira** classe pagarão a diária de 10\$000 e terão quartos mobiliados e alimentação especial;
- b) os de **segunda** classe pagarão a diária de 7\$000 e terão quartos mobiliados com dois leitos e a mesma alimentação dos de primeira;
- c) os de **terceira** classe pagarão a diária de 4\$000 e terão dormitório comum.

Art. 39º - O enfermo de primeira ou segunda classe poderá ter servente ou criado especial, fornecido pelo estabelecimento, mediante o pagamento de mais de 5\$000 diários (...) ou criado de confiança da família, com permissão do director, e mediante o pagamento de mais 5\$000 diários. Obs: O enfermo que não for procurado pelo responsável ou para o qual não tenha sido renovada a pensão, dentro do prazo de 60 dias, passará a ter o tratamento dos enfermos indigentes.

Capítulo X: das disposições geraes da ordem entre os enfermos, poderá o director recorrer:

*1º a **privação de receberem visitas, passeio e quaesquer outras distrações;***

*2º a **reclusão solitaria;***

*3º ao **collete de forças e a cellula.***

Art. 58º - Os enfermos occuparão, separados por sexo, duas grandes divisões inteiramente independentes, a que serão distribuidos segundo as classes a que pertencem e a forma de alienação de que se acharem accomodados.

Entretanto, Barreto (1999:205) considera que a solução encontrada para a superlotação da colônia de Barbacena foi a criação, em 1922, do Instituto Neuropsiquiátrico, posteriormente Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, que segundo o autor “*chegou a desfrutar do status de hospital modelo para depois cair na rotina de superlotação e cárcere*”.

Posteriormente foram criados hospitais públicos psiquiátricos em Oliveira, em 1924, o manicômio judiciário de Barbacena em 1929, o hospital de Neuropsiquiatria Infantil em 1947 e o Hospital Galba Veloso em 1962, os dois últimos em Belo Horizonte, sem contar as inúmeras clínicas particulares que foram se constituindo paralelamente com finalidades puramente comerciais. Entretanto, os hospitais públicos ficavam com a maior capacidade de internação, lembrando que o Hospital de Barbacena já realizava internação de pacientes particulares contribuintes.

Foi no ano de 1979, com a vinda de Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich ao *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, realizado pelos residentes do Instituto Raul Soares em Belo Horizonte, que o curso dessa história começou a mudar. Pela primeira vez em Minas Gerais reuniram-se profissionais da área de saúde mental, que não somente médicos, ampliando a participação e a caracterização do que vinha a ser o chamado movimento dos trabalhadores de saúde mental.

Considerados por Amarante (1995:51) os atores e os sujeitos políticos fundamentais no projeto da Reforma Psiquiátrica, os trabalhadores de saúde mental, surgiram paralelamente a esse movimento no Brasil, assumindo postura crítica em relação ao saber psiquiátrico e propondo reformulações à assistência nos hospitais psiquiátricos públicos. Minas Gerais é um dos primeiros Estados a constituir um movimento forte, ao lado do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia.³³

A passagem de Basaglia por Minas e outros Estados do país indicou pela primeira vez um caminho que não era o da modernização da psiquiatria. Uma referência importante a respeito dessa história está no prefácio de Amarante, Nicácio e Barros do livro *Conferências Brasileiras*, que está em andamento e reúne uma coletânea dos debates realizados por Basaglia quando esteve no Brasil em 1979³⁴. Os autores recordam que os auditórios lotavam para as conferências de Basaglia, que impressionava *pela radicalidade do seu pensamento, pela potência de sua prática, pela vitalidade de sua pessoa, pela capacidade de ouvir e debater e pela sua disponibilidade em ir aos lugares mais distantes*.

Com essa disponibilidade é que, durante o congresso mineiro, Basaglia foi visitar alguns manicômios do Estado. Esse momento é lembrado por Barreto (1999: 193) ao se referir às declarações de Basaglia, que impressionado com a opressão e a violência às quais os internados eram submetidos, referiu-se ao Hospital Galba Veloso como “*Casa de Torturas*” e ao Centro Hospitalar de Barbacena como “*Campo de Concentração*”. Várias denúncias pela imprensa foram feitas, na época, sobre os hospitais psiquiátricos públicos e privados. As entrevistas de Basaglia à imprensa repercutiram intensamente.

³³ Sobre a história do movimento dos trabalhadores de saúde mental no Brasil e a trajetória da Reforma Psiquiátrica, ver ainda: AMARANTE: 1995. *Loucos Pela Vida*.

³⁴ NICÁCIO, F; AMARANTE, P; BARROS, D. Postfazione. *I Movimenti per la Salute Mentale in Brasile dagli Anni Ottanta*. In: BASAGLIA, Franco; GIANNICHEDDA, M.G. *Franco Basaglia. Conferenze Brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000. p. 233-57.

O Secretário de Estado da Saúde, na ocasião, Eduardo Levindo Coelho, resolveu abrir à imprensa todos os hospitais psiquiátricos de Minas, culminando em uma série de reportagens de Hiram Firmino, no jornal *Estado de Minas*, intituladas *Nos Porões da Loucura* e no curta-metragem do cineasta Helvécio Ratton, *Em Nome da Razão*, potencializando os movimentos em curso, onde a questão psiquiátrica passava a se tornar uma questão social e política.

No ano seguinte, 1980, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) aprovou um projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica, baseado no que foi discutido nesse *III Congresso*, com ampla participação dos trabalhadores da saúde mental, da opinião pública e mobilização, ainda rudimentar, dos familiares e usuários dos serviços da área. Contudo, o projeto se burocratizou e as mudanças se cristalizaram nos anos seguintes com diversos momentos de repressão e tentativas de desarticulação do movimento pelos governos posteriores.

No contexto nacional, eventos importantes marcaram a década de 80, com a realização de encontros de coordenadores e conferências de saúde mental, em resultado da conjuntura em que o *Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental* (MTSM) se encontrava instalado no aparelho estatal, ocupando cargos de decisão e coordenação. A *8ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em março de 1986, iniciou uma mudança radical no caráter desses eventos, que consistiam em encontros de técnicos e burocratas. Propiciando pela primeira vez a participação popular, discutiu-se sobre a “*implantação da Reforma Sanitária, da criação de um sistema único e público de saúde. Defendendo, ainda, a conceituação global de saúde, como conquista de um bem-estar para todos*”. (AMARANTE: 1985,73), além da preocupação da participação de usuários na formulação e execução de políticas de assistência em saúde mental.

Em desdobramento à *8ª Conferência Nacional de Saúde*, foi convocada em 1987 a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, com a presença de usuários, delegados estaduais e segmentos representativos da sociedade. Essa conferência estruturou-se a partir de três eixos temáticos: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. (BRASIL, 1988).

Em 1987, acontece em Bauru o “*II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental*”, que propõe “*uma sociedade sem manicômios*”, constituindo-se

oficialmente então, o movimento *antimanicomial*, levantando discussões a respeito da abolição gradativa dos hospitais psiquiátricos pela substituição de um novo modelo em saúde mental. Para Amarante (1995:95),

“o lema ‘Por Uma Sociedade Sem Manicômios’, apesar de seu apelo negativo (no sentido de uma sociedade sem e não com alguma coisa nova), retoma a questão da violência da instituição psiquiátrica e ganha as ruas, a imprensa, a opinião pública. É certamente um lema estratégico e é assim que deve ser contextualizado, quando propositadamente utiliza a expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, para denunciar que não existe diferença entre este ou um hospital psiquiátrico qualquer”.

Foi nesse encontro também que se instituiu o 18 de maio como “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, comemorado anualmente em vários Estados do Brasil, com a participação de trabalhadores, usuários, familiares, artistas, intelectuais e simpatizantes.

Nesse mesmo ano, foram promulgadas as eleições na Associação Mineira de Psiquiatria (AMP), em Belo Horizonte, vencendo a chapa que se identificava com o movimento da Reforma, ocasião em que houve recusa em aderir à administração vigente, denunciando abusos e rompendo-se com a clínica tradicional, articulando-se psiquiatria e psicanálise pela maioria desses trabalhadores. Em 1987, em São Paulo, foi criado o primeiro CAPS, em 1988 constituiu-se o SUS, e em 1989, em Santos, o primeiro NAPS. E nesse mesmo ano o projeto de Lei 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado.

Portanto, os anos 80 foram um período que se inseriu num contexto político marcado por eventos e práticas importantes para as políticas de saúde mental dos anos seguintes, dando início à trajetória atual da Reforma Psiquiátrica, identificada por Amarante (1995:75) como trajetória da *desinstitucionalização*. O autor atribui esse período a uma ruptura no interior do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que deixa de se restringir exclusivamente ao campo das transformações técnico-assistenciais “*para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é,*

para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”.

Retornando ao cenário mineiro, para LOBOSQUE (1997) o ano de 1990 se caracterizou pela sólida organização do movimento dos trabalhadores de saúde mental em Minas que, promoveram, em 1991, o *I Encontro de Trabalhadores Mineiros de Saúde Mental* em João Monlevade, consolidando ainda mais o movimento *antimanicomial*. Puderam verificar-se experiências importantes em Monlevade, Brumadinho e Itaúna, dentro das propostas do movimento.

Nesse mesmo ano, o “Encontro de Santos”, fixa outro marco na trajetória dos trabalhadores de saúde mental de Belo Horizonte, que tiveram contato pela primeira vez com a experiência difundida naquela cidade. Nesse período, César Campos (psiquiatra e coordenador de saúde mental da FHEMIG) organizou uma ida à cidade de Santos com os trabalhadores de saúde mental dos hospitais Galba Veloso e Instituto Raul Soares. Santos apresentava um conjunto de ações em saúde mental inscritas na saúde pública com propostas assistenciais voltadas para a cidadania do *louco*, conquistas possibilitadas pela Reforma Sanitária, que trazia princípios de municipalização, territorialização, distritalização, etc.

Os trabalhadores da FHEMIG verificaram os processos ali adotados, que trouxeram na prática um conjunto de ações do interesse do movimento: núcleos territorializados, capacitados para o acolhimento de pacientes em crise, permitindo a diminuição de internações em hospitais psiquiátricos, importante contribuição das oficinas e centros de convivência na inserção do portador de sofrimento mental, etc. Assim, vislumbraram um modelo ideal em assistência ao portador de sofrimento mental que estaria apto para ser implantado também em Belo Horizonte.

No final de 1992, Belo Horizonte passa por uma mudança de governo, assumindo no ano seguinte a frente BH Popular. Os trabalhadores de saúde mental elaboraram o projeto “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH”.

De acordo com uma entrevista realizada com Abou-Yd em 2001, quando o projeto foi implantado, Belo Horizonte já estava dividida em nove distritos sanitários e havia número significativo de profissionais de saúde mental trabalhando em vários centros de saúde do município, os chamados técnicos de atenção à saúde, que estavam distribuídos

de forma aleatória, com ausência de recursos assistenciais e exercendo trabalho isolado nos moldes preventivistas.

Belo Horizonte contava também com seis hospitais vinculados ao SUS, sendo três públicos (Hospital Galba Veloso, Instituto Raul Soares, Centro Psicopedagógico) e três privados (Clínica Pinel, Instituto Psicominas e Clínica Nossa Senhora de Lourdes). Mais tarde, a clínica particular Serra Verde, conveniada com o SUS e pertencente ao município de Vespasiano, foi assumida gerencialmente por Belo Horizonte. Esses hospitais se dividiam em duas categorias: de crônicos e de agudos. De crônicos: Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Clínica Serra Verde. E de agudos: Clínica Pinel, Psicominas, Hospital Galba Veloso, Instituto Raul Soares, Centro Psicopedagógico.

Assim, Lobosque & Abou-Yd (1997:244) assinalam que a assistência em saúde mental de Belo Horizonte apresentava-se pela divisão desses dois segmentos desarticulados um do outro:

“de um lado, um número expressivo de profissionais de prevenção e controle, mas sem nenhuma proposta clínica ou diretriz institucional concreta que orientasse suas ações; de outro, o conglomerado dos hospitais psiquiátricos, espaço tradicional de exclusão, ocupando um lugar de recurso único para o atendimento de casos de maior gravidade”.

Portanto, frente a essa estrutura optou-se pela reorganização de uma rede que contasse com a retaguarda dos centros de saúde e transformasse a lógica de seu trabalho, onde os CERSAMs atenderiam uma clientela mais grave, no sentido de fazer frente aos hospitais que eram referência no momento da crise psiquiátrica.

Em 1993, foi realizado o *I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial* em Salvador, se consolidando como movimento social e propondo atividades em parceria com a sociedade civil e o plano cultural, incorporando novos atores nessa luta, ampliando os limites de atuação das intervenções do interior das instituições para o campo social. Foi nesse ano, também, que se inaugurou o primeiro CERSAM³⁵ de Belo Horizonte, no distrito sanitário Barreiro, região que tinha um perfil de internação hospitalar elevado, responsável pelo atendimento de urgências e crises psiquiátricas,

³⁵ O CERSAM Barreiro, foi objeto de dissertação de mestrado de Nina Isabel Soalheiro, uma das primeiras gerentes do serviço. Ver: SOALHEIRO: *A Invenção da Assistência: Uma Orientação Ética para Clínica de Saúde Mental na Rede Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 1997.

principal clientela que procurava os hospitais. Em novembro iniciou-se nova supervisão aos manicômios, colocando em cada hospital psiquiátrico público ou privado, conveniado com o SUS, um supervisor hospitalar. Esses supervisores eram psiquiatras que participavam diariamente da rotina do hospital, questionando e exigindo qualidade de serviços e um atendimento mais “digno” enquanto ele existisse.

Paralelamente foram expedidas algumas portarias municipais (nº 041/93 de 30-11-93 e nº 002/96 de 5-1-96) no intuito de resguardar o trabalho dos supervisores e controlar as internações, que se tornavam um negócio lucrativo para os hospitais.

Porque, nessa época, o encaminhamento para internação nos hospitais privados conveniados com o SUS era feito pelo HGV, com base em acordo verbal entre a Secretaria Estadual de Saúde/ MG (SES/MG) e os hospitais privados. A portaria da SMSA/BH, nº 041/93, proibia as internações diretas na porta dos hospitais privados, transferindo a emissão do laudo para internação (AIH) para o HGV, IRS e CERSAM-Barreiro,³⁶ sob a administração da prefeitura, pois, até então, o HGV centralizava o controle das vagas oferecidas pelos outros hospitais e isso implicava de acordo com Abou-Yd (2001), uma série de atos inescrupulosos, como venda de AIH.

Em 1994, o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) assumiu sua existência jurídica, configurando-se como entidade da sociedade civil, autônoma em relação ao Estado, articulando usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental na luta pela extinção da lógica manicomial. Exerce variadas atividades, desde denúncias, projetos em parceria com as universidades, condução de cursos profissionalizantes, promoção de eventos, seminários, etc.³⁷

Em um documento apresentado pelos trabalhadores de saúde mental, na ESMIG (Escola de Saúde de Minas Gerais), em 10-12-96, o resultado do trabalho dos supervisores resultou em um estudo dos óbitos ocorridos na Clínica Serra Verde em 1995. Verificou-se em relação a 1994 o aumento de 100% do número de óbitos. Denúncias foram encaminhadas ao CRM/MG, ao Ministério Público e à Auditoria do Estado, exigindo a mudança da assistência oferecida pela clínica, com sérias repercussões nos outros hospitais. Em 1996, é a vez das clínicas Pinel e Nossa Sra. de Lourdes sofrerem processo administrativo pela SMSA/BH, após advertências feitas a respeito do tratamento dado a seus pacientes.

³⁶ Atualmente essa função não é mais exercida pelo serviço.

³⁷ Ver: LOBOSQUE: 2001,162.

Em 1995, a Assembléia Legislativa Mineira aprovou a lei 11.802/95, a chamada Lei Carlão, estabelecendo os princípios legais da reforma de assistência psiquiátrica em Minas. A lei propõe “*a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente as involuntárias*”. Assim, o sancionamento dessa lei veio oficializar um pacto social com a Reforma, legitimando o que já vinha sendo articulado e desenvolvido. Com ela, vários benefícios foram alcançados: a recolocação de recursos antes destinados ao manicômio para a implantação de serviços substitutivos; a humanização da assistência e o reconhecimento da cidadania do louco, e a possibilidade do laço social, ensinando-nos a conviver com a diferença. Apoiada por diversos setores do tecido social, a lei contou com a adesão de usuários e familiares, trabalhadores de saúde mental, psiquiatras e diversas entidades. Naturalmente, não podia deixar de incomodar aos grandes proprietários dos manicômios, seus lobistas e alguns de seus trabalhadores, já que o total dos pacientes manicomial se encontrava institucionalizado pelo sistema e dependia da sua existência para sobreviver. Antes de a lei entrar em vigor, e ainda durante sua discussão na Assembléia Legislativa, foi apresentado o Projeto de Lei 576/95, que visava resguardar o modelo manicomial de acordo com o interesse das corporações, pedindo a revogação da lei anterior. Porém, esse episódio não foi adiante.

Foi nesse ano, também, que o segundo CERSAM foi implantado na rede, o CERSAM Noroeste, juntamente com um centro de convivência e o Centro Regional da Infância a Adolescência (CRIA). Esse distrito abarcava dentre as regiões o maior número populacional do município. No ano de 1996, são inaugurados mais dois CERSAMs, o CERSAM Leste (situado estrategicamente na região do Instituto Raul Soares, atendendo a grande demanda da região) e o CERSAM Pampulha (cobrindo mais duas regiões além da sua: Norte e Venda Nova).

Paralelamente, outra portaria da SMSA/BH, de nº 002/96, a que nos referimos anteriormente, foi criada, proibindo a internação em hospitais psiquiátricos com mais de 250 leitos (esses hospitais de crônicos possuíam quantidade de leitos superior a 500), pois havia grande número de pacientes ditos “crônicos” das clínicas Pinel e Psicominas sendo transferidos para os hospitais de longa permanência (Clínica Serra Verde e Nossa Sra. de Lourdes), onde permaneciam sem perspectiva de alta. Desde então, não se internavam mais pacientes nesses hospitais; manteve-se a renovação das AIHs dos que já estavam internados, porém, quando havia óbito ou alta, o leito deveria ser fechado.

Em 2000, um novo projeto se elaborou, somando-se ao anterior. Antes mesmo do “*Programa de Volta para Casa*” lançado recentemente pelo governo federal³⁸, aprovou-se a portaria SMS/BH nº 054/2000, que dispunha sobre a adoção do Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP). Esse programa tem como objetivo atender pacientes psicóticos crônicos internados há mais de um ano e com alta hospitalar nos hospitais psiquiátricos públicos (HGV e IRS) e particulares conveniados com o SUS (Clínica Pinel, Instituto Psicominas, Clínica Nossa Sra. de Lourdes e Clínica Serra Verde). O programa é destinado aos 683 pacientes com possibilidade de alta hospitalar e que estão nos hospitais por problemas sociais como falta de moradia e sustento ou abandonados pelas famílias.

O projeto visava a acolhê-los em seu retorno ao convívio social, por meio de suporte financeiro e terapêutico. Para isso o Programa conta com a construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos, que consistem numa residência temporária, objetivando

“a recuperação da autonomia, das relações sociais, da participação nas decisões, da cooperação no trabalho, do estímulo para perceber e pensar a própria condição, para que tenham a oportunidade de retorno para a família, ou outras alternativas como: morar sozinho, em república, em pensão assistida, em lugar de sua escolha”.³⁹

Outro ponto do projeto foi a bolsa-desospitalização, que concedia a cada ex-interno recursos financeiros com base no valor correspondente ao custo da AIH, a partir de três modalidades:

- 1º. bolsa-desospitalização, equivalente a 10%, ao ex-interno acolhido em Serviço Residencial Terapêutico mantido pelo Município;
- 2º. bolsa-desospitalização, equivalente a 60%, ao ex-interno acolhido em Serviço Residencial Terapêutico, mantido pelo setor privado, como organizações não governamentais (ONGs);

³⁸ Lei nº 10.708, de 31.07.2003.

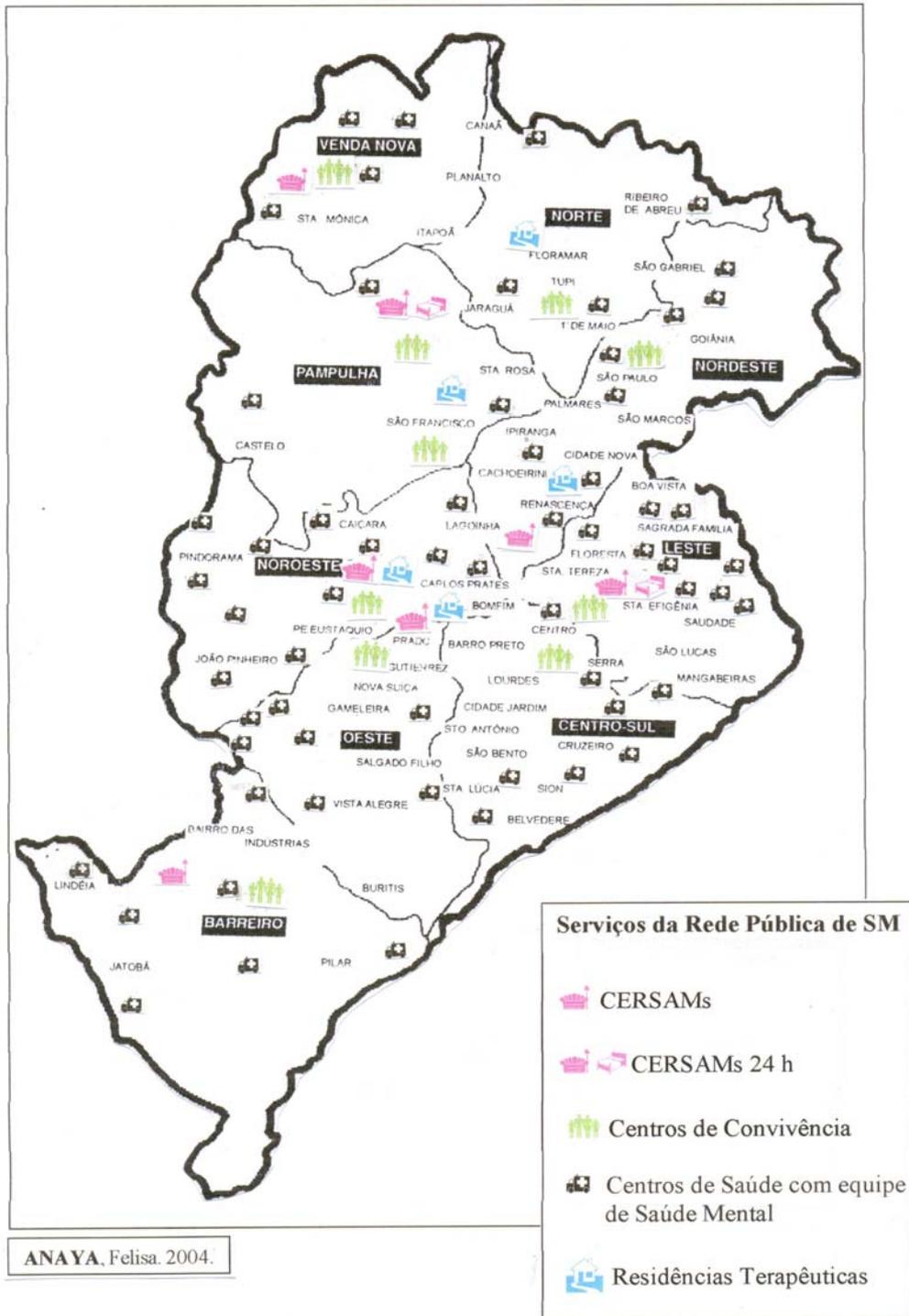
Programa de Desospitalização Psiquiátrica, instituído pela portaria SMSA/BH-SUS, nº 004/2000.

3º. bolsa-desospitalização, equivalente a 30%, destinada às famílias de origem ou substitutas, para acolhimento do ex-interno, até que o mesmo possa gerenciá-la.

Para atender ao PDP, foi feito, no ano de 2000, um levantamento dos dados desses 683 pacientes crônicos, internados nos hospitais psiquiátricos da rede pública e particular de Belo Horizonte, levantamento do qual participei como estagiária do primeiro grupo de acompanhantes terapêuticos da rede pública de saúde mental em convênio com a Universidade. Esse levantamento teve como objetivo principal conhecer a situação atual desses pacientes e verificar qual a melhor indicação para sua desospitalização, moradia e projeto terapêutico proposto para esse primeiro momento. O redirecionamento e o repasse desse financiamento oferecido pelo PDP, procura viabilizar gastos com moradia, alimentação, vestuário e transporte do usuário, possibilitando o tratamento fora do hospital e o resgate de sua autonomia.

De acordo com as diretrizes do projeto do município de Belo Horizonte, propunha-se a implementação de “uma rede diversificada de serviços, tais como: CERSAM, Centro de Convivência, Pensão Protegida, urgências descentralizadas e leitos psiquiátricos em hospital geral, respeitando a demanda de cada distrito e critérios epidemiológicos.” (BELO HORIZONTE: 1992). Os CERSAMs, desempenham papel importante e de referência dentro da rede de saúde mental, dependendo de uma boa articulação com os elementos dessa rede e do seu território. Atualmente, existem sete CERSAMs na rede, localizados e nomeados de acordo com as regiões que atendem; são eles: Barreiro, Noroeste, Leste, Pampulha, Venda Nova, Nordeste e Oeste. Há também 7 residências terapêuticas, 7 centros de convivência, 61 centros de saúde que contam com equipes de saúde mental, além de uma parceria que se tem efetivado recentemente com o Programa de Saúde à Família (PSF ou BH-Vida), como mostra a figura da página seguinte.

REDE DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE



CAPÍTULO 7

ANÁLISE DOS RESULTADOS

OS CERSAMS E A NOÇÃO DE SUBSTITUTIVO A PARTIR DA PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO COTIDIANO

Neste capítulo, apresento a proposta do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), dispositivo nuclear para o novo modelo de saúde mental do município de Belo Horizonte. O CERSAM nasceu com a proposta de ser um serviço substitutivo, a exemplo do trabalho de Santos e Trieste, que constituíram “*alimento para o imaginário de um coletivo.*” (PROJETO CERSAM 24 horas: S. D). Demonstrando a possibilidade concreta de se efetivar uma política de saúde mental substitutiva à anterior. O conhecimento dos NAPS pelos trabalhadores de Saúde Mental de Belo Horizonte e o contato de muitos deles com Basaglia no *III Congresso Mineiro de Psiquiatria*, serviu como fonte de inspiração na construção da experiência dos CERSAMs.

A genealogia do CERSAM determina seu posicionamento em relação à noção de *serviço substitutivo*, identificado nas constantes descrições utilizadas por Lobosque (2003) para definir o serviço; em um primeiro momento, prefere chamá-los de “*NAPS à mineira,*” pelo seu caráter inovador, para posteriormente se constituírem em CERSAMs. Para a autora, os *serviços substitutivos* “*são chamados de NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) em várias cidades, como Santos; e em Belo Horizonte, chamados de CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental).*” (LOBOSQUE:1998:50).

7.1 – Caracterização do CERSAM

Com a população de 2.200.000 habitantes, o município de BH é dividido em 9 distritos sanitários e tem uma rede de saúde mental que se compõe de sete CERSAMs, nomeados de acordo com a região de origem (Barreiro, Noroeste, Leste, Pampulha, Nordeste, Venda Nova e Oeste). Cinco deles funcionam 12 horas por dia, das 7 às 19 h, todos os dias da semana, inclusive feriados. E existem, atualmente, dois que funcionam 24 horas, possuindo 6 leitos cada um, com o total de 12, para atender às necessidades de pernoite dos outros cinco CERSAMs da cidade de Belo Horizonte e dos seus usuários

da região. A intenção é que todos venham a funcionar 24 h, com hospitalidade noturna, de acordo com a proposta original, o que está sendo discutido freqüentemente entre a coordenação de SM e trabalhadores. Pois, como pude observar em campo, a questão da hospitalidade noturna tem sido alvo freqüente de desgaste entre os trabalhadores que se ocupam de conseguir vagas em outros CERSAMs, fazendo parcerias inclusive com hospitais psiquiátricos, e dos próprios usuários, que se queixam e que têm a condução de seu tratamento prejudicada.

Diferentemente dos NAPS e serviços triestinos que atendem à demanda de toda a população e não selecionam a clientela, os CERSAMs têm como prioridade atender às **urgências** e acompanhar **crises** de pacientes adultos, selecionando como sua **clientela** prioritária os psicóticos, os neuróticos graves e os egressos de internações hospitalares. Para Lobosque (1997:29)

“não se trata de funcionar como um pequeno centro de excelência, atendendo a uma dúzia de belos casos clínicos e fechando a porta para o grosso da demanda quando toda a equipe estiver de agenda cheia; a proposta é que o serviço dê conta de haver-se com os distúrbios psíquicos graves da região que referencia”.

O que para a autora os coloca de acordo com a proposta dos triestinos, no que se refere à “tomada de responsabilidade”. Para tanto, os CERSAMs contam com o que chamam de uma “rede substitutiva” bem estruturada, acolhendo qualquer pessoa que chega ao serviço. Caso o usuário não seja indicado para inscrição, ele é encaminhado para os outros dispositivos da rede, como unidades de saúde e Programa de Saúde da Família⁴⁰, para tratamento ambulatorial, ou para os centros de convivência (voltados para a ressocialização).

O **projeto** do primeiro CERSAM (Barreiro), escrito em junho de 1992, apresenta, segundo Soalheiro (1997), dois **eixos** que orientam sua prática: **um clínico e um político**. De um lado, colocam-se em questão os paradigmas institucionais que norteiam a psiquiatria, propondo como aspecto político o resgate da cidadania; e de outro, uma nova abordagem do usuário, que, de objeto da psiquiatria, emerge como sujeito. De acordo com Soalheiro (1997:61), o eixo político foi se constituindo na sua experiência enquanto gerente do CERSAM Barreiro, a partir da reinserção dos usuários

⁴⁰ Em Belo Horizonte o Programa de Saúde da Família é nomeado de BH-Vida.

na comunidade local e por intermédio de parcerias que foram se estabelecendo com “*outras unidades de saúde, conselhos de saúde, associações, entidades locais, escolas, centros de formação (estágios acadêmicos e residência em psiquiatria), a associação dos usuários dos serviços de saúde mental e o Movimento da Luta Antimanicomial*”. Isto permitiu abrir um espaço social para a loucura e inspirar vários projetos, tais como: o projeto de teatro *Piração Cultural* em parceria com a Secretaria Municipal de Cultura, o jornal *O Loucutor*, exposições, festas e tantas outras atividades que permitiram a essas pessoas outro lugar que não fosse o da exclusão e da negação de sua subjetividade. Nesse sentido, a autora entende que a proposta de junção entre o eixo clínico e político na construção do CERSAM permite a emergência de possibilidades e tensões permanentes, motor do projeto no qual trabalham. Segundo Soalheiro (1997:30), “*isso nos dá a dimensão de que a nossa prática constitui uma estrutura que vai muito além de uma unidade especializada dentro de um sistema de saúde*”.

Por se tratar de um Centro de Referência para urgências psiquiátricas, a noção de “referência” é para Soalheiro (1997) um conceito catalisador dos CERSAMs, o que, por um lado, lhe permite se estruturar como referência para a rede de seu território, possuindo técnicos que constituem referência para os usuários do serviço; e por outro, por trazer uma dimensão de processo a ser construído, de viabilização de laços que se estabelecem ou não entre as pessoas envolvidas no tratamento. A articulação desses eixos que orientam a prática do CERSAM, na concepção de Lobosque (1998), inscreve o portador de sofrimento mental, mesmo em crise aguda, em uma posição sempre passível de engajar-se por consentimento próprio no tratamento oferecido pelo serviço, o que para a autora implica um processo ativo de trabalho por parte do usuário a convite dos técnicos, tendo como condição prévia do trabalho clínico a questão da cidadania; esse sujeito é reconhecido como cidadão com direito a um bom tratamento, como qualquer outro.

Assim, em função de seu projeto, os CERSAMs constituem, para sua população, uma referência de tratamento em resposta à crise aguda, que normalmente termina por ser a porta de entrada para o manicômio. Isto pressupõe uma equipe multidisciplinar, formada por psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Os critérios de atendimento seguem as seguintes **diretrizes**: acolhimento do usuário de forma individualizada e condizente com sua demanda, elaboração de um projeto terapêutico também personalizado e articulação com outros serviços da rede.

Sua **organização** se dá através dos plantões de acolhimento, onde os CERSAMs atendem qualquer pessoa que procura os serviços, inscrevendo-a conforme a necessidade e o caso, ou encaminhando-a a outros serviços da rede de saúde mental. Geralmente, os plantões funcionam com dois técnicos de nível superior por turno, podendo ou não ser psiquiatras, embora sempre haja um psiquiatra na retaguarda. Os acolhimentos atendidos são anotados e passados no revezamento do plantão, o que se realiza duas vezes ao dia, conforme observação em campo.

Compete à **equipe** dedicação e habilidade para as variadas atividades que é chamada a desempenhar: recepção de casos novos, acompanhamento psicoterápico individual, medicação, atendimento e orientação aos familiares, visitas domiciliares, oficinas, atividades em conjunto dos usuários (passeios, idas ao cinema, algo que estimule suas organizações no espaço social, político e cultural), diálogo com as instâncias comunitárias e busca do favorecimento da criação de associações de usuários e familiares que participem da construção do trabalho. Para Lobosque (2001) um dos traços comuns a todos os *serviços substitutivos*, incluindo os CERSAMs, é que o psiquiatra não ocupa aí o lugar central: ele se encontra não na posição de causa desses serviços, e sim de efeito.

“Representa um dos efeitos de toda uma transformação no pensamento da loucura, que vai desde a concepção propriamente clínica dos distúrbios psíquicos, até o investimento na presença e participação de seus portadores no espaço social – passando, naturalmente, por um movimento maior de reconstrução do trabalho, da economia, da política, do direito, no seio da sociedade em que vivemos”. (LOBOSQUE: 2001, 86).

Após esta breve caracterização dos CERSAMs, investigaremos os sentidos produzidos pelos gestores do município e gerentes dos CERSAMs sobre a noção de “substitutivo”, objeto dessa pesquisa, mediante análise dos resultados das entrevistas e do trabalho realizado em campo. Iniciaremos com o projeto de saúde mental, uma vez que a relação que os trabalhadores estabelecem com ele é um elemento importante no desenvolvimento e orientação de suas práticas substitutivas. Posteriormente, abordaremos outros temas que conferem o sentido de *serviço substitutivo* ao manicômio pelos trabalhadores, tais como a própria noção de substitutivo, de clínica e seus princípios.

7.2 - O projeto de saúde mental

Elaborado em 1992, o projeto “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH”, foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e ao prefeito. Nesse projeto, os trabalhadores salientavam a importância da efetivação de propostas relativas à saúde mental, rompendo com a tradição asilar e propondo uma nova organização da rede de saúde mental com *serviços substitutivos* públicos, abertos, regionalizados e com uma articulação a outros dispositivos que possibilitasse o atendimento de seus usuários em diferentes momentos.

Entendido como um projeto *antimanicomial*, o projeto de saúde mental do município foi elaborado como um discurso que sustenta e orienta as práticas de todos os trabalhadores de saúde mental da rede de BH, incluindo os do CERSAM. Nessa perspectiva, o projeto tornou-se um instrumento de luta para a consolidação da Reforma no município. O documento original (BELO HORIZONTE: SMSM, 1992) explicita os seguintes princípios:

- o resgate da cidadania, orientado por um trabalho clínico e prático que leve em conta a subjetividade do portador de sofrimento mental,
- a transformação da lógica assistencial, devendo o hospital ser substituído gradativamente por outras alternativas, reordenando e implantando novos dispositivos diversificados dentro de uma rede que visa à extinção do hospital psiquiátrico,
- a interlocução com movimentos sociais organizados, capacitação e treinamento contínuo dos profissionais, seminários de avaliação permanente dos serviços e uma intervenção na cultura, promovendo o convívio do *louco* e da cidade.

Penido (2002), em sua pesquisa com trabalhadores dos CERSAMs, observa que a maioria se refere a esse projeto não enquanto texto escrito, visto que foi se desdobrando em vários outros documentos posteriores, mas enquanto uma espécie de “filosofia de trabalho” marcada pelo discurso antimanicomial, o que pode ser também confirmado pelos discursos abaixo, colhidos nas entrevistas realizadas por nós:

“(...) a gente preserva todos os princípios, que eu considero que sustentam o projeto de saúde mental como projeto antimanicomial”. (G1)

*“É um projeto que está sempre em construção. (...) Tem um princípio muito claro que é a **desinstitucionalização** da loucura e o cuidado com o paciente fora do hospital psiquiátrico”.* (G5)

Mesmo indicando o caráter de inacabadas daquelas instituições, os entrevistados articulam sua existência a uma construção que foi feita coletivamente, e consideram que atualmente sua sustentação é fruto dos trabalhadores que se unem pelo discurso que lhes propicia uma identidade comum em torno dele. Entretanto, percebem a apropriação do entendimento do projeto como algo pessoal, imprimindo críticas atuais, apontando algumas questões que devem ser priorizadas, identificadas na experiência dos CERSAMs e confirmadas pela necessidade de avanços, principalmente no que diz respeito ao trabalhador e à parceria com a família no tratamento, como recurso pouco trabalhado nos serviços, de modo geral.

“Cada serviço tomou esse projeto para si a seu modo. (...), mas é uma equipe que busca o tempo todo uma coerência na nossa prática com esse projeto, criticando esse projeto também”.(G2)

*“(...) Hoje em dia a gente tem conversado que esse projeto ele tem que avançar em alguns pontos. E a gente seleciona como uma das prioridades o trabalho em **família**”.* (G1)

*“O projeto esquece de um segmento que é o **trabalhador**. Se não valorizar, se não cuidar do trabalhador, não há projeto que resista. Porque é muito pesado esse confronto permanente com a crise”.* (G2)

Identificados como instrumento de luta contra o manicômio, os gerentes muitas vezes associam o trabalho do CERSAM como a principal referência para fazer frente a essa intenção. Entretanto, é apontada com frequência a existência de um paradoxo entre discurso e ação, sinalizada pelo uso do hospital psiquiátrico como recurso para pernoite.

*“Eu acho que a alma do projeto é **acabar** com os **manicômios**. E hoje em dia a gente utiliza o hospital psiquiátrico. (...) Muitas vezes a gente utiliza o pernoite no hospital psiquiátrico”. (G7)*

O conhecimento do projeto é algo que, ao mesmo tempo, não se mostra definido na fala de algum entrevistado, assim como a noção de *substitutivo* que parece surgir em relação a ele, associando frequentemente seu uso a uma simples *substituição* do hospital psiquiátrico. A falta de conhecimento do projeto e do entendimento de seu significado são referidos, pelo ex-coordenador do município, como o motivo de falta de clareza dos gestores e trabalhadores em relação às suas práticas cotidianas, o que acarretaria comprometimento dos *serviços substitutivos*, principalmente dos CERSAMs.

“Agora, quando o gestor não tem claro o projeto de saúde mental, o trabalhador também perde a clareza. Aí eles ficam lotados, vendo usuários chegando e os trabalhadores sem muito dar conta de operar na lógica que é a lógica do CERSAM”. (C2)

Somada a importância dada ao projeto de Saúde Mental da SMSA/BH pelos trabalhadores, em 1996 sua relevância foi reforçada pelo “*Prêmio Gestão Pública e Cidadania, que recebeu da Fundação Getúlio Vargas e da Fundação Ford, obtendo também o reconhecimento do trabalho desenvolvido a partir dele pelo Departamento de Saúde Mental de Trieste-Itália e do Centro de Estudos Regionais de Saúde Mental*”. (ANAYA: 2001).

7.3 – A definição do CERSAM e concepção de *substitutivo* pelos gestores de saúde mental de BH e os gerentes dos CERSAMs

Os CERSAMs são entendidos como *serviços substitutivos* do hospital psiquiátrico, abertos, sendo referência para crise em uma rede de dispositivos também substitutivos, à qual devem estar bem articulados. A noção de rede substitutiva é forte na concepção dos CERSAMs, que se configuram como tais justamente porque fazem parte dela. Na compreensão de um dos ex-gestores isso pode ser percebido:

*“(…) O CERSAM é um dos serviços substitutivos possíveis, ele faz parte de uma **rede** de serviços **substitutivos**”. (C2)*

Considerados por Lobosque (2003) “a menina dos olhos” do projeto de saúde mental, o CERSAM, diferentemente do modelo triestino e santista, não se caracteriza como um serviço “forte”, mas como lugar de passagem com atendimento voltado para urgências psiquiátricas. A sua articulação na rede é imprescindível para que não se torne um serviço com atendimentos fragmentados, garantindo assim a integralidade da assistência ao usuário de saúde mental. Nesse sentido, para (C1),

“o CERSAM vem atrelado a toda uma crítica, que nós fazemos a essa concepção hierarquizada de atenção. Esse esquema de primário, terciário e secundário. Tirando um viés clínico, ele vem em cima dessa crítica. O terciário nós não queremos, que é o hospital psiquiátrico. O primário, nessa concepção não dá conta de resolver casos mais graves. (...) Então o CERSAM rompe com essa estrutura hierarquizada, primária, terciária, secundária”.

A não consideração por Lobosque & Abou-Yd (1997:252) dos CERSAMs como serviços intermediários ou secundários, mas substitutivos ao hospital psiquiátrico, sem complementá-los, marca uma postura radical na concepção desse serviço, que se constitui enquanto tal pelas ações e articulações territorializadas que deve desempenhar. *“Neste ponto, aliás, essencial, estão inteiramente de acordo com Santos e Trieste”.* Pois para (C2)

*“(...) os CERSAMs são inspirados claramente nos NAPS de Santos e nos serviços de Trieste. Então eles vêm dessa genealogia. São **serviços abertos**. (...) A nossa lógica foi sempre ter o CERSAM como **estrutura de maior complexidade**, dispensando o recurso do hospital psiquiátrico, articulado a outros equipamentos igualmente importantes”.*

Orientados por um eixo clínico e um político que devem estar articulados, os CERSAMs caminharam operando rupturas nessas discussões, dando à clínica um outro lugar distinto da tradicional e à política o lugar de agenciadora na condução dessa clínica, articulando-se numa constante tensão entre sujeito e cidadão. O que no entender de (C1), é o que faz do CERSAM

“(…) um **espaço complexificado**. (...) privilegiado nesse sentido de recursos humanos e materiais. É um **espaço onde sujeito e cidadão**, apesar de alguns momentos, alguns profissionais, algumas ditas disciplinas colocam em oposição sujeito e cidadão. Na verdade não pode ser isso. Se for isso ou um ou outro está ferrado. Ou o sujeito ou cidadão vem sofrer com isso. Na verdade é o grande espaço dessa **articulação**”.

Operando ao longo de sua constituição algumas rupturas em relação ao modelo asilar, enfrenta atualmente alguns impasses e desafios que comprometem sua proposta substitutiva. O número insuficiente de serviços e profissionais que fazem frente às urgências psiquiátricas, junto ao fato de a maioria não oferecer hospitalidade noturna, é apontado por alguns profissionais como um desses desafios que o impedem de prescindir do hospital psiquiátrico como recurso complementar. Nesse sentido, alguns gerentes o compreendem como serviço em processo de se tornar *substitutivo*, outros como alternativo e outros ainda como de fato *substitutivo*:

“Eu acho muita pretensão dizer que somos um serviço substitutivo. Eu acho que nós temos muito que avançar ainda nesse sentido. Mas a nossa **perspectiva é essa**”. (G2)

“O CERSAM é um serviço substitutivo”. (G3)

“Para mim, o CERSAM cumpre a missão dele de ser um serviço **substitutivo** aos hospitais psiquiátricos. A gente tem funcionamento integral, 24 horas. Quando é necessário o paciente permanecer no CERSAM, ele permanece. (...)” (G4)

“Olha, o CERSAM atualmente, eu ainda não o vejo como um serviço substitutivo na maneira como ele está. Eu acho que a gente ainda tem que melhorar muito para ele substituir o hospital psiquiátrico”. (G6)

“(…) o trabalho dele é de um serviço substitutivo, se **pretende ser substitutivo**. Acho que a gente não pode falar ainda que ele é, porque existe o hospital e a gente ainda utiliza o hospital”. (G7)

“Atualmente, eu acho que ele é alternativo. Eu não vejo como substitutivo ainda não. Mas eu acho que tudo indica que tende a ser”. (G6)

Observa-se que a maioria dos trabalhadores atribui ao CERSAM um caráter substitutivo. Mesmo os que o consideram atualmente alternativo, não retiram sua pretensão e objetivo de que se torne substitutivo de fato, tendo a noção de substitutivo como elemento orientador de suas práticas.

“Penso que, hoje, a gente está meio como alternativo. Mas que esse alternativo não diminui o nosso trabalho. Penso que esse alternativo é para a gente conquistar o status de substitutivo. (...) Por que eu falo que hoje eles são alternativos? Porque a gente ainda precisa deles (hospital psiquiátrico). A gente precisa de recursos que hoje a gente não tem aqui. Isso nos faz ter que avançar mais. Mas eu não acho que isso seja um problema. Eu acho que isso está no percurso do projeto”. (G1)

Sempre em referência ao hospital psiquiátrico, a maioria dos entrevistados trabalha com a noção de substitutivo, em relação à existência do hospital; e com a noção de alternativo, em referência à necessidade de ainda se fazer uso do hospital como recurso para internação (pernoite).

*“Eu o penso como um serviço substitutivo ao modelo hospitalar em todos os sentidos. Existindo CERSAMs, se a gente tiver um número suficiente para atender à população, a gente não precisaria de hospital psiquiátrico. Na minha opinião, é um serviço que **substitui a estrutura manicomial**. A gente não precisa do manicômio se tivermos CERSAMs. Desde que a gente tenha uma estrutura de funcionamento adequada, com número suficiente de unidades na cidade”*. (C3)

A idéia de supressão da estrutura manicomial aparece sempre como um dos principais objetivos do CERSAM. Como se o substitutivo se realizasse por uma troca de hospital por CERSAM, na fala de alguns trabalhadores. Outros já compreendem essa noção como algo além da própria estrutura do hospital.

*“Para mim, é um serviço substitutivo. É um serviço que **substitui o hospital psiquiátrico. É para ser isso**”.* (C1)

Buscando maior compreensão em relação ao uso do termo *substitutivo*, foi questionado aos trabalhadores o entendimento do termo que estavam utilizando para definir os CERSAMs. Podemos observar que, pelo sentido atribuído ao termo *substitutivo*, abre-se um amplo espaço de discussão. Nesse sentido, que transcende a instituição hospitalar, abre-se outra lógica, que inclui a transformação da visão da sociedade e do técnico de saúde mental sobre a *loucura*, o reconhecimento de sua condição de cidadania e sua inserção nos espaços coletivos. Isso pode ser observado nos trechos abaixo, em que os trabalhadores procuram definir o que entendem por substitutivo:

*“(...) São aqueles que não só pretendem tratar sem internar no hospital, como pretendem tratar de uma outra maneira, com uma **outra lógica**. Com uma lógica de **cidadania**, de **escuta**, de **singularização**, de **participação social**. Coisas que estão totalmente ausentes de uma lógica manicomial, digamos”.* (C2)

*“Nós estamos trabalhando com o paciente não só tratando da **crise dele**, mas também fazendo esse papel de ajudar na **reintegração social dele**”.* (G4)

*“(...) Não é só no sentido da criação de novos dispositivos. Acho que é no sentido da gente trabalhar a idéia que as pessoas tem do portador de sofrimento mental. A forma como os profissionais lidam com essas pessoas que tem esse sofrimento. A questão é: não é um dispositivo. A questão é: a gente trabalha na **lógica substitutiva**”.* (G2)

“(...) é tirar uma coisa e colocar outra. No sentido que seja substituída à visão, o jeito, a forma que a saúde lida com o portador de sofrimento mental. Colocar outra coisa nesse lugar que considera o doido como alguém que não é mais”. (G2)

*“(...) ele vai substituir também a **forma de trabalhar**”.* (G3)

“É da internação mesmo”. (G4)

“Substitutivo é substituir mesmo. É a gente dar conta de atender o paciente em sua integralidade. Dar conta de atendê-lo na sua crise durante o dia, dar conta de atendê-lo durante a noite na sua crise. E dar outra forma de atendimento que não seja só a medicalizante. A gente tem que aprimorar mais essa questão da reinserção dele na comunidade. Eu acho que ela é muito incipiente ainda”. (G6)

O termo *substitutivo* parece apontar para um processo em construção, onde o CERSAM desempenha função referente à crise. O entendimento dessa noção de crise por parte dos trabalhadores e o tipo de resposta destinada a ela se tornam imprescindíveis para o objetivo do CERSAM, enquanto substitutivo, à clientela do hospital psiquiátrico. Onde a clínica, que faz parte das ações do CERSAM, assume lugar privilegiado em relação a essa questão, tornando-se um elemento desafiador, ao buscar uma ruptura com a clínica tradicional e ao mesmo tempo uma armadilha e obstáculo à invenção de outra clínica que inclua outros fazeres diferentes dos domínios da técnica, mas que inclua também a inserção social, o território, e o corpo-a-corpo.

7.3 – O lugar da clínica na organização do CERSAM

Articulada ao projeto antimanicomial, a clínica no CERSAM tem assumido um espaço privilegiado, considerando principalmente sua função de atendimento às urgências. Entretanto, para Lobosque (2003) é necessário politizar esse espaço da clínica, devendo ela tornar-se elemento de luta pela transformação de nossas relações com a loucura. Nessa perspectiva, a autora propõe como estratégia *“retirar a clínica de saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas”*. (LOBOSQUE:2003,11).

Em seu livro *Princípios para uma Clínica Antimanicomial*, Lobosque (1997) sustenta que a prática clínica deverá operar no sentido contrário ao da exclusão, em que não ocupe lugar central, e tenha uma disciplina específica que a oriente ou que vise a se constituir em um eixo orientador de ações e estratégias nos serviços; uma vez que a ordem dessas ações e estratégias deve ser diversificada, levando intervenção no âmbito da cultura, da política, do direito, das legislações e do trabalho.

“Uma clínica que deve romper com o olhar que o hospital psiquiátrico determina, deve romper com este enquadramento manicomial que determina certa relação ao saber. Como pode a razão aproximar-se da loucura, não sob a forma de interrogação, mas de interpelação?” (LOBOSQUE: 1997:30).

A clínica da Psicanálise desempenha um papel peculiar no percurso mineiro de luta antimanicomial. Para Abou-Yd e Lobosque (1997:249), sem a referência da Psicanálise as práticas de pensamento e trabalho no CERSAM não seriam o que são. Porém, aqui, a Psicanálise, para Lobosque (2001:113), não é convocada na qualidade de referencial teórico para as ações do serviço, o que vem ocorrendo com muita frequência em alguns CERSAMs, mas convocada como inspiração para articular *“subjetividade, cidadania e loucura”*.

O que podemos verificar a partir da fala de (C1):

“Nós temos uma questão com a Psicanálise aqui em Minas Gerais. A Psicanálise foi absorvida pela luta antimanicomial. Não como contraposição, mas como um grande aliado, com princípios”.

E na fala de (C2):

*“Eu acho uma coisa importante na apresentação dos CERSAMs, é que eles nunca se arvoraram ou se apresentaram como serviços psicanalíticos, ou como serviços de inspiração psicanalítica. Eles sempre surgiram como sendo serviços que apresentam uma interlocução com a Psicanálise. É desse lugar que a Psicanálise interessa. (...) eu acho que houve problemas e eu acho que ainda há, quando se quer retirar a Psicanálise desse lugar de **parceira**, de **interlocutora**. E se quer colocar a Psicanálise enquanto fundamento. (...) o tipo de questões que o CERSAM coloca, trazem problemas e vicissitudes que a Psicanálise sozinha não dá conta de responder. E só a Psicanálise em interlocução com outras teorias, com outras referências de textos políticos, sociais, de saúde pública, que nos dão sustentação”.*

Nesse sentido, muitos trabalhadores creditam à Psicanálise algumas contribuições marcantes para a clínica desenvolvida nos CERSAMs, principalmente no que diz respeito à concepção de sujeito.

“(...) a concepção de sujeito, não é um cidadão puro e simples. É a questão do sujeito, a questão sem dúvida nenhuma do inconsciente. (...) Essa questão do caso a caso”. (C1)

A partir dessa perspectiva, Abou-Yd e Lobosque (1997:249) defendem uma política que respeita a clínica, resguardando sua autonomia e direitos, sem, no entanto, reduzir-se à clínica, apontando que os espaços desta são múltiplos e impõem a todo momento a necessidade de repensar e refazer seus fundamentos.

Entretanto, na oportunidade que tive de observar dois CERSAMs, pude notar grande diferença na forma de trabalho de um e de outro, principalmente pela prioridade que a clínica da Psicanálise assume no mais antigo, compelindo os técnicos a restringir seu tempo ao consultório ou à sala de plantão. No mais recente, onde a clínica é heterogênea e não demarca espaços e intervenções tão técnicas, cabe mais espaço para a invenção. Neste, os profissionais participam das oficinas, das reuniões de família, reuniões de usuários e circulam pelo serviço, o que parece ter ocorrido por ocasião da implantação dos CERSAMs e que, com o tempo, foi se perdendo, deslocando a atividade daqueles profissionais para o consultório.

A organização dos CERSAMs como *serviços substitutivos*, de atendimento a crises e urgências psiquiátricas, implica certo posicionamento quanto ao tipo de crise e urgência a que o serviço se refere, uma vez que essas concepções interferem na constituição da clínica.

Para (G1):

“a urgência e a crise aqui, é a urgência à crise do sujeito. É o sujeito que vai dizer para a gente de qual urgência é essa e qual crise é essa que vem acontecendo. Porque quem vai nomear vai ser esse sujeito. Então, ao plantão cabe essa escuta para poder ver que urgência é essa que está ali em jogo”.

“Não é essa crise da concepção clínica, mas uma crise que a gente poderia chamar de ruptura dos laços sociais e familiares. Isso para mim também é entendido como crise”. (C1)

Entretanto, pode-se observar, na prática, a articulação de recursos como conhecimentos da psicopatologia, do diagnóstico estrutural laciano e DSM para definir essas concepções.

“A grande maioria do pessoal aqui trabalha seguindo a Psicanálise. (...) Então, trabalham em cima do que o sujeito traz. Em cima do que ele está apresentando na hora. Pode ser sintomas clássicos, delírio, alucinação, ou então, depende da escuta que ele faz”. (G4)

Podemos supor que pelo fato de os CERSAMs serem considerados serviços para atendimento de crise e urgência, trabalham essas noções no nível simbólico, a partir de um projeto *antimanicomial*, porém operam na prática a partir de um eixo clínico tradicional, o que pode levar-nos a pensar que a articulação de disciplinas como a psiquiatria e a psicanálise invocam a clínica qual solução em si, naturalizando os atendimentos clínicos tradicionais como atividades privilegiadas de alguns serviços.

“E aí eu até faço uma crítica aos psicanalistas, que eu acho que eles sabem muito da clínica, mas sabem pouco do social. Acho que eles sabem pouco do coletivo”.(G1)

*“Eu acho que aqui em Belo Horizonte, a gente ainda trabalha muito com a Psicanálise, sabe? **A gente fica muito dentro do consultório** ainda. Eu acho que o CERSAM deveria fazer uma outra abordagem junto da Psicanálise”. (G6)*

Entretanto, a crítica sobre essa clínica que vem se configurando nos CERSAMs, tem sido alvo de desconstruções por parte de muitos profissionais que se esforçam em dar outro sentido a ela, outro caminho que a associe a uma idéia do exercício da liberdade e exija lugar diferente para se pensar a clínica.

*“O tipo de pensamento que o CERSAM exige da gente, tem, às vezes, muito mais a ver com a **arte**, por exemplo, do que com as características formais do pensamento teórico”.* (C2)

Para Lobosque (2003), o atendimento nos CERSAMS deve envolver a dimensão do *cuidado*, o que para a autora diz respeito a uma ajuda que deve ser exercida sem domínio àqueles que se encontram, num dado momento, tomados por uma experiência insuportável de sofrimento psíquico.

“Ajuda que se serve, quando necessário, de disciplinas e saberes psi, da farmacologia à psicanálise, mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social; a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens”. (LOBOSQUE: 2003:21).

7.4 – Princípios identificados pelos trabalhadores que orientam as práticas substitutivas do CERSAM

Buscando constituir o CERSAM consoante a proposta de uma urgência sem manicômios, os entrevistados atribuíram alguns princípios que lhe norteiam as ações e justificam o caráter inovador em relação ao modelo anterior. Ações que substituem e subvertem a forma de trabalhar com a questão da *loucura* e se tornam essenciais às práticas substitutivas. De acordo com os entrevistados e suas falas, essa prática aparece devido a algumas diretrizes do serviço, que lhe garantem ruptura com o modelo asilar e transformam o lugar de se relacionar com a loucura, com os técnicos, com os usuários e com o território, priorizando como diretrizes: o usuário, seu acolhimento, a noção de porta aberta, a transformação da equipe e a reinserção social.

Uma das prioridades relevantes no discurso dos entrevistados, identificada nas entrevistas e na observação em campo foi a importância do **usuário** no tratamento e na organização do CERSAM, transformando o modo de pensar e de se relacionar com a loucura no cotidiano das pessoas que circulam pelo serviço, e dos trabalhadores.

*“É um esforço cada vez melhor para atender o usuário. Para mim, ele é o norte principal desse serviço. Eu trabalho com toda a equipe nesse viés. No sentido do respeito, de dar voz, de buscar possibilidade de inserção dele na sociedade, no seu contexto familiar. É como se a gente tivesse a responsabilidade de impor uma **nova visão** sobre a loucura. Que eu acho é que a sociedade tem uma visão deturpada”. (G2)*

O lugar do usuário no CERSAM, como ator principal desse cenário, parece implicar para a maioria dos trabalhadores uma questão ética, que, em oposição à sua redução à condição de objeto da lógica manicomial, o insere como sujeito na qualidade de cidadão de direito, principalmente no que toca ao cuidado, o que requer pensar para além da dimensão puramente clínica, buscando na intersectorialidade condições para isso.

“Eu acho que um princípio é pensar nesse paciente, nesse usuário. No sentido de possibilitar a esse paciente uma vida melhor, uma qualidade de vida. E isso requer que a gente tenha que trabalhar com outras instituições. Às vezes não é o CERSAM só, que vai dar conta de resolver determinado caso”. (G7)

É pensando nesse usuário que a noção de **acolhimento** torna-se importante para abordá-lo, configurando-se em outro princípio definido pelos trabalhadores. O sentido dado ao acolhimento, propiciado pelas entrevistas e pela observação em campo, é produzido a partir de seu entendimento como uma escuta da demanda de quem chega para ser tratado. A princípio, qualquer pessoa que enderece ao serviço um pedido de escuta é acolhido. O encaminhamento a outro serviço da rede ou sua inscrição no CERSAM é articulado a partir desse acolhimento. Para (G3) o acolhimento toma no serviço um lugar de

“(...) carro-chefe”.

Pois, de acordo com (G4),

“(...) ele é feito para qualquer um que chega no serviço, independente de onde ele mora. E a partir daí, então, ele é direcionado para o local de origem”.

Em um CERSAM especificamente, no qual tive oportunidade de pesquisar, o acolhimento se configura como um processo importante antes da definição da inscrição da pessoa no serviço ou encaminhamento para outro dispositivo da rede. Pois entrando em contato com essa pessoa mais de uma vez, pode-se avaliar melhor a necessidade de quem procura o serviço ou é levado até lá. O que pode ser observado pela descrição de **(G3)**

“Tem um primeiro acolhimento, um primeiro retorno, um segundo retorno, para esse acolhimento. Isso eu acho que possibilita melhor clareza dessa indicação para inscrição”.

Uma das contribuições da Psicanálise para a compreensão do sentido dado ao acolhimento, compartilhada pela maioria dos trabalhadores, foi colhida em campo, na ocasião em que eu participava de um seminário destinado aos trabalhadores da rede de saúde mental, quando a noção de acolhimento foi apresentada por Benetti (2004),⁴¹ que a definiu como uma interpelação, feita ao usuário que chega ao serviço, sobre o que ele quer além do seu pedido de tratamento, para o autor, mesmo que não haja uma resposta de imediato, isso possibilita que o usuário vá em direção da produção de algo que o insira no social. Nesse sentido, o acolhimento seria o instante de implicá-lo em seu tratamento e no pedido que chega demandando.

Outro ponto importante, que rompe com o modelo manicomial, é a questão da **porta aberta**, identificada pelos trabalhadores desde sua abertura física à simbólica, podendo ser entendida aqui como uma sustentação da luta contra todas as formas de institucionalização, traduzida no lema proposto pelos italianos de que *“a liberdade é terapêutica”*.⁴² Isto inclui técnicos, sociedade e usuários.

*“A gente sustenta o serviço de porta abertas. A gente não fecha a porta, essa porta fica aberta de 7 às 19 h, de segunda a segunda. Por quê? Para tanto o paciente daqui ter mais acesso à rua (nosso objetivo não é prender ninguém aqui), como quem está lá fora ter **acesso** aqui dentro. (...) isso permite um trânsito tanto da comunidade com o CERSAM, quanto do CERSAM com a comunidade. (...) Acho que a porta física possibilita a entrada, mas não é ela que sustenta a entrada”.* **(G1)**

⁴¹ Antônio Benetti: psicanalista e supervisor clínico da rede de saúde mental de Belo Horizonte. Conferência: *Condução do tratamento na Psicose*. (realizada no dia 16 de abril de 2004, no seminário “Abordagem da Psicose: Reatando Laços”, na UNI-BH.

⁴² AMARANTE e colaboradores: 2003,75. Vol 2.

“Uma porta aberta num espaço físico, ela só pode estar aberta, quando ela está aberta nas idéias das pessoas”. (G2)

Nesse sentido a desinstitucionalização envolve a todos, e no entender de Lobosque (2003) deve ser realizada com a participação dos interessados, usuários, familiares, técnicos, amigos, etc,

“(...) entendendo por aberta essa porta que se abre e fecha conforme negociações envolvendo as partes interessadas. Não necessariamente de que a porta ficaria aberta. Embora eu até ache que deveria ficar. Mas nesse sentido que a gente faria tudo para que as pessoas entrassem e saíssem dali com o seu consentimento”. (C2)

Essa porta aberta implica buscar novos saberes, inventar novas relações, caracterizadas por Nicácio (1994) como a construção de outra cultura, de outra forma de trabalho, dizendo respeito a uma disponibilidade e reciprocidade de relações entre as pessoas e o território, o que por conseqüência, permite que a dinâmica do trabalho no serviço seja transformada e se torne mais flexível.

Assim, a concepção de **território** no CERSAM é compreendida como base de articulação de todos os outros princípios, principalmente no que refere à **reinserção social**. Entretanto, a reinserção no território, atualmente, tem sido pouco enfrentada pelos CERSAMs, que têm priorizado um eixo clínico tradicional e limitado suas ações no interior dos serviços. Compreendido, no discurso dos trabalhadores, como lugar onde o usuário vive, onde circula e se relaciona, o território, na prática, se transformou no distrito geográfico onde o serviço deve se responsabilizar pela cobertura de atendimento. O que podemos considerar um dificultador, ao deixar se ser acionado como um campo de potencialização de recursos e solidariedade em distritos que geralmente têm população média de 300.000 habitantes para um CERSAM. O perfil de urgência do CERSAM e seu entendimento como lugar de passagem dificulta-lhe a utilização, deixando muitas vezes essa questão remetida para os outros dispositivos da rede de saúde mental, freqüente alvo de críticas por parte dos profissionais que não a consideram articulada o suficiente para exercer várias ações, sendo a reinserção uma delas. Mas, por outro lado, é um ponto que não passa despercebido pelos gerentes do

serviço, que quando convidados a refletir sobre ele identificam certa precariedade na sua exploração.

“A gente está num processo de descoberta, de busca dessa reinserção. Eu diria que ela ainda está incipiente. Se a gente considerar, por exemplo, como reinserção, a possibilidade de trabalho, ela é incipiente. A possibilidade de volta para o local onde a pessoa mora, sendo acolhida pela comunidade, também”. (G5)

Outros CERSAMs exploram mais a circulação pela cidade com passeios a cinemas, parques, até mesmo em articulação com outros setores da rede pública. Como um exemplo de observação de campo, pôde ser anotado o empenho dos técnicos na organização de passeios articulados a outros setores, como excursões ecológicas oferecidas à população de modo geral pela Secretaria do Meio Ambiente. O “Expresso Ambiente” tem sido contatado com frequência pelo CERSAM (X) para reserva de lugares aos usuários do serviço, que escolhem entre as opções do roteiro de quais querem participar. Momento rico e descontraído de trocas sociais entre vários grupos.

As oficinas têm sido também importantes para os trabalhadores ativarem a reinserção, bem como a reunião de familiares e usuários, processo cotidiano que traz familiares para participar do tratamento de seu ente e é ponto de peso na avaliação do serviço. A oficina de usuários é outra atividade importante em alguns CERSAMs, dando voz e vez a essas pessoas para estarem se colocando, mesmo que de forma não muito organizada, discutindo aspectos essenciais do serviço e de seu tratamento.

“Ela (reinserção) se faz mesmo é no dia-a-dia, através das oficinas, dos passeios, das reuniões com os familiares e até mesmo nesse trabalho do acompanhante terapêutico. Se bem que a gente não tem mais essa modalidade. Mas ensinar a pegar um ônibus para ele ir embora para casa e voltar. Fazer uma atividade, estimulá-lo nos cursos profissionalizantes. Nessa questão mesmo dele se tornar um cidadão de direitos e deveres como qualquer um”. (C3)

“A gente seleciona, como uma das prioridades, o trabalho em família. (...) não da forma como a gente vem fazendo. A gente faz uma reunião mensal com os familiares e atendemos os familiares individualmente de acordo com a demanda de cada um. A gente tem pensado em construir um outro tipo de

*trabalho. Pensando que a família é o elo de socialização dos indivíduos. (...) mas hoje, se você perguntar o que a gente tem pensado em fazer, hoje ainda não tem pensado. Estamos conversando. (...) a gente vê que esses serviços substitutivos têm pouco acúmulo no **trabalho em família**. É algo tão novo quanto o serviço substitutivo, é até mais novo”. (G1)*

*“Não tem **nada** assim muito **organizado**. A gente faz caminhada com eles pelo bairro, eles vão à padaria... (...) eles freqüentam, circulam no bairro, conhecem todo mundo. (...) Agora, tem uma coisa que a gente começou a discutir com o PSF, com as unidades básicas, é onde eles moram. Porque aqui eles ficam conosco, mas daqui a pouco não estão mais. **É o lugar onde eles moram** que a gente tem que estar fazendo esse trabalho. Vendo quais serviços que tem lá, qual a percepção que a comunidade tem deles. Porque na fala de alguns, é que quando eles chegam lá, são discriminados e aqui eles não são, que é o bairro que eles andam. Então a gente percebe que a gente tem que fazer esse trabalho é lá. Porque senão, não vai adiantar nada”. (G6)*

Outro momento importante que propicia um grande encontro entre *loucura* e cultura, e que merece ser destacado pela forte presença que exerce na cidade todo ano, é o 18 de maio: dia nacional de luta antimanicomial. Luta que não delega à técnica a gestão de convivência com a loucura, mas a inscreve no espaço social e político em defesa de uma sociedade diversificada entre *loucos* e *não loucos*. Um desfile é preparado todo ano por técnicos, usuários e familiares, tornando-se uma grande festa singular na cultura. A preparação deste ano pôde ser acompanhada em campo junto a um dos CERSAMs, que como todos concentrou suas atividades em oficinas algumas semanas antes para, junto com os usuários, confeccionar as fantasias para o desfile. O evento tornou-se um momento de criatividade e avanço político, de que os usuários participam ativamente. Este ano, o desfile concentrou vários serviços da rede de saúde mental no centro de Belo Horizonte, a escola de samba “Liberdade ainda que Tam-Tam”, pessoas de circo, crianças, etc. transformando-se num espetáculo para a multidão que passava curiosa. Uns perguntavam como será se o hospital psiquiátrico acabar, onde colocarão tantos “loucos”. Outros riem diante das pessoas fantasiadas, outros perguntam se é carnaval, outros não acreditam que se trata de um bando de “doidos”. Mistura fascínio, medo e graça, alimentada pelo imaginário da população, que fica sempre estupefata diante do desfile. O samba-enredo deste ano, escrito por um usuário,

identifica esse processo de fim próximo dos hospitais psiquiátricos e sua substituição pelos CERSAMs. Como é mostrado na letra a seguir:

*O MANICÔMIO TÁ CHEGANDO AO FIM*⁴³

Autor: Airton Meireles

*No centro de convivência eu pinto o mundo
Numa aquarela
É a liberdade que chega fazendo da vida
A passarela
Há alguém que chega e diz pra mim
O manicômio tá chegando ao fim. (repete)*

*(refrão)
Ah! E o CERSAM floresceu
Como num toque de clarim
Por isso cantamos assim.*

*As comissões são criadas para os anais
Da nossa história
Os usuários que vão são usuários que ficam
Na memória
Há alguém que chega e diz pra mim
O manicômio tá chegando ao fim. (repete).*

Entretanto, a questão do território e da reinserção social, considerada linha de frente dos serviços substitutivos, é ainda percebida, segundo a fala dos entrevistados, como algo ainda incipiente com que precisam se haver:

*“Uma questão que nós temos que ter, frente à questão do trabalho, frente à questão da circulação social, frente à questão da moradia. Frente à questão da **apropriação do território**, dessas pessoas e desse território sobre essas pessoas. (...) Essa posição tem que estar o tempo todo, desde o primeiro momento que o usuário entra no meu CERSAM, no meu serviço, no meu consultório, onde quer que seja. Essas questões de reabilitação têm que estar presentes”. (C1)*

⁴³ SAMBA-ENREDO, 18 de maio de 2004.

De acordo com um debate promovido pelos trabalhadores de SM em 1996, a **territorialização** constitui um dos principais elementos do CERSAM, por permitir a cada um desses serviços a necessária familiaridade com as peculiaridades geográficas, urbanas, sociológicas, culturais, etc. de uma determinada região da cidade, (Belo Horizonte: Secretaria de Saúde Mental, 1996). Entretanto, a questão do território é pouco discutida nos CERSAMs, relacionados na prática, muitas vezes, à circunscrição do distrito pelo qual devem se responsabilizar, configurados no próprio nome pelo qual são batizados, perdendo lugar de prevalência em relação ao seu eixo clínico.

Atualmente, há dois CERSAMs,⁴⁴ com área de abrangência bastante ampla, que estão iniciando um trabalho com referências territorializadas, a exemplo dos CAPS de Campinas, dividindo a região pela qual são responsáveis em microáreas e com técnicos que seriam a referência para elas, no sentido de buscar um acompanhamento mais próximo do usuário e obter melhor articulação com as equipes de PSF e unidades básicas da localidade daquela pessoa. Porém, o pouco entendimento sobre a noção de território nesses serviços tem sido detectado por alguns trabalhadores, que têm buscado elaborar estratégias que vão ao encontro do significado do termo **território**, ainda pouco explorado.

Sendo os técnicos os atores principais no processo da *desinstitucionalização* e mudança dessa relação com a *loucura*, isso tudo se permite acontecer por uma ruptura na forma de trabalhar da **equipe**, aceitando o desafio de criar uma prática até então inexistente. Pois, ao trabalharem no interior das instituições, ativam, segundo Crozier *apud* Rotelli (2001:31), toda uma rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional; e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais, etc... Bem na contramão da hierarquia e especialização comuns dos técnicos do hospital psiquiátrico e outros serviços afins.

No CERSAM, como já assinalado, o que é compartilhado pelos técnicos é a ideologia antimanicomial, que pode ser identificada pela referência ao projeto de saúde mental do município. A equipe de técnicos de nível superior da maioria dos CERSAMs é composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Por se tratar de um serviço de urgência, a equipe se organiza principalmente em torno dos plantões de acolhimento, geralmente composto por dois técnicos de nível superior, que se revezam por turnos, sem necessariamente serem psiquiatras.

⁴⁴ Entrevistas realizadas com a gerente do CERSAM Noroeste e com a gerente do CERSAM Nordeste (anexas)

*“(...) tem duas passagens de **plantão**, que permite a troca na construção dos casos. Temos a **supervisão** também que é quando a gente constrói casos. Então, aqui no CERSAM (X), os casos são do serviço mesmo. Você pergunta de algum caso aqui. Eu te digo seguramente que todo mundo sabe um pouco do caso. Até os auxiliares de limpeza, o pessoal do apoio administrativo. Que a gente faz essa informação circular, para que esse caso possa ser construído coletivamente”.* (G1)

Isso pôde ser constatado em campo, quando na sala de técnicos, nessas trocas de plantão, se reúnem porteiros e às vezes algum trabalhador da cozinha, o que possibilita a participação de todos a respeito dos usuários. Cabe à equipe também desenvolver várias outras atividades, tais como:

“(...) recepção de novos casos, acompanhamento psicoterápico individual, medicação, atendimento e orientação às famílias, visitas domiciliares, oficinas e outras atividades com o conjunto de pacientes no dia-a-dia do serviço. Compete ainda à equipe buscar favorecer a criação de usuários e familiares que participem ativamente da construção do trabalho; manter um diálogo constante com as instâncias comunitárias locais; promover atividades que possibilitem o trânsito dos pacientes pela cidade, como passeios, idas ao cinema, participação em eventos que facultem sua organização social, política e cultural”. (BELO HORIZONTE: 1996).

Foi possível identificar, na observação em campo, que no CERSAM (Y), no início do seu funcionamento, parte dos técnicos conduziam oficinas, e à medida que o tempo foi passando, o número de usuários aumentava e a referência da clínica psicanalítica foi se consolidando, o tempo dedicado a essas atividades se reduziu a um técnico que conduz uma oficina de papel reciclado juntamente com uma ex-usuária do próprio serviço. A maioria das atividades descrita foi se deslocando para o plantão, o ambulatório e às reuniões de equipe. Diferentemente, o CERSAM (X), tem desenvolvido com mais frequência oficinas, passeios, acompanhamento de usuários a outras demandas, reuniões de familiares e usuários que propiciaram um momento rico e envolvente para o relacionamento entre as pessoas e a organização do serviço, abrangendo mais a participação de todos os técnicos que possuem maior flexibilidade

nas ações exercidas em seu cotidiano e ainda não institucionalizados pelo discurso da clínica psicanalítica.

Portanto, a equipe tem um papel importante, à medida que propicia maior transformação na organização do serviço, nas relações entre as pessoas, produzindo maior comunicação, solidariedade e conflitos. Uma vez que para Rotelli et Al (2001:32), *“a mudança das estruturas e a mudança dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente”*.

A partir dessa perspectiva, cada tratamento é trabalhado em sua singularidade e de acordo com a questão da “transferência”, pois qualquer técnico pode vir a ser convocado pelo usuário a responder de um lugar priorizado pelo mesmo. O chamado técnico de referência é geralmente o profissional que o acolheu no plantão, tornando-se o responsável pela condução do caso e referência para ele, sua família e instituição, o que, de acordo com Mandil ([s.d.]: p 34), *“(…) subverte a noção de responsabilidade que encontramos até então nas grandes instituições de saúde mental”*.

Entretanto, o lugar do técnico de referência, para o usuário, e o lugar e a responsabilização da equipe por esse usuário assumiram duas posições diferenciadas em campo. No CERSAM (X), algumas interpelações de usuários aos técnicos da sala de plantão eram sempre remetidas ao seu técnico de referência, com o qual o usuário deveria tratar de seus assuntos, e se este não se encontrasse em serviço o interessado esperaria até o dia seguinte. No CERSAM (Y), a questão do técnico de referência foi alvo de discussão em uma das reuniões semanais, sendo questionada sua função, responsabilidade e a autonomia da equipe em participar do processo de tratamento dos usuários, sem desresponsabilizarem-se em função de não serem a referência.

De acordo com Lobosque (2001), o técnico de referência é aquele profissional encarregado de escutar as questões do usuário, procurando articulá-las com ele, conduzindo seu percurso no tratamento, avaliando sua entrada e saída da instituição, o que não impede que os outros técnicos participem do seu tratamento. Outra característica importante na equipe, é que o psiquiatra não ocupa o lugar central, sendo convocado a desempenhar várias funções, independentemente de sua condição profissional, modificando sua presença significativamente dentro do CERSAM, uma vez que a urgência deixa de ser endereçada especificamente a ele, podendo ser ao mesmo tempo:

“o terapeuta e o médico de um paciente que atendeu na recepção; pode ser o médico de um paciente cujo tratamento é conduzido por outro terapeuta;

pode ser como colega de outras categorias, monitor de uma oficina de letras ou de artes plásticas; pode, também em rodízio com outros profissionais, ser o coordenador de uma assembléia geral do serviço, ou de uma reunião de familiares; pode acompanhar os usuários ao cinema; pode fazer uma visita domiciliar a um paciente ausente... E ele é sobretudo, como todos e cada um, um membro da equipe – um agente, portanto responsável pela construção de um empreendimento coletivo, onde a parceria, a solidariedade, o compromisso com valor e a viabilidade do trabalho são imprescindíveis para os efeitos obtidos”. (LOBOSQUE:2001,91).

O CERSAM tem operado rupturas importantes, no que diz respeito às formas de lidar com a *loucura* e aos cuidados com essas pessoas que vêm em busca do serviço para amenizar seu sofrimento ou encontrar outras saídas possíveis para ele. Uma característica marcante foi observada, no sentido de serem instituições sempre em movimento, transformando-se cotidianamente, umas mais que as outras, mas nunca deixando de questionar o trabalho que vêm exercendo, qual o papel do técnico, em que consiste um projeto terapêutico, que cuidados têm prestado aos usuários, e muitas outras. E, por isso mesmo, levando ricas e conflituosas discussões entre seus trabalhadores, exercendo uma difícil “clínica” que busca não se reduzir à técnica, mas que tenta subvertê-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“(...) A utopia continua, isto é, que existam tantas diferenças e que nenhuma diferença seja excluída: (...) Considero que existam itinerários, mediações materiais e processos que podem ser produzidos para essa utopia”.

(ROTELLI apud NICÁCIO:2003,216).

A ruptura epistemológica produzida pela Reforma Psiquiátrica, compreendida como *processo social complexo*, mobilizando múltiplos atores, produziu um campo fértil de desafios e possibilidades. A busca de nova forma de lidar com a experiência da *loucura* permite a transformação das instituições, dos saberes, da cultura e das pessoas. Inserida num contexto de crise e transição paradigmática que veio se constituindo no campo das ciências como um todo, a Reforma Psiquiátrica propõe circunscrever-se para além de transformações técnico-assistenciais, como ocorrido com os movimentos reformistas descritos no capítulo 2. Ao colocar em cena a construção de políticas públicas orientadas para a produção da inclusão social, da solidariedade e da cidadania, ao mesmo tempo convoca transformações de práticas concretas pela produção de novas instituições *substitutivas* da instituição manicomial, entendendo-se aqui por instituição o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referências culturais e de relações de poder que visam à construção do objeto “doença mental” pelo paradigma da psiquiatria moderna, como também atenta Rotelli (2001).

É exatamente aqui que se encontra o grande desafio da *Reforma Psiquiátrica*: a produção de serviços efetivamente substitutivos, que produzam novas realidades e rupturas com práticas excludentes, olhares, saberes e cultura. Entre os diversos caminhos possíveis para enfrentar esses desafios, a experiência de Gorizia e Trieste sem dúvida são referências fundamentais, tão faladas e tão pouco conhecidas; expressam outra perspectiva ética, teórica, política e cultural com a *loucura* e inventam práticas inovadoras, assim como os NAPS de Santos, principal referência na nossa compreensão de *serviço substitutivo* na experiência brasileira, inscrevendo novas relações entre cidadãos, instituições e sociedade, transcendendo a utopia de “*Por Uma Sociedade Sem Manicômios*” para torná-la realidade.

Atualmente, diversas experiências vêm-se configurando no cenário nacional, buscando transformar o modelo asilar, criando *novos serviços*, projetos e ações no campo da saúde mental. Entretanto, apesar de algumas experiências terem se apresentado como novas formas de abordar a *loucura*, muitas não alcançaram o caráter inovador. Ao contrário, colocam-se ao lado ou em complemento dos hospitais psiquiátricos, reproduzindo práticas asilares em “novos” serviços, traduzindo-se, como observam Amarante & Torre (2001:33), em “(...) *metamorfoses, roupagens ‘novas’ para velhos princípios*”.

A reflexão sobre o conceito de “substitutivo” nos convidou a pensar sobre a origem e o objetivo dessas instituições, os princípios que norteiam sua relação com a *loucura*, as estratégias possíveis para a superação do modelo tradicional e sobre o caminho que temos percorrido nesses anos do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Alerta-nos para o risco de homogeneização do discurso e de despolitização desse processo, pois devemos considerar que, “*como em todos os processos de transformação, corre-se o risco de reproduzir as formas de pensar e agir do modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade*”. (NICÁCIO:2003,19).

Nesse sentido, consideramos mais importante, neste trabalho, a reflexão sobre o significado de *substitutivo* do que o próprio termo em si, resgatando sua genealogia e rupturas propostas por ele enquanto instituição inovadora a partir de determinado paradigma, como discutido no capítulo 4.

Com a perspectiva de dialogar com a noção de *serviço substitutivo*, buscamos refletir sobre algumas dimensões de relevância nesse tipo de serviço, por meio da experiência dos CERSAMs, uma vez que são serviços inspirados claramente no modelo santista e triestino, auto-definindo-se, entre às novas práticas em saúde mental, como serviços de proposta substitutiva.

Dispondo de um complexo Programa de Saúde Mental com dez anos de existência, Belo Horizonte conseguiu através deste e da configuração de sua rede, de que fazem parte os CERSAMs, os centros de convivência, as residências terapêuticas e os programas de geração de renda, desativar 1,3 mil leitos psiquiátricos na cidade.

Em reconhecimento às ações desenvolvidas pela coordenação de saúde mental de Belo Horizonte, no dia 22 de junho de 2004 o Ministério da Saúde concedeu à rede

de saúde mental do município o *Prêmio David Capistrano* em referência às suas ações no contexto do SUS.⁴⁵

A partir de nossas investigações desenvolvidas em cada uma das temáticas introduzidas pelo discurso e prática dos ex-coordenadores, do coordenador de saúde mental do município, e dos gerentes dos CERSAMs, diversas contradições, rupturas, contribuições e ambigüidades em relação ao serviço surgiram durante o processo de pesquisa.

Inspirados na genealogia dos *serviços substitutivos* e ancorados nessa proposta, os CERSAMs se configuram como experiência diversa em relação à sua função de atendimento às urgências. A partir dessa perspectiva, se orientam pela construção de uma clínica *antimanicomial*, ou “clínica em movimento” como prefere Lobosque (2003). Podemos arriscar-nos a dizer que as rupturas operadas pelo CERSAM são reconhecidas a partir dessa “clínica”, entendida como substitutiva à clínica anterior, fundamentada no método das ciências naturais. Mas uma clínica politizada, que considera a subjetividade, a cidadania e a loucura.

Nesse sentido, os CERSAMs têm-se esforçado cotidianamente na busca de se tornarem *serviços substitutivos* de fato; todavia, se têm deparado com diversos impasses tais como: dificuldades de articulação na rede de saúde mental do qual são referência, atendimento de demanda superior ao que deveriam atender, sobreposição do eixo clínico tradicional em alguns CERSAM'S, reduzindo a flexibilização do trabalho dos técnicos, o hospital psiquiátrico como recurso para pernoite, e outros. Por outro lado, a incorporação de valores do repertório *antimanicomial* no discurso dos entrevistados, assim como o deslocamento tanto de usuários como trabalhadores no dia-a-dia do serviço, indica rupturas com antigas relações de poder. É grande o trabalho cotidiano de parceria na busca de autonomia, de contratualidade, de fortalecimento dos vínculos sociais com familiares e amigos.

Essa descrição é feita de forma generalizada, uma vez que podemos perceber a grande especificidade de ações de um CERSAM para outros, pois, ao contrário do que pensávamos, há muitas peculiaridades entre os sete CERSAMs que tive a oportunidade de visitar, observadas mais claramente em relação a dois, dos quais tive a experiência de realizar a observação de campo, por duas semanas seguidas cada um.

Observamos, nessa pesquisa, que alguns trabalhadores dos CERSAMs associam a concepção de serviço substitutivo à supressão do hospital psiquiátrico e da internação, enquanto outros vão mais além, operando várias rupturas com o modelo manicomial

⁴⁵ Jornal *Estado de Minas*, 23 de junho de 2004, caderno “Gerais”, p 23.

pelas ações realizadas no serviço, pela forma de a equipe se organizar e se relacionar com os usuários, modo de inscrição dessas pessoas na cidade e a produção de autonomia em relação a alguns usuários.

Nesse sentido, consideramos que, talvez, a grande contribuição do CERSAM à concepção de *serviço substitutivo* seja a questão que mais lhe vem causando tensão: a clínica exercida nos novos serviços de saúde mental. Coloca-se em questão o lugar da clínica nos serviços substitutivos e a que tipo de política ela serve. Repensar a clínica no serviço substitutivo abre novamente um espaço amplo para debate, propondo a construção de outra clínica que não se pautela pela concepção da clínica tradicional. Perguntar sobre a clínica nos serviços substitutivos nos conduz a repensar a própria concepção de substitutivo.

Pois a questão da clínica na Reforma Psiquiátrica tem sido um elemento fundamental para que os *serviços substitutivos* não se tornem somente mera modernização técnico-assistencial, como têm se configurado em muitas experiências no cenário brasileiro. A reconstrução do conceito de clínica e de sua prática torna-se importante elemento para que não se reproduza uma clínica, produto do método naturalista e que tenha na relação com a “doença” a suspensão do sujeito e seu sofrimento. Amarante (2003) observa que uma das primeiras contribuições de Basaglia foi em relação ao conceito da clínica e da sua constituição, apesar da ênfase na experiência de Basaglia ser identificada muito mais ao processo de transformação, enquanto denúncia política e social da violência em relação aos pacientes psiquiátricos; foi justamente sua preocupação com os sujeitos e não com suas doenças, que possibilitou a subversão na forma de pensar e de fazer clínica.

Nessa perspectiva, a clínica não deve ficar restrita à dimensão médico-psicológica, e sim retirar seus operadores de suas tradicionais posições de controle social e técnico, permitindo-lhes serem os agenciadores de uma clínica em favor da autonomia e independência das pessoas.

Para Amarante (2003:60),

“o fundamental, como acentua Dell`Acqua (1993), é que o operador da atividade clínica possa superar a condição de ser apenas um técnico, de fazer tão somente clínica. Isso significa a possibilidade de o operador superar o que Franco Basaglia e Giovanna Gallio (1991) denominam ‘vocalização terapêutica’, isto é, a postura que é determinada sempre pelo olhar e agir terapêuticos, e

assim pode se colocar enquanto ator social, não apenas no âmbito do serviço, mas do território”.

O autor considera ainda que

“é preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado – como proposto por Dell’Acqua (1991) – e na cidadania enquanto princípio ético”. (Idem: 59).

A preocupação com a construção de outra clínica que possibilite lugar diverso para a *loucura* tem sido um dos maiores desafios na experiência dos CERSAMs, levando-nos a questionar qual a clínica dos *serviços substitutivos* e de que forma tem sido exercida nos mesmos. Lobosque (2003) enfatiza que, nessa perspectiva de transformação, a clínica não tem lugar central, não é de forma alguma o eixo diretor das ações ou estratégias que devem orientar os *serviços substitutivos*, mas uma outra clínica que não se identifique com esta, nascida das disciplinas da área “psi”, que têm na “normalização” do comportamento o fundamento de suas práticas. Uma clínica que venha em oposição a essa clínica disciplinadora, criada para reeducar, adestrar e suprimir os homens; uma clínica de ordem diversa, levando-nos a intervir no âmbito da política, da cultura, da legislação e do trabalho. A autora propõe, ainda, sua construção a partir da dimensão do cuidado, subordinada a um eixo político e social. A isto, Lobosque (2003) denomina “Clínica em Movimento”, ou seja,

“(...) uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens”. (LOBOSQUE: 2003,21).

Nesse sentido, a clínica adquire cidadania, permitindo inscrições que vão além do espaço habitual de um consultório. O que possibilita ao CERSAM e a outros dispositivos substitutivos atuar em espaços distintos daqueles que refletem e reproduzem as conquistas científicas do nosso tempo, configurando-se de acordo com Lobosque (2003:153) em *“inovações da cultura que se inscrevem em um outro registro”*.

Procura-se, assim, buscar dentro da ordenação da cidade, da utilização do território, um lugar para o cuidado do sofrimento psíquico grave, desde o acompanhamento de um usuário à padaria, por exemplo, ou intermediar negociações com a escola, com o mundo do trabalho, enfim, das relações sociais.

Nesse sentido, Lobosque (2003:158) sinaliza que

“é indispensável um estar-com, sem pieguice nem afetação, nas conversas que rolam, nas oficinas que produzem, nos lazeres que divertem, nas assembléias que deliberam, nas passeatas que manifestam: pois, sem esta arquitetura solidária, os serviços substitutivos jamais se sustentariam enquanto tais”.

É no esforço de construir uma *clínica substitutiva* que talvez possamos encontrar a contribuição dos CERSAMs ao objeto dessa pesquisa. Uma clínica que considere o sujeito e parta da concretude de suas demandas em busca de sua emancipação social e produção de saúde. Uma clínica que para Amarante (2003,61) se configura também como um *processo*, algo que se constrói e se transforma permanentemente, estabelecendo *“rupturas com conceitos tais como o de doença, de terapêutica, de cura, de ciência, de técnica, de verdade!”*.

Encerro com as palavras de Lobosque (2003:156), que confere aos serviços substitutivos romper *“com esta antipática posição da razão diante da loucura, serão novos se, e apenas se, buscarem para o sofrimento psíquico grave um lugar de cidadania”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABOU-YD, Miriam & LOBOSQUE, Ana Marta. 1997. A Cidade e a Loucura: Entrelaces. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público*. (Cezar Campos, et al org), São Paulo: editora Xamã.
- AMARANTE, Paulo. 2003. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau editora. Coleção Archivos. Pp 67-88.
- AMARANTE, Paulo e colaboradores. 2003. *Saúde Mental: Políticas e Instituições. Programa de Educação à Distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ. Vol 1, 2 e 3.
- AMARANTE, Paulo. 2001. Sobre Duas Proposições relacionadas à Clínica e à Reforma Psiquiátrica. In: *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. QUINET (org) pp.103-110, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- AMARANTE, Paulo & GIOVANELLA, Lígia. 2002. O Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde Mental. In: *A Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (Amarante, org), pp. 113-149, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª reimpressão.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo. 2001. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. pp26-34, Rio de Janeiro, v.25, nº 58, maio/ago.
- AMARANTE, Paulo. 1996. *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro.
- AMARANTE, Paulo. 1995. *Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo (org). 1994. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

AMARANTE, Paulo. 1992. Cidadania, Sistemas locais de Saúde e Reforma Psiquiátrica. In: *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde: Anais de Um Encontro*. (Maria Eunice Xavier Kalil, org), pp 89-101. Cap 5. Santos, SP, 18 a 21 de junho de 1991. São Paulo-Salvador: editora Hucitec/Cooperação Italiana em saúde.

ANAYA, Felisa. 2001. *O Processo da Reforma Psiquiátrica e a Conseqüente Constituição da Rede de Serviços Substitutivos em Saúde Mental de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, Monografia de Conclusão do curso de Psicologia do Unicentro Newton Paiva.

ARANHA, M^a. L. A.; MARTINS, M^a. H. P. *Filosofando. Introdução à Filosofia*. São Paulo: Moderna, 1986.

BARRETO, Francisco Paes. (1999). *Reforma Psiquiátrica & Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia. 241p.

BARROS, Denise Dias. 1994. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: editora da Universidade de SP: Lemos Editorial.

BASAGLIA, Franco. 1985. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.

BRASIL, 1988. Ministério da Saúde. Divisão nacional de saúde mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF. 40 p.

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

_____, 1992. Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

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

_____, 2002. *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 2 ed. Revista e atualizada.

- BELO HORIZONTE: Secretaria de Saúde Mental. 1992. *Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental*. Documento elaborado por profissionais de Saúde Mental como sugestão de programa à frente BH Popular.
- BELO HORIZONTE: Secretaria de Saúde Mental. 1996. *Saúde Mental em BH: avaliação e perspectivas*. Prefeitura de Belo Horizonte.
- BEZERRA, Benilton. 1992. Cidadania e Loucura: um paradoxo? AMARANTE, P; BEZERRA, B. (org) In: *Psiquiatria Sem Hospício*. Relume-Dará: Rio de Janeiro.
- BIRMAN, Joel. 1992. A Cidadania Treloucada. Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: *Psiquiatria Sem Hospício*. (Amarante, P; Bezerra, B., org). Relume-Dará: Rio de Janeiro.
- BIRMAN & COSTA. 1994. *Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária*. AMARANTE (org). In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CAMPOS, Florianita Braga. 2000. *O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. 1997. Considerações Sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, Luiz C. O. (org). *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec. Cap 1. 2ª edição.
- CARVALHO, Antônio Ivo. 1996. Da Saúde Pública às políticas Saudáveis saúde e cidadania na pós-modernidade. In: *Ciência e Saúde Coletiva* 1 (1), pp.104-121. Mimeo.
- CASTEL, Robert.1978. O Salvamento da Instituição Totalitária. In: *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal. Pp 55-96.

- CHAUÍ, Marilena. 2002. As Ciências. In: *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, Unidade 7. p. 247-287.
- COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – SES/SP, 1987. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de Implantação*. São Paulo: SES/SP.
- COSTA-ROSA, Abílio. 2000. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: (Paulo Amarante, org), pp141-168. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, (Coleção Loucura & Civilização).
- DELL'ACQUA, G; MEZINA, R. 1991. Resposta à Crise. In: *A Loucura na Sala de Jantar*. (Jacques Delgado, org) pp. 53-79. Santos/SP.
- FOUCAULT, Michel. 1984. A Constituição Histórica da Doença Mental. In: *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. Cap V.
- FOUCAULT, Michel. 1979. O Nascimento do Hospital. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. Cap VI, pp99-111.
- FOUCAULT, Michel. 1979. O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. Cap VI, pp79-98.
- FOUCAULT, Michel. 1972. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: editora Perspectiva S. A.
- FUREGATO, Antonia; SAEKI, Toyoko; OGATA, Márcia. 2000. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Convergências e Divergências. In: *Psiquiatria Nursing*. Revista Técnica de Enfermagem. Nº 25, ano 3. Edição Brasileira, junho.
- GOFFMAN, Erving. 1961. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.

- GOLDBERG, Jairo. 2001. Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (Ana Pitta, org) pp.33-47.
- KODA, Mirna Yamazato. 2002. *Da negação do Manicômio à Construção de Um modelo Substitutivo em Saúde Mental: O Discurso de Usuários e Trabalhadores de Um Núcleo de Atenção Psicossocial*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- LOBOSQUE, Ana marta. 2003. *Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- LOBOSQUE, Ana Marta. 2001. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- LOBOSQUE, Ana Marta. 1997. *Princípios para Uma Clínica Antimanicomial e outros escritos*. Editora Hucitec: São Paulo.
- LUZ, Madel T. *Natural Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campos, 1988.
- MARQUEZ, Gabriel García. 1970. *Cien Años de Soledad*. Buenos Aires: Sudamericana.
- MINAYO, Cecília. (org). 1994. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes,
- MAGRO FILHO, João Baptista. 1992. *A Tradição da Loucura: Minas Gerais 1870/1964*. Belo Horizonte: Coopmed/editora UFMG.
- MORELO, Luzmarina. 2002. Rede Social: Que Rede é Essa? In: *Anais do Congresso Mineiro de Psiquiatria*. (mimeo)
- MORETZSOHN, J. A. 1989. *História da Psiquiatria Mineira*. Belo Horizonte: Coopmed/ editora UFMG.

- MORIN, Edgar. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Publicações Europa-América: ISBN,1996.
- NICÁCIO, Fernanda. 2003. *Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde Mental*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.
- NICÁCIO, Fernanda. 2002. Mesa: *Hospitais Psiquiátricos e Serviços Substitutivos: Coexistência Provisória*. ABOU-YD, M. (org) Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. Dez. p54-58.
- NICÁCIO (org). 2001. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2ª edição.
- NICÁCIO, Fernanda. 1994. *O Processo de Transformação em Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura*. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais da PUC-SP. São Paulo.
- NICÁCIO, M. F. de S. et al., 1990. *Produzindo uma nova instituição em saúde mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Projeto do NAPS, mimeo. (Secretaria de Higiene e Saúde – Santos/SP)
- NICÁCIO, M. F., 1989. *Da instituição negada à instituição inventada*. *Revista Saúde & Loucura*. Editora Hucitec, nº 1, pp. 91 – 108.
- PAIM, Jairnilson Silva. 1997. *Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira*. In: FLEURY (org). *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos editorial. P11 – 24.
- PESSOTTI, Isaias. 1996. *Asilos, Hospícios e Manicômios*. In: *O Século dos Manicômios*. São Paulo: ed 34. p151-157.

PITTA, Ana (Org). 2001. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Editora Hucitec: SP, 2ªed.

PITTA, Ana. 1996. Reabilitação Psicossocial: Um Novo Modelo? In: *A Psiquiatria e suas Conexões*. (H. LAUAR, org), pp 48-52. Associação Mineira de Psiquiatria.

PRIGOGINE, Ilya. *Ciência, Razão e Paixão*. CARVALHO, Edgard Assis &

ALMEIDA, Maria da Conceição de. (org). Editora EDUESPA: Belém, 2001.

Projeto CERSAM 24 horas: Aspectos históricos, Políticos, Organizativos, e Estratégicos no Contexto da Evolução e Impasses da Política e Projeto de Saúde Mental de BH. (S.D.)

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

ROTELLI, F., 2001. A instituição inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89 – 99, São Paulo: Editora Hucitec, 2ª edição.

ROTELLI, F., 1994. Superando o Manicômio: O Circuito Psiquiátrico de Trieste.

AMARANTE (org) In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz. P 149-169.

SAMPAIO, SANTOS & ANDRADE. *Saúde Mental e Cidadania: Um desafio local*.

Capítulo 10, p267-280. (mimeo)

SAIDÓN, Osvaldo. 2002. Rede Pensar de Outro Modo. In: *Clínica Y Sociedad: esquizoanálisis*, pp. 139-151. 1ª ed. Buenos Aires: Lumen.

- SARACENO, Benedito. (2001). *Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio*. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (Ana Pitta, org), pp13-18. 1ª ed. Editora Hucitec.
- SANTOS, Boaventura de Souza. 2001. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. 3 ed. São Paulo: Cortez, V1.
- SANTOS, Boaventura de Souza. 1997. *Um Discurso Sobre as Ciências*. Porto: edições Afrontamento, 9ª edição.
- SANTOS, M., 2000. *O Espaço do Cidadão*. 5ª ed. São Paulo: Studio Nobel.
- SANTOS, M., 2001. *O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha.
- SANTOS, M., 2000. *Por uma outra Globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro/ São Paulo: editora Record .
- SPINK, M. J. P. (org.) 2000. *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Editora Cortez, 2ª edição.
- SOALHEIRO, Nina Isabel. 1997. *A Invenção da Assistência: Uma Reorientação Ética para a Clínica em saúde Mental na Rede Pública*. Dissertação de mestrado em Saúde pública. ENSP-FIOCRUZ.
- TOBAR, Federico. 2001. *Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. 2002. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Vozes: Petrópolis-RJ.

YASUI, Silvio. 1999. *A Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu Contexto Histórico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Assis (São Paulo).

ANEXOS

Roteiros das Entrevistas:

A) para coordenadores de saúde mental:

1 _ Qual sua formação profissional e como você tomou contato com o campo da saúde mental?

2 – Como você definiria o CERSAM conceitualmente? (o que entende pelo termo definido, se substitutivo, alternativo, complementar, etc)

3 – Quais as inovações ou rupturas que você identifica no CERSAM?

4 – Como se avalia o serviço?

5 – Uma das metodologias que vou utilizar é a pesquisa de campo através da observação participante. Que CERSAM você sugeriria?

B) para gerentes dos CERSAMs:

- 1 – Qual a sua formação e como foi sua entrada para o CERSAM?
- 2 – Que tipo de proposta, princípio ou diretriz orienta seu trabalho no CERSAM?
- 3 – Qual a história desse CERSAM e qual sua proposta original? Essa proposta permanece? O que mudou?
- 4 – Como você definiria o CERSAM conceitualmente? (A partir da definição, o que entende pelo termo que citou, se caso substitutivo, intermediário, alternativo, ou outro termo utilizado).
- 5 – Quais as características que poderia assinalar, que se colocam como a base de organização do CERSAM, ou seja, aquilo que o define enquanto um serviço diferente dos outros?
- 6 – A seleção da clientela é definida por qual modelo de trabalho?
- 7 – Quais as ações que o CERSAM realiza na comunidade ou território? Ou como se relaciona com a comunidade? (se usar o termo território como o entende).
- 8 – Qual a função do CERSAM na rede de saúde mental? Como ele se articula?
- 9 – O serviço se avalia? Como?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como informante-chave, da pesquisa de mestrado de Felisa Anaya, que tem como tema “Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte - MG”. Você foi selecionado(a) por apresentar características relevantes no percurso da Reforma Psiquiátrica e na construção dos chamados “Novos Serviços”.

Os objetivos dessa pesquisa são: subsidiar a reflexão e/ou construção sobre a noção do que sejam esses serviços no que têm de mais inovador, a realização de um estudo histórico conceitual de alguns termos importantes utilizados no seu cotidiano, assim como a identificação de sua história, práticas clínicas e intervenções sociais e políticas.

Os benefícios relacionados com sua participação visam à contribuição no colhimento de história oral com objetivo de preencher lacunas existentes nos documentos escritos, prestando serviço à comunidade científica através da socialização de seu produto.

Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa e a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento, ou até mesmo modificar posteriormente qualquer palavra que foi citada. Seu nome será resguardado em sigilo caso alguma fala na entrevista seja utilizada na dissertação. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você receberá uma cópia desse termo onde consta telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Felisa Anaya
(pesquisadora e mestranda em Saúde Pública pela FIOCRUZ/RJ)

e-mail: felisa@ensp.fiocruz.br
Rua Espírito Santo, 935/1202 – Centro

Tel: (31)3224-7848
Cel: (31)9998-1683

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa, riscos e benefícios de minha participação. Dentro dos referidos termos acrescento o consentimento de minha participação como entrevistado(a) neste processo de pesquisa.

(informante-chave)

Formação Profissional:
Vínculo do entrevistado com o CERSAM:
E-mail ou tel para contato:

Belo Horizonte, / / 2003.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

À Coordenação Municipal de Saúde Mental de Belo Horizonte, solicito autorização para pesquisa em um dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da rede pública do município, ainda a ser definido após a realização de entrevistas com informantes-chave e mediante consentimento por parte do gerente do serviço escolhido, bem como de sua equipe.

O projeto de pesquisa que tem como título: “Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG”, tem como objetivo subsidiar a reflexão e/ou construção sobre a noção do que sejam esses serviços, no que têm de mais inovador no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, além de realizar um estudo histórico conceitual de alguns termos importantes utilizados nos ‘novos serviços’, assim como identificar sua história, práticas clínicas e intervenções de acordo com sua natureza.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Felisa Anaya
(pesquisadora e mestranda em Saúde Pública pela FIOCRUZ/RJ)

e-mail: felisa@ensp.fiocruz.br
Rua Espírito Santo, 935/1202. Centro.
BH-MG 31015190

Tel: (31)3224-7848
Cel: (31)9998-1683

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(Coordenação Municipal de Saúde Mental de BH-MG)

Belo Horizonte, / / 2003.

