

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Mestrado em Saúde Pública

Subárea: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Dissertação de Mestrado:

REFORMA PSIQUIÁTRICA, TRANSFORMAÇÕES E LIMITES NOS MODOS DE LIDAR COM AS SITUAÇÕES DE CRISE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS DE DOIS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO RIO DE JANEIRO.

Aluna: Monica Silva da Costa

Orientador: Paulo Duarte Carvalho Amarante

Março de 2006

## Sumário

Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Metodologia.....	13
Referencial Teórico-Methodológico.....	14
A Pesquisa de Campo.....	25
Os serviços.....	28
Capítulo I - Breve percurso histórico descontínuo do tema da crise na psiquiatria.....	30
I.1 - Psiquiatria Tradicional: emergência do saber psiquiátrico sobre a loucura e crise como emergência psiquiátrica.....	31
I.2- A abordagem da crise na Psiquiatria Preventiva Norte-Americana.....	41
I.3- Antipsiquiatria: a crise como fato político e experiência a ser testemunhada.....	47
I.4- A Psiquiatria Democrática Italiana e as situações de crise.....	51
Capítulo II - O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a tomada das situações de crise como desafio e questão ético-política central para a construção dos serviços substitutivos de Saúde Mental.....	65
II.1-Os NAPS.....	68
II.2-Os CERSAMs.....	76
II.3-A criação e a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial.....	80
II.4-O Programa de Saúde Mental do Rio de Janeiro.....	89
Capítulo III: As experiências de <i>crise</i> e os modos de lidar em dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro.....	94
III.1-Impressões e observações sobre os serviços e seus cotidianos.....	96
III.2- Histórias, narrativas e concepções: fragmentos na composição das situações de crise.....	101
III.3- O lugar da crise e das transformações paradigmáticas e seus impasses na discussão sobre a concepção dos serviços.....	113
III.4- O trabalho nos serviços substitutivos de saúde mental: gestão, cotidianidades e limites no lidar com a crise.....	127
Considerações Finais.....	164
Referências Bibliográficas.....	173
ANEXO I.....	181

## Resumo

A dissertação trata das transformações e limites nos modos de lidar com as situações de crise na Reforma Psiquiátrica, a partir de dois serviços de atenção psicossocial: um Hospital-dia e um Centro de Atenção Psicossocial. O trabalho problematiza a própria noção de crise como expressão utilizada para nomear experiências singulares diversas e que tem implicações nos modos de viver essas experiências. As situações de crise/surto foram tomadas como analisadoras das relações com a loucura e das “novas” práticas em saúde mental e atenção psicossocial por constituírem o principal motivo pelo qual as pessoas ingressam no circuito psiquiátrico ou na rede de saúde mental e um desafio para os profissionais, sendo apontado na literatura como momento de máxima simplificação de questões sociais, culturais e existenciais das pessoas atendidas numa situação configurada como de emergência psiquiátrica.

A formulação das questões da pesquisa, as análises das entrevistas e a observação participante no cotidiano dos serviços basearam-se no Referencial Teórico da Genealogia de Michel Foucault, nos teóricos da Reforma Psiquiátrica Italiana, nas análises de Amarante (1995, 1996) sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e outros autores, tais como Castel (1997) e Certeau (1994).

Quanto às dificuldades para lidar com as situações de crise, desconstruindo e problematizando a necessidade do manicômio e da internação, os profissionais sentem mais limites em algumas situações específicas: quando o usuário está recentemente vinculado ao serviço, quando ele e/ou sua família ainda possuem forte referência no hospital como recurso ou quando frequenta pouco o serviço. Foi possível analisar como a concepção dos profissionais sobre o serviço tem implicações nos modos de lidar com as situações de crise. Existe menor transformação no lidar com as experiências de maior intensidade expressa, cujo destino para a internação não é raro. O fato dos serviços estarem ainda mais voltados para o seu interior, com uma rede precária e um trabalho territorial reduzido atravessa significativamente as situações de crise e coloca limites às transformações nesse sentido. Por fim, nota-se a necessidade permanente de reflexão ética e política sobre o lugar social da loucura e o modo como as práticas de atenção psicossocial vêm se construindo.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Serviços de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Crise.

## Abstract

This dissertation discourses on the transformations and limits on the ways of dealing with crisis situations in the Psychiatric Reform, based on two psychosocial attention services: a Day-hospital and a Psychosocial Attention Centre. This piece of work problematizes the very notion of crisis as an expression used to name diverse singular experiences and that has implications on the ways of living these experiences. The outbreak/crisis were taken as analysers of the relations with madness and the “new” practices in mental health and psychosocial attention because they constitute the main reason why people enter in the psychiatric circuit or in the mental health network and are a challenge for the professionals, being appointed in the literature as a moment of maximum simplification of social, cultural and existential issues of the attended people in a situation configured as a psychiatric emergency.

The formulation of the research issues, the analysis of the interviews and the participating observation in the day-to-day of the services were based on the Genealogical Theoretical Reference of Michel Foucault, on the Italian Psychiatric Reform theorists, on the analysis of Amarante (1995,1996) over the Brazilian Psychiatric Reform, and other authors such as Castel (1997) and Certeau (1994).

As to the difficulties to deal with crisis situations, deconstructing and problematizing the necessities of the asylum and internation, the professionals feel more limits in some specific situations: when the user has been recently linked to the service, when he/she or his/her family still have a strong reference on the hospital as a resource or when he/she don't go frequently to the service. It was possible to analyse how a conception of the professionals over the service has implications on the ways of dealing with crisis situations. There is less change in the dealing with experiences of more expressed intensity, whose destiny to internation isn't rare. The fact that the services are even more turned to their interior, with a precarious net and a territorial work reduced crosses significantly the crisis situations and sets limits to the transformation in this sense.

Finally, it can be noted that there is a permanent necessity of ethical and political reflection on the social place of madness and on the way the psychosocial attention practices are being constructed.

Key-words: Psychiatric Reform, Mental Health and Psychosocial Attention Services, Crisis.

## Introdução

Este trabalho teve início em 2002, em um estágio acadêmico realizado em enfermaria de crise de um Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Rio de Janeiro, quando surgiram as inquietações com o modo de lidar com as crises nesse espaço e a percepção de um certo abismo existente entre as maneiras como as pessoas viviam suas crises e o que o modo como os profissionais pensavam, falavam, diagnosticavam, agiam sobre as mesmas. De uma experiência que muito afetou, dos encontros com as pessoas em situações de crise que até hoje afetam extremamente, se iniciou uma busca pela gênese histórica daquelas formas de tratar vistas no hospital, pelas condições de possibilidade de sua configuração e se legitimação, e uma procura ainda mais forte pela descoberta, divulgação e criação de outros modos de lidar e cuidar.

Um ano mais tarde, a decisão de fazer o Mestrado vinha no movimento dessas inquietações e da busca de saberes e ferramentas novas. A pesquisa também possibilitaria conhecer outras experiências, outros Serviços, ver de perto seu cotidiano, compreender e problematizar as dificuldades reais enfrentadas pelos trabalhadores, assim como o desconforto, sofrimento, medo, a cobrança, a frustração, dentre outros sentimentos ligados aos seus trabalhos, enquanto profissionais de Saúde Mental e atores de transformação. A pergunta que veio a detonar a pesquisa era: como os trabalhadores da Saúde Mental se desdobram para lidar com as situações de crise em meio a tantas afetações e impasses - alguns naquele momento já conhecidos na experiência de estágio, através de leituras em Saúde Mental e nas entrevistas realizadas na elaboração da Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia<sup>1</sup>. Esse interesse permaneceu, mas foi percebido que além de se perguntar sobre o modos como os trabalhadores se desdobram, trata-se também de problematizar o quanto esse novo trabalho em Saúde Mental realizado nos serviços de atenção psicossocial efetua transformações concretas em ruptura com o modelo científico e psiquiátrico tradicional, com formas de relação invalidantes e segregadoras de lidar com a loucura.

Assim, a pergunta se tornou mais ‘crítica’ e mais complexa: os modos de lidar com a crise nos serviços substitutivos de saúde mental estão se transformando e transformando

---

<sup>1</sup> Monografia Intitulada “Construções em torno da *crise*: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e Produção de Subjetividades”, orientada pela Professora Heliana de Barros Conde Rodrigues.

as relações com a loucura? Quais os constrangimentos, limites ou impasses que esses serviços têm para tanto?

Considerando que os modos manicomiais de lidar com as situações de crise têm como algumas de suas características a realização de internações com isolamento da família e da vida, a invalidação das experiências singulares, localização individual, moral e biologia do surgimento de uma crise, contenções físicas e medicamentosas generalizadas e sem acompanhamento, o foco no Hospital e no saber psiquiátrico como resposta para a crise, este trabalho busca investigar – a partir de dois Serviços de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro – como os chamados novos Serviços da Reforma Psiquiátrica estão lidando com tais situações de crise, que novas formas criam ou não no sentido da ruptura com o modelo racionalizante e manicomial de relação social com as crises e a loucura.

As situações de crise são aqui compreendidas como momentos marcantes na vida das pessoas que a atravessam, sejam aquelas que a vivem propriamente, sejam seus familiares, seus vizinhos, amigos e profissionais incumbidos de cuidar dessa situação. São também notadamente reconhecidas como o acontecimento que comumente determina a entrada das pessoas no circuito psiquiátrico, ou mais atualmente, no da Saúde Mental. Por ambos os motivos – constituírem um desafio para os profissionais da saúde mental e o determinante da entrada no circuito psiquiátrico – as situações de crise e os modos de lidar com as mesmas são aqui tomadas como analisadores das práticas desenvolvidas nos serviços de atenção em saúde mental e das relações sociais com a loucura. Em outras palavras, são considerados indicativos especiais do passo em que se encontram as transformações da Reforma Psiquiátrica e seus impasses.

O ingresso no circuito psiquiátrico, como determinação ligada à experiência da crise, é de fato sentido como muito marcante, nem sempre ou necessariamente sofrido ou difícil, mas de fato marcante, pelo estatuto que a loucura e a crise tem nas construções sociais, culturais, políticas e afetivas que nos constituem historicamente.

Nesse sentido, Campos (2001) afirma que o reconhecimento das dificuldades do momento da crise possibilita, aos profissionais e demais envolvidos, uma abertura para construir saídas novas para este momento, sem tomar princípios éticos e políticos como imperativos, como idéias não apropriadas, às quais estariam submetidos:

“Se assumirmos que o momento do surto constitui-se, para pacientes e técnicos, em um momento de fundamental importância,

poderemos escapar da simples reiteração do valor ideológico e propor outras saídas”. (Campos, 2001, p.104).

Dessa forma – acrescenta a autora – salienta-se que entender o “momento [do surto, da crise] colocará para nós a necessidade de qualificar os serviços substitutivos para intervir na crise” (Campos, 2001, p.104).

Transformar as relações com as crises – enquanto expressões ou acontecimentos mais radicais, intensos e difíceis da subjetivação e das relações sociais – torna-se fundamental para construir cultura, ética e política não negativizantes da loucura e substitutivas à lógica da internação psiquiátrica e do manicômio. Como bem situa Filho (1994) “Atualmente, deparamo-nos com a questão da construção de uma sociedade sem manicômios. Como abordar a crise dentro dessa perspectiva é que nos coloca hoje” (p.61).

Uma das hipóteses desse trabalho é de que, nas situações de crise, diversas impossibilidades dessa construção, remetida pelo autor, tendem a ‘retornar’ - dificuldades extremas de suportar a ruptura e o sofrimento, assim como preconceitos, desqualificações e priorizações de categorias médico-sociais que objetificam e avaliam de forma redutora essas situações. Por outro lado, justamente por se constituir em um desafio para Serviços e profissionais e por possuir um caráter de imprevisibilidade, a opção e a possibilidade de lidar com a crise sem separá-la da vida, sem isolá-la, implica na criação de uma nova operacionalidade de trabalho a cada situação, no geral mais plástica do que de costume; implica em inventar recursos e estratégias diferentes, não comumente usados, produzindo diferença no próprio trabalho de quem lidam, por um lado, e na vida das pessoas que passam pela situação de crise, por outro.

A discussão sobre o andar das transformações na Reforma Psiquiátrica no Brasil tem se tornado cada vez mais o combustível de trabalhadores, estudantes, pesquisadores e continua conquistando espaço no cotidiano das pessoas no geral, na vida social, nos meios de comunicação de massa. Koda (2002), considerando a expansão da produção acadêmica sobre a Reforma, aponta para a necessidade de uma ligação necessária entre esse crescimento das discussões e produções e a ampliação do foco das mesmas

“Há atualmente, uma significativa produção de pesquisas sobre as transformações no âmbito da assistência à Saúde Mental. Dentre os trabalhos que abordam a Reforma Psiquiátrica no Brasil e as iniciativas de serviços substitutivos em Saúde Mental, encontramos uma gama de temáticas que englobam diversos aspectos envolvidos na mudança do

paradigma assistencial. Essa mudança implica a ampliação do foco, anteriormente centrado na clínica, na doença e no tratamento, para a abordagem de questões de natureza histórica, cultural, política, ética, jurídica” (p.12).

No que se refere à produção brasileira em Saúde Mental – tanto da elaboração dos trabalhos dentro da Universidade e outras Instituições de ensino, pesquisa e formação, como também dos trabalhos e textos produzidos pelos profissionais dos Serviços – Leal (1999) coloca questões sobre dificuldade de descrever as práticas por elas mesmas, tal como se dão, sem confundir ou colar princípios e processos de trabalho de atuação e cuidado. A autora trata “da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão das práticas desses serviços”, ou seja, falar delas em minúcias com toda a sua riqueza, seus problemas, seus “erros” e “acertos”. Seu questionamento aponta as armadilhas de uma forma de discutir as práticas que ora se ancora igualando às mesmas aos princípios gerais de Reforma ora se contenta em constatar que são todas muito diferentes e singulares, sem, no entanto descrever essas singularidades:

“Embora partilhemos destes princípios eleitos como *guia* para a construção de nossa prática cotidiana, vê-los utilizados enquanto forma de descrever a prática que temos construído me causou certa estranheza e me instigou certas perguntas (...) descrever nossos serviços a partir de princípios que elegemos, enquanto norte de nossa prática, produziu curiosamente, relatos lineares do nosso cotidiano” (p.48)

Procede-se como se tudo estivesse em seu devido lugar - acrescenta a autora – sem riscos, imprevistos, complexidade, minúcias, provisioriedade, dentre outras características do trabalho cotidiano em saúde mental, que nesses relatos parecem negligenciadas ou somente apontadas, sem descrição ou explicitação, limitando-se a um lugar-comum de discussão.

Com tal uso dos princípios como se fossem as próprias práticas, como descrição do fazer, negligencia-se que “tais princípios têm caráter prescritivo e toda prescrição indica uma escolha ética” (p.49), tendendo, assim, a naturalizá-los e a torná-los, de certa forma, intactos. Para sair desse círculo, é preciso problematizar os fazeres e os discursos a um só tempo, sobretudo a partir do fazer, da concretude mesma do trabalho realizado cotidianamente.

Desse modo, com relatos lineares e que omitem a complexidade cotidiana, contribui-se para deixar as práticas onde estão, tornando mais difícil produzir transformações e falar delas explicitamente. E, pelo que temos visto, tais transformações, quando se dão, continuam mais restritas ao interior dos Serviços e aos saberes produzidos na Academia.

A loucura é ainda tratada como uma questão prioritariamente da competência desses saberes e serviços da Saúde Mental – psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, musicoterapia, neurologia, dentre outros. Mas o fim último da Reforma não seria apenas o de criar serviços que nos seus interiores engendrem encontros diferenciados com as pessoas que atendem, mas de criar condições de vida para as mesmas fora dali, ventilando e mediando as relações com elas lá onde vivem, desconstruindo os saberes já instituídos desde outrora sobre a loucura e a doença mental. Assim, se é preciso ir além dos serviços especializados e competentes, e porque isso é preciso, faz-se necessário ainda um poder/saber para tanto, mas que saia de si mesmo, se problematize, se construa para tornar-se outra coisa, não se cristalice. Conforme propõe Rotelli (2001):

“(…) não há por que se iludir. Existe ainda necessidade de uma instituição para prosseguir a desinstitucionalização<sup>2</sup>, de um poder/saber para desmontar os poderes e os saberes do território; do próprio papel profissional para desmascarar a normatividade codificante das especializações e sua cumplicidade na reprodução da miséria e na ampliação da lógica do suspeito”. (p.82).

Reiterando, intenta-se aqui problematizar como os serviços de saúde mental têm lidado com as crises, como essas experiências os desafiam e no que os fazem se modificar, se dinamizar, se rearranjar e saírem de si mesmos, tanto no sentido de se transformarem como também no sentido de saírem do seu estabelecimento físico e efetuarem transformações nas comunidades. E ainda compreender o trabalho que se dá nessas situações como analisador do trabalho global que se desenvolve nesses serviços, formulando inicialmente algumas perguntas, como as seguintes: Como os profissionais e as pessoas que passam por essas experiências, as compreendem e lidam com elas? Como conseguem transformar um modo de lidar para o qual existiria somente um lugar para as pessoas em crise – o Hospital Psiquiátrico? Como é o trabalho construído com uma pessoa

---

<sup>2</sup> A noção de desinstitucionalização será discutida no Referencial Teórico-Methodológico e no Capítulo I.

em crise? Como são as dificuldades e no que elas se relacionam aos modelos de assistência? O que esses serviços têm inventado que pode contribuir para outros e vice-versa?

Um dos impasses expostos pelos profissionais dos serviços de atenção psicossocial em seus relatos de experiências publicados na bibliografia sobre a Reforma, assim como em Fóruns e Congressos, aponta o quanto ficam tomados pelas situações de crise, voltados para elas de forma a perder outros rumos do trabalho.<sup>3</sup> Esse é apenas um dos itens componentes do desafio cotidiano de lidar com as situações de crise nos novos serviços

Antes de dar seguimento ao trabalho, faz-se necessário tecer algumas considerações e questões sobre a noção de crise, não somente para cumprir requisitos teórico-metodológicos, mas, sobretudo porque se entende que rever apreciações sobre a crise está no bojo do processo de transformação que será o tempo todo aqui referido e discutido. E explicar, posteriormente, como instrumentalizamos essa noção no decorrer da pesquisa, ou em outras palavras, como reconhecíamos uma situação de crise para então falar dela. Leiamos as afirmativas seguintes como perguntas.

Introduzindo a discussão de um referencial para pensar as crises, ensaia-se uma discussão: a própria expressão “crise” tende a encerrar uma situação ou experiência num nome, num diagnóstico já conhecido, do qual já se sabe a partir de uma construção teórica, psiquiátrica e psicopatológica. E isso também fala de uma descrição de prática e de problemática que mantém tudo no lugar. Quando afirmamos que alguém está em crise, costumamos deixar de descrever como a pessoa está, o que nos inquieta nela, o que nos leva a aumentar o cuidado, a atenção, o que há de diferente, quais são os problemas dessa diferença e quais são os benefícios etc. Se alguém parece mais triste ou em alegria extrema, com pensamentos estranhos, com uma raiva explosiva, na iminência de fazer, de fato,

---

<sup>3</sup> Uma discussão interessante nesse sentido se deu em um Serviço de um Instituto Municipal de Assistência a Saúde no Rio de Janeiro, cuja coordenadora relatou, no Fórum da Área Programática do Serviço, que a equipe, após um tempo de experiência e reflexão, percebeu que ficava tão em função das pessoas em situações de crise que atendiam e dos imprevistos, que as pessoas que recentemente se vinculavam ao serviço e estavam há muito tempo institucionalizadas, internadas há anos em enfermarias de moradores acabavam por ficar sem espaço nesse novo serviço, sem a atenção necessária para se engajarem em atividades, novos encontros, desejarem sair da enfermaria etc. Esse serviço trouxe para o Fórum essa situação acompanhada da dúvida do que priorizariam e se era possível se dedicar a ambos trabalhos.

coisas muito sérias e danosas, porque nomeamos isso tudo como crise? O que quer dizer crise? Já nomear como crise dificulta um olhar com mais calma, singularidade e complexidade para a situação? A que nos remete? <sup>4</sup> A uma “alteração no curso de uma doença”, a um “estado repentino que sobrevém numa pessoa em estado aparente de boa saúde ou agravamento súbito de um estado crônico” ou ainda a uma “fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos fatos, das idéias” e a um “momento perigoso e decisivo” ou a outras possibilidades de significados, sentidos e construções? (Ferreira, 1999).<sup>5</sup>

Considera-se aqui precipitado fechar um conceito sobre a crise. Mais do que isso, não é esta a intenção do trabalho, mas sim de problematizar a própria noção e seus efeitos sobre as subjetividades, os fazeres em saúde mental, as relações entre as pessoas, as produções de políticas. E, igualmente, problematizar tudo isso na produção das noções de crise, dos modos de lidar com situações identificadas como sendo de crise.

E, na verdade, para a pesquisa, não foi necessário ter uma noção fechada do que sejam as situações de crise. O norte da pesquisa não implicava identificar o que era e o que não era crise – ou defrontar, comparar o que chamamos de crise e o que nos serviços era identificado como tal. Implica abrir caminhos para uma problematização, como já foi dito, até mesmo da noção de crise utilizada para falar de uma experiência ou de uma situação, sobretudo de como os trabalhadores e usuários dos serviços pesquisados agem com a mesma – sendo o agir aqui tomado como fazer e dizer. Isso não significa que, ao nos depararmos com as situações, não éramos atravessados por determinadas noções de crise histórica e singularmente construídas, não significa tampouco que abolimos em um instante olhar para uma situação, classificando-a como de crise. Mas aproveitaram-se muitas para a discussão, sem que o critério de escolha passasse por identificar se eram crises ou não.

Nesse sentido, houve algumas situações na pesquisa em que se dizia “Ele não está em crise” “Não é uma crise”, mas que foram eleitas para a discussão pelo modo como alarmavam o serviço, mobilizavam as pessoas e pela maneira como o sujeito, o qual se avaliava estar ou não em crise, estava vivendo – suas condições de vida, suas relações com o mundo, com as pessoas a sua volta, com o hospital psiquiátrico e o serviço.

---

<sup>4</sup> Saraceno (1996) considera categoricamente que não há como continuar práticas transformadoras utilizando as mesmas palavras, conceitos e sentidos.

<sup>5</sup> Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Aurélio do Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 3ª ed., 1999.

Ficará mais claro durante o trabalho o que nas situações nos chamava atenção para que as incluíssemos na discussão sobre a crise, ou a partir do que próprios profissionais e usuários apontavam ou por questões prévias de interesse da pesquisa, que estão mais ou menos desenhados no Referencial Teórico-Metodológico e no roteiro de entrevista.

No cruzamento desses caminhos, o trabalho pretende trazer fragmentos que configuram determinados modos de lidar com a crise nos Serviços de Saúde Mental escolhidos para realizar a pesquisa. Nesse percurso, tentar-se-á falar do cotidiano dos serviços no lidar com a crise, sem produzir relatos lineares sobre os mesmos, com atenção para complexidades e minúcias, possibilidades e impasses.

Assim, após explicitarmos o Referencial teórico e a Metodologia utilizada, no Capítulo I, será feita uma Revisão da Literatura sobre algumas linhas históricas que, na psiquiatria tradicional e no movimento de contestação à mesma, produziram discursos, saberes e práticas referentes à crise e à loucura. No Capítulo II teceremos um breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com dedicação especial às experiências pioneiras no processo brasileiro de Reforma e as transformações que operaram no lidar com as situações de crise – as experiências dos NAPS de Santos e dos CERSAMs de Belo Horizonte – Minas Gerais. Finalmente, no Capítulo III, trataremos mais propriamente do “campo” encontrado e construído com a pesquisa, ou seja, das questões cotidianas que compõem os modos de lidar com a crise nos dois Serviços de Atenção Psicossocial pesquisados.



## Metodologia

### Referencial teórico-metodológico

Contribuições de autores diversos participaram na feitura deste trabalho. Mas as principais referências teóricas foram aquelas que nos permitiram olhar para o tema historicamente, e numa História do presente e que comporta lutas de forças entre reproduções e rupturas, transformações e permanências. Assim, sobretudo com as perspectivas de Foucault (1979, 1993, 2001), Machado (2000), Franco Basaglia (1982), Rotelli (2001), Castel (1987), Certeau (1994), Amarante (1995, 1996) e Rodrigues (2005) – mas também com outros não citados que nos constituem, tais como Antonie Artaud, Friederich Nietzsche, Marx –, pudemos formular questões referentes aos processos e experimentações inscritos no que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica e às práticas nos serviços de atenção psicossocial pesquisados. De cada um desses autores – e nos encontros entre eles – extraiu-se contribuições singulares que aqui se destacam, iniciando por Foucault que, em sua História da Loucura, nos apresenta a percepção social da loucura e suas mudanças como força crucial na produção das condições de possibilidade de surgimento do saber psiquiátrico.

A referência a Foucault permitiu uma espécie de exercício genealógico e de construção de uma História do Presente, a partir de uma inquietação presente, sobre o modo como as experiências de *crise* são vividas e abordadas, como foram sendo produzidas em dispositivos edificados, desconstruídos e reformados historicamente para responder às mesmas. Com Foucault, é possível falar do encontro com as situações de crise neste trabalho, e antes dele, como uma *experiência* que é integrada à reflexão historiográfica, no sentido de um inquietar-se que “se torna ponto de partida para um trabalho teórico, ético e político” (Rodrigues, 2005, p.14).

A maneira de fazer história é, portanto, inspirada em Foucault – seja o arqueologista ou o genealogista, mas muito mais nesse último. É pela leitura de Foucault, que são formuladas muitas das questões presentes no decorrer do trabalho: Quê lugar social da loucura e das crises as práticas abordadas constroem? Quê destinos é designado para as mesmas? Quais as verdades produzidas sobre as crises, quê saberes estão sendo construídos nos novos serviços e relações em relação às experiências de crise? Quais os cerceamentos às singularidades?

Na arqueologia realizada em *História da Loucura*, duas análises principais do autor são aqui aproveitadas para problematizar as experiências de Reforma abordadas e seus modos de lidar com a crise.

Uma delas se refere ao apontamento de Foucault de que, na construção do saber psiquiátrico como fonte de verdade sobre a loucura, na operação de enquadramento da como doença mental e na determinação das práticas de isolamento e internação, está em jogo uma mudança na *percepção social* da loucura que junto aos processos político-econômicos. Essa mudança – da sobreposição de uma consciência crítica, que percebia a loucura como desregramento, ilusão, falta, fraqueza, desrazão, em detrimento de uma experiência trágica da loucura – foi de grande importância na criação das condições de possibilidade para surgimento do saber psiquiátrico e de uma verdade da loucura como doença. Conforme aponta Machado (1988), o objetivo de Foucault nesta obra consistiu em estabelecer as condições históricas de possibilidade dos discursos e práticas que remetem ao louco como doente mental, remontando momentos anteriores à Modernidade, nos quais o louco não recebia esse status, não era tratado unicamente como doente.

Ao investigar a história da loucura, Foucault encontra no *negativo* o “valor” e sempre presente, de maneiras diversas e descontínuas, na composição da percepção social e dos modos de lidar com a loucura desde o Renascimento até a modernidade. A marca da negativização é para o autor tão significativa, que ele situa a constituição da *loucura* no ponto em que se inicia a valorização negativa do que teria sido apreendido, em séculos anteriores, como o diferente, o insano ou desarrazoado.

Desse modo, no presente trabalho, a negativização da loucura e principalmente da crise - primeiramente percebida pela autora nas práticas hospitalares, referidas na Introdução deste trabalho, e posteriormente investigada através de Foucault e vista na literatura psiquiátrica e psicopatológica – é tomada como um dos importantes indicativos de transformações e limites em jogo nas novas práticas. Através do que encontramos nos serviços – nas relações entre técnicos e usuários, nas histórias contadas, na relação entre familiares, nas ações – buscamos enxergar quê outros modos de subjetivação, formas de convivência e propostas de “cuidado” tem sido construídas que não restringem a loucura à doença mental ou colam à periculosidade, à negatividade – incapacidade, impossibilidade, desorganização. Certamente ficamos também atentos aos acontecimentos que nos apontam a presença da negativização.

Nessa perspectiva, ao falarmos da Psiquiatria Clássica, por exemplo, ou mesmo da Desinstitucionalização italiana, não remetemos a um passado que ficou e que nos fundamenta. Tratamos do presente, do presente da corrente italiana e da psiquiatria clássica em algumas práticas brasileiras. Essa é a atualidade dessas correntes, o que elas se tornam, ou se tornaram aqui. O mesmo se dá com as nossas. No momento em que as problematizamos é porque tanto nós - quanto os dispositivos que construímos – estamos em vias de sermos outros. Nesse movimento, o passado...

“Longe de ser fonte de nossa identidade, ele é *ficcionado* a partir de nossa dispersão – diferença presente/atual<sup>6</sup> -, facultando uma reflexão sobre ela e alimentando experimentações com o novo, com o que está em vias de ser” (Rodrigues, 2005, p.21).

Trata-se de um atravessamento de tempos presentes, implicando mudanças de paradigma, transformações nos modos de lidar com a loucura através da história que não se substituem absolutamente, sem deixar rastro, vestígio ou presença. Do contrário, saberes e práticas diferentes e filosoficamente contrários, teoricamente excludentes podem se fazer presentes no mesmo espaço-tempo, num mesmo estabelecimento e num mesmo sujeito.

O ponto aqui considerado mais importante na perspectiva histórica de Foucault é seu propósito de agir sobre a relação presente-futuro, é arrancar-nos enquanto sujeitos, de nós mesmos, e produzir uma diferença, uma experiência – um encontro do qual se sai transformado. É através da construção da narrativa histórica de um problema, questão, objeto ou inquietação, abrir brechas para que quem leia possa ter outra relação com os mesmos, assim como considera Foucault em referencia a sua história da loucura, conforme grifa Rodrigues (2005):

“(...) que eu, que escrevi o livro, e que aqueles que o leram tenham com relação à loucura, a seu estatuto contemporâneo e à sua história no mundo moderno, uma outra relação” (Rodrigues, 2005, p.25)

Para Revel, o percurso investigativo último de Foucault se encontra na noção de problematização – expressão comumente usada em ciências humanas e, aqui, de forma quase corriqueira – tendo no trabalho do autor um lugar importante e referido à História do Pensamento. Problematizar, para Foucault, consiste na operação, feita por um conjunto de práticas, de fazer algo

---

<sup>6</sup> O presente é o que somos e o que já estamos deixando de ser. E o atual é o que estamos em via de nos tornarmos.

“entrar no jogo do falso e do verdadeiro e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc).” (Foucault, apud Revel, p.81).

Entende-se portanto que um conjunto de práticas religiosas, políticas, filosóficas, sociais e médicas determinadas – tal como vemos nas análises da *História da loucura* - fizeram a desrazão, a diferença e a loucura se constituírem como objeto para o pensamento.

A história do pensamento se interessa, portanto pelo modo como se constroem problemas para o pensamento e pelas estratégias desenvolvidas para lhes formular respostas (Revel, 2004). O interesse de Foucault reformula-se passando a se dirigir às formas de problematização correspondentes a uma dada época.

Nesse sentido, podemos entender as *crises* e o lidar com tais situações não isoladamente como um desafio cotidiano para as relações entre pessoas de modo geral e para os serviços de saúde mental. Poderíamos, dessem modo, formular as crises – e todo o seu “conteúdo” – constituem um problema mesmo para o pensamento da complexidade e da Reforma Psiquiátrica, cujas ferramentas de crítica e substituição aos especialismos, à psiquiatrização, ao pensamento cartesiano, dentre outros, encontram ainda grandes dificuldades em lidar com essa experiência – de modo geral, desde sua dimensão mais singular até no que se refere aos seus destinos institucionais. Poderíamos pensá-las dessa maneira, como um problema para o pensamento em diversas épocas, assumindo também configurações diversas na descontinuidade histórica?

Conforme propõe Foucault, na sua “ética da problematização”, trata-se de pensar problematicamente, mais que formular perguntas e respostas, o que aqui se direciona para as situações de crise e os modos de lidar com as mesmas.

Problematizaremos assim as construções que saberes e práticas em exercício nos serviços fazem dos seus objetos, considerando as redes de poder que os constituem – tomando o poder, conforme perspectiva foucaultiana como o que diz o é verdadeiro ou falso em uma determinada época, o que determina o que pode ou não ser dito e ser feito e, ainda, como um poder difuso, não somente circunscrito ao Estado ou às organizações estatais, mas presente nas práticas mais cotidianas e na formação das subjetividades.

A problemática do poder em Foucault é extensa e vai se complexificando ao longo das suas obras. Aqui falaremos da mesma na relação com o discurso e de forma bastante sucinta. O discurso para Foucault, como já foi apontado, é efeito do poder e não há saber que não se constitua nas redes de poder. É no sistema de poder de uma sociedade que está a

pista para investigarmos porquê determinados saberes surgem e são legitimados e outros não. Trata-se, conforme nomeia Silva (2004), de uma história política do conhecimento. O poder é positivo, no sentido de que produz realidade, produz sujeitos, produz saberes, produz verdades sobre o sujeito.

E foi investigando as tecnologias da disciplina no interior das prisões, mas que se estendem a toda a sociedade, que Foucault formulou suas análises sobre o poder. E é através do poder disciplinar, e posteriormente também do biopoder, que se dão suas análises. No que se refere ao poder disciplinar, é um poder que implica na produção de uma disciplina de corpos, de produção de corpos “dóceis”, corpos “passivos”, que se constituam como força de trabalho e estejam adequados às demandas da sociedade industrial capitalista. É esse poder – presente na educação familiar, na escola, nas prisões, nos hospitais, nos discursos diversos sobre a sexualidade, dentre outros – que forma indivíduos, que produz hierarquizações, que diz quem está ou não está apto para a produção, sempre veiculando normas e regras disciplinares.

Formulado posteriormente por Foucault, mais além do poder disciplinar e conjugado a este, funciona o biopoder, uma lógica do Estado voltada para a atenção e a criação de normas, valores e tecnologias sobre a vida social, sobre a vida das populações – como a Saúde Pública, as políticas sobre a natalidade e as condições de habitação, dentre outras – com uma sustentação de cunho biológico, o que permite o controle e a regulação das populações. Para Foucault, é com o biopoder que a disciplina alcança seu auge como dispositivo e no funcionamento do biopoder se produzem discursos sobre a natureza, os indivíduos, a saúde, a população, remetendo ao fato de que qualquer produção de saber se liga às estratégias do poder.

Numa perspectiva foucaultiana de análise dos discursos naquilo que os caracteriza como prática ou na análise das práticas discursivas<sup>7</sup>, falas e ações não são separadas como ordens diferentes ou tratadas com o objetivo de estabelecer oposições, contradições, abismos entre “o que se fala” e “o que se faz”. Ao contrário, afirma-se que dizer é agir e agir é dizer. Assim, o referencial teórico-metodológico desta pesquisa remete à questão arqueológica da constituição dos saberes sobre um objeto a partir de certas práticas – no nosso caso as novas práticas no lidar com a loucura e as crises -, surge de uma indagação

---

<sup>7</sup> É difícil encontrar uma definição clara de prática discursiva em Foucault. Tais práticas possuem regras próprias através das quais estabelecem relações para se falar dos objetos e, nesse estabelecimento, permitem que se entreveja as relações que constituem os discursos. Ver com calma o resto.

sobre “como o saber vai se constituindo a partir das práticas discursivas, como elas engendram os saberes e como cada formação discursiva constrói os objetos de que fala” (Silva, 2004, p.160). Desse modo, as entrevistas e os acontecimentos da Observação participante não foram tratadas por uma busca de “ver o que está por trás das falas”, “o que escondem”, mas buscou compreender e analisar o que trazem de discussão referente às discussões mais gerais na literatura da Reforma, o que produzem, que percepções da crise e da loucura abarcam, de que construções de saber e prática falam, dentre outras questões.

A pesquisa e análise dos modos de lidar com as crises consideram, portanto os atravessamentos de um sistema de poder na produção dos saberes e das práticas sobre a crise, na configuração deste objeto e nos modos de “tratá-lo”. Ou seja, consiste, de certa forma, num exercício genealógico, sem o qual nos colocaríamos numa análise de práticas sem atravessamentos históricos e políticos.

A leitura de Castel (1987) é outra soma aos olhares que nos auxiliam a pensar rupturas e continuidades na relação com a loucura e com as crises, atentando para o *aggiornamento*<sup>8</sup> da psiquiatria no sentido de se manter enquanto saber na sua positividade<sup>9</sup>. Suas contribuições, assim como as de Foucault, nos permitem olhar para a possibilidade de que, nas tentativas mais inovadoras e territoriais da história da Reforma, estejam se espraçando saberes disciplinares, de colonização, normatização da vida e pensar nos regimes de verdade e poder presentes nessas novas formas de liberdade ou formas de controle em espaços abertos. Através de Castel podemos revisitar de várias máximas e nos apropriamos melhor das mesmas, em vez de reproduzi-las de forma generalizada e mecânica – tais como a continuidade terapêutica, o responsabilizar-se pela demanda e pelo território, a territorialização. Quando o autor problematiza a responsabilidade pelo território e pela demanda produz uma dúvida, um vacilar, abre brecha para rever, repensar, criar e se apropriar de princípios de ação políticos, éticos e sanitários com reflexão, crítica e singularidade

“A vontade de se encarregar das populações de que têm responsabilidade tão total quanto possível, caracterizou até hoje a tradição psiquiátrica (...) Para a psiquiatria moderna a noção essencial de continuidade de tratamento significa também que a equipe médico-social

---

<sup>8</sup> Expressão utilizada por Castel (1987) para designar uma modernização pela mudança das aparências e das tecnologias da psiquiatria, sem transformação profunda de suas características ou da estrutura do saber.

<sup>9</sup> Na perspectiva foucaultiana: “qualidade” do saber de produzir realidade, de produzir subjetivações e

(...) deve assegurar a totalidade das intervenções sobre uma pessoa, das atividades preventivas a pós-cura” (p.101).

Na Desinstitucionalização Italiana, principalmente em Basaglia (1982, 1991), Rotelli (1991) e Dell’Acqua & Mezzina (1991), encontramos um referencial teórico-prático de um processo de desconstrução do saber psiquiátrico, de desmontagem de relações manicomiais e de uma contribuição especial para pensar as situações de crise nesse processo.

Algumas palavras de Basaglia (1982) – sobre a crise e a construção de um processo de transformação de relações com a loucura, relacionadas à discussão acerca de critérios e percursos para dar alta a pacientes – introduzem bem a ruptura que a Psiquiatria Democrática Italiana opera e de quê transformações ela fala:

“Começamos, por exemplo, discutindo quando poderíamos dar alta a um paciente. A discussão não era mais entre nós, os médicos, mas com as pessoas do bairro se dava conta de que as suas necessidades eram as mesmas do doente (...). Vimos que a problemática da situação da periculosidade do paciente começava a diminuir, e tínhamos frente a nós não mais uma doença, mas uma crise. Nós salientamos hoje que cada situação que nos é apresentada é uma crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. (...) Uma coisa é considerar o problema uma crise ou um diagnóstico, porque o diagnóstico é uma coisa e uma crise é uma subjetividade. Subjetividade que põe em crise o próprio médico (...)” (Basaglia, 1982, p.19).

Dell’Acqua & Mezzina (1991) desenvolveram especialmente um trabalho sobre a questão das crises. Como Basaglia, os autores a concebem como questão singular, existencial e social de grande complexidade, que o diagnóstico e as respostas comumente dadas na história da psiquiatria tendem a reduzir. A proposta deste trabalho, de investigar as crises enquanto produzidas também nos dispositivos historicamente criados para lhe responder e se dedicar a algumas minúcias dessa produção nos serviços, às relações entre as experiências de crise e os percursos institucionais dos sujeitos deve-se não somente a referência em Foucault, mas também à inquietação e às reflexões suscitadas com a leitura dos autores anteriormente citados. Na proposta dos autores algo só se denomina crise

enquanto referido aos dispositivos de atenção existentes. E para pensar o que seja crise, os autores afirmam

“É seguramente difícil uma definição única da crise em psiquiatria. Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular. Existe, de fato, um valor-limite a estas duas contingências, além do qual os problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos da vida assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico” (Dell’Acqua & Mezzina 1991, p.53)

Notando que os acontecimentos da vida emergentes numa crise acabam sendo reduzidos à condição de doença mental e ao diagnóstico e se tornam de interesse psiquiátrico específico, na crítica de tradição basagliana à psiquiatria, afirma-se a necessidade de desinstitucionalizar as relações com a loucura, sendo essa desinstitucionalização um processo crítico-prático e gradativo de desmontagem do “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p.30).

Na perspectiva da desinstitucionalização, a finalidade das ações de cuidado não é de curar o sujeito ou remitir o sintoma e fazê-lo mais produtivo, mas sim contribuir para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e possibilitar a utilização de espaços de convivência dispersa, como já foi referido anteriormente. O processo é ainda caracterizado pelos seguintes aspectos: 1) Mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional, sendo que os técnicos ou “operadores” são considerados os principais; 2) Tem como objetivo prioritário transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos, principalmente com os pacientes; 3) propõe a construção de uma nova política de saúde mental que parta de dentro da instituição para desmontá-la, com a mobilização e participação, no geral conflitiva, dos diversos atores envolvidos.

Os italianos supunham que abertura criaria problemas, que a ida dos serviços para o território não significaria, em si mesma, a solução, mas que a gestão dos impasses encontrados com a abertura contribuiria para modificar a cultura.

Como conseqüência, quando neste trabalho falamos em transformações nos modos de lidar investigados através dos serviços, entendemos, portanto, que as transformações nas

práticas assistenciais não se restringem à reorganização de serviços, tecnologias e a redefinição da hierarquia entre atores e serviços de saúde. As transformações constituem um “processo social complexo” que envolve um conjunto de atores diversos, no qual os serviços de saúde mental participariam ativamente.

Desse ponto de vista, a Reforma não se constituiria, portanto numa mudança das aparências, mas das estruturas que participam na produção do cuidado, ou seja, das concepções, da cultura, das ações, da formação dos profissionais e do modo de gerir os recursos necessários à transformação de cada uma dessas “esferas” na relação com a loucura.

Como uma certa esquematização dos caminhos desse processo, Amarante (2003) enumera e define as dimensões por meio das quais esse processo pode se construir: 1) Dimensão epistemológica ou teórico-conceitual: situa-se na produção dos saberes; 2) Dimensão técnico-assistencial: envolve discussão sobre modelos assistenciais possibilitados por diferentes teorias sobre a loucura; 3) Dimensão jurídico-política: trata-se de redefinir relações sociais e civis, de cidadania e direitos, questionando as noções e condições atribuídas aos "loucos", tais como incapacidade civil, periculosidade, inimputabilidade e outras; 4) Dimensão sociocultural: conjunto de ações orientadas no sentido de transformar no cotidiano as concepções correntes relativas à loucura e transformar as relações sociais com a loucura.

O autor propõe ainda que tomar a Reforma dessa maneira, com transformações amplas, radicais e fundamentais, implica compreendê-la e fazê-la não como Reforma, mas como Revolução, expressão quase proibida, que não pode ser dita, e que por isso mesmo, por toda a sua história e conotação, teria sido preterida pelo emprego da palavra Reforma.

Santos (2003) aponta para a inadequação dessa expressão e seu par – “Psiquiátrica” - para nomear o que se pretende que sejam os novos encontros com as loucuras. Para esta autora

“Se não existe o objeto *loucura* como uma natureza, existe em dúvida uma objetivação mediante nossas práticas. E é igualmente através de nossas práticas que nos constituímos como trabalhadores, como operadores da reforma psiquiátrica - expressão em que ambos os termos estão carregados de inadequação, pois ela não é plenamente reforma, visto que desejamos a ruptura com paradigmas tradicionais, como o de *doença mental*, e a invenção de formas potentes de subjetivação da

loucura; e tampouco é plenamente psiquiátrica, já que não se dirige a este campo específico de saber, mas às formas contemporâneas de articulação entre a loucura e o socius” (p.129).

Por último, destaca-se como referência a leitura de Certeau (1994), no sentido de potencializar o olhar para o que nas relações cotidianas dos serviços formam a contrapartida da disciplina, a contrapartida de um lidar com a crise pelo abandono, pela delegação ao hospital psiquiátrico, pelo controle, pela moralização repressiva, pela medicalização ou pela mortificação nos próprios trabalhadores. Forma a contrapartida ainda de uma reestruturação técnica restrita e da burocratização da vida. A pergunta de Certeau se faz como provocação para investigarmos as “maneiras de fazer” cotidiana que, através da história não foram privilegiadas justamente por não terem se instituído como hegemônicas.

O autor nos leva a buscar essas práticas, que para ele, colocam questões tanto análogas como contrárias às que Foucault analisa em relação à Disciplina, em Vigiar e Punir. São análogas porque também tratam de ações, tecnologias e operações minúsculas e contrárias por não falarem somente

“de precisar como a violência da ordem se transforma em tecnologia disciplinar, mas de exumar as formas sub-reptícias que são assumidas pela criatividade dispersa, tática e bricoladora dos grupos ou dos indivíduos presos (...) nas redes de ‘vigilância’” (Certeau, 1994, p.41).

Com tudo isso, os encontros com Foucault até Certeau, passando por Rodrigues, Amarante e os autores italianos, se fazem presentes na elaboração deste trabalho, mesmo quando não especificados, auxiliando na tentativa de fazer uma pesquisa que fale de uma complexidade, que nos permita ver disciplinas e criações, e que, sobretudo, tal como desejou Foucault, que abra brechas para agirmos nas situações de crise de um modo diferente do anterior à leitura e olharmos transformados para o trabalho em saúde mental, com todos os seus impasses e potencialidades.

## **A pesquisa de campo**

Optou-se por realizar uma pesquisa em dois Serviços de Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro: um Hospital-dia localizado dentro de uma Instituição Psiquiátrica e um Centro de Atenção Psicossocial, já situado fora de imediações hospitalares psiquiátricas.

Um dos serviços, o Hospital-dia, já tinha sido escolhido previamente à elaboração do Projeto de Pesquisa, por ser um serviço já conhecido e com uma história particular – iniciada na abertura de uma das enfermarias do Instituto Psiquiátrico onde se localiza, implicando na desmontagem de várias relações disciplinares e na criação de outras formas de relação.

No entanto, considerava-se importante a questão da pesquisa, realizá-la também em um CAPS, levando em conta fatores diversos, que vão deste a sua colocação pelas Políticas Públicas de Saúde Mental como uma das principais estratégias da Reforma até o fato se constituir num serviço já situado fora das imediações hospitalares e tendo como um dos objetivos um trabalho territorial. Realizando a pesquisa num CAPS ela poderia contribuir mais, estaria mais inserida nas diretrizes da nova política, nas questões e impasses dos novos serviços constituídos a partir de uma política pública, implantados no território e sem amparo algum de uma estrutura hospitalar.

Com isso, optou-se então por realizar a pesquisa em dois serviços: um CAPS, a ser escolhido, e um Hospital-dia, já escolhido. Não se tratou de uma pesquisa comparativa, mas de uma análise das experiências desses serviços para levantar questões, sistematizando invenções e limites referentes aos novos modos de lidar com a crise num processo de Reforma Psiquiátrica

A escolha dos serviços foi norteada por alguns critérios referentes a ambos e outros particulares de cada um dos serviços. O conhecimento de algumas práticas presentes nesses serviços através da literatura, de contato anterior e de documentos produzidos pelos mesmos (Relatórios, Projetos, textos publicados em revistas técnico-científicas) também serviu como meio para elegê-los.

Sumariamente, alguns critérios se fizeram decisivos para a escolha dos dois serviços:

- Facilidade de acesso, no sentido do contato já existente com profissionais das equipes;
- Através da leitura dos Projetos dos Serviços, nos dois casos, e dos Relatórios, caso do CAPS, foi possível observar que ambos os serviços, cada um de forma particular, trazem historicamente um processo de discussão e criação dos seu projetos pautados em um entendimento de questões e princípios relacionados ao cotidiano, ao valor conferido à invenção e à multiplicidade, ao vínculo e aos afetos, à importância da articulação entre o serviço e a rede e à participação comunitária na gestão, dentre outras;
- Consideramos interessante ter numa mesma pesquisa um serviço em local mais urbanizado e outro numa área predominantemente rural, buscando captar se essas diferenças possuem implicações na assistência à crise;
- A relação desses serviços com a internação de seus “usuários” tal como exposta nos relatórios, projetos e textos também foi um critério de atração;

Após a escolha dos serviços, a autorização dos mesmos para a realização da pesquisa e a passagem e aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da ENSP, deu-se início ao trabalho em “campo”, utilizando como metodologia a Observação Participante nas atividades cotidianas dos serviços e a realização de entrevistas com profissionais e “usuários”, norteada pelo referencial teórico escolhido.

### **A Observação Participante**

Para a escolha do método de observação participante e compreensão do mesmo foram consultados como referencia Becker (1997) e Minayo (1992).

A Observação Participante foi realizada em idas semanais aos serviços, duas vezes por semana em cada serviço variavelmente, de Maio a Setembro/Outubro de 2005.

Nesse cotidiano, foi possível participar de muitos encontros e atividades, privilegiando alguns, tais como as Reuniões de Equipe e Assembléias, os Grupos de Recepção e as chamadas Visitas Domiciliares, com atenção especial também para os momentos imprevistos, os trabalhos “não-programados” para manejar situações que irrompem no cotidiano, que não eram esperadas.

Conforme formula Becker (1997), sobre o método da Observação Participante, fez-se uma coleta de dados – acontecimentos, falas, funcionamento cotidiano, dentre outros –, através da participação na vida cotidiana. Como em toda observação participante, preocupou-se com as situações com as quais os profissionais se deparavam- neste caso, principalmente as situações de crise ou de impasses cotidianos – e como agiam diante delas (Becker, 1997, p.47). A observação atentou também para o modo como os profissionais articulam discursivamente essas situações, ou seja, como compreendem, como falam sobre as mesmas, que questões do serviço, do trabalho e políticas relacionam com as situações que enfrentam, como descrevem as situações etc.

Para organizar o diário de campo da Observação Participante, foram formulados durante a pesquisa alguns eixos temáticos que se alinhavam mais ou menos às questões elaboradas no Roteiro de Entrevista, questões que norteavam à pesquisa. (Anexo I) . Mas o “produto final”, ou seja, o modo como os eixos se apresentam na dissertação – seus subtemas, problemáticas e discussões específicas-, foi também definido a partir do que foi observado nos serviços e que não estava pré-formulado, tal como, por exemplo, na discussão sobre os modos de gestão no trabalho.

### **As Entrevistas**

Em ambos os Serviços foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais e usuários, conforme a definição de entrevista semi-estruturada de Honningmann combinando perguntas fechadas e abertas, estas últimas permitindo que o entrevistado discorresse mais livremente sobre a questão proposta, sem condições ou opções de respostas pré-fixadas (*apud* Minayo, 2004). As entrevistas foram transcritas e posteriormente organizadas e analisadas.

A escolha dos entrevistados deu-se aos poucos. No caso dos profissionais optou-se por tentar abarcar a diversidade de formações profissionais e entrevistar funcionários “antigos” – que já estavam no serviço desde a sua implementação ou entraram logo depois dela – e “novos” – que trabalhassem lá há menos tempo. Quanto aos freqüentadores do CAPS e do Hospital-dia, lá atendidos e que participam do cotidiano sem o vínculo de trabalho, mas com outros vínculos, ou seja, as pessoas chamadas de “usuários” ou

“clientes”<sup>10</sup>, os critérios de escolha também passaram por essa “categoria” de novos e antigos, tentando variar nesse sentido e pela proximidade com os mesmos, a existência de um contato maior, e com alguns, por terem se oferecido ou “pedido” para serem entrevistados. A idéia de entrevistar aqueles com os quais eu tivesse mais proximidade se devia a dois motivos: um, porque supus que seria menos incomodo para os entrevistados e para mim e outro, atrelado a esse, se referia à possibilidade de ser uma entrevista difícil, no sentido de mobilizar histórias e experiências fortes e que talvez não seriam compartilhadas com alguém mais distante. Portanto, pensamos que alguma proximidade, algum contato ajudaria nesse sentido, não só para falar, discorrer sobre um assunto, mas também para suportar remontar uma história e remeter às experiências particulares de crise, caso isso fosse vivido com dificuldade.

As histórias escutadas sobre as situações de crise, contadas pelos próprios usuários ou por profissionais, também serviram como critério para escolher especificamente dois entrevistados – um no Hospital-dia e outro no CAPS.

No Centro de Atenção Psicossocial foram entrevistadas 3 pessoas que freqüentavam o espaço, tendo acompanhamento e tratamento (“usuários”) e 4 profissionais: 1 Auxiliar de Enfermagem, 2 Assistentes Sociais (sendo uma delas, coordenadora atual da equipe), 1 Psiquiatra. Seria entrevistada uma psicóloga, mas por algumas dificuldades não foi possível realizar esta última entrevista.

E no HD participaram da pesquisa como entrevistados 3 “clientes” e 5 profissionais: 1 Auxiliar de Enfermagem, 1 Psiquiatra, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social e 1 Psicóloga.

No caso dos profissionais, o roteiro de entrevista foi elaborado buscando articular questões como formação, seus saberes e compreensões sobre a crise, concepções sobre o Serviço e também sobre a Reforma Psiquiátrica, características de seu trabalho cotidiano e seus modos de lidar com as situações de crise.

No caso dos “usuários”, buscou-se articular suas histórias, seus itinerários pela psiquiatria e pela Saúde Mental, suas inserções no Serviço com o modo como vivem as situações de crise. E ainda, tangenciar a implicação de tudo isso na sua vida atual.

Os Roteiros de entrevistas encontram-se no ANEXO 1.

---

<sup>10</sup> A expressão usuário é um termo mais consensual utilizado na atenção psicossocial e com a Reforma para denominar as pessoas atendidas nos Serviços, as pessoas que utilizam os serviços. O termo “cliente” é o predominante em um dos serviços pesquisados – o Hospital-dia. Assim, ora será aqui utilizado o termo

## **A organização e análise do material do campo**

As entrevistas foram transcritas e o Diário de Campo foi organizado em eixos temáticos. Para a escolha e discussão das situações da observação e dos fragmentos de entrevistas que comporiam o texto do trabalho, lançamos mão de um olhar da Análise Institucional, trabalhando com problemáticas a partir de situações analisadoras, ou seja, situações ou acontecimentos que revelam – se assim aproveitadas – as Instituições em jogo, neste momento dos serviços, imbricadas com os modos de lidar com as crises.<sup>11</sup>

O olhar de uma análise do discurso conforme a perspectiva foucaultiana – olhar, porque aqui se trata apenas de um olhar e não de uma metodologia de Análise do Discurso a rigor – assim como uma visão genealógica dos modos de lidar com a crise nesses serviços, possibilitaram uma análise dos acontecimentos, falas e situações cotidianas, situando-os, histórica e politicamente, na composição de determinados saberes e práticas, mais tradicionais ou mais transformadores, e relacionando-os a uma lógica de poder e de discurso que constrói formas de saber sobre a crise e a loucura, de relações de organização do trabalho e de direcionamento das ações dos serviços.

---

usuário, ora o de cliente, este normalmente fazendo referência ao Hospital-dia.

<sup>11</sup> Como Instituição é compreendido um conjunto de normas, leis, valores que produzem e regulam determinando objetos, sujeitos e práticas. Assim, no caso dos serviços de saúde mental temos a Instituição Saúde, a Instituição Educação, a Instituição Psiquiatria, a Instituição Justiça, dentre outras.

## Os serviços

### 1. Informações gerais sobre o funcionamento e a constituição dos serviços.

#### O Hospital-dia

Um dos espaços ou serviços da pesquisa é cadastrado na Secretaria Municipal de Saúde como um Hospital-dia e, assim como outros Serviços de Atenção Psicossocial situados em institutos psiquiátricos do Município do Rio de Janeiro, está em vias de sair do interior deste, e se tornar um CAPS. Atende atualmente cerca de 230 pessoas e funciona como referência em saúde mental para nove bairros de sua região.

Como já foi citada anteriormente, a construção do espaço começou a mais ou menos 16 anos por profissionais que trabalhavam no interior de uma enfermaria tradicional que aos poucos foram desmontando, até consolidar, já fora da antiga enfermaria, um serviço que veio a ser cadastrado como um Hospital-dia.

A equipe é atualmente constituída por 02 Terapeutas Ocupacionais, 03 Psicólogos, 02 Assistentes Sociais, 03 Médicos (sendo 01 efetivo - o Coordenador - e 02 cooperativados), 02 Residentes de Psicologia, 09 estagiários de Psicologia e 01 de Medicina, 02 Administradores, 02 Técnicos de Nível Médio (01 auxiliar de enfermagem) na Oficina da Cantina, 01 Técnico de Nível médio na Oficina de Artesanato, 02 Técnicos de Nível Médio (01 auxiliar de enfermagem) na Oficina de Marcenaria, e 06 auxiliares de enfermagem no plantão, sendo três no plantão-dia e três à noite. Funciona de segunda à sexta, das 8:00 da manhã às 17:00, com um cotidiano no qual se realizam atividades diversas, oficinas, trabalhos terapêuticos individuais, trabalhos de geração de renda etc. Algumas ações e atividades do serviço, ligadas ao acompanhamento de alguns clientes ou à construção e realização de projetos e trabalhos em cooperação com outras instituições, ocorrem fora desse horário, sendo inclusive realizadas nos fins de semana. O Serviço possui ainda uma pensão para clientes (atualmente seis) que chegaram ao Hospital ainda na época da antiga enfermaria e cuja saída do hospital por razões e dificuldades diversas ainda não foi possível.

## O CAPS

O CAPS foi implantado em 1997, se localiza numa região predominantemente rural e funciona como referência para três bairros. Essas informações sobre o serviço foram retiradas primeiramente dos Relatórios Técnicos de 1998, de 2003 e 2004, do Convênio entre Instituto Franco Basaglia com a Secretaria Municipal de Saúde.

No segundo semestre de 2002 já estavam em atendimento no CAPS 239 clientes. O relatório traz diversas informações que não serão aqui utilizadas, tais como faixa etária, grau de escolaridade, tempo de atendimento no serviço e sexo dos clientes atendidos.

O CAPS traz também um acompanhamento do número de internações na vida dos clientes que possuem vínculo com o CAPS, anterior e posteriormente a entrada destes no serviço. O tempo de internação também é acompanhado.

A maior parte dos clientes frequenta o serviço de uma a duas vezes por semana, e a minoria (8 %) de quatro a cinco vezes por semana. De particular interesse para o projeto nas informações contidas no relatório foram: a preocupação com um aumento do número de internações e com a construção de estratégias para que o crescimento não tenha continuidade; e o relatório de Supervisão Técnica cujo bojo foi o processo de reformulação do projeto assistencial, iniciado no primeiro semestre de 2002. Neste relatório, que não será aqui explorado, mas apenas citado, aparecem as prioridades e opiniões colocadas pelos trabalhadores do CAPS em relação ao trabalho cotidiano no serviço, à rede, ao que o CAPS tem realizado e às angústias produzidas no modo de organização do processo de trabalho.

## 2. Observações

Uma observação importante, a ser feita sobre o CAPS, pode nos ajudar a compreender, mas não a fechar uma conclusão, sobre alguns acontecimentos, queixas, dificuldades e problemas que serão aqui abordados. O CAPS estava em momento de transição de coordenação e com diversos problemas entre os profissionais da equipe e relativos a ausência de recursos, como alimentação e medicação. Vale ressaltar que. Além disso, encontrou como saída para se organizar diante da enorme demanda, se fechar para a incorporação de novos usuários – após estar com mais de 400 usuários matriculados - , como já fizeram outros serviços do Município, mas, ainda assim, tentando abrir algumas

possibilidade de atendimento para aqueles que consideram graves, sem alternativa ou que retornavam após terem tentado um vínculo com outro serviço

Um dos primeiros encontros no CAPS, no segundo dia de pesquisa, tocou no que já sido comentado na reunião de equipe e que tanto circularia entre as falas no serviço: “a crise do Serviço”, “Este serviço está sempre em crise”.

*Na Oficina de Beleza, uma das pessoas presentes se apresentou para mim: “Sou Andreia, paciente”<sup>12</sup>. Apresentei-me com mais detalhes e falei da pesquisa. Ela perguntou sobre o que era a pesquisa e quando eu expliquei, indagou se era sobre “a crise dos pacientes ou do estabelecimento” - exatamente nessas palavras. Eu disse que primeiramente era sobre o atendimento a pessoa em crise, mas que na verdade não tinha como separar as duas coisas. Ela me pediu para fazer sua unha.*

Outra observação se refere às diferenças de inserção nos serviços, que implicou em participar mais “profundamente” e amplamente das atividades em um – no Hospital-dia – e menos em outro – no CAPS. No primeiro já havia um contato anterior com o serviço e uma relação mais próxima com a maior parte da equipe. Por conta disso e talvez também por uma característica ou prática do serviço, foi possível, por exemplo, participar de alguns atendimentos individuais, desde atendimentos individuais breves, passando por sessões psicoterápicas e por abordagens mais particulares deste serviço, que utilizam o trabalho corporal e a linguagem artística. Além disso, por essa aproximação, mas também pela facilidade de acesso geográfico, foi possível participar de atividades fora do espaço do serviço, realizadas em Centros Culturais de acesso público e difundido. E no CAPS, não foi possível participar de encontros e atividades realizadas fora do serviço, consideradas importantes, pois aconteceram nos fins de semana ou em outros bairros de mais difícil acesso, tais como Feijoada, Torneios de Futebol, dentre outras.

Sobre tais eventos e encontros, destaca-se que alguns possuem ainda um caráter mais restrito, promovendo encontros apenas entre os usuários, funcionários dos serviços e suas famílias. Nos outros, mesmo sendo mais abertos e ocorrendo no amplo circuito cultural, junto a outros grupos e instituições que não são Serviços de Saúde Mental ou de

---

<sup>12</sup> Isso me remeteu a uma construção subjetiva marcada por ser uma paciente. Porque haveria de me dizer que é paciente? Como passou a se dizer assim? Embora não sejam essas as questões a serem marcadas nesse acontecimento, nessa fala, considerou-se importante aproveitar e destacar. Logo iniciada a pesquisa uma

Assistência Social, vê-se ainda uma frequência maior de trabalhadores, estudantes e outras pessoas ligadas ao esse campo. Mas não todos e nem sempre.

## CAPÍTULO I:

### **Breve percurso histórico descontínuo do tema da crise na psiquiatria**

Neste capítulo serão definidas algumas linhas teóricas correspondentes a diferentes modos de lidar com a crise na história da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, apenas a fim de delimitar algumas diferenças entre determinadas abordagens que se dedicaram a essa problemática, tentando situá-las em relação a modos mais tradicionais de lidar com a crise - e mais presentes no chamado Modelo Manicomial - e aos modos mais inovadores e críticos da psiquiatria tradicional. Estas linhas que, teoricamente podem ser melhor distinguidas, na luta de forças que compõe o processo da Reforma e nas práticas cotidianas, não ficam tão tracejadas e claras, mas pelo contrário, muitas vezes convivem entre si, se misturam e também se confrontam nas ações de um mesmo serviço e de um mesmo profissional.

Conforme aponta Amarante (1996) trata-se também de atentar para o fato de que

“(...) as experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil se encontram relacionadas e, ao mesmo tempo, marcadas por singularidades, merecendo, portanto, leituras particulares. Tal particularidade não exclui a possibilidade de marcos históricos comuns- como, por exemplo - as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da II Guerra Mundial (...)” (p.49).

O que o autor considera mais importante nesse sentido é o modo como cada em cada contexto histórico se produzem apropriações particulares dessas demandas sociais e, dessa maneira, se configuram diferentes relações com a loucura, a doença, o trabalho, o desvio e as diferenças de toda ordem .

Dessa maneira, o enfoque histórico não será um enfoque cronológico. Tais linhas se referem a modos de lidar com a loucura e a crise que não necessariamente se substituem, se anulam ou são abolidos historicamente, mas convivem no tempo e no espaço principalmente, se não as olharmos como formas puras. É possível notar que em muitas abordagens e práticas que tomam força atualmente no campo da Saúde Mental, estão presentes muitos elementos dessas linhas.

Com base na importância histórica - tanto no sentido do grau de difusão no campo da Saúde Mental como de produção de descontinuidade, de ruptura no pensamento sobre a loucura e as experiências de crise – delimitamos as linhas da (1) Psiquiatria “tradicional”; (2) da Psiquiatria Preventiva na corrente norte-americana; (3) da Antipsiquiatria e (4) da Psiquiatria Democrática Italiana, norteando a leitura e a sistematização das linhas pelas seguintes questões: Como que cada uma dessas linhas pensa a crise? Quais os dispositivos criados para lidar com a mesma? Qual o “lugar da loucura” nessas práticas? Que rupturas operam em relação ao pensamento e a percepção social da loucura “anteriores” e/ou vigentes; que inovações e marcas particulares trazem?

Após uma exposição dessas linhas, faremos uma discussão ao final do capítulo destacando alguns pontos de cada uma delas, relacionando-as entre si e com outras práticas em Saúde Mental.

*Psiquiatria Tradicional: emergência do saber psiquiátrico sobre a loucura e crise como emergência psiquiátrica.*

O que se convencionou chamar de Psiquiatria Tradicional não constitui, na verdade, um conjunto homogêneo, mas um certo “discurso” e uma variedade de práticas. Tal como aponta Amarante (1995), “(...) o modelo clássico em psiquiatria foi tão amplamente difundido, que influencia a prática psiquiátrica até os nossos dias - apesar de terem surgido outros tantos modelos” (p.26).

Assim a Psiquiatria tradicional comporta uma variedade de linhas e de nuances que possuem algumas concepções e propostas de ações “terapêuticas” em comum. É a presença dessas concepções e práticas que nos permitem “identificar” o que denominamos de Psiquiatria Tradicional. Abarcados pelo que chamamos de Psiquiatria Tradicional estão os discursos, práticas e dispositivos que se referem a loucura de formas desqualificantes ou absolutizada como doença mental, naturalizando-a como objeto médico e explicando-a pelo conhecimento científico-moral através sobretudo de variáveis fisiológicas, neurológicas, comportamentais e morais para as quais deve haver respostas precisas, seja o medicamento, o isolamento, o controle, a reeducação, dentre outras.

Vasculhando o tema da crise historicamente e o momento em que ela, como a loucura, passa a ser objeto de um saber médico, encontramos em Foucault (1975) - o poder eclesiástico tentando manejar o problema das possessões e principalmente de uma das suas

manifestações mais intensas e públicas: a convulsão. A convulsão constituiu, a partir do século XVIII, uma “espécie de grande domínio que vai ser tão fecundo, tão importante, para os médicos: as doenças dos nervos, os vapores, as crises” (p.281). As crises estariam, portanto inscritas nesse mesmo domínio constituído pelas convulsões, fazendo parte de um leque de manifestações de um grau de intensidade do qual o poder eclesiástico não consegue mais dar conta, interpelando a medicina que passa então, a partir do século XVIII, a assumir o controle dos mesmos, tratando-os como objetos médicos, como doenças.

Segundo o autor, essa necessidade, se tornou mais urgente, quanto mais as convulsões se articulavam sobre uma resistência política e religiosa:

“Quando as convulsões não se encontrarem mais apenas nos conventos das ursulinas, mas, por exemplo, entre os convulsionários de Saint-Médard (isto, é, numa camada da população relativamente baixa da sociedade), ou entre os protestantes de Cévenes, então a codificação médica passará a ser um imperativo absoluto” (p. 281).

A convulsão passa a ser naquele momento o protótipo da loucura, servindo como modelo neurológico e entendida como liberação automática e violenta de mecanismos fundamentais e instintivos do organismo humano, tal como se viu na edificação da forte categoria médica denominada histereoepilepsia, até esta ser derrubada por Charcot em 1875-1880.

Em *Microfísica do Poder*, ao fazer uma geografia e uma cronologia da verdade, Foucault (1979) cita como exemplo desta última, a noção médica de crise, cuja importância, segundo o autor se estendeu até o fim do século XVIII:

“A crise, tal como era concebida e exercida, é precisamente o momento em que a natureza profunda da doença sobre a superfície e se deixar ver (...) Movimento em certo sentido autônomo, mas do qual o médico pode e deve participar” (p.114).

Essa concepção da crise era acompanhada pela proposta de que o médico devia intervir segundo uma estratégia que se impusesse à crise como momento de verdade. Assim, no pensamento e na prática médicas do século XVIII, a crise era tanto um momento fatal, como também efeito de um ritual e ocasião estratégica. Na análise das formas de produção da verdade e a medicina, o autor faz uma correlação histórica entre dois fatos: a posição do louco e do psiquiatra no espaço asilar e a constituição do hospital como lugar de incidência e de constatação de verdade.

Antes do século XVIII a loucura não era sistematicamente internada e era considerada uma forma de erro ou ilusão. Mas podia viver somente em meio às quimeras do mundo, se não tomasse formas extremas ou perigosas. Nessas condições, o hospital não constituía um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir em sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, o teatro, as artes.

Esta técnica foi abandonada no século XIX, cuja prática do internamento coincidiu com o momento em que a loucura passou a ser percebida mais com relação à conduta regular e moral. Assim, ela reapareceu não mais como perturbação de julgamentos, mas como desordem da maneira de agir, decidir e ser livre. Em vez de pertencer ao elo verdade-erro-consciência, inscreveu-se no elo paixão-vontade-liberdade.

Neste movimento de retorno às condutas regulares, o papel do asilo, conforme a máxima pineliana “isolar o doente para conhecer a doença”, foi o de:

“Permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascarar-la, confundi-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la” (Foucault, 1979, p.121).

Essa possibilidade defendida por Pinel, de aglutinar os loucos num único espaço, para conhecer em detalhes e diferenças suas loucuras, é uma das condições de possibilidade para o surgimento da psiquiatria. Além disso, o isolamento tinha para ele também a função de isolar o alienado daquilo que o fez mal, do meio que provocou suas idéias confusas e sua agitação.

Na transformação da loucura de uma questão filosófica para uma questão médica, uma importante figura foi Philippe Pinel. Situando sua produção teórica e prática entre a filosofia e a medicina, ele é, no entanto, o primeiro abordar mais medicamente a loucura, aspirar que a área de conhecimento voltada para a mesma tomasse parte da medicina e a reservar para os loucos - ou alienados mentais, tal como denominava - um lugar específico dentro do hospital e, conseqüentemente, tornar a área do conhecimento dedicada à loucura uma “medicina especial”. Com isso, conforme elucida Amarante (1996).

“Se por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro abre um campo de possibilidades terapêuticas pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão” (p.38).

A loucura ou alienação mental era concebida por Pinel e alguns de seus sucessores como problema eminentemente moral - um problema das paixões intensas, dos hábitos, de vontades contrariadas, de uma educação moral que pecava em excesso de repressão das paixões ou em excesso de permissão para as mesmas e de uma razão perdida, mas que ainda se encontrava no campo da razão, que ainda poderia ser recuperada.

A medicina especial, ou medicina mental, nasce então para Castel (1987) “ (...) de uma reflexão sobre o delírio, a crise, a ruptura, o mistério da diferença e da descontinuidade” (p.105).

De acordo com essa concepção da loucura, o hospital psiquiátrico se constitui como um lugar de tratamento moral, de afastamento de tudo o que perturba, e de confronto, onde o louco deve encontrar vontade reta e paixões ortodoxas. Nessa perspectiva, propunha Esquirol, sucessor de Pinel: “Deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, vencer suas pretensões, domar seus arroubos, quebrar seu orgulho, ao passo que se deve excitar e encorajar os outros” (apud Foucault, 1979, p.121).

Esquirol justificava a necessidade de isolamento dos loucos através de cinco razões principais: 1) Garantir a segurança pessoal deles e de suas famílias; 2) Liberá-los das influências externas; 3) Vencer suas resistências pessoais; 4) Submetê-los a um regime médico e 5) impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

Contrariamente às hipóteses naturalizadoras e moralizantes da loucura e da crise, atentando para a implicação desses saberes e das verdades que constroem nas experiências de *crise*, a hipótese que Foucault formula em *Microfísica do Poder* é de que a crise da psiquiatria foi inaugurada e a idade, ainda mal esboçada, da antipsiquiatria começou quando se desconfiou, para em seguida se ter certeza, que Charcot efetivamente produzia a crise da histeria que descrevia. Com isso, Foucault afirma que

“O poder do médico [e isso não vale somente para a figura profissional médico] lhe permite produzir doravante a realidade de uma doença mental cuja propriedade é a de reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento” (p.123).

Foucault analisou e propôs, fundamentalmente, que no cerne da psiquiatria clássica (ou tradicional) está o jogo de uma relação de poder gerador de um conhecimento, que, por sua vez, novamente fundamenta os direitos deste poder, legitimando-o.

Nesse sentido, é interessante ressaltar que, diferentemente de algumas posturas que remetem a um certo estereótipo da psiquiatria tradicional- nas quais essa relação de poder é

mais clara – a tradição pineliana é muito mais orientada, conforme aponta Amarante (1996), para não apostar em tratamentos definitivos, condenando posturas terapêuticas ativistas, que buscam remédios específicos e são muito intervencionistas, ações que, para Pinel, só contribuía para piorar o estado dos alienados. Ou seja, mesmo constituindo uma nuance um pouco diferenciada e mais “leve” em termos de intervenção e postura medicamentosa, a corrente Pineliana também é aqui considerada como pertencente à Psiquiatria Tradicional. Nem todas as correntes da Psiquiatria tradicional permitem transparecer clara e evidentemente as relações de poder e de produção de uma verdade absolutizadora sobre a loucura, sendo mais sutis e complexas nesse sentido.

Por outro lado, um ponto que parece comum a todas é, por exemplo, a relação de certeza com a loucura como objeto médico, como doença, sendo explicada por um modelo médico e psicopatológico e classificada de acordo com uma nosografia. A proposta do isolamento seria outro aspecto também inerente a esta perspectiva. Pode-se dizer que as concepções moralizantes, inclusive as mais sutis, aliadas ao conhecimento médico, também constituem um aspecto central, dentre as diversas abordagens na psiquiatria tradicional, desde Pinel até os tempos atuais.

De modo geral, outra característica do modo de lidar com a crise na psiquiatria tradicional que parece englobar todas as demais, e que ainda se faz presente até hoje, seja pela via moral ou pela via médico-legal, consiste na negatividade que este imprime à loucura e mais particularmente à crise. Daí o uso de categorias tais como *distúrbio*, *desordem*, *desorganização*, *desmoralização*, *desrazão* e outros elogios que soam desqualificadores, além de toda uma lógica de tratamento cujos gestos, às vezes imperceptíveis, falam no geral desta negatividade atribuída à crise.

Mais recentemente na história da psiquiatria, ainda no campo aqui considerado como sendo da psiquiatria tradicional, o que aqui chamamos de crise, é também tratada como emergência psiquiátrica, o que já significa converter uma experiência singular, social e existencial numa experiência medicalizada, patológica, já colocada nonexo explicativo do saber psiquiátrico, que acaba por ser afetado por ela já baseado em categorias nosológicas, explicações e intervenções biológicas e/ou morais, no geral um tanto fechadas, que de certa forma, asseguram as certezas e o controle diante dessa experiência. Para Gondim (2001):

“A noção de emergência, entendida como a constatação médica de agravo à saúde, implicando risco iminente de vida, ou sofrimento intenso,

exigiria, portanto, intervenção imediata, mas rompendo com os mecanismos tradicionais de supressão da crise” (p.7).

Segundo Gomes (1993), a primeira definição de emergência psiquiátrica, formulada por Dupré, na França, a enuncia como

“um conjunto das psicopatias cuja simultaneidade, evolução aguda e gravidade particular imporiam ao prático a obrigação e a responsabilidade de um diagnóstico apressado, de uma intervenção terapêutica imediata e de uma decisão médico - legal rápida” (Grivois, 1990, apud Gomes, 1993, p.48).

A concepção das situações de crise como emergências psiquiátricas se faz bastante forte dentro da Psiquiatria Tradicional. No estudo da literatura desta linha, optou-se por destacar o *Compendio de Psiquiatria* de Kaplan e Sadock (1990). A opção por analisar o *Compêndio de Psiquiatria* de Kaplan e Sadock, e mais especificamente a parte da obra dedicada às Emergências Psiquiátricas, deveu-se ao fato de ser esta uma obra relativamente atual e que serve como referência e base na formação em Psiquiatria, sendo seus ensinamentos amplamente difundidos e utilizados nos mais diversos cursos de psiquiatria. Por isso é aqui tomada como uma obra ícone da Psiquiatria Tradicional. Situando um pouco o autor, é importante citar que Kaplan desenvolveu, posteriormente à escrita do *Compendio*, trabalhos junto a Gerald Caplan, da Psiquiatria Preventiva Norte-Americana, cujas formulações sobre a crise serão aqui também destacadas.

No texto sobre as Emergências Psiquiátricas, Kaplan dedica grande parte ao estudo do Suicídio, apontando os “pacientes suicidas” como constitutivos da causa mais freqüente das emergências psiquiátricas. O autor coloca logo de início que os pacientes suicidas muitas vezes “não são tratáveis no contexto ambulatorial, resistem à hospitalização e estão sujeitos a crises recorrentes durante o tratamento” (p.477). Sendo um texto de abordagem clínico-epidemiológica faz correlações entre diversos fatores - tais como, clima, idade, sexo e doença mental diagnosticada - e o suicídio, no intuito de caracterizar essa “população” suicida para reconhecer “vítimas em potencial” (p.477). É interessante observar as preocupações e prescrições das quais algumas práticas no contexto de Reforma Psiquiátrica no Brasil se diferenciam e que, até mesmo, criticariam. Em um item intitulado “Previsão” do suicídio, o autor coloca que é “tarefa do clínico avaliar o risco de suicídio de cada paciente individual, com base em um cuidadoso exame clínico”. Prescreve ainda que o clínico pergunte diretamente ao paciente sobre a ideação suicida, como sendo uma parte

integrante de qualquer exame do estado mental e principalmente se o paciente estiver deprimido. Como tratamento, o autor afirma que a principal decisão clínica a ser tomada refere-se à hospitalização ou não do paciente com ideação suicida.

Num outro tópico, ao comentar o papel e atuação das organizações comunitárias em relação ao suicídio, o autor cita alguns recursos comunitários como “postos de escuta durante as crises” e linhas telefônicas para suicidas como sendo uma tentativa para diminuir o isolamento e a solidão dos pacientes suicidas. Ele considera que, embora essas organizações pareçam ter menos problemas que os terapeutas com a ética referente ao tratamento da pessoa suicida, suas respostas apenas atenuariam uma crise aguda, mas seus esforços possibilitariam que pessoas em alto risco fossem hospitalizadas (p.482). Nesse sentido, fica claro que esse olhar restringe a eficácia das respostas a essas situações apenas às ações instituições de saúde e, nesse caso, mais especificamente à hospitalização, conferindo mais importância às organizações comunitárias na medida em que podem levar a uma instituição de saúde. Num ponto de vista transformador das relações com a loucura, não seria necessário hierarquizar dessa maneira as relações entre tais organizações e a rede de saúde.

Kaplan (1990) segue tematizando o que ele denomina de “Outras emergências psiquiátricas”, definindo emergência psiquiátrica como “um distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações, para o qual é necessário um tratamento imediato” (p.482) e tratando separadamente cada quadro nosológico num conjunto dos “Estados de emergência psicológicos” ou nos “Estados Orgânicos de emergência”.

A noção tanto da crise como da emergência psiquiátrica como distúrbio, utilizada em algumas abordagens e não somente em Kaplan, tem sido alvo de muitas críticas e discussões no processo de desconstrução do saber psiquiátrico. Nesse modo de entender a crise, a retirada da variável que causa a perturbação, no geral através da intervenção medicamentosa e da hospitalização, bastaria para equilibrar ou controlar o que está perturbado.

Considerando essa definição, o autor tratará das emergências do ponto de vista das condições comuns pelas quais os pacientes chegam a um serviço de emergência ou à admissão psiquiátrica. E nesse âmbito, ao tematizar a entrevista psiquiátrica na emergência, Kaplan se refere à importância de obter uma história “suplementar” a partir das pessoas que acompanham o paciente e coloca que isso é particularmente necessário se o paciente “for

negativista, não-cooperativo ou de alguma forma estiver incapacitado de fornecer uma história coerente” (p.483).

Tendo formulado algumas prescrições para a realização de uma entrevista psiquiátrica, Kaplan passa a cada estado de emergência, suas respectivas características e tratamentos. Aqui serão destacadas algumas observações do autor que nos servem para pensar o lugar da loucura, tratada nessa abordagem como objeto do saber médico, e para olharmos de forma mais aproximada as linhas que se dedicaram ao que aqui chamamos de situações de crise e suas diferenças e a produção de discursos e práticas da qual participam.

Nesse sentido, observemos o que o autor fala sobre o tratamento de “Violência e Comportamento Agressivo”:

“Os pacientes que lutam violentamente são mais efetivamente subjugados com um sedativo apropriado ou com um antipsicótico (...). A ECT também é usada em emergências para controlar a violência psicótica. A administração de um ou vários tratamentos de ECT no espaço de algumas horas acaba com um episódio de violência psicótica” (p.483).

Essa mesma prescrição, da possibilidade de persuadir e da necessidade de subjugar se repete ao tratar da esquizofrenia paranóide. Ainda na discussão do comportamento agressivo, o autor faz considerações sobre os riscos e as conseqüências da contenção mecânica, mas de forma mais propriamente médica e jurídica, ou seja, apenas enquanto um procedimento médico que deve ser regulado juridicamente. Em momento algum entram em questão os efeitos subjetivos para a pessoa contida e nem a possibilidade de outros recursos terapêuticos e outros manejos da violência e da agressividade que não sejam os da hospitalização, da contenção, da medicação e da ECT.

Outro trecho, referente ao tratamento da mania, fala da possibilidade do procedimento acalmar os pacientes em fase maníaca pelo tempo suficiente para que aceitem medicação e hospitalização, caso seja necessário. (p.484).

Uma pequena diferença na abordagem de Kaplan, em relação aos demais quadros de emergências, se faz quando o autor fala dos estados que ele chama de *Luto e Desolação* normais - diferentes da Depressão - para os quais ele sugere um encorajamento para ventilar os sentimentos e ser confortado quanto à normalidade destes. Nesse caso, ele contra-indica o uso de antidepressivos, que bloqueariam o processo de luto, dando preferência ao uso de tranquilizantes.

Mesmo com essa diferença, o ato de medicar ainda permanece como o grande foco, como recurso central e indispensável. É interessante pensar ainda que a diferença apareceu ligada a um estado de ausência de agitação e agressividade, o que remete a alguns estudos sobre intervenções em emergência que apontam tanto uma dificuldade maior de tolerância dos profissionais como uma tendência maior a internar, medicar fortemente ou conter, sem recorrer a outros recursos anteriores, quando se trata de situações de agressividade ou de uma intensidade francamente manifesta e voltada para “fora”, julgadas como sendo de maior risco.

Assim, de modo geral, vê-se na perspectiva Kaplaniana, um modo de lidar com a crise como emergência psiquiátrica definida como um distúrbio, que por sua vez se enquadra, conforme suas características e manifestações, em um dos quadros da nosologia psiquiátrica. O discurso sobre a crise é um discurso de natureza médica, que busca fundamentações científicas para a doença e está preocupado em descrever, às vezes no geral, às vezes em detalhes, cada “estado de emergência” e seu respectivo tratamento, no geral hospitalar e sempre medicamentoso. O lugar da prática psiquiátrica enquanto exercício de poder nas formas de procedimentos e intervenções técnicas fica bem claro.

#### *A abordagem da crise na Psiquiatria Preventiva Norte-Americana*

Robert Castel, no livro intitulado “A Gestão dos Riscos”, chama atenção para uma questão de extrema importância para a crítica às diversas iniciativas de Reforma Psiquiátrica e a construção da nossa Reforma em curso.

A questão trazida pelo autor, e mais fortemente dirigida à Reforma Psiquiátrica Francesa, mas também às demais Psiquiatrias Reformadas, se faz fundamental para discutirmos a linha da Psiquiatria Preventiva Norte-Americana, e consiste na afirmação crítica de que para a psiquiatria clássica conseguir seu *aggiornamento*, ela precisava de transformações profundas. Profundas, pois ela

“(…) se esforçava para romper com a antiga solução segregativa para intervir diretamente na comunidade (...) [e] contenta também a pretensão de se encarregar totalmente das populações de sua responsabilidade” (p.15).

Assim, nas suas análises do processo histórico da psiquiatria, em seus diversos jogos de forças, o autor defende que a reconversão do dispositivo psiquiátrico foi vista pelo movimento de crítica à medicina mental como um dos caminhos que fariam uso dos controles estatais para se expandir na comunidade.

A Psiquiatria Preventiva surgiu assim, pretendendo revolucionar pela terceira vez a psiquiatria - depois das sacudidas pinelianas e freudianas - intervindo diretamente nas causas das doenças mentais, não apenas prevenindo as mesmas, mas também efetuando a promoção da saúde mental. Eram todas essas as pretensões do programa desta abordagem.

Passando pela Guerra do Vietnã, por uma acentuação do uso de drogas na juventude, pelo surgimento de grupos “desviantes”, dentre outros acontecimentos, se mostra, nesse momento, nos Estados Unidos da América uma mudança de objeto da psiquiatria. Sentia-se a necessidade de medidas urgentes. O pensamento e as propostas programáticas de Gerald Caplan para a psiquiatria, expostos em seu livro intitulado “Princípios de Psiquiatria Preventiva”, são tanto indícios com também produtores dessa mudança de objeto e de foco da atuação: como objeto, a saúde mental, como foco de atuação, a comunidade.

De acordo com Amarante (1995), não somente o Estado americano com Kennedy, mas também as organizações de saúde internacionais (OPAS/OMS) e, por conseqüência, vários países do terceiro mundo passam a adotar a Preventivismo com política de saúde nas décadas de 60/70.

A Psiquiatria Preventiva é definida por Gerald Caplan (1980), como um corpo de conhecimentos que

“podem ser utilizados para planejar e executar planos destinados a reduzir (1) a incidência dos distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (“prevenção primária”), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (“prevenção secundária”) e (3) a deterioração que poderá resultar desses distúrbios (“prevenção terciária”)” (p.31).

No cerne do enfoque da psiquiatria preventiva está também a preocupação com problema total com que a comunidade se defronta e não apenas sobre o problema de indivíduos e grupos.

O projeto da Psiquiatria Preventiva determina, segundo Amarante (1995):

“que as intervenções precoces primária e secundária, evitem o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doenças, decretando, dessa forma, a obsolência do hospício psiquiátrico. Conseqüentemente, alargase o campo para a intervenção preventiva que deve ter início no meio social, evitando que se produzam condutas patológicas. O conceito-chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecido a partir dos conceitos de ‘adaptação’ e ‘desadaptação’ social (...)” (p.38)

A perspectiva da Psiquiatria Preventiva conferiu assim um lugar central à crise, mas colocam-na no âmbito das oposições adaptado-desadaptado, normal-patológico, inserem-na numa visão sobre o desvio, situam-na em referência ao ajustamento ou não às normas sociais, mas de modo, pode-se dizer, não muito crítico a essas.

Caplan criou para a crise um modelo conceitual que, no seu enfoque a longo prazo, baseia-se no pressuposto de que para não se tornar mentalmente perturbada, uma pessoa precisa de “suprimentos” contínuos - físicos, psicossociais e socioculturais - compatíveis com seu estágio corrente de crescimento e desenvolvimento (p.46).

No modelo conceitual as crises são vistas como crises vitais e são concebidas duas formas de crise: as crises de desenvolvimento e as crises acidentais, noções que Caplan formula a partir das teorias da Psicologia Norte-Americana de Erikson (1959) ou Psicologia do Ego.

O que Caplan parece propor nesse sentido é que, para compreender o significado das crises vitais é preciso articular aquela visão a longo prazo - que explica o desenvolvimento da personalidade numa população relacionada à provisão de suprimentos - com a visão a curto prazo, que se concentra nas mudanças agudas do padrão de comportamento que ocorrem de tempos em tempos no curso da vida de uma pessoa.

As crises de desenvolvimento são geradas pelos processos ‘normais’ de desenvolvimento e consistem em períodos de comportamento indiferenciado e transitório entre as fases da vida e se caracterizam por transtornos afetivos e cognitivos. Nessa passagem – conforme leitura que Birman e Costa (*apud* Amarante, 1995) realizaram da obra Caplan – podem ser gerados conflitos que levam à desadaptação e que, se não foram elaborados, podem ainda conduzir a doença mental.

As crises acidentais seriam períodos semelhantes às crises de desenvolvimento, mas que envolvem

“uma perda súbita de suprimentos básicos, ameaça de perda ou o desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhada de um acréscimo de exigências ao indivíduo (...) Tal como acidentes em geral, muitas vezes elas podem ser estatisticamente previstas” (Caplan, 1980, p.49).

Para a Psiquiatria Preventiva as crises de modo geral são concebidas como pontos de transição na história dos indivíduos e que se caracterizam por uma

“aguda perturbação psicológica, que dura de uma a quatro ou cinco semanas, a qual não parece constituir em si mesma um sintoma de distúrbio mental, mas antes a manifestação de um esforço de ajustamento e adaptação em face de um problema insolúvel” (Caplan, 1980, p.49).

Tais problemas consistem normalmente em situações novas que o indivíduo não foi capaz de enfrentar rapidamente com seus mecanismos de defesa e interação. Caplan concebe que, de algumas crises, o indivíduo sai “menos saudável” do que era antes e que, nesses casos, a progressão para a doença mental foi acelerada durante sucessivos momentos de crise. Por outro lado, para outros pacientes o autor supõe que “sua trajetória descendente parece ter sido retardada por uma experiência bem sucedida de ajustamento durante certas crises” (p.50). Assim, a crise pode consistir num período de oportunidade, quando as mudanças se encaminhavam no sentido de maior saúde e maturidade, ou um episódio prejudicial, quando implicam na redução da capacidade para lidar com os problemas da vida. O modelo propõe ainda que cada crise representa uma nova situação em que novas forças estão envolvidas.

Mais uma vez, Birman & Costa (apud Amarante, 1995) comentam que nessa abordagem de produção de saúde

“(...) a Crise tornar-se um objeto privilegiado, já que se ela é um caminho seguro que pode conduzir à doença, ela pode ser também encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo. (...) sozinho nesta eventualidade, o indivíduo nem sempre consegue torna-la proveitosa para si (...). Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento” (p.40).

Considerando a crise como oportunidade, Caplan aposta numa tentativa de intervir para o “desfecho positivo” da crise. Neste sentido, o autor fala de fatores pessoais

importantes e de outros recursos, denominados por ele como “influências” que participam na produção de uma crise como no seu curso e desfecho. A respeito das “influências sócio-culturais na solução da crise”, atenta-se para o fato de que, usualmente, uma pessoa não enfrenta uma crise sozinha, mas que pode ser ajudada ou dificultada pelas pessoas que a cercam - família, amigos, vizinho, comunidade e até mesmo a nação (p.38). Desse modo, propõe Caplan:

“Ao se analisar os efeitos de uma crise em relação ao distúrbio mental, não convém concentrarmo-nos no indivíduo referente de tal maneira que se percam de vista as mudanças nos outros indivíduos de sua rede social” (p.59).

O autor também inclui considerações sobre a importância da família e de outros grupos auxiliarem a pessoa em crise a enfrentar o problema de forma ativa. Considera ainda que um aspecto característico da crise é que quando a tensão atinge um ápice, o indivíduo começa a mobilizar não somente seus próprios recursos, mas também a solicitar ajuda de outros. Neste momento, destaca-se, para o autor, a importância dos efeitos das intervenções das figuras “informais” que as pessoas em crise procuram.

Esta idéia, se por um lado, retira da crise o valor de negatividade, e o conseqüente abandono e exclusão, por outro implica uma discussão moral importante. O autor, por exemplo, sugere que o indivíduo enfrente a crise “desenvolvendo novas técnicas socialmente aceitáveis e baseadas na realidade” (p.57). É preciso não cair em uma idéia muito comum e uma atitude terapêutica que poderiam, facilmente, consistir num desdobramento dessas: a idéia moral de que é positivo sofrer para aprender e crescer, como se não o fosse possível sem passar pelas *crises*; e uma atitude terapêutica que, além de confrontar com o sujeito parâmetros de comportamento rígidos e morais do que é um “desfecho positivo”, se faz muito interventora e apressada em querer que o sujeito abandone logo sua crise, sem se atentar para as singularidades.

No que diz respeito aos atravessamentos entre as experiências de crise e a assistência recebida, em Psiquiatria Preventiva se fala da “Influência dos assistentes profissionais” e enumeram-se três aspectos da crise que são particularmente significativos para a prevenção primária.

O primeiro aspecto se refere ao desfecho de uma crise, que para Caplan não seria determinado por seus “fatores antecedentes”, tais como a natureza do perigo, a personalidade ou a experiência biopsicossocial do indivíduo. Embora esses fatores pesem,

o desfecho dependeria mais da interação do que ele chama de forças endógenas e exógenas no decorrer da crise. A intervenção pode “neutralizar” esses fatores antecedentes e levar a um resultado inesperado, positivo ou negativo para o indivíduo.

O segundo aspecto seria o fato de que, durante uma crise, o indivíduo sentiria um desejo maior de ajuda e os seus sintomas suscitariam uma resposta solícita para aqueles que o rodeiam. Por fim, o terceiro, bastante atrelado ao anterior, consistiria em uma maior suscetibilidade à “influência” dos outros.

A partir desses três aspectos, o autor chega a uma conclusão muito interessante e de grande valia para as práticas posteriores da Reforma Psiquiátrica, tendo sido muito incorporada pela Psiquiatria Democrática Italiana: de que a crise proporciona aos agentes assistenciais uma grande oportunidade para desenvolver esforços com um máximo de proveito.

Além de formular um modelo conceitual para a crise, a Psiquiatria Preventiva elaborou métodos a serem implementados com seu amplo Programa de Prevenção, que não será aqui exposto em sua totalidade, mas trazido apenas através de alguns pontos destacados que mais nos servirão para as discussões posteriores e que mais claramente estão presentes nos programas italianos e brasileiros.

Uma das premissas reza que o Programa deve centrar-se no paciente, ou seja, coloca-se como princípio fundamental da abordagem, o desenvolvimento de programas que sejam planejados em relação às necessidades da comunidade e que simultaneamente se proponham a satisfazer as necessidades individuais de cada paciente. Embora tal busca seja atualmente um lugar comum em Saúde Pública e Saúde Mental, naquele momento da Psiquiatria consistia numa idéia nova, uma preocupação com as necessidades comunitárias, uma ampliação do foco ao lado do olhar para cada paciente, tendo o cuidado de avaliar as necessidades atuais e futuras apresentadas por cada um.

Neste âmbito, Caplan ainda salienta que, como o sistema inclui combinações de possibilidade, o paciente pode ter o tratamento que requer, ao contrário da maior parte da prática psiquiátrica, cujo programa com foco na “agência” e não no indivíduo faz com que os pacientes não ajustados às necessidades das instituições sejam rejeitados.

Outra diretriz operacional importante consiste em garantir a movimentação do paciente no sistema de saúde: reduzindo as barreiras comunicativas entre as unidades de saúde, demandando que os profissionais se identifiquem com todo o sistema e não somente com uma unidade; possibilitando a continuidade na assistência a um paciente acompanhado

por um profissional nos seus deslocamentos entre as unidades, conforme fizeram algumas experiências inglesas e alguns centros norte-americanos; e criando um serviço central ou um cargo entre as unidades para supervisionar o movimento dos pacientes entre as unidades e ajudar a resolver problemas administrativos ou psiquiátricos que dificultem a movimentação do paciente. Rascunhando a “*presa in carico*” italiana, o programa propõe uma responsabilidade profissional que esteja para além das fronteiras administrativas. (p.169).

*Antipsiquiatria: a crise como fato político e experiência a ser testemunhada.*

O movimento da antipsiquiatria, movimento inglês surgido na década de 60 em meio à contracultura, questiona radicalmente a noção de doença mental cunhada pela psiquiatria, e condena a violência do saber psiquiátrico, buscando assim uma relação com a loucura que não passe pela via do conhecimento científico e psiquiátrico, por uma verdade absoluta que se cola sobre a mesma.

Foucault (1979) considera importante situar as antipsiquiatrias - e nelas ele inclui tanto Laing como Basaglia - em relação a dois processos diferentes, do ponto de vista histórico, político e epistemológico, ambos abordados por ele como formas de despsiquiatização. A primeira teria consistido numa despsiquiatização que tratava sobretudo de deslocar o poder do médico em prol de um saber mais exato, como em Babinski, que buscava a redução da doença à sua realidade estrita, através da psicocirurgia e da psiquiatria farmacológica. A segunda forma - a Psicanálise - tentou tornar a produção da loucura em sua verdade a mais intensa possível, longe do hospital e do atravessamento de outros saberes, através de um *encontro particular* e da *regra da liberdade discursiva*. A antipsiquiatria se oporia a essas duas grandes formas de psiquiatização, pois no cerne dela está a luta dentro, com e contra a instituição, a instituição Psiquiatria.

Dessa maneira, nas palavras de Cooper (1974) - um dos psiquiatras mais amplamente conhecidos deste movimento, junto a Ronald Laing - “A antipsiquiatria procura inverter as normas do jogo psiquiátrico como um prelúdio para pôr fim a esses jogos” (p.71).

Tudo o que é da ordem da psiquiatria é de fato transgredido ou invertido nas propostas e até mesmo nas práticas relatadas por esses autores. As relações hierarquizadas e unidirecionais, passam a ser recíprocas, o psiquiatra se questiona do seu lugar, assim como

admite suas limitações diante da loucura e dos “loucos”. A ação de diagnosticar é invertida pela ação de “anti-diagnosticar”, ou seja, de levar em conta a experiência do sujeito tal como ele expressa e de tomar essa expressão como, este sim, o diagnóstico. A fim de esclarecer, Cooper exemplifica com a experiência de uma menina que encontrou num hospital, diagnosticada como esquizofrênica. Ela se sentia uma planta e se expressava por movimentos do corpo “estranhos”, tais como o de uma planta que cresce. Para a antipsiquiatria, “anti-diagnosticar” é testemunhar e nesse caso, testemunhar o que a menina sentia ser, diz Cooper “testemunhar sua dança”, acrescentando que a necessidade de uma testemunha é, para ele, uma das necessidades humanas mais profundas.

E como para qualquer outra experiência “da loucura” para antipsiquiatria, a crise implicaria uma “não-interferência atenta, cuja finalidade seja a abertura da experiência, em vez de seu encerramento” (p.72).

Importante ressaltar que, como efeito do seu caráter radicalmente crítico e transgressor do saber e da sua proposta de ‘inverter’ as concepções da psiquiatria sobre a subjetividade – e talvez também pela inexistência de uma visão de política pública e de organização de serviços –, a crise não tem na antipsiquiatria um lugar especial reservado, tratado separadamente do conjunto da vida do sujeito ou da experiência humana. A expressão crise aparece, dessa maneira, na apreciação dos autores sobre a esquizofrenia – experiência tomada pelos autores como protótipo da loucura, tal como apontamos anteriormente

“(…) esquizofrenia é uma situação de crise microssocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e microculturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo ‘mentalmente doente’ de certa maneira e, a seguir, é confirmada (por processos específicos, mas altamente arbitrários de rotulação) na identidade de ‘paciente esquizofrênico’ pelos agentes médicos ou quase-médicos’(…). Tal afirmação se refere ao distúrbio extremo (crise) num grupo e nada diz acerca da perturbação numa pessoa ‘esquizofrênica’” (Cooper, 1982, p.17).

A loucura para a antipsiquiatria é entendida como um fato político, social e, possivelmente, uma experiência de libertação, não sendo considerada portanto um estado patológico. E na produção desse fato, as relações familiares patogênicas teriam, para a

antipsiquiatria, um lugar particular. Assim, mais tarde, em diálogo com a Escola de Palo Alto, os antipsiquiatras propõem uma origem do processo esquizofrênico nas estruturas e comunicações familiares duplas, duplamente vinculadas, ou seja, que expressam numa só comunicação mensagens paradoxais, geralmente de forte conteúdo afetivo.

De acordo com Melman (2001), os estudos de Laing (1961)<sup>13</sup> encontravam nas famílias esquizofrênicas, uma característica de negligência e impossibilidade de cuidar do desenvolvimento dos familiares mais frágeis de forma satisfatória. As críticas que fizeram não se direcionavam especificamente às famílias “produtoras” de esquizofrenia, mas na verdade à Instituição Família, cujo arranjo burguês era entendida pelos antipsiquiatras como uma forma aperfeiçoada de impedimento de encontros, como um instrumento de expansão do poder da burguesia no capitalismo.

A proposta antipsiquiátrica de acompanhamento de um “louco” em seu processo – que não consideravam tratamento, busca da cura ou qualquer abordagem dessa ordem - possuía algumas abordagens, além daquelas já apontadas anteriormente, características da inversão da psiquiatria. Utilizando o modelo das comunidades terapêuticas, acompanhavam e legitimavam o processo delirante de perto, dentro de um ambiente protegido e livre de coerções (Amarante, 2003), através de métodos de investigação ou simplesmente pela não repressão da crise, psicodramatizada e auxiliada com recursos de regressão (Amarante, 1995).

Com esses e outros princípios, criaram em 1962 no Hospital de Shenley, em Londres, uma enfermaria diferenciada das demais enfermarias psiquiátricas tradicionais: a Vila 21. A “clientela” dessa enfermaria foi constituída primeiro por algumas pessoas que estavam nas outras enfermarias, e conforme a saída dessas, passaram a admitir somente pessoas de primeiros surtos ou crises, de uma incursão recente no circuito psiquiátrico. No livro “Psiquiatria e Antipsiquiatria”, Cooper dedica um Capítulo a essa experiência, descrevendo seu processo de construção, apresentando seus resultados –extremamente significativos – e discutindo seus problemas e limites.

Tendo acompanhado as pessoas internadas na Vila 21 de forma radicalmente diferenciada das práticas então vigentes - sem tratamentos de choque, com uso reduzido de tranquilizantes, com grupos democráticos, terapia conjunta de família, dentre outras ferramentas –, possibilitando a alta a todos os pacientes dentro de um ano após seu ingresso

---

<sup>13</sup> LAING, R. D. The self others, further studies insanity and madness. Londres: Tavistock, 1961.

e outros alcances significativos, uma das conclusões importantes a que os antipsiquiatras chegaram sobre os limites da experiência da Vila 21, nas palavras de Cooper, é de que era preciso sair dos confins da instituição [hospital] para continuar se desenvolvendo na comunidade.

Algumas críticas que se fazem á Antipsiquiatria e a um certo caminho de abordagem sobre as relações entre loucura e família que ela engendrou, é de que, conforme concebe Melman (2001), se por um lado o movimento da antipsiquiatria foi de grande importância e utilidade no sentido de denunciar situações de abandono e de exclusão social em que viviam os sujeitos identificados como loucos, fizeram uma certa aliança com a figura do “paciente”, que acabou por produzir uma leitura maniqueísta em relação à família, seguida de uma cultura psicológica de culpabilização das famílias.

Há que se ressaltar que, possivelmente, ao buscar uma formulação explicativa da gênese da esquizofrenia e localizar um agente, a família, como ator principal – em vez de enxergar também a família como um só tempo produzindo e sendo produzida nas forças históricas que também constroem a loucura com invalidação – a antipsiquiatria foi capturada pelo mesmo sistema de poder-saber que criticava, à medida que, enfatizando-se o problema na família, todo o restante da sociedade, o Estado, a Universidade, as Instituições médicas, sanitárias, jurídicas, religiosas, educacionais, enfim, todo um modo de produção teve suas implicações invisibilizadas ou, quando muito, postas em segundo plano.

### *A Psiquiatria Democrática Italiana e as situações de crise*

Uma questão foucaultiana valiosa para a desconstrução das relações entre a loucura e os saberes que se voltaram para ela, é expressa na pergunta final do texto “A Casa dos Loucos”, em “Microfísica do Poder”, qual seja: “É possível que a produção da verdade da loucura possa se efetuar em formas que não sejam as da relação de conhecimento?” (Foucault, 1979, p.123). Esta é, não por coincidência, justamente uma das perguntas que a

a desinstitucionalização italiana – talvez mais claramente e radicalmente do que outras linhas – enuncia na forma de críticas e de práticas opostas ao saber psiquiátrico tradicional.

A construção do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana teve nas leituras de Marx, no Humanismo Sartriano e no Fenomenológico, em Michel Foucault e em Goffman seus referenciais teóricos e filosóficos principais.

Seus primeiros passos também se deram na década de 60 e, se é possível localizar, mais precisamente, em 1961, quando Franco Basaglia assume a direção do Hospital de Gorizia, implementando fortes mudanças políticas, éticas e organizativas neste serviço - baseadas, neste momento inicial, nos modelos da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica - e eliminando os métodos coercitivos e violentos de tratamento e criando espaços de encontros, discussão e decisão democráticos entre profissionais e pessoas internadas, o que permitiu que em 1962, se desse início a abertura do hospital para a comunidade.

Essa experiência revela para seus atores a articulação entre a psiquiatria, o controle social e as práticas de exclusão e a insuficiência das transformações interiores ao hospital para resistir e sustentar uma mudança das relações com a loucura fora dele. Assim, os autores, sobretudo Basaglia, passam a dar especial ênfase em sua produção teórica e prática às questões relativas à psiquiatria e a justiça, a relação histórica entre a psiquiatria e as diferentes classes sociais, assim como à problematização da ciência, da não-neutralidade científica, da função social dos técnicos como agentes de poder e controle, temas que se tornarão pilares da Reforma Italiana. Nesse mesmo momento de constatação da superficialidade das mudanças em Gorizia, Basaglia também toma contato com a produção teórica de Foucault e Goffman.

Alguns conceitos operacionais centrais são tomados como ferramentas com o processo de Gorizia. Uma operação chave foi a de colocar a doença mental entre parênteses, o que não significa negar sua existência, mas de rejeitar o enquadramento teórico e ideológico que no qual a psiquiatria encerrou a loucura.. Segundo Amarante (1996), esta operação significa trazer à tona o fato de que

“(...) a psiquiatria construiu conceitos de sintomas e doenças sobre fenômenos que, em última instância, lhes são absolutamente incompreensíveis e que, portanto, cumprem um papel meramente ideológico. (...) significa realizar uma operação teórico-prática d afastar as incrustações, a superestruturas, produzidas no interior da instituição

manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quando no mundo externo, em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico” (p.96)

Colocando a doença mental entre parênteses, torna-se possível para os italianos, perceber o seu duplo, aquilo que se incorpora e mais do que isso, acaba por se sobrepor à doença com o processo de institucionalização, que a objetiva e lhe confere uma aparência de experiência homogênea, estereotipada, uma face institucionalizada. Tudo aquilo que é construído em torno da pessoa internada - a relação calcada em preconceitos, a negação da sua subjetividade, dentre outras objetivações - é compreendido como *o duplo da doença mental*.

Dessa forma, desmontar na prática o conceito de doença mental e, conseqüentemente, este modo de se subjetivar e se relacionar foi considerado por Basaglia como primeiro e mais importante ato terapêutico e- consiste em mapear o percurso da face institucional da doença, o percurso do duplo, tornando possível revelar o que este encobre - a subjetividade e se ocupar do sujeito na sua existência global e não apenas da sua doença.

É também parte do processo de Trieste que se nega a instituição psiquiatria, a instituição manicomial e todo o sistema de saberes, valores e normas que institui a loucura como doença mental e que escolhe o isolamento e a internação como saídas para a mesma.: No livro intitulado “*A Instituição Negada*”, Basaglia teoriza sobre essa negação e divulga a experiência de Gorizia, que, no contexto das lutas operárias e estudantis de fins dos anos 60, tiveram grande repercussão no restante da Itália e no âmbito internacional.

Compreendendo que as pessoas permaneciam no hospital psiquiátrico por não terem condições econômicas e sociais para viver fora dele, a equipe de Gorizia solicita o fechamento do Hospital e, diante da negação, se demitem em conjunto.

Após o desfecho do processo de Gorizia, Basaglia vai para os Estados Unidos, onde conhece a Psiquiatria Comunitária de Caplan, se apropriando de algumas de suas ferramentas e noções, que posteriormente colocará em prática em Trieste, ao mesmo tempo em que formula críticas ao modelo norte-americano, especialmente referidas ao seu caráter predominantemente técnico e organizacional, minimamente crítico do saber psiquiátrico e pouco resolutivo. Uma das noções “herdadas” e transformadas a partir da experiência norte-americana é a noção central de desinstitucionalização.

Retornando para a Itália em 70, dá início em 71 à transformação e à transferência do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, processo posteriormente teorizado e conhecido como o primeiro processo de “desinstitucionalização”, e que levará ao fechamento do manicômio e constituição de um determinado de assistência territorial (Barros, 1990, p.65.). Desinstitucionalizar o paradigma, na corrente italiana, implica modificar conceitos e práticas da psiquiatria tradicional tais como a periculosidade, o estatuto de negatividade e incapacidade atribuídas ao sujeito identificado como louco ou que tem uma relação, muitas vezes, radical diferença com a realidade.

A desinstitucionalização consiste num processo crítico-prático e de desmontagem do “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p.30). A preocupação deixa de ser com a doença e passa a ser a existência global do sujeito e as relações sociais e as ações e os trabalhos terapêuticos passam a ser dirigidas também nesse sentido, de diluir o estigma relacionado a loucura, de contribuir para que o sujeito tenha mais autonomia e contratualidade, de criar condições para que a própria existência enquanto loucura e sofrimento possa se modificar (Barros, 1990).

Dessa forma, com a desinstitucionalização a finalidade das ações não é curar o sujeito, ou remitir o sintoma, e fazê-lo mais produtivo, mas sim contribuir para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e possibilitar a utilização de espaços de convivência dispersa, como já foi referido anteriormente.

Segundo Rotelli et al (2001), a desinstitucionalização é ainda caracterizada pelos seguintes aspectos: (1) Mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional, sendo para eles os principais atores os técnicos; (2) Tem como objetivo prioritário transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos, principalmente os pacientes; (3) É um trabalho gradativo, “homeopático”; propõe a construção de uma nova política de saúde mental que parta de dentro da instituição para desmontá-la, com a mobilização e participação, no geral conflitiva, dos diversos atores envolvidos. Essa abertura cria problemas, que são tomados como produtivos ou positivos à medida que na gestão desses problemas já são necessárias mudanças culturais.

Diversas ações inovadoras se dão a partir de 71, e assim, em 1973, tem se declarado constituído o movimento política denominado Psiquiatria Democrática cujo objetivo é o de construir bases sociais mais amplas para a viabilização da reforma na orientação basagliana em todo o território italiano (Amarante, 1995). De 1975 a 1978 são criados os diversos

serviços territoriais, percurso no qual o trabalho com as situações de crise e sua problematização começa a ganhar caráter fundametal.

A concepção e, em alguns casos, o funcionamento dos serviços como serviços substitutivos incluem como central a capacidade de incorporar a crise no cotidiano, de responder à crise sem delegá-la ao manicômio. Um serviço substitutivo - conceito cunhado por Rotelli (2001)- é um serviço, além de conseguir substituir o manicômio físico evitando o ingresso nele, evitando as internações, também substitui a cultura manicomial, transforma a demanda existente pelo saber psiquiátrico e sua função, transforma os modos de lidar com a diferença e a loucura. Para tanto precisa ser um serviço incorporado à comunidade e de referência para esta.

As situações de crise são tomadas como centrais e como momentos desafiantes e catalisadores para o questionamento e transformação da cultura manicomial. E para os italianos, sua definição se dá de acordo com os dispositivos de assistência. Cada dispositivo participa na construção de alguns modos de viver a crise. No modelo manicomial, qualquer diferença ou variação pode ser diagnosticada e identificada como crise, assim como entendida como natural no curso da doença e referida a uma categoria psicopatológica. Nesse caso, dificilmente as práticas do serviço e a utilização ou não de recursos são tomados como também produtores do modo como a pessoa em crise vive esse momento e sua relação com seu sofrimento.

Dessa maneira, nos serviços comunitários que se desenvolvem em torno do hospital e funcionam com seletividade e fragmentação, só fazem produzir mais situações que desembocam no hospital psiquiátrico. Dell'Acqua e Mezzina (1991) sugerem que a própria rigidez, e burocratização, do sistema, as etapas a serem cumpridas, as idas e vindas muitas vezes contribuem para a emergência da crise. E que neses casos, em vez de pôr em questão o sistema de serviços e se pôr em questão, o serviço sempre tende a evidenciar “ a crise do paciente” e tendo que se deparar com as demandas e neessidades da clientela, difilmente tem a capacidade de colocar-se em crise, de analisar suas implicações na produção dessas demandas e a transformação das suas respostas.

Contrariamente ao tradicional de concepção da crise, Dell'Acqua e Mezzina (1991) consideram que

“Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular. Existe, de fato, um valor-limite a estas duas

contingências, além do qual os problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos da vida assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico” (p.53).

Dessa maneira, para delimitar as situações de crise, os autores tiveram como parâmetro as informações colhidas com a clientela de primeiro contato com o Centro de Saúde Mental de Barcola, em Trieste, identificando as situações pelas quais essa clientela era enviada ao Hospital Psiquiátrico para internação involuntária. Como “situações de crise” foram consideradas aquelas que respondiam a pelo menos três dos cinco parâmetros seguintes:

- “Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;
- Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito, e
- Situações de alarme no contexto familiar e/ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las” (p.59).

É interessante notar que a maior parte dos motivos colocados como aqueles que levam a pessoa à internação são motivos referentes ao contexto social e familiar e à relação da clientela com os serviços psiquiátricos.

A partir da experiência de Trieste, os autores propõem algumas diretrizes de um serviço e de práticas transformadoras. Uma delas consiste na capacidade de apreender a complexidade do momento da crise - e, portanto dos instrumentos necessários para cuidar. A outra, e talvez uma das mais fundamentais, é a possibilidade do serviço de se colocar em crise, se questionar, se repensar quando não consegue dar conta de acolher o sujeito, de responsabilizar-se com ele, quando seus recursos e os da rede são escassos. A reconstrução da história, através do contato com locais de vida - colocando a crise numa articulação de nexos que podem dar-lhe um senso, uma possibilidade de ser compartilhada e compreendida - também é uma exercitada como ação importante no momento da crise, ao contrário do isolamento, assim como outro princípio, o de buscar, na medida do possível, não interromper o cotidiano do paciente. Reconhecendo a dificuldade não rara do contato durante a crise - principalmente se levarmos em conta a nossa restrição ao contato verbal e

racionalizado - os italianos também criaram e organizaram diversas modalidades de contato no cotidiano do serviço.

Assim, a flexibilidade no trabalho de assistência e na gestão do cotidiano do serviço, - efetuada como a possibilidade de, para cada situação singular, determinar as adequadas respostas operativas, que sejam particulares àquela situação e que não estejam necessariamente definidas pela organização do trabalho ou pelas disposições do serviço - consiste em mais uma diretriz.

No que se refere à ponta da ação, o momento em que se recebe a pessoa em crise - percebido pelos italianos como sendo no paradigma manicomial o momento de máxima simplificação e redução da experiência - tem-se como diretriz, além das anteriores, entender bem os agentes que constituem a demanda e o encaminhamento e não esperar “a crise” chegar aos serviços, mas antes se oferecer às pessoas no território, estar no território.

Nesse sentido, formulou-se também a noção central de “tomada de responsabilidade” com o sujeito e com o território definida, entre outras formas, como "disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, que não sejam somente a crise como emergência" (p.?). Articulada com o território, a resposta à crise é também dirigida no sentido de colocar o paciente em contato com um sistema de recursos humanos e materiais.

Assim a noção de território é mais um dentre os princípios que tomamos de empréstimo da experiência italiana. O território comporta uma área geográfica com toda a sua história, sua cultura, sua situação econômica, política, sanitária, sua disposição espacial, suas instituições, dentre outras materialidades. E muitas vezes pode até mesmo extrapolar essa área geográfica das imediações do serviço, dependendo da demanda recebida e da disposição do serviço em lidar com essa demanda.

Estar no território, como discutiremos de forma menos geral ao falarmos das experiências pesquisadas, é não só se instalar numa determinada área, mas descobri-la, compreendê-la, dialogar com as pessoas e as organizações que a habitam, lidar com as contradições e também poder desconstruir – gradativamente e sem atropelar as possibilidades singularidades de cada situação, família, vizinhança – relações de violência com as pessoas que sofrem ou não, mas que são identificados como loucas e desinvestidas, desmontar regras normalizadoras de convívio etc. Ter o território como princípio é também, portanto, construir territórios habitáveis para “a loucura”, que inclusive possam estar fora “da loucura”, para que as pessoas que estão com a vida atrapalhada, mortificada, paralisada

pelas dificuldades de ter uma inserção diferente, às vezes radicalmente, na realidade e as que estão em seu entorno possam transitar, se remanejar, sendo apoiadas nesse processo.

Mesmo munidos da crítica política, de uma experiência histórica e de princípios operacionais certamente singulares e inovadores, segundo Norcio (2002) atualmente, em muitas regiões da Itália - com algumas exceções, dentre elas a experiência de Trieste - o panorama geral do funcionamento do sistema de saúde mental não é muito favorável.

O autor relata que nos 25 anos que se seguiram à implementação da Lei da Reforma italiana (Lei 180 de 1978), os serviços comunitários tem tido pouca possibilidade de resposta aos casos de “urgência ou emergência”, que acabam sendo delegados aos serviços de emergência dos Hospitais Gerais ou dos Serviços de Cuidado e Diagnóstico Psiquiátrico (PDCS). Tem persistido um modelo de administração que ele denomina neo-asilar, com muitas contenções físicas, uso de eletrochoque, serviços com portas fechadas e separação entre o PDCS e os serviços comunitários (modelo médico-hospitalar de gerenciamento dos “casos agudos” ou crises). Houve, no entanto, em Trieste, com o esforço para transformar a cultura relacionada à loucura e a relação entre os serviços de saúde mental, uma reivindicação bem sucedida de estipular e regulamentar o PDCS pela lei. Nas experiências do Departamento de Saúde Mental de Trieste e de outras regiões, os serviços comunitários respondem quase inteiramente às “emergências” e a hospitalização passa a ter função complementar de se ocupar de aspectos mais propriamente médicos ou como uma espécie de filtro para avaliar melhor a demanda que chega ao hospital geral.

## Discussão

Retomando questões apontadas em cada uma das linhas, problematizando-as e relacionando-as entre si, é importante destacar primeiramente uma observação sobre a Psiquiatria Tradicional. As propostas teórico-práticas da psiquiatria de Kaplan comportam aspectos característicos de uma obra realizada num momento em que as iniciativas de Reforma no Estados Unidos e na Europa já se difundiam e até consolidavam alguns objetivos. Desse modo, diferentemente de linhas mais duras e estereotipadas da Psiquiatria Tradicional, confere alguma importância a recursos comunitários, leva em conta aspectos subjetivos quando trata de “Luto e Desolação”, ou seja, inclusive por também pisar em um terreno da Psiquiatria Comunitária Norte-Americana, pode-se dizer que possui uma abertura mínima para práticas e concepções outras, que não somente ligadas a um

entendimento biologicista e a uma compreensão da doença e de das intervenções psiquiátricas totalmente dissociada de aspectos subjetivos e sociais. Contudo, como vimos, o que predomina na obra de Kaplan é uma perspectiva tradicional diante da loucura, considerada e tratada como doença mental, como objeto privilegiadamente da psiquiatria, com ênfase nas intervenções medicamentosas, na hospitalização e preocupações medicamente dirigidas, sem destaque para questões éticas e políticas sobre o sujeito que está no lugar de paciente psiquiátrico.

Outro aspecto da perspectiva Kaplanina que parece receber o acento preventivista da Psiquiatria Comunitária Norte-Americana é a proposta de busca de vítimas suicidas em potencial sugerida pelo autor como ação de prevenção e tratamento dos pacientes suicidas.

Uma segunda discussão que merece relevo se refere às abordagens propostas por Kaplan aos chamados “pacientes suicidas”, confrontando-as com outras perspectivas de atuação no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Em algumas práticas de Saúde Mental no Rio de Janeiro e em experiências relatadas pela literatura estudada sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pode-se dizer que quem traz a questão do suicídio, no geral, é a pessoa que procura atendimento ou quem a acompanha, não sendo realizado nenhum rastreamento de busca por essa informação, tal como parece indicado de forma generalizada nas prescrições de Kaplan. Nessas práticas referidas, uma vez que a pessoa atendida possua uma história de tentativas ou um sofrimento que vai nesse sentido, passa-se se preocupar com a possibilidade o suicídio acontecer, em momentos mais difíceis ou de afastamento do serviço. Mas até mesmo a forma de se preocupar com o usuário, a atitude e o trabalho diante dessa possibilidade são diferentes e nem sempre cabem num esquema prescrito e simples como o Kaplaniano.

Se a possibilidade de suicídio se apresenta, os serviços costumam ter caminhos diversos, mas em vez de focar a atenção no acontecimento-suicídio e nas formas de esquadrihá-lo e evitá-la, busca-se saber e agir sobre sua a situação de vida da pessoa, as questões envolvidas no seu sofrimento e as possivelmente relacionadas à vontade do suicídio, assim como as que lhe dão sentido e prazer de viver e, principalmente, quais os recursos e a rede social que teria no momento para proteção, cuidado e revitalização. Quando o texto de Kaplan não faça referência a alguns desses manejos e questões, trata das ações na forma de procedimentos e dos acontecimentos como quadros, de modo generalizado e quase homogêneo entre as pessoas, numa forma padrão, e não numa forma

mais aproximada da singularidade, da complexidade de cada situação e de uma aproximação profissional afetiva que tais situações demandam.

Ampliando e acentuando a discussão, diferentemente dos posicionamentos de Kaplan sobre a primeira entrevista ou o primeiro atendimento ao “paciente psiquiátrico”, que sugerem que se leve em conta informações “suplementares” trazidas por acompanhantes dos pacientes, sobretudo quando estes se encontram “negativistas” e incapazes de dizer algo com coerência, Norcio (2002) – autor e profissional de saúde mental italiano referenciado a Desinstitucionalização italiana – propõe em seus “princípios operacionais na abordagem nas situações de crise”, a atenção não somente ao paciente designado, mas a todos que o acompanham, na tentativa de se comunicar com todos, em vez de escolher um interlocutor privilegiado (o saudável) e tratar como interlocutor e não como objeto de cuidado. Vê-se que não somente a linguagem, a relação com o saber e a terminologia se modificam, mas também a proposta de ação e de relação entre o profissional e a pessoa que o procura.

Passando para a psiquiatria Preventiva, cabe ressaltar que esta perspectiva, que se constitui também como um amplo Programa de Política Pública de Saúde, elaborou e concretizou propostas interessantes, aproveitadas em experiências posteriores de Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, a Italiana. Por outro lado, possui várias idéias e ações criticáveis e polêmicas, destacando-se dentre essas: O uso generalizado do conhecimento científico da História Natural das Doenças, prevendo evoluções de crises vitais para um quadro de doença e uma possível cronificação devida a crises sucessivas; o uso da noção de desvio operacionalizando-a na busca de casos suspeitos relacionados a comportamentos considerados marginais, desviantes, transgressores; redução de questões claramente políticas a problemas a serem tratados com recursos sanitários e preventivos. Sobretudo essas últimas características remetem ao seu atravessamento por práticas e ideais políticos e culturais norte-americanos, com por exemplo, a idéia e a busca de uma sociedade harmônica e paradoxalmente controlada e livre – solapando diferenças radicais e “desvios” – assim como as conhecidas práticas políticas norte-americanas de “caça às bruxas”. Além disso, o desdobramento do seu programa e os resultados que alcançou são igualmente criticados por alguns autores (Rotelli, 2001, Amarante, 1995, Birman & Costa, Lancetti, 1989).

Nesse sentido, Costa (1980), aponta que houve nos Estados Unidos um acréscimo na demanda ambulatorial e extra-hospitalar no geral, decorrente dos programas de

prevenção. Esse aumento não significou necessariamente a transferência dos egressos dos asilos para os serviços extra-hospitalares, porque o sistema asilar foi de certa forma retroalimentado pela lógica preventivista. O que aconteceu, segundo Amarante, foi que, os serviços preventivos, aliados a técnica do *screening* - identificação precoce de casos suspeitos de doença no meio de um grupo social -, provocam o ingresso de novos contingentes de clientes para o tratamento mental.

Talvez com certa semelhança ao que vimos no Brasil com o higienismo e também na época do *boom* preventivista, a Psiquiatria Preventiva acabou por constituir um novo projeto de medicalização social e de expansão dos saberes médico-psiquiátricos e psicológicos como normas sociais para a vida cotidiana. Atualmente, profissionais do campo da Saúde Comunitária e da Família e muitos autores e pesquisadores dos Programas eminentemente territorializados desenvolvidos nesse campo – tais como o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – vêm constatando que muitos desses programas tem reproduzido um modelo médico-sanitário tradicional e discutindo no sentido de repensar continuamente essas estratégias, reafirmando uma atuação crítica, popular e não medicalizante da vida.

Outra avaliação crítica da Psiquiatria Preventiva e da desospitalização norte-americanas, é feita por Rotelli (2001), e demarca uma das fortes diferenças entre esse modo de fazer Reforma e a perspectiva da Desinstitucionalização italiana, afirmando que, de modo geral, a desinstitucionalização adotada na Europa e nos EUA nos anos 60 teve, sobretudo um sentido administrativo, se materializando como desospitalização, como um programa de racionalização administrativa e financeira direcionada para a política de altas hospitalares, redução gradual do número de leitos psiquiátricos e fechamento de hospitais etc. Para o autor, embora todas tivessem a intenção de superar o modelo clássico da Psiquiatria, pautado na segregação e na prática da internação, criando serviços extra-hospitalares para prestar assistência aos egressos dos hospitais e evitar futuras hospitalizações, tais tentativas não conseguiram abrir mão do hospital psiquiátrico, desconstruir a demanda pela função social e política do saber psiquiátrico, principalmente por não terem superado culturalmente tal modelo e por não terem a força de uma crítica política à psiquiatria e a idéia absoluta da loucura e da doença como verdades médicas. (Rotelli, 2001, Norcio, 2002, Dell'Acqua & Mezzina, 1991).

Outro autor de grande importância para a discussão sobre a Reforma e suas diversas linhas é Castel (1987) que, embora realize análises críticas direcionadas à Psiquiatria de

Setor Francesa, também problematiza o saber psiquiátrico no geral e os diferentes Movimentos de Reforma. Para Castel, ao contrário do que ocorreu na França e em outras regiões da Europa nas quais a ocupação do terreno crítico à psiquiatria se deu principalmente por tecnologias institucionais sofisticadas e pela psicanálise, na Itália “um movimento crítico vigoroso opôs-se a um sistema psiquiátrico globalmente arcaico e acabou por reduzi-lo” (p.32). Em suas análises, o autor considera que

“(…) os limites [do Movimento Crítico à psiquiatria] se devem sobretudo ao fato de que o terreno dessas práticas já estava ocupado por outros modelos e outras técnicas difíceis de atacar de frente (...) Na França, a instalação de dispositivos institucionais mais sofisticados como o setor e novas técnicas em geral inspiradas na psicanálise, mobilizaram o essencial dos esforços dos profissionais progressistas. Eles contribuíram para desacreditar como ingênuas e redutoras as tentativas de mudança que não se enquadravam nas exigências de um tecnicismo modernista em via de implantação. [E que] Se os profissionais, em sua maioria, permaneceram relativamente alérgicos à contestação sócio-política, é porque já possuíam seu próprio programa de reformas” (p.32).

As observações desses autores, tanto de Castel como de Rotelli, além de fazerem uma certa síntese da diferença fundamental entre as linhas teóricas e práticas discutidas, suscitam assim reflexões imprescindíveis para a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira em curso e suas experiências locais, abordadas no capítulo seguinte.



## **CAPÍTULO II:**

### **O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a tomada das situações de crise como desafio e questão ético-política central para a construção dos serviços substitutivos de Saúde Mental.**

As questões referentes à como fazer para que os dispositivos criados no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira possam receber as situações de crise – evitando delegá-las ao manicômio, à internação, ou ainda, tratá-las de um modo que reproduz a negativização e a mera objetificação dessas experiências - ao mesmo tempo em que seus trabalhadores possam coletivizar suas dificuldades para lidar com tais situações e construir recursos para se cuidar nesse enfrentamento, têm sido certamente um grande desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira, significativamente relatado pela literatura específica.

Aqui, antes de discutirmos o que essa literatura traz no sentido de um certo panorama atual da Reforma no Brasil referente aos modos lidar com a crise, façamos um histórico sintético da Reforma, buscando compreender seu processo, suas rupturas, suas repetições e seus percalços até chegar à história que continuamos construindo no momento atual.

Tomando como referencial a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira traçada por Amarante (1995), seu início enquanto um Movimento público, declarado, se deu entre 1978 e 1980, tendo como estopim a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental -a “Crise da DINSAM”, órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração de políticas do subsetor Saúde Mental. As mobilizações, assembléias e encontros gerados pelos profissionais das unidades da DINSAM- CPP II, Colônia Juliano Moreira, Hospital Philippe Pinel e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todas situadas no Rio de Janeiro - junto a outras entidades políticas e de representação profissional, abriram caminho para a constituição do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, um importante agenciador na criação e construção de um Movimento para a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Assim, o MTSM se constituiu simultaneamente em meio a um amplo contexto de lutas de contestação do regime militar e pela redemocratização do país, no qual emerge um grande questionamento dos tratamentos realizados nos hospitais psiquiátricos, cujos maus tratos, segundo Koda (2001) eram comparados ao tratamento recebido pelos presos políticos da ditadura militar.

O Movimento traz uma série de denúncias da violência existente nos manicômios do país, das condições inadequadas e, muitas vezes, nefastas, de tratamento e trabalho, críticas às limitações do tratamento baseado no modelo biológico e à política de formação e trabalho – caracterizada já nessa época pelos baixos salários e pela contratação e exploração de residentes e estagiários, em detrimento da realização de concursos. Dessa maneira, além de reivindicar melhorias das condições de trabalho, o Movimento denunciava a falência de um modelo e abria brechas para a construção de uma mudança de paradigma neste campo e de novas experiências assistenciais.

“O MTSM caracteriza-se por seu perfil não-cristalizado institucionalmente – sem a existência de estruturas institucionais solidificadas. A não-institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é uma resistência à institucionalização” (Amarante, 1995, p.57).

Algumas mudanças nas políticas de saúde atravessam o MTSM, constituindo o que Amarante (1995) denomina de trajetória sanitária deste Movimento. Outras duas trajetórias identificadas pelo autor são a trajetória alternativa – referida ao momento inicial do movimento – e a da desinstitucionalização. Nesta trajetória, que se estenderia até os dias atuais, destaca-se uma ruptura: o Movimento deixa de ser somente um Movimento de trabalhadores e, segundo o autor, retoma as suas teses iniciais de forma mais radical, entendendo que não se tratava de efetuar uma transformação restrita às instituições da psiquiatria, modernizando-as. O autor marca que, com esse entendimento, o Movimento começa a abandonar as características mais próprias da trajetória sanitária, de aliança com o Estado e forte inserção no aparelho estatal para denunciar

“a psiquiatrização, a institucionalização, [e partir] para uma nova etapa, em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser redefinida e redimensionada. Em resumo, o movimento saía do campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo assistencial, ultrapassando-o estratégica e conceitualmente” (Amarante, 1995, p.81)

Tal transição se dá num momento político de extrema importância para o país, na segunda metade da década de 80, na qual inúmeros acontecimentos tidos como marcos da Reforma emergem, promovendo encontros e reverberando: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado, entre

outros. O lema deste momento era um indicativo das mudanças em curso: “Por um sociedade sem manicômios”.

Ampliando seus princípios e objetivos e com a entrada de familiares e usuários organizados em Associações, o MTSM danou lugar ao Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), Movimento. Segundo Koda:

“O MLA configura-se como um movimento social que busca construir intervenções políticas concretas na sociedade, desenvolvendo uma crítica radical contra os manicômios, descartando-os como possibilidade de assistência à doença mental. O manicômio passa a ser tomado como emblema de relações de violência e exclusão entranhadas em nossa cultura, presentes no modo de funcionamento das mais diversas instituições” (p.2).

Nesse período criam-se os primeiros serviços públicos de Saúde Mental fundamentados nas propostas antimanicomiais e, alguns, francamente referenciados à prática da desinstitucionalização como desconstrução de um paradigma. Esse é o caso, por exemplo, da experiência de constituição de todo um sistema substitutivo na cidade de Santos, em São Paulo, incluindo a criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial –o NAPS de Santos - a partir da intervenção numa clínica psiquiátrica de grande porte, a Casa de Saúde Anchieta, processo que teve repercussão nacional. Em vários Estados outros dispositivos foram criados os Hospitais-Dia (HD), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, as Cooperativas, os Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) – em Minas Gerais as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral, Oficinas de trabalho abrigado.

Uma crítica forte e bastante compartilhada que se faz ao processo atual da Reforma no Brasil se refere ao seu caráter fortemente restrito à reorganização dos serviços e reorientação da capacidade assistencial da psiquiatria, sem nutrir um processo permanente de repensar nossas implicações políticas e éticas, nossos comprometimentos com instrumentos de controle social historicamente construídos e nossa compreensão e apropriação singularizada dos pressupostos principais da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Outra, de certa forma relacionada a anterior, afirma que o centramento das Políticas Públicas de Saúde Mental na construção e desenvolvimento dos “novos serviços” tem se dado de forma excludente com a continuidade das intervenções nos grandes hospícios. Nessa mesma linha de crítica, o financiamento da Reforma seria também considerado lento

e retrógrado em alguns Estados e Municípios, à medida que ainda concentra boa parte dos recursos nos Hospitais Psiquiátricos.

Campos (2002) fala de três grandes linhas políticas e de modos de ação que foram elaboradas no processo da Reforma para lidar com a polaridade: práticas ou modelo substitutivos versus modelo manicomial, que pode ser traduzida, grosso modo, em um conflito entre o hospital psiquiátrico e a rede. A primeira postura, de cunho neoliberal, se dá fechando hospitais para cortar gastos, antes de criar serviços substitutivos e gerando desassistência. A segunda linha, mais freqüente, é a da coexistência dos dois modelos; coexistência que envolve alguns problemas, tais como a permanência da concentração de recursos financeiros nos hospitais, a continuidade desses hospitais como possibilidade de lidar com sofrimento, o que mantém a produção de uma cultura, de subjetividades e de uma formação que estejam de acordo com essa possibilidade. A terceira alternativa se faz pela intervenção nos dois espaços e lógicas, desmontando o hospital e o modelo manicomial, simultaneamente à criação dos serviços substitutivos.

Os novos serviços vêm se multiplicando e se criando de diversas maneiras, de acordo com a equipe que trabalha, sua formação e seus referenciais teóricos, com as políticas administrativas, sanitárias e assistenciais locais e com outras características do território. A princípio, ou como princípio, teriam a missão de serem substitutivos ao manicômio, proposta que traz determinadas noções e práticas discutidas no decorrer deste trabalho.

Na construção cotidiana dos serviços com projetos substitutivos, embora possam ser percebidas certas diretrizes e ferramentas claras, de grande força, alguns funcionamentos e referenciais compartilhados pela equipe, temos também uma mescla que passa pelas linhas de composição histórica da Reforma e até por outras, quase não conhecidas, mais particulares a um ou outro espaço de trabalho e produção, que vão sendo trazidas por um ou outro profissional e compartilhadas ou não pelo conjunto da equipe. Ao contrário das primeiras experiências, cujos atores pareciam ter uma formação mais ou menos homogênea, uma referência teórica clara, os serviços que vemos de perto, pelo menos aqui no Rio de Janeiro, na sua maioria não possuem essa marca.

Tal característica, por um lado, soa uma pluralidade e uma plasticidade, mas também, em alguns casos, uma certa “perda” de direção política e crítica do processo da Reforma, assim como, muitas vezes, tampona o fato de que algumas perspectivas éticas e políticas no modo de conceber a subjetivação e a vida, e conduzir práticas que aparecem

“conciliadas” numa mesma atuação profissional, são, na verdade, claramente distintas e muitas vezes, divergentes.

Em torno do caráter dos projetos e ações desses serviços, das suas possibilidades de transformação cultural, ética e política, dos seus limites, responsabilidades, funcionamento, dentre outros aspectos, vêm se desenvolvendo muitos trabalhos acadêmicos, assim como se mobilizando discussões de Fóruns de Serviços e Encontros de Entidades e Associações. As contradições em torno da reprodução ou transformação de modos até então hegemônicos de encontrar com a loucura tem sido um tema permanente.

Aqui abordaremos um pouco da experiência do NAPS de Santos, pelo caráter do seu projeto, por salientar a importância de criar espaço no cotidiano para conviver com as situações de crise e por reforçar a transformação das relações com a diferença e a loucura de modo a retirá-las do lugar de questão que cabe somente a especialistas e a serviços organizadas, tendo como proposta constituir de fato uma rede substitutiva ao manicômio.

Outra experiência brasileira que discutiremos é a dos CERSAMs - Centros de Referência em Saúde Mental – os serviços mineiros cujo objetivo principal é o atendimento às pessoas em situação de crise. Principalmente nesse sentido, da seletividade, e também na referência teórica, eminentemente psicanalítica da maioria dos CERSAMs, estes serviços se diferenciam dos NAPS.

## Os NAPS: olhar, estratégias, invenções e práticas no lidar com a crise.

A experiência doS NAPS de Santos – junto a do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, primeiro serviço de atenção psicossocial no Brasil – tem sido remetida como instrumento de reflexão sobre o atual contexto do campo da saúde mental, por seu caráter pioneiro enquanto serviço substitutivo da internação e do tratamento psiquiátrico tradicional e, à medida que serviu de referência para as Portarias ministeriais, influenciou a criação dos serviços posteriores (Amarante & Torre, 2001).

Pode-se dizer que a constituição destes Núcleos teve início na intervenção na Casa de Saúde Anchieta, decretada pela Prefeitura local. A partir várias denúncias de maus tratos e mortes de pacientes, somando-as a um relatório do SUDS-52<sup>14</sup> – que também expunha as diversas irregularidades e violências encontradas – realizou-se mais uma visita de vistoria junto a entidades da sociedade civil em maio de 89 e, confirmando todas as denúncias, antes de decretar intervenção e solicitar providências ao Estado, expôs a situação publicamente, em entrevista coletiva concedida à imprensa, como uma questão que estava para além de técnica ou administrativa e que era sobretudo uma questão de dignidade humana.<sup>15</sup>

Desde então, os NAPS passaram a constituir a base do novo sistema de Saúde Mental santista tendo como “exigência técnico-política, serem totalmente substitutivos ao manicômio” e atenderem toda a demanda em saúde mental da sua região, vão se potencializando em sua trajetória, à medida que assumem progressivamente essa competência. (Nicácio, 1994, p.89).

Sendo núcleos de atenção, de promoção de encontros, construção de projetos de vida, de socialização, convivência e referência cultural e afetiva, os NAPS materializam um instrumento, entre outros, no circuito de confronto com os mecanismos de exclusão dos

---

<sup>14</sup> Os SUDSs foram Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde que antecederam e intermediaram a implantação do SUS.

<sup>15</sup> Algumas referências principais sobre o processo da Reforma em Santos a intervenção na Casa de Saúde Anchieta: Nicácio, F (1994). O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Unicamp, São Paulo, 1994 (mimeo); Campos, F.C.B. & Maierovitch, C. Contra a Maré à Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

loucos. Para tanto, lançavam mão de diversas ações ou “valências” terapêuticas, como a possibilidade do direito ao asilo, hospitalidade noturna, além de diurna, atenção às situações de crise, reabilitação psicossocial, dentre outras. Tendo o território como um de seus fios condutores, se orientava criando diversas redes de relações para além dos seus muros.

Uma das referências mais importantes sobre os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos está nas produções acadêmicas desenvolvidas por Fernanda Nicácio, uma das fundadoras do NAPS Noroeste, atriz do processo de implementação da rede desses serviços, tendo sido também gestora da Saúde Mental daquele Município.

Nas formulações e relatos da autora (1994) sobre os NAPS, e especialmente sobre o NAPS da Zona Noroeste – tal como se identificava geográfica e programaticamente – destaca-se a observação de que o Núcleo era concebido pelos seus profissionais e idealizadores como um campo neutro de relação com a doença, como se estivesse fora ou isento do mandato de vários saberes para com a loucura. Pelo contrário, sabendo do lugar contraditório ocupado por estes serviços de saúde mental cuja missão era transformar políticas e culturas manicomiais, conforme aponta Nicácio, os profissionais buscavam agir nesse terreno de contradições, assumindo a delegação que lhes foi feita para transformá-la a partir de uma prática crítica e para movimentar instituições, políticas e outros saberes nesse sentido. As ações dos NAPS consistem assim, na visão da autora, numa prática “micropolítica” de desconstruir de dentro, de se manter ao mesmo tempo dentro e fora de uma determinada lógica de produção. Nesse sentido, o trabalho territorial – concebendo território como na vertente teórico-prática italiana – eram uma das características fundamentais e teve grande força nessa experiência, vivido como fundamental no trabalho geral do serviço, quase como condição para este. Assim, o modo como o serviço entrou na região, merece destaque, inclusive como uma ferramenta interessante a partir da qual podem ser inventadas outras: antes mesmo dos NAPS começarem a funcionar, os profissionais iam às comunidades e exibiam vídeos em espaços comunitários com imagens dos hospícios e manicômios, ao mesmo tempo em que promoviam discussões sobre a Reforma, suas propostas, as dificuldades de lidar com a loucura, dentre outras.

Tomando como recorte a abordagem das situações de crise, estas são compreendidas como expressão de dimensões diversas da subjetividade, como um momento complexo dentro da sua história, seja de ruptura e/ou continuidade. Mais uma vez, se faz presente a incorporação do referencial italiano na compreensão que aqueles

trabalhadores, construtores do projeto do NAPS tinham da crise, como nas palavras de Dell'Acqua e Mezzina (data) grifadas por Nicácio (1994):

“A crise torna-se então, um ‘evento histórico’ que à história retorna, com a qual se coliga, na qual o impacto do serviço resulta com frequência determinante, propriamente na sua condição de ‘evento histórico’, que pode criar uma expropriação e evidenciar a ruptura ou, inversamente, operar uma tentativa de busca e de resposta” (p.76).

Com esse norte – de possibilitar uma reconstrução de nexos e também das necessidades materiais mais imediatas, suportar a vivência da crise no ambiente coletivo, de situar numa história e ampliar as possibilidades de expressão da crise – eram tecidos os projetos terapêuticos no NAPS.

Nicácio (1994) aponta que, antes da criação dos NAPS na região, as situações consideradas “emergentes” ou “alarmantes” eram, na sua maioria, destinadas ao Pronto-Socorro da região e

“Vinculadas imediatamente à periculosidade e, portanto, objetos de controle social, eram codificadas através da chamada de emergência pelo código 13, que significa doença mental/ periculosidade e presença da polícia. A ação desenvolvida pelo discurso técnico apenas legitimava essa cultura e uma única resposta: violência seguida de contenção e internação forçada no Anchieta” (p.101).

Com a constituição do NAPS, sua equipe tomou a presença em tais situações como prioridade, não importando o lugar do acontecimento. Assim, não só se faziam presentes nos serviços de emergência, mas também nos lugares de vida das pessoas em crise, na praça, na casa, no bar, numa abordagem que envolvesse aproximação, contato afetivo, negociação, acordos com a pessoa e os demais envolvidos. A autora ressalta que dessa maneira eles atenderam logo nos primeiros anos de existência do NAPS, inúmeras situações de crise de intenso sofrimento, tensão, recusa, medo e que, as experiências de se dedicar a tais atendimentos trouxe uma riqueza de aprendizagens para a equipe no sentido da percepção do território, das inovações no seu modo de trabalhar e agir e também na reflexão teórica.

A “responsabilização pela demanda” ou a “tomada de responsabilidade” - tradução de Delgado (1991) a partir da expressão basagliana *presa in carico* - é considerada um pilar das práticas dos NAPS. Segundo Dell’Acqua e Mezzina (1991):

“A gestão que se efetua através da ‘tomada de responsabilidade’ é destinada a garantir ao paciente a manutenção dos vínculos com o seu ambiente, à individuação dos nexos entre a crise e a sua história, à reconstrução e redefinição das relações com as pessoas significativas, à construção das novas redes de relação” (p.76).

Um dos fatores importantes no “fazer-se responsável” do NAPS – e talvez também um dos diferenciais em relação às experiências do Rio de Janeiro – para lidar com os momentos da crise com mais suporte, de maneira mais acolhedora e menos fragmentada, ganhando tempo para acionar outros recursos e desenvolver um trabalho que prescindia de internação é o funcionamento do serviço por 24 horas, com o recurso de leitos e com proposta do direito de asilo. Tudo isso, lembrando, balizado pelas referências éticas e políticas do serviço, o que era de extrema importância no modo de uso desses recursos. Os leitos podiam ser utilizados em ocasiões diversas, para responder a diferentes necessidades, que iam desde se afastar um pouco da família e do espaço de moradia em momentos de conflito extremo, na atenção à crise, nos casos de necessidade de lugar para ficar durante a busca de moradia, dentre outras. É interessante notar que não se engessou esse recurso enquanto um instrumento direcionado às situações de crise apenas e que essa possibilidade, de direito de asilo, nessas condições, rompe com a histórica separação e oposição entre serviços e momentos da vida: internação para as situações de emergência *versus* ambulatório para dar continuidade; controle *versus* desistência e abandono. Nesse sentido, de lidar com a contradição dialeticamente, sem separar diferenças ou opor pólos, os profissionais compreendiam que a própria tutela pela vida dos usuários – inevitavelmente ainda presente e delegada ao serviço pela sociedade, pela família e muitas vezes entendida como uma proteção necessária – deveria se produzir como momento de emancipação, sem absolutizar o sujeito na sua condição de crise ou na doença, sem invalidá-lo.

O atendimento nas situações de crise, nesse momento do NAPS, não se dá somente em seu interior, mas nos lugares de onde as situações de crise chamam, onde as pessoas estão, implicando em ir para o território, se despojando do espaço protetor do serviço, e lá

mediar situações, conflitos e incitar novas formas de contato e comunicação para a pessoa em crise e as demais implicadas.

Em algumas situações pontuais com os serviços em que a pesquisa foi realizada, tais como as apresentadas a seguir a partir do Diário de Campo elaborado durante a pesquisa, sair do espaço do serviço para atender aos chamados de situações de crise ou para uma atividade que seja costumeira não necessariamente tem significado uma transformação do modo de agir, um despojamento de instrumentos e muros, mesmo porque isso não é um movimento fácil e livre de repetições. Trata-se de duas Visitas Domiciliares, que foi possível acompanhar.

*Um dos pedidos de visita, feito pela mãe por telefone, continha a observação “Em crise. Urgente” e outro era de rotina, para “aplicação de medicação”. Na visita ao rapaz cujo pedido continha a referida observação de crise, fomos recebidos pela mãe, que disse que ele ficava o tempo todo trancado em casa – casa de 1 (um) cômodo no mesmo terreno da casa da mãe – e que não comia. No caminho eu havia perguntado há quanto tempo ele estava sem frequentar o serviço. E me responderam que já fazia dois meses. O rapaz quase não falava. O técnico perguntou o que estava acontecendo, como ele estava e foi preparando a injeção. Enquanto aplicava a injeção falava que ele ficaria melhor e pedia que fosse ao CAPS. Notei que o outro técnico interferiu pouco, falou pouco, parecia mais observar o que acontecia e acompanhar. Perguntei à mãe como ele fica quando não está assim, se ele fica diferente e ela disse que ele fica vendo televisão na casa dele e vai ao CAPS de bicicleta. Depois de tomar a injeção, o rapaz acenou com um tchau, pediu licença e entrou em sua casa. Posteriormente à visita tive informações que me chamaram atenção, já tendo conhecido o rapaz: que ele trabalhou como ajudante de pedreiro – o pai é pedreiro – e que tem vontade de voltar a trabalhar. Também há relatos sobre o pai e a mãe beberem muito e um dia em que a mãe foi ao CAPS sozinha pedindo ajuda porque não quer beber mais.*

*A outra visita foi para “aplicação de medicação” a uma moça. Fomos recebidos por um homem idoso, que parecia ser o pai, e logo em seguida ela também saiu para o quintal. O técnico conversou brevemente, aplicou a medicação, explicando que ela precisava tomar, já que ela dizia que não precisava. O outro profissional mais uma vez quase não interveio. O homem se queixou comigo de que ela “judiava” dele, batia nele. Quando perguntei “O Sr é pai dela?”, curiosamente ele disse que sim, mas que ela é filha de criação. A moça, enquanto isso, falava com o técnico que a injeção não adianta nada,*

*que não vai ao CAPS, que a irmã dela não a entende, que vê o troço ruim dentro de casa, e que não é louca não. Ele pediu que ela convidasse a irmã para ir ao CAPS. E eu acrescentei que sua irmã talvez pudesse entendê-la melhor se fosse ao CAPS.*

A impressão que essas visitas causaram foi um caráter mais pontual. Senti ainda que se focaram, sobretudo, no estado “clínico” dos usuários, na manutenção da medicação e na importância de irem ao CAPS. O momento, que inclusive implica num certo trabalho de deslocamento da equipe, poderia ser aproveitado para uma aproximação maior com as pessoas e suas famílias, para auxiliar a cuidar da vida delas onde vivem, em seu território e para escutar um pouco mais o que tinham a dizer, realizando uma espécie de atendimento em casa mesmo. No caso da moça, por exemplo, seria interessante pensar, ali mesmo, uma articulação com a Igreja que ela frequenta – para saber como lidam com ela e para iniciar um contato entre Igreja e Serviço, dentre outras possibilidades – e aproveitar para estar com a irmã naquele momento mesmo, conversar mais sobre essa relação, da qual ela tanto se queixou e na qual está num lugar diferenciado explicitado pelo pai, como “filha de criação”. São questões muito importantes e tratáveis fora do CAPS.

Não se pode dizer, contudo, que esse é o modo de fazer visitas domiciliares, nem dos profissionais específicos, nem desse serviço. Mas talvez sejam necessárias desconstruções, perguntas e exercícios a mais para que a saída ao território seja melhor aproveitada, repensada e não seja uma tarefa *práxis* em Saúde Mental. Até porque não se trata apenas de sair por sair, ou de visitar por visitar, porque dessa maneira o preventivismo também fazia. E sabe-se que as ações de um novo serviço de saúde mental não se assemelham às dos serviços preventivistas, o que demanda uma dedicação dos serviços inovadores à diferenciação, partindo da compreensão coletiva da equipe de cada serviço substitutivo do que seja seu trabalho, abarcando dissensos e diferenças como motores do trabalho, fomentadores de discussão. De todo maneira, estar fora dos serviços implica em encontrar com acontecimentos, nexos, redes e contradições que dentro deles nem sempre aparecem ou, se aparecem, não se destacam ou se diluem.

A transformação dos modos de lidar com a crise no NAPS, de forma semelhante ao processo da Reforma, também se fez com contradições e com percalços e situações nas quais tendia-se a reproduzir a demanda pelo hospital psiquiátrico.

Os relatos de Nicácio falam não somente de flores, mas do enfrentamento de várias situações-limite na crise, no início da implementação do NAPS, nas quais os trabalhadores se sentiam impossibilitados de responder sem internar e chegavam a propor internações na

Casa de Saúde Anchieta. Contudo, não naturalizavam tais situações, não delegavam-na simplesmente, excluindo o problema do serviço e repassando-o, nem atribuíam ao usuário características – periculosidade, agressividade – que fundamentassem essa dificuldade que a equipe sentia e justificassem a internação. Ao contrário, a equipe analisava suas implicações, colocava-se em crise para repensar e transformar seus recursos, o trabalho realizado, a instituição e as relações no geral e com os usuários envolvidos nessas situações-limite.

Os relatos de Nicácio sobre aquele processo inicial do NAPS falam de um momento histórico outro, de grandes contribuições e motivações para seguirmos na transformação dos nossos saberes e fazeres. Muitas mudanças ocorreram de lá pra cá, mas certamente com continuidades, sem que essas referências e realizações tenham somente ficado “para trás”.

Através do trabalho recentemente desenvolvido por Koda (2002) em um NAPS santista, pode-se acompanhar o desenho atual do NAPS, passados anos após sua implementação e publicação do trabalho de Nicácio. Koda fez sua pesquisa já num contexto político bastante diferente daquele que inspirava e possibilitava as realizações iniciais dos NAPS e traz falas e acontecimentos que permitem perceber que as práticas atuais desse serviço estão numa direção um pouco diferente daquela que marcou a do início dos NAPS, embora ainda fortemente referenciadas na história desse processo da Reforma em Santos.

Conforme aponta a autora, atualmente, segundo os profissionais, a mudança das forças políticas abriu brecha para que o funcionamento do serviço adquirisse moldes ambulatoriais. E tanto trabalhadores como os usuários deste espaço se queixam sobre a assistência realizada, no sentido de que tem se caracterizado pelo atendimento às situações de emergência e por um funcionamento ambulatorial.

“Um aspecto que marca fortemente os discursos dos entrevistados refere-se a uma divisão temporal entre a gestão política do município que sustentava o projeto antimanicomial (período da intervenção na CSA e da construção da rede de serviços substitutivos – 1989 a 1996) e aquela que a sucedeu, que não dá apoio a esse projeto (1997 até hoje). Tal passagem é tomada como o principal motivo das transformações ocorridas no serviço, no que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho e à queda na qualidade do tratamento” (Koda, 2002, p.118).

O que fica mais claro nas análises da autora, a partir da sua observação e dos sentidos produzidos pelos trabalhadores na compreensão de seu próprio trabalho, é que o serviço não conseguiu se manter conciliando a característica de ser um serviço que se dedica a incorporar as situações de crise à possibilidade de desenvolver trabalhos e projetos terapêuticos contínuos com seus usuários, ao mesmo tempo em que foi se retirando cada vez mais do território. Respondendo a um excesso de demandas emergenciais e sobrecarregados de atendimentos ambulatoriais<sup>16</sup>, o serviço não tem feito “pausas” para se pensar e planejar projetos terapêuticos coletivos e individuais. Assim, tem-se um quadro no qual, segundo Koda (2002)

“O refluxo dos trabalhos externos resulta na fragilização da rede social de suporte do usuário. Cria-se um círculo vicioso, no qual a debilidade dos projetos terapêuticos leva os usuários a terem crises com mais frequência, aumentando ainda mais a quantidade de emergências” (p.130).

Afastado do território – segundo os trabalhadores por uma defasagem quantitativa da equipe e por falta de infra-estrutura – e sem contar com uma rede articulada de serviços, o NAPS tem mais dificuldade de promover transformação cultural e conseqüentemente, de mexer na demanda lá onde ela se constrói, de atuar também no modo como essa demanda se constrói, problematizando-a e oferecendo alternativas, o que também participa no círculo vicioso de crescimento da demanda. Nesse sentido, a autora observa que a demanda foi se conformando ao serviço, procurando-o na forma de urgência e buscando respostas imediatas e sem continuidade.

---

<sup>16</sup> Durante o período em que Koda (2002) realizou sua pesquisa, havia 2003 usuários matriculados no NAPS para uma equipe de onze “técnicos” e vinte auxiliares de enfermagem.

## A experiência dos CERSAMs

Os CERSAMs são os Centros de Referência em Saúde Mental criados em Minas Gerais a partir de 1993, cuja missão é atender “urgências e crises psiquiátricas”. Os CERSAMs não seriam, dessa maneira, serviços semelhantes aos Centros de Atenção Psicossocial, não se enquadrando nas portarias que regulamentam os mesmos. Surgiram no bojo de uma tentativa de reorganização e de transformação da lógica de funcionamento da rede de saúde, que pudesse contar com o suporte dos Centros de Saúde. Segundo Anaya (2004),

“Antes dos CERSAMs havia de um lado, profissionais de prevenção e controle sem diretrizes clínicas e institucionais concretas que orientassem suas práticas e de outro, os hospitais psiquiátricos, que serviam como recurso único para os casos de maior gravidade” (p.93)

Aos CERSAMs ficaria reservada a função de atender à clientela mais grave, fazendo frente aos hospitais psiquiátricos, que até então constituíam uma forte referência de destino para os momentos de crise. Atualmente, estes centros, em número de sete em Belo Horizonte, funcionam também como Porta de Entrada da rede de saúde mental e contam com uma rede deste município constituída por mais sete Residências Terapêuticas, sete Centros de Convivência, 61 Centros de Saúde e uma articulação recente com o Programa de Saúde da Família. Os CERSAMs funcionam 12 horas por dia, inclusive nos feriados e dentre os 7 centros, dois funcionam 24 horas por dia, cada um contando com seis leitos, que além de atender às demandas de hospitalidade noturna desses CERSAMs, estão disponíveis também para os demais CERSAMs que não possuem leitos. Mas existe um projeto de que todos passem a funcionar durante 24 horas, com leitos.

Para situar melhor a atuação e a função efetuada pelos CERSAMs na rede de saúde e assistência de Minas Gerais, é necessário compreender que a organização da rede de saúde mental mineira se dá de forma bastante diferente da nossa. O Sistema de Atenção Básica assume grande responsabilidade nos atendimentos da Saúde Mental, de modo que muitos “usuários” utilizam a atenção básica e forma satisfatória. Os Centros de Convivência, diferentemente do modo como se configuraram no Rio de Janeiro, são espaços de produção laboral, artística e de socialização nos quais trabalham, no lugar de técnicos com formação específica em saúde, profissionais do campo das artes. Os atendimentos médicos e psicoterápicos ficam assim, de modo geral, reservados à Atenção

Básica ou ao CERSAM. Estes, por sua vez, como já foi dito, se dedicam aos momentos de crise, de modo que os “usuários” ao “saírem” da crise podem se referenciar a outro serviço. Na verdade, estes serviços possuem grande permeabilidade de fluxos e passagens entre si, constituindo uma rede maleável e plástica de acordo com a necessidade de cada usuário, de modo que uma mesma pessoa pode não estar em “franca” crise, mas permanecer ligada ao CERSAM, ao mesmo tempo em que frequenta o Centro de Convivência. Um problema nessa rede ocorre mais frequentemente no sentido oposto, dos Centros de Convivência não suportarem a presença de alguém em crise em seu cotidiano<sup>17</sup>. A hierarquização de espaços para momentos de diferentes intensidades tem sido alvo de grandes críticas por parte de alguns profissionais, teóricos e pesquisadores da Reforma Psiquiátrica, que serão discutidos mais adiante.

Segundo gerente do CERSAM Noroeste<sup>18</sup>, o fato da Atenção Básica contemplar o atendimento em Saúde Mental, possibilita a alta do CERSAM. Contudo, a forma como as unidades básicas de Saúde se estruturam se encontra ainda muito fechada. Desse modo, conforme o exemplo citado por ela, se o paciente vai ao Posto na hora que “o ouvido zunir”, isso nem sempre tem espaço neste serviço, mas no CERSAM há espaço para essa demanda.

Ser referência de atendimento para as situações de crise está no cerne da proposta dos CERSAMs e de acordo com Anaya (2004), eles tem servido, para a sua população, como referência “de tratamento e resposta à crise aguda, que normalmente termina por ser a porta de entrada para o manicômio” (p.109). No sentido da construção de uma referência que viabilize o tratamento do sujeito, Soalheiro (1994) situa a possibilidade de lidar com a crise no centro desse processo:

“Penso que aqui no CERSAM oferecemos um espaço que só se constituirá enquanto estrutura de tratamento quando o paciente (e também a família) reconhecer neste espaço possibilidades de saída para a crise que atravessa. Para isso é preciso também que cada profissional que aqui trabalha reconheça neste espaço a possibilidade de exercer sua função,

---

<sup>17</sup> O relato a seguir, cedida por uma residente do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental no Instituto Philippe Pinel de seu diário de Estágio Externo no CERSAM Noroeste, fala dessa relação dos Centros de Convivência com a crise. Em uma conversa com a Residente, uma usuária contou que sentia saudade do Centro de Convivência, onde fazia diversas atividades, dentre elas a de cozinhar, da qual gostava muito. Após algumas perguntas e respostas sobre o motivo pelo qual a usuária não ia mais ao Centro de Convivência, ela disse que não queriam mais que ela fosse, ao que a residente indagou se não lhe falaram nada sobre o motivo. E a usuária respondeu : - “Ah, disseram que eu estava muito desestabilizada...”.

para além da divisão de auxiliar ou técnico e, sobretudo guiado por um interesse real na história e no destino de cada paciente” (p.72)

Essa referência, essa responsabilidade central de lidar com a crise traz implicações para o trabalhador e para o projeto de saúde mental, dentre elas a criação de dispositivos de suporte, apoio e que possibilitem a passagem de afetos para os trabalhadores, o que tem sido uma problemática presente em muitas experiências, incluindo as do Rio de Janeiro, mas que no caso dos CERSAMs pela sua seletividade centrada na crise, talvez seja mais forte. Segundo Anaya, os trabalhadores do CERSAM pesquisado fazem muitas críticas ao projeto de saúde mental do município de Belo Horizonte, elaborado em 1992, com propostas entendidas como antimanicomais, mas com várias contradições entre discurso e prática. Do trabalho da autora, destacamos a fala de um trabalhador que considera que

*“(...) o projeto esquece do trabalhador e que, se não se cuida do trabalhador, não há projeto que resista, porque é muito pesado o confronto permanente com a crise”* (apud Anaya, p.112).

Todavia, esses serviços não se caracterizariam como tendo um trabalho territorial marcante, mas muito mais como um lugar de passagem dedicado às situações de crise. No entanto, a dificuldade de incorporação de uma proposta territorial que não se refira apenas a dar cobertura às demandas de uma região programática tem sido notada pelos próprios trabalhadores, que têm buscado formas de propiciar a discussão e a aproximação com o significado do trabalho territorial.<sup>19</sup>

Assim, um dos trabalhadores entrevistados pela autora falou da importância de se trabalhar com o bairro onde os “usuários” vivem, pelo motivo de que o CERSAM é um lugar de passagem e quando eles não estiverem mais no Serviço, em cujo bairro circulam e não são discriminados, continuarão sendo discriminados nos bairros onde vivem.

De forma um pouco diferente da linha remetida por Anaya (2004) em seu trabalho, alguns CERSAMs possuem na psicanálise uma forte referência, o que claramente atravessa suas concepções sobre a crise e os modos de lidar.<sup>20</sup> Tal abordagem, embora quando levada

---

<sup>18</sup> Em entrevista feita pela mesma Residente em maio de 2005.

<sup>19</sup> A organização dos profissionais em relação a área de cobertura que o CERSAM atende se dá pela divisão de um profissional ou grupo de profissionais por microárea.

<sup>20</sup> Essa referência aparece sobretudo na publicação produzida a partir do Seminário intitulado “Urgência sem Manicômio”, realizado pelo CERSAM Barreiro, junto a profissionais de outros serviços da rede, em 1994, um ano após a fundação deste primeiro Centro. A gerente do CERSAM Noroeste também comenta que existe uma hegemonia do discurso psicanalítico na rede pública de Belo Horizonte, mas segundo ela isso se dá principalmente porque a Psicanálise é a proposta que mais se apresenta. Não há, no entanto, um impedimento de outras leituras se apresentarem e na sua concepção, seria ótimo se houvesse outros discursos.

a alguns extremos acaba por ser demasiado individualizante e perder de vista as implicações políticas de suas ações, traz considerações importantes para pensar sobre direções disciplinares das práticas da Reforma. Nesse sentido, alguns autores referenciados à Psicanálise e membros das equipes de referentes CERSAMs, discutem aspectos tais como: levar em conta a importância da dimensão temporal da pessoa em crise, do processo da crise, trabalhar com a espera não intervindo imediatamente, como na psiquiatria tradicional; o cuidado com o imperativo da não internação, de modo a não vedar a escuta e impedir o direito de asilo; a reflexão sobre os ideais que formulamos para o fim da crise, tendo cuidado para não “arremessar” a pessoa em crise para a vida através de equipamentos ressocializantes. Assim, para Akerman (1994)

“Se devemos ser rigorosos, em função de uma ética, a estabilização tão almejada, não deve ser tratada como estabilidade, como controle. A dimensão da crise deve dar lugar à possibilidade da surpresa, que devidamente escutada possa atuar a favor do sujeito que por ela é produzido” (p.56-57).

O “Modelo” CERSAM, seu modo de funcionamento, assim como o da rede de saúde mental que da qual fazem parte, trazem muitas contribuições e discussões que remetem às transformações e impasses que, de modo geral, a Reforma Psiquiátrica no Brasil implica. Uma contribuição importante, no sentido da temática aqui explorada, se refere à centralidade com a qual o Projeto de Saúde Mental local tomou as situações de crise na organização da rede de saúde e de saúde mental. Embora possa ter diversos problemas, que não serão aqui analisados ou explorados, conhecer um pouco dessa experiência contribui para pensar em possibilidades para a do Rio de Janeiro. Não tomando como um modelo, mas como uma idéia, uma demonstração de possibilidade de viabilizar realizações que ainda não foram viabilizadas aqui<sup>21</sup>, por motivos diversos, que abarcam questões culturais, políticas, referentes também à falta de investimento econômico e ao modo de utilização e aplicação dos recursos da saúde pelos poderes locais, dentre outras.

---

<sup>21</sup> Dentre as realizações podemos citar algumas de cunho mais organizativo, mas também políticas, como: a função dos CERSAMs como Porta de Entrada, o que praticamente ainda não é efetuado pelos CAPS no Rio de Janeiro; o suporte significativo da Rede Básica de Saúde; a abertura durante 24 horas, com existência de

## A criação e regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial

Após anos de práticas psiquiátricas sem contraponto e encerradas no hospício ou ainda no ciclo ininterrupto ambulatorio-internação, a criação, a multiplicação da possibilidade recente de estar em outros espaços, tendo mais destaque, atualmente, o espaço dos Centros de Atenção Psicossocial, tem acenado com uma certa esperança de dissolução da lógica manicomial de vida e produzido um certo alívio. Mas criar e gerir novos espaços e lógicas de lidar com a loucura implica uma luta e um desafio permanentes que, às vezes, tem se tornado mornos, arrastados, burocratizados ou até mesmo esquecidos, principalmente quando as dificuldades possuem uma tal dimensão que acabam por sufocar as potencialidades e a vida do que pode ser o processo da Reforma Psiquiátrica e o Projeto dos CAPS.

A partir das experiências do NAPS de Santos e do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira<sup>22</sup>, foram formuladas diretrizes gerais e políticas oficiais para a multiplicação e regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial, que passaram a significar uma das principais investidas ou estratégias de promoção e construção da Reforma no Brasil.

Assim, o que se dava no processo de transformações e conquistas dos Movimentos Sociais, passou também para a ordem da política pública governamental, inicialmente através da Portaria GM 224/92, que oficializou os NAPS e CAPS e os definiu como ... (p.12 do livro dos CAPS). No discurso das políticas oficiais, representadas em primeira instância pelo Ministério da Saúde, o CAPS é compreendido como um

*“Serviço de saúde aberto e comunitário do SUS (...) lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”.*

Cujos objetivos abarcam:

*- (...) oferecer atendimento à população da área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;*

---

leitos etc.

<sup>22</sup> Primeiro CAPS do Brasil, criado em 1987 em São Paulo.

- *Prestar atendimento em regime de atenção diária;*
- *Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;*
- *Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;*
- *Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF, PACS;*
- *Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da sua área;*
- *Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam em seu território*
- *Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.”* <sup>23</sup>

Dez anos depois, a Portaria nº 336/ GM, de 19 de fevereiro de 2002, veio atualizar as normas da Portaria anterior, regulamentando os serviços, nomeando a todos como CAPS e organizando-os em três diferentes modalidades – CAPS I, II e III – por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Às três modalidades, a Portaria atribui no Artigo 1º, parágrafos 1 e 2, o dever de

“realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (...) [e também de] constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” (apud Ministério da Saúde, 2004).

É importante notar que em momento algum, a Portaria fala de um serviço substitutivo, mas de um serviço de atenção diária. E além dessa atenção diária, a Portaria

---

<sup>23</sup> BRASIL. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

define uma série de atribuições dos CAPS, as modalidades de atendimento que devem existir, os turnos de funcionamento, a equipe constitutiva de cada modalidade de CAPS, dentre outros aspectos.

No que se refere às situações de crise, no âmbito das políticas e da organização de serviços, tem sido destacado por gestores e profissionais em Fóruns de Saúde Mental locais e nacionais, o diferencial e a importância dos CAPS III na potencialização da capacidade de atender aos usuários em tais situações, assegurando uma atenção substitutiva às Emergências Psiquiátricas e à internação. Conforme a Portaria 336, os CAPS III devem constituir-se em serviço de atenção contínua que funcione diariamente durante 24 horas, incluindo feriados e fins de semana.

Toda a organização e distribuição de modalidades, funções e atribuições aos CAPS merece ser discutida e repensada permanentemente, conforme vamos caminhando com nossas transformações e aprendendo com os problemas concretos que a Reforma coloca. Uma dessas discussões seria o questionamento de apenas uma modalidade de CAPS possuir condições e atribuições especiais no que se refere ao atendimento das situações de crise. Embora saibamos do investimento financeiro que um serviço desses demandaria, não estaria mais de acordo com a necessidade das pessoas e com algumas propostas de Reforma Psiquiátrica – na vertente que inspirou as próprias portarias – que senão todos, pelo menos a maior parte dos CAPS pudessem contar com os recursos dos quais um CAPS III dispõe, sem que esse seja mais um serviço especializado. No Rio de Janeiro, por razões ainda não bem esclarecidas pela Coordenação de Saúde Mental do Município, não contamos com um CAPS III. Mas vemos, por exemplo, na experiência dos CERSAMs, de Minas Gerais, que a existência de dois CERSAMs com leitos não foi suficiente para as demandas de Belo Horizonte e que o projeto deste Município era de que todos os CERSAMs viessem a possuir hospitalidade noturna.

E além dessa discussão, de cunho mais “organizativo”, coloca-se ainda a necessidade de pensarmos se a disponibilidade de atenção noturna, por si só, possibilita um modo de lidar com a crise que substitua o manicômio, as internações e as invalidações e o abandono. Do contrário, se continuarmos colocando uma modalidade de CAPS como a resolução mais importante e, até, definitiva, de nossos problemas em responder às situações de crise e nos contentarmos com isso, sem problematizarmos nossas práticas, relações e políticas cotidianamente, cairemos em mais armadilhas sanitárias, teremos ainda problemas

futuros e possivelmente, uma produção maior de situações de crise que demandem pelos CAPS, sem encontrarem alternativas outras.

Esse campo de formulações de políticas e de definição dos objetivos dos serviços, assim como da sua gestão – embora pareça liso e consensual através das leis e portarias – constitui, portanto, um campo contraditório e conflitivo, composto por diversas forças políticas e diversas propostas de funcionamento e gestão dos mesmos. Nesse âmbito, as políticas oficiais certamente exercem grande poder de produção de determinados modelos para o processo da Reforma e para o trabalho em saúde mental, de acordo os referenciais teóricos que abarca, com as determinações econômicas internacionais que segue, com o modo de planejamento do processo de criação e desenvolvimento desses serviços, com as políticas de financiamento e de recursos humanos que elabora e executa, dentre outros fatores. Mas os Movimentos Sociais – com destaque ao Movimento da Luta Antimanicomial e os Movimentos e Grupos de Direitos Humanos – os profissionais que trabalham em cada serviço, as Associações de Familiares e Usuários, os Conselhos de Saúde, dentre outros atores, incluindo os da rede de saúde e assistência social locais, também compõem as forças que darão tais ou quais definições e configurações para os serviços, dependendo do modo como compreendem o processo da Reforma Psiquiátrica e, simultaneamente, de como agem nesse sentido.

Desse modo, para pensar os CAPS não podemos fazê-lo apenas com referência à política oficial, mas sim considerando as diversas produções sobre esses espaços e o campo de discussão existente.

Amarante (2003) defende que um CAPS deve ser não somente um serviço novo, mas inovador, produtor de práticas inovadoras para lidar com a loucura, o sofrimento e a experiência da diferença, construindo conceitos também transformadores, novas formas de vida e de invenção da saúde.

Além das diferenças e divergências quanto à condução do Projeto e do trabalho cotidiano do CAPS entre trabalhadores, Prefeituras, Coordenações de Áreas Programáticas e Movimentos Sociais, existem ainda, também por conta desses desencontros no diálogo e no “entendimento” do Projeto, os muitos impasses, a falta de recursos materiais diversos, as limitações de número e disponibilidade de profissionais que marcam um significativo afastamento entre o que propõe a política oficial, o que desejamos política e eticamente e o que os serviços podem realizar e viabilizar.

Assim, existem muitas polêmicas e formas diversas de pensar sobre as diretrizes dos CAPS e divergências quanto ao modo como o Ministério vem situando os CAPS na Reforma Psiquiátrica e conduzindo o financiamento em saúde mental, que interfere significativamente na organização dos serviços e nos recursos dos quais dispõem. Nesse sentido, alguns autores trazem contribuições e ênfases imprescindíveis sobre esses serviços e seu papel na desinstitucionalização.

Alves e Guljor (2004) salientam que os Centros de Atenção Psicossocial buscam a superação da dicotomia entre os diversos tratamentos (reabilitação, internação etc) e se localizam na comunidade, devendo estar abertos a seus problemas e contar com os recursos da mesma. Desse modo, o CAPS é definido enquanto lugar de território, atuando ao mesmo tempo como “instrumento político de difusão de determinada forma de cuidar” e um serviço potente (p.230). Os autores ressaltam ainda a proposta de tomar os CAPS não somente como serviço, mas como um “conceito operacional”, para que possa se atualizar, acompanhar a dinâmica territorial e influir sobre a mesma, sem se cristalizar se transformando num serviço burocratizado na sua relação com a clientela. Como última consideração muito significativa, atentam para que não se considere o cuidado dos CAPS como um modelo e que não se tenha a ilusão de que os modelos burocráticos abarcam por completo a complexidade do sofrimento mental.

Algumas falas dos entrevistados nos serviços que serviram como campo de pesquisa para este trabalho, trazem toda a multiplicidade e os conflitos produzidos em torno da compreensão que se tem do CAPS, do que se deseja como ação desse dispositivo, dos desencontros entre referencial teórico e político e políticas oficiais, do que os CAPS estão concretamente realizando e têm condições de realizar, dentre outros aspectos.

*“Eu tenho paixão pelo projeto. Assim, me sinto triste em estar vendo esse projeto definhando a cada dia. Eu acho que nem tanto, também; acho que tem uma coisa também que, eu acho que a equipe do CAPS não tem uma visão política do projeto, né assim, encara o CAPS um pouco como um ambulatório de saúde mental, não consegue internalizar o CAPS enquanto um projeto político que está pra além de qualquer projeto de vida, que isso é político o tempo todo. É, eu acho assim. E acho que equipe de CAPS deveria ser minimamente preparada pra trabalhar num projeto como esse, que é um projeto muito*

*diferenciado e você tem que entender a política, senão ele vira um ambulatório complexo. Assim, um ambulatório mais arrumadinho, mais moderninho, entendeu?” (Técnica 1 A)*

*“CAPS pra mim tem aquela coisa clássica de serviço de neurótico e psicótico crônico de atenção diária, as pessoas que ficam freqüentando o tempo todo. Acho que não vai muito além disso. O CAPS pra ele funcionar, não adianta esse papo de cada CAPS é um CAPS. Acho que tem muita discussão em Saúde Mental que eu não suporto mais, tá. Acho bonitinho falar que cada CAPS é um CAPS, aí por isso é que eu estou falando. CAPS é CAPS. Seja o “Y”<sup>24</sup>, seja aqui, um está fechado o outro não está, um recebe, não recebe. CAPS é CAPS. É um serviço de gente muito grave, de neuróticos e psicóticos muito graves, muito mais de psicóticos graves, que se internam o tempo todo, que tem uma história de internação, que tem um histórico de cronificação da doença, que não consegue atendimento ambulatorial, que fica no revolving door. Só que eu acho que o CAPS é muito mais o entendimento da equipe do que é o CAPS. Eu acho que pro CAPS se constituir tem que ter uma equipe muito afinada, pra se ter o que é CAPS. Se existe, eu ainda não conheço, não sei se existe, acredito que não. Não sei se existe, até porque o pior é quando está abarrotado de pacientes, né, cada vez chegando mais e mais e mais”. (Técnico 4 A).*

*“Tem uma coisa que eu vou deixar registrada aqui, que é minha opinião. Eu acho assim, que quando os CAPS foram criados foi dada a eles uma função, um papel, que ficaria de muita sobrecarga pra que ele possa cumprir. Então, ser porta de entrada, ser ordenador da demanda, quando você, numa cidade grande, você não tem contato com os hospitais da sua área de uma forma próxima, né. A gente trabalha ainda muito burocraticamente, você não tem essa instância que intermedie a relação entre os serviços, então fica tudo muito difícil (...). Então como que o*

---

<sup>24</sup> A letra Y substitui o nome de outro CAPS citado na entrevista, para que não seja identificado.

*CAPS vai ter capacidade enquanto serviço que ainda não é nem reconhecido dentro da área, com essa possibilidade? (...) Gente, isso é trabalho que não existe, que não tem condição de nenhum CAPS dar conta disso. CAPS sem carro, sem telefone, sem estrutura nenhuma, entendeu. Então, pra cidades pequenas, onde essa estrutura é muito mais reconhecida, isso é possível. Uma cidade grande como o Rio de Janeiro, que nem a área que a gente está trabalhando, como áreas irmãs, comuns, vizinhas.*

As prioridades e funções do CAPS têm se constituído em pauta recorrente nos Fóruns desses serviços. Os apontamentos feitos nesse último trecho de entrevista, de fato, são questões não totalmente fechadas, a serem definidas. Isso quer dizer, dentre outras inúmeras coisas, que as funções atribuídas nas Portarias Ministeriais que regulamentam esses espaços de saúde, se por um lado determinam o CAPS deve fazer, por outro não parecem estar muito de acordo com as reais possibilidades da rede de saúde. Sim, podem ser um norte para o CAPS ir se construindo. Mas não são raras as queixas nesse sentido e as indagações sobre a viabilidade de dar conta de tantas atribuições com tão poucas condições e forças favoráveis. Desse modo, para pensar e redefinir as atribuições e ações de um CAPS, partir dos limites e possibilidades reais parece mais interessante e viável.

Todas as propostas e modos de trabalhar expostos nos trechos acima, além de terem causado grande confusão e despertado muitas dúvidas, instigaram uma reflexão importante referente às análises e avaliações sobre os novos serviços que fazem, freqüentemente, uma descontextualização e uma comparação desses serviços com um modelo ideal. Tais análises, quando tendem a responsabilizar e culpabilizar serviços e trabalhadores pelos fracassos da Reforma em nada fomentam o processo ou ventilam a discussão. Reduzindo e individualizando a complexidade dos fatores produtores dos impasses e problemas, muitas críticas não encontram público que se afete sem ressentimento, principalmente entre os trabalhadores da rede de saúde mental. Além disso, elas caem na armadilha de interpelar apenas os serviços, deixando de fazê-lo com demais organizações, pessoas, Universidades, grupos etc.

Isso não quer dizer, é claro, que se devam colocar abaixo todas as críticas e se sejam elogios às novas criações em saúde mental. Pelo contrário, faz-se necessário um caminho de crítica e construção que conte não somente com teorias e experiências históricas

realizadas, mas também com outras estratégias de afetação, partindo “de dentro” – do cotidiano, do que os próprios participantes dos serviços elaboram, percebem, sentem, elaborando ferramentas de sistematização dos processos de trabalho que permitam pensar mais atentamente sobre os mesmos e transformá-los. Tal via de crítica precisa contemplar ainda investigações nas comunidades, que permitam compreender as produções feitas em torno da loucura e dos serviços nesses locais e, simultaneamente, conectar tudo isso com o caminho das políticas oficiais.

Nesse sentido, a máxima das políticas oficiais de tomar os CAPS como estratégia principal para realização da Reforma, como foi exposto no início da presente discussão, – considerando o teor predominantemente técnico-assistencial dessas políticas (como uma escolha política), da constituição dos serviços e da nossa formação e reconhecendo impasses concretos que desanimam as expansões e transformações – é aqui relacionada com o fato de muitos CAPS irem se “ensimesmando”, se voltando para dentro, de modo que os trabalhadores e a sociedade passam a ver o serviço como o centro do processo, e não conseguem olhar para fora de si, e nem conceber, nem possibilitar que outros espaços possam “acolher” a loucura ou colaborar para tanto, conforme a impressão que temos quando participamos de seu cotidiano e também como sugerem alguns teóricos.<sup>25</sup>

Numa reunião de equipe de um dos serviços, uma técnica fala da dificuldade que a equipe tem de encaminhar para a atenção básica, *“porque acha que o cara do ambulatório não sabe atender, o cara da emergência não sabe atender”*. *“A gente se coloca meio no lugar do fodão”*.

Além de dificultar que outros – família, escola, amigos, vizinhos, transeuntes, outros profissionais - lidem com a loucura de um modo que cause menos sofrimento para todos os envolvidos e de um modo transformador – sem invalidar, segregar, normalizar obrigatoriamente, medicalizar etc – se “ensimesmar”, aliado a outras pressões, contribui para aumentar a demanda pelo serviço e a sobrecarga dos trabalhadores. Se por um lado, os Serviços de Saúde Mental são fundamentais como motores de rupturas com modos mortificadores e centralizados de lidar com a loucura e com as crises, por outro sua

---

<sup>25</sup> Uma situação em um dos serviços chamou particular atenção para essa problemática. Com a falta de fornecimento da alimentação para o serviço - o que, diga-se de passagem, é uma violência da Prefeitura do Município do Rio e diz muito do que se faz com os recursos destinados à saúde nesse Município – o serviço foi ficando mais esvaziado, o que se tornou pauta de algumas reuniões. Os profissionais se queixavam de que o CAPS estava vazio por conta da falta do almoço e questionavam se isso queria dizer que os usuários vão ao CAPS para comer, mas em momento algum se surpreendiam com o fato de que se não estavam indo lá, podem então estar e circular em outros lugares e não ficavam curiosos

constituição e organização não são o fim último da Reforma, como muitas vezes parece. Dessa forma, com tal círculo vicioso, como ficam as situações de crise? Quem está respondendo? O CAPS sozinho está respondendo? Mas o CAPS não se queixa da rede? E a rede, como vai enfrentar se o CAPS se ensimesmar?

Pode-se dizer que esse é um dos nossos problemas referentes à política e aos serviços de saúde mental, de certa maneira, já “previstos” como parte do processo da Reforma, se considerarmos outras experiências históricas que se depararam com isso nos caminhos que criaram.

## O Programa de Saúde Mental no Rio

Aqui será feita uma breve exposição dos anos mais recentes de Reforma no Rio, abordando um pouco das propostas políticas, suas estratégias e do processo de criação de seus serviços, para fins de contextualização das experiências-foco desta pesquisa.

Antes do período aqui contemplado, experiências importantes começaram a ser geridas, mas por dificuldade de dar conta das análises documentais e da revisão da literatura, o processo histórico das mesmas não será aqui abordado.

Aqui será levada em conta, portanto, a construção do Programa de Saúde Mental no Rio de Janeiro, cuja configuração e direcionamento atual iniciou-se como trajetória em 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a Gestão Incipiente do SUS na Cidade e realizou um Censo dos Internos dos Hospitais Psiquiátricos em conjunto com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ e a Escola Nacional de Saúde Pública, conhecendo e caracterizando essa população – suas necessidades, locais de origem, condições clínicas, dentre entre outros fatores – a fim de, com base nos dados obtidos com a pesquisa, planejar a alocação dos serviços não manicomial a serem criados na cidade.<sup>26</sup> Segundo Fagundes e Libério (1997) a estratégia da Gerência dos Programas de Saúde Mental partiu da

“(…) constatação da imperiosa necessidade de inversão do modelo instituído, onde o volume de recursos consumido na manutenção do dispositivo asilar dificultava a disponibilidade de investimentos na assistência extra-hospitalar, seja na reorganização da rede ambulatorial, seja na construção de serviços intermediários” (p.30).<sup>27</sup>

Segundo os autores, o Programa visava ainda fazer frente às condições de exclusão de todos os âmbitos dessa população, exclusão devida a sua singularidade, e que implica na retirada de direitos e no impedimento de acesso a trabalho, comunicação, cultura, moradia etc.

Um dado das informações trazidas pelo Censo que merece ser aqui destacado pela relação entre a temática do trabalho - os modos de lidar com as situações de crise – e a organização dos serviços e da rede de saúde mental, se refere à constatação pelo Censo de

---

<sup>26</sup> Para maiores informações sobre o Censo, consultar: SILVA, João Paulo Lyra da. “A desinstitucionalização e o Processo de Reformulação da Assistência Psiquiátrica no Rio de Janeiro no Período de 1995-2000”. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003. Mimeo.

<sup>27</sup> Mais uma vez, não aparece no discurso oficial a noção de substitutivo, mas de intermediário, dentre outras variações.

que havia descontinuidade de assistência após alta e freqüentes reinternações dos pacientes, na conformação da chamada porta giratório ou *revolving door* (Silva, 2003, p.23).<sup>28</sup>

Além disso, segundo o relatório do Censo, a maior parte das instituições visitadas estava em péssimas condições de higiene, tinham arquitetura desumana e histórias de maus tratos, agressões de técnicos contra pacientes, uso punitivo de eletroconvulsoterapia, abandono, uso inadequado de medicamentos, dentre outras condições nefastas (Tenório apud Rietra, 1999).

Dentre as histórias da psiquiatria no Rio, é interessante destacar aqui um pouco do que foi contado por uma das entrevistadas, num certo retrato construído de fins da década de 80 num Hospício do Rio de Janeiro,

*Agora, foi um choque muito grande ver aquele panorama da psiquiatria - que ainda tem né, você vê nas Clínicas Privadas e tal - mas assim, aquela coisa do pátio interno (...). Mas aí naquele corredorzinh - não sei como é que está agora - mas tinha um pátio interno que era dividido masculino e feminino. E a porta era de ferro, mas tinha um espaço embaixo. Eles botavam as mãos. E o quê que eles queriam com aquelas mãos ali? Era contato? Era que você colocasse alguma coisa na mão deles? Era uma sensação assim, você passar, escutar aquele barulho, ver aquelas mãos por baixo, era angustiante aquilo. A primeira vez que eu fui na enfermaria – porque você é recebida lá na (inaudível), com os diretores – aí de repente dizem pra você “- Ah, você está lotada na enfermaria masculina, que fica naquele prédio ali”, você visita superficialmente com as pessoas e depois “- Agora vá procurar sua enfermaria”. E eu fui procurar a minha enfermaria e entro por esse pátio e aí bato, peço pra entrar pela tal porta, porque era lá, tinha uma outra porta, mas eu achava que era por lá que entrava. Eu entro no pátio, eu vejo sei lá, não sei quantos homens, as pessoas começam a me pegar, sabe, assim? Queriam contato, perguntam tudo, sabe, a hora, qual é o*

---

<sup>28</sup> O Censo mostrava que 57 % (cinquenta e sete por cento) não tinha assistência ambulatorial antes da internação e 82 % já havia se internado mais de uma vez em suas vidas e quase sempre, em clínicas diferentes.

Outros recursos, além da medicação e da eletroconvulsoterapia, eram raros, sendo que 2 % dos internos não faziam uso de psicofármacos ou eram submetidos a eletroconvulsoterapia.

*seu nome, de onde você veio. Assim, o primeiro dia, foi uma sensação muito... forte, assim. E começamos, né.*

*(...) Foi um longo caminho pra gente (...). A gente tinha uma enfermaria com pessoas contidas, contidas ali, é..., não tinham autonomia de dizer “Quero estar ou não”, não é? Eram obrigados a estar ali, vinham do Pronto Socorro, iam pra uma enfermaria. A gente começou transformando em Enfermaria de Portas Abertas”.*

Rietra (1999) considera que as mudanças que vinham ocorrendo na assistência em saúde mental no Rio de Janeiro no início dos anos 90 possuíam um caráter limitado, comparadas às experiências que aconteciam em outros Estados. Naquele momento, os novos serviços eram construídos ainda no interior dos hospitais federais e universitários, fruto de iniciativas e processos deflagrados por profissionais que estavam descontentes com as práticas tradicionais que viam e desejavam desenvolver novas, novos trabalhos, de ruptura com o modelo imposto pelas instituições psiquiátricas. Contudo, tais iniciativas não tinham forças para transformar amplamente a assistência psiquiátrica no município, marcada pelas internações em hospitais públicos e clínicas privadas conveniadas.

Algumas dessas iniciativas mais dinâmicas, informais e ainda sem respaldo de legislações e oficializações – algumas das quais constituíram serviços ainda existentes no interior dos hospitais - foram de grande importância e possuem particularidades que oferecem contribuições para a multiplicação de estratégias de transformação de traços de uma tendência vigente atualmente, de certa maneira, burocratizada, uma tanto enrijecida e muito referida às políticas e recursos oficiais. Uma tendência que, de certa forma, mesmo que pareça estranho, também é produzida também pelo Programa de Saúde Mental do Rio de Janeiro.

Concluído o Censo, deu-se início a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial como uma estratégia que os gestores e alguns autores chamam de Reestruturação da Assistência em Saúde Mental do Rio de Janeiro, tendo como marco a criação do CAPS Rubens Corrêa, em Irajá, em 1997. Para a implantação e multiplicação dos CAPS, a SMS realizou um Convênio com a ONG Instituto Franco Basaglia, que fica responsável pela contratação e remuneração de alguns profissionais e pelo oferecimento e pagamento de supervisores para a equipe. Segundo Rietra (1999) a SMS, “continua responsável pela gestão (dos CAPS) e as parcerias são estabelecidas como alternativas, para a flexibilização da gestão do trabalho” (p.5). A parceria com ONGs e a, correspondente

política trabalhista e de gestão, tem sido muito criticada por teóricos do campo e pelo Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro.

No que se refere à concepção do que seja um CAPS, o discurso da gerência de Saúde Mental se refere aos CAPS como

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

Os autores tecem ainda considerações sobre características arquitetônicas, de funcionamento e de montagem de uma equipe de CAPS, que priorizem o encontro, que primem pela afinidade entre os trabalhadores e por projeto comum, e não esquecem do enfrentamento de um desafio de construir uma cultura, um modo de lidar com a loucura, tarefa que consideram das mais difíceis. Assim, concebem que trabalhar na “atenção diária” com a clientela a qual estes serviços se dedicam implica “estar sempre em cheque, em crise”.

Além da implementação dos CAPS, o Programa de Saúde Mental também envolve outras ações, tais como a articulação com a rede de Assistência Social, o incentivo a programas de geração de renda para os usuários dos serviços de saúde mental, o desenvolvimento de sistemas de informação e controle de internações e disponibiliza recursos para a contratação de supervisores pelas enfermarias, unidades hospitalares, hospitais-dia e CAPS, a fim de auxiliar e fomentar a transformação do trabalho em saúde mental e dar suporte aos desafios e dificuldades que isso implica.

As questões colocadas para a Reforma e para os CAPS nas discussões anteriores, cabem igualmente para pensar o processo recente da Reforma no Rio de Janeiro. Um dos serviços pesquisados nasce da implementação do Programa de Saúde Mental aqui citado, enquanto que o outro serviço nasceu antes disso, no processo das iniciativas de profissionais que de dentro dos Hospitais Psiquiátricos foram criando outros espaços e práticas diferenciadas daquelas então vigentes. Dentro dessa política de criação de CAPS, alguns dos serviços que, conforme apontou Rietra (1999), criaram-se com a iniciativa dos profissionais mesmos e que atualmente são cadastrados na SMS como Hospitais-dia, estão em vias de ser tornar CAPS e a partir das diretrizes colocadas com a Municipalização e do

referente Programa de Saúde Mental, foram aos poucos assumindo algumas normas de funcionamento postas para os CAPS, tais como assumir uma área de abrangência específica, composta por n bairros e atender toda a demanda dessa área<sup>29</sup>, dentre outros aspectos.

Assim, muitos problemas, sobretudo referentes aos recursos financeiros, ao modo como a nova política está sendo implementada e às modificações de gestão no interior dos serviços, às vezes atropelando as particularidades dos mesmos e intensificando choques e resistências, tem envolvido o terreno no qual se desenvolveu a pesquisa.

---

<sup>29</sup> Destaque-se que esse o modo como a compreensão de “Território” é veiculada claramente em pelo menos um dos serviços e assim entendida como um encargo.

### CAPÍTULO III

#### **As experiências de *crise* e os modos de lidar em dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro.**

Através de fragmentos, situações cotidianas e discussões das equipes traremos as questões correntes relativas ao desafio de lidar com as experiências de crise que os serviços vem enfrentando, com maior ou menor possibilidade de efetuar transformações e superar impasses para realizar o trabalho que desejam, como também para fomentar transformações em si e nos outros na produção de novas relações entre loucura, crise e normalidade.

Por conta das suas particularidades e intensidades, as crises e as repostas a elas dadas são aqui tomadas como analisadores, no sentido de que tais situações, especialmente, mas não exclusivamente, podem colocar as práticas dos serviços em questão, abrir brechas que possibilitam que as pessoas analisem suas implicações e as forças institucionais concorrentes na produção desse acontecimento. Do mesmo modo, as respostas direcionadas às pessoas em crise também são aqui tomadas como analisadores não só de um serviço em particular, mas do próprio processo da Reforma tal como vem sendo forjado.

Como já acentuamos, transformar o encontro com as situações de crise parece especialmente mais truncado – quando no geral, a relação se faz mais difícil, há mais angústia e desespero em jogo, a dissonância sentida entre o “normal” e o “louco” se faz maior, quando podem ocorrer agressões, quando os contornos do corpo vacilam e os controles e limites de ordenação da vida social e os sentidos que criamos para a existência tendem a não fazer muita diferença, dentre outras singularidades. Trata-se de um olhar para o cotidiano e suas minúcias, diferenças e detalhes na produção das situações de crise e dos modos de lidar. Minúcias que fazem falta nos escritos para compartilharmos o trabalho em saúde mental, considerando que, conforme versa Blanchot (1977)

“O cotidiano e a banalidade (aquilo que retarda e recai, a vida resíduo que preenche as latas de lixo e os cemitérios, lixos, restos, sobras e detritos), todavia esta banalidade é da máxima importância, uma vez que recorre a existência na sua espontaneidade, assim como a vivemos, no momento em que vivida, se subtrai a cada organização especulativa, talvez a toda coerência e regularidade... Por toda a parte encontramos os dois lados do cotidiano, aquele cansativo, penoso e sórdido ( o amorfo, o estagnante) e aquele inexaurível, irrecusável, sempre incompleto e que

sempre foge às normas e às estruturas (...)” (apud Rotelli, 2001, p.82).

Assim esperamos que as experiências dos serviços pesquisados, vindas através deste trabalho e vice-versa, contribuam para problematizar os modos que estamos construindo para lidar com as pessoas em crise, compartilhando e quiçá, multiplicando o que os trabalhadores, usuários e familiares produzem em suas pequenas estratégias.

### III.1. Impressões e observações sobre os serviços e seus cotidianos.

Aqui tentamos suspender, na medida do possível, as censuras e trazer impressões e sensações referentes ao cotidiano e aos serviços no geral, reservando ainda um espaço para apontamentos que não teriam outro lugar melhor dentro da organização do trabalho ou que ficam mais interessante se lidos nessa forma de escrita. As situações de crise pouco aparecerão nesse trecho, sendo abordadas no decorrer do capítulo.

#### O CAPS X

A arquitetura, o espaço, o cheiro. O CAPS tem uma ambiência agradável. A primeira sala que vemos ao entrar é ampla, possui um sofá, no qual sempre há pessoas, às vezes esperando atendimento, às vezes conversando, só sentadas em silêncio, ouvindo rádio ou dormindo. Sua arquitetura fica entre a de uma casa e a de Posto de Saúde. A pintura por dentro está já envelhecendo e é um pouco fosca, mas por fora é nova e forte. As salas de atendimento principalmente são de fato salas de um serviço público de saúde: pequenas, uma mesa, duas cadeiras - uma de cada lado da mesa - e em algumas, há armários. Às vezes, eu sentia falta de um espaço mais decorado, mais particular daquela equipe e dos usuários, talvez por conhecer outros espaços de CAPS, Centros de Convivência e Hospitais-dia que são assim. As janelas do CAPS estão de cara para a rua, o que é uma ótima sensação. Algumas pessoas inclusive vão falar pela janela.

Há espaços no CAPS que são bem acolhedores, tais como a sala de TV e espaços em que se pode ficar mais só e ao mesmo tempo um pouco mais de “fora”, como um espaço do quintal, atrás do prédio do CAPS, onde há bancos, uma árvore, espaço com terra e bate sol. Quando eu queria ficar mais sozinha ou mais fora do CAPS ia pra lá. Neste espaço são feitas as assembléias de profissionais, usuários e familiares.

Quanto ao ritmo cotidiano, sentia, no geral, um ritmo mais lento. As terças, dias em que ocorriam Assembléia e reunião de equipe e em que a maior parte dos profissionais trabalha e muitos clientes freqüentam, e quartas, quando sempre havia futebol, costumavam ser dias mais agitados.

Um usuário, que raramente freqüentava o CAPS, em um dia que foi para atendimento com o psiquiatra, se aproximou para conversar e disse que andava desanimado, *“Venho pra cá e acabo ficando mais desanimado (...) o CAPS antes era melhor porque tinha muitas atividades e que agora não tem mais; era mais alegre” (sic).*

Alguns profissionais, principalmente nos fins de turno e à tarde, pareciam ficar esperando que alguém chegasse, algo surgisse ou, até mesmo, a hora de ir embora, o que era motivo de incômodo também para eles. Queixavam-se em algumas reuniões e no momento mesmo em que estavam assim. Em uma reunião de equipe, discutiu-se que não faltava trabalho, ou seja, que havia, por exemplo, usuários sumidos e o trabalho de revisão de Projeto Terapêutico a ser feito. A equipe apontava seus conflitos relacionais e de organização do trabalho e a falta de recursos como um forte motivo de desvitalização.

A Assembléia de usuários e funcionários acontecia sempre, mas sem muita participação de muitos falando ou se expressando. Os profissionais, de maneira geral, pouco participavam, o que era motivo de insatisfação de outros que ficavam mais a frente para lutar por esse espaço e atribuíam esse esvaziamento das assembleias à falta de um caráter político no CAPS, de uma não assunção e não escolha do Projeto CAPS como um projeto político. Destaque-se que iam geralmente os mesmos técnicos e estes se esforçavam por suscitar falas e autonomia dos usuários e não conduzir as discussões.

Na reunião de equipe, alguns profissionais garantiam um certo respeito e incorporação do espaço da assembleia como um espaço importante no serviço, de modo que para tomar algumas decisões, iniciar algumas atividades ou uma nova dinâmica cotidiana – a alteração dos projetos terapêuticos devida à falta de alimentação, novos horários e regras de oficinas, criação e extinção de oficinas, foram algumas dentre outras discussões levadas a assembleia antes de serem levadas a cabo –, lembravam sempre de passar primeiro nas assembleias, levar a discussão e depois retomá-la, e assim faziam quase sempre.

O futebol - que jogavam no campo do Batalhão do Exército próximo ao CAPS – era foi uma atividade notada como singular. Pois é, não parecia uma “atividade”. Será que o fato de ser fora era importante para produzir esse não caráter de atividade? Talvez, mas não unicamente. Não havia muito controle. Lembro de um dia em que eu fiquei muito preocupada com um menino que, quando percebi, já não estava mais entre nós, na volta do futebol para o CAPS, porque ele estava muito “delirante”; e perguntei a técnica e ela disse que ele já tinha ido numa boa, que vai sozinho. Esse menino, aliás, não jogava, mas sempre ia assistir. Um ou dois profissionais jogavam também e se concentravam no jogo. Concentravam-se no CAPS e depois iam. Outros iam direto, sozinhos mesmo.

Alguns fragmentos e apreciações do cotidiano do CAPS estarão mais junto às discussões deste capítulo.

## O Hospital-dia Y.

Estar dentro do hospício era algo que para mim fazia diferença em relação a estar num CAPS. Mesmo sendo um hospital conhecido, no qual transitei cotidianamente durante meu período de estágio em uma de suas unidades. Assim, estar dentro do hospício atravessava minhas impressões e o cotidiano do espaço do Hospital-dia.

A fila feita para o almoço, o modo de servir o almoço e o lanche virou tema para os profissionais “Tem cara de hospício”. Assim, se estar dentro do hospício faz esse lugar, mas também permite desconstruir o que nele lembra o hospício, por estar tão proximamente confrontado, no tempo e no espaço, na sua história. Tentaram então modificar isso, conversando com os usuários e com a equipe de nutrição, que não pertence ao Hospital-dia. Mas custou a acontecer, o hospício insiste.

Havia coisas que me incomodavam no entanto e não pareciam questões para a equipe: pessoas que estão lá há muito tempo e já tem quase uma espécie de cargo. Eu passei a estranhar isso, mesmo que já conhecesse antes. Se pensarmos no espaço como um centro de socialização, encontros e produções diversas não é tanto, mas não deixa de ser um serviço de saúde dentro de um hospital psiquiátrico. Enfim, prestar atenção nisso não era tema, parecia um incômodo mais meu, compartilhado por outras pessoas que conhecem o espaço, mas que não trabalham lá. A impressão das “coisas fictícias” também acontecia, como no CAPS, mas não tão forte, ou porque eu já conhecia as pessoas ou porque não havia uma tentativa de que tivesse cara de que estava em diálogo com a realidade fora do hospício.

Na verdade, o que me incomodava eram as limitações produzidas na vida das pessoas por conta da sua singularidade e dos anos de psiquiatrização, o fato dessas pessoas viverem muito mal no mundo das trocas da mercadoria, numa lógica normalizada, da média.

Havia dias que aconteciam muitas coisas e também nos quais as pessoas pareciam estar ali com vontade e outros menos. Os grupos mais livres, cujas atividades se modificavam de semana a semana, assim como as atividades com o corpo animavam o serviço. Outras espalhavam uma certa calma, uma tranquilidade. E havia ainda os espaços que pareciam sempre iguais, mais repetitivos, espaços que me lembravam um certo entretenimento do tempo.

O cotidiano da equipe é bem corrido, não pára. Mas havia momentos informais muito prazerosos. E isso também é um destaque desse cotidiano. Os momentos informais conjugam conversas sobre a vida, leituras, venda de produtos e ainda conversa sobre o trabalho. Descrevemos um dia no HD, que por ter sido repleto de “informações” não foi, na metodologia, repartido em fragmentos, com o fim de aglutinar discussões e situações relacionadas, como os demais dias deste serviço e do CAPS.

*Quando estava chegando ao Hospital-dia, antes de entrar, encontrei A sentado na calçada. Ele pediu pra conversarmos um pouco. Ele falou que parecia que ia morrer, que estava preocupado com a menina que está namorando. Disse que fica preocupado porque “ela dá crise e eu não”.sic*

*Conversamos um pouco na calçada, ela chegou e eu segui para o Hospital-dia a fim de participar das atividades e fazer as entrevistas da pesquisa.*

*O Hospital-dia estava mais cheio do que de costume. Cheguei, falei com o pessoal que estava na atividade de pintura. Um deles me perguntou se estava tudo bem comigo, até quando eu fico e se eu ia ficar hoje à tarde. Conversamos um pouco. Achei ótimo porque ele dificilmente falava comigo e parecia sempre muito triste. Depois do dia em que eu fiquei no lanche, fiquei no refeitório conversando com todos, falei do meu incômodo de ficar do outro lado do balcão... Isso foi no mesmo dia em que ele precisou dar um telefonema e agi bem à vontade, deixando ele à vontade também para telefonar, sem sentir que aquilo como favor. Acho que assim criamos uma relação.*

*Depois de passar pela sala de pintura, fui para a sala dos técnicos e lá estava acontecendo o grupo de família. Fui até a Expressiva e estava acontecendo a recepção aos novos Residentes. A Terapeuta Ocupacional os recebia e apresentava o espaço.*

*Logo em seguida, um cliente me perguntou pelas minhas entrevistas e quando que eu faria, então combinei de fazermos naquele dia, mas que precisava antes falar com outro com o qual combinei de terminar a digitação de seu livro.*

*Então entrevistei J, entrevistei R e depois fui digitar o livro com G.*

*Antes de entrevistar G, a equipe precisava de alguém para ir às pressas a o Salgado Filho com uma das técnicas, para ver um dos clientes que havia desmaiado na rua e sido levado pra lá. Ela estava muito nervosa e acharam melhor que não fosse sozinha. Me pediram para ir. Eu disse que tinha combinado com G e teria que falar com ele. Por sorte, uma estagiária chegou ao serviço na hora e foi.*

*Logo depois, enquanto eu fazia uma entrevista, dois clientes começaram a brigar. Interrompemos e fomos lá. O serviço todo se mobilizou, parou suas atividades por um momento e foi resolver o conflito. Um deles estava com um pau na mão. Uma técnica falou “Vamos sair da frente desse cara que ele está com esse pau na mão e está em mania”.*

*Ele xingava outro cliente, brigava com uma técnica, dizia que podia chamar o médico sim, e não parava de falar, denunciar, ofender os colegas, por muito tempo. Mas curiosamente não queria ir embora. Uma técnica depois ficou mais de perto resolvendo a briga, tentando conversar. Ninguém o expulsou. Achei interessante a forma de atitude dos profissionais e o modo de resolver o problema.*

### **III.2. Histórias, narrativas e concepções: fragmentos na composição das situações de crise.**

A partir das entrevistas e das conversas cotidianas, fomos extraindo algumas histórias e narrativas sobre situações de crise, que consistem tanto no que as pessoas que vivem uma situação de crise falavam sobre si – o que sentem e vivem que denominam crise, sobre o antes e o depois da crise, o não gostar de lembrar, a crise marcando a entrada no circuito psiquiátrico, modos de passar pela crise, o que fazem, ter uma crise e ser internado, ter uma crise e estar no CAPS, dentre outros acontecimentos referentes à crise – e sobre o que outras pessoas, sobretudo os profissionais, mas também os familiares, contavam também sobre si e sobre as experiências de crise dos usuários e o que fazem, uma vez incluídos nessas situações - como sofrem, como se sentem impossibilitados, mas também como criam, experimentam e assumem os desafios.<sup>30</sup>

Entendendo – é sempre bom lembrar - que as noções de crise são produzidas nas práticas de saúde mental, gerais e destes serviços, ao mesmo em tempo em que produzem essas práticas, tomamos tais narrativas, compreensões, reações como analisadores dessas práticas.

Através das falas, narrativas, histórias – algumas vindas dos momentos informais, nos corredores, nos “intervalos” de atividades, na “convivência”, outras nas entrevistas – discutiremos questões e aspectos diversos, e de maneiras também variadas, em referência ao modo como explicações, saberes e verdades atravessam e constituem as experiências de crise, assim como buscaremos perceber o que está em jogo quando profissionais e familiares falam da crise alheia e de como se afetam com tais situações. Buscar, perceber, destacar e problematizar transformações, das mais sutis, escapes a uma lógica invalidatória, da incapacidade, do desvio e do erro ou do pensamento unicamente médico, assim como reproduções, “repetições diferentes” e limites no lidar com as situações de crise será também mais um movimento em confecção, sempre presente em todo o percurso do trabalho.

Essa parte, esse momento de discussão terá como combustível os extratos sobre as situações de crise nas quais não estávamos presentes, mas que foram contadas e que

---

<sup>30</sup> Tanto profissionais como “usuários” comentavam sobre as crises na maioria das vezes sem que eu precisasse perguntar. Ao me perguntarem o que eu fazia lá e escutarem que fui fazer uma pesquisa como tal tema, muitos usuários acabavam falando sobre isso.

compreendemos como componentes das experiências de crise e como analisadores de saberes, práticas, modos de viver e de se subjetivar. Alguns recortes no entanto não nutrem tanta discussão, mas também estão aqui para nos afetarmos e para nos aproximarmos tanto do que se vive em e a partir de situações de crise, como do que se passa no cotidiano desses serviços, do trabalho em saúde mental. A maior parte das respostas elaboradas nas entrevistas a partir da questão sobre como compreendem as situações ou experiências de crise não são aqui aproveitadas, mas nas próximas discussões, à medida que, se “encaixam” melhor nos demais temas ou, quando articuladas aos mesmos, fomentam uma discussão mais rica.

O estranhamento sentido pelas pessoas em relação às suas experiências de crise foi algo que chamou particular atenção, ao escutá-las falar sobre suas crises com estranhamento, sem saberem o que aconteceu consigo, e muitas vezes, querendo saber.

Pinheiro (2004), a partir de uma pesquisa realizada sobre o sentido das queixas de usuários de um serviço de saúde mental, propõe que o termo *crise* – para os usuários que entrevistou – confere sentido para o que é vivenciado como sem sentido, para o que irrompe sem controle – como ataques epiléticos, choros incontroláveis e a persistência de pensamentos desagradáveis, negativos. E que o sentido de crise dado pelos usuários para esses acontecimentos e para seu sofrimento, é corroborado pela resposta imediata, urgente do serviço, não importando qual seja.

Outro fato, já suposto e destacável – à medida que sabemos que a maioria das pessoas chega ao hospital psiquiátrico ou aos demais serviços de saúde mental, em última instância, por conta de uma crise – foi que muitas pessoas quando contavam sobre sua crise já o faziam inserindo-a na história da entrada no circuito psiquiátrico, da internação, ou ainda da chegada ao CAPS. Ou seja, se apresentou uma ligação forte entre crise e entrada no circuito psiquiátrico.

Para uma das pessoas entrevistadas, esse ingresso é sentido como muito destrutivo. Suas “crises”, modo pelo qual ela se refere à tristeza, ao choro, à desilusão, já existiam antes dos acontecimentos – também como mais uma crise - que serviram como estopim para o tratamento psiquiátrico e tinham todo um nexos histórico, que ela contou de forma bem longa e detalhada, quando pedi para falar sobre a sua história. Parecia que desejava muito reconstruir tudo, retomar, relembrar. No caso dela, não tanto a crise, mas, ao que parece, muito mais a cola entre uma crise específica, mais forte - um acúmulo de coisas (nas suas palavras), uma desilusão mais importante do que as outras antes sentidas, tendo

como desfecho sua tentativa de se jogar pela janela – e o início do tratamento psiquiátrico, é sentida como um divisor de águas na sua vida, nas suas palavras, uma morte.

*“- Aí depois disso, o M ligou pra minha mãe. Depois eu fiz tratamento, eu não queria fazer. Quando eu entrei ali, naquele lugar ali, parece que, sabe, acabou.*

*- Era hospital?*

*- Era hospital de coisa mesmo. Aí pra mim acabou sabe, não existiu mais T, acabou a T, não tem mais T. E quando eu entrei naquela sala pra conversar com o psiquiatra...*

*- (Interrompi indevidamente) Ficou quanto tempo lá?*

*- Fiquei um mês. Ele olhou pra mim, eu morrendo de medo dele, e eu não queria fazer papel de doida porque poderia me internar naquela hora mesmo. Aí o Dr L me ajudou muito. Ajudou-me muito assim que eu falo, porque naquela hora eu estava precisando, então ele fez de tudo pra me ajudar, falou o que estava acontecendo, aí passou remédio pra eu tomar. Aí, quando passou remédio, aí eu comecei a tomar o remédio.*

*- E funcionou, fez diferença?*

*- Não, aí, foi uma outra vida, né.*

Aqui, ela interrompe a continuidade da fala. Faz silêncio, deixa um espaço, percebo que fica mais triste. Mas um tempo depois, pergunto

*- E quando você conheceu o Hospital-dia? Como é que você chegou, como te receberam?*

Fez-se um silêncio –contrariamente a todo o percurso da entrevista em que ela falou muito e eu quase não intervinha. Percebi então que ela estava chorando.

*- Você ficou emocionada né T? Quer parar por aqui?*

*- Não.*

Achei que talvez precisasse falar dessa “outra vida” que começou e para a nossa compreensão sobre as implicações do tratamento na sua vida também era importante falarmos sobre isso.

*- Outra vida como?*

*- Ah, sei lá, outra vida. Minha vida mudou muito, já não saía mais, muitas dores que eu sinto também. E (...) aí acabou ali, né.*

*- Aí você voltou a morar no Rio?*

*- Não, aí eu fiquei em Juiz de Fora só me tratando, no psiquiatra mesmo. Aí... aí... aí depois tomei remédio, fiquei assim, aí depois fomos pro Bairro Retiro. Aí depois dali eu tive várias outras crises também.*

- *E aí você era internada de novo ou não?*

- *Ali me internaram de novo, no Retiro, me internaram. E os próprios vizinhos me internaram, da igreja. Eu gostava muito de louvar, cantava louvores muito alto, porque era praticamente um desabafo, pra eu não avançar em cima de ninguém, esquecer o que passou, era um desabafo pra não mostrar nada pra ninguém. E aí foi onde acabou tudo, porque foi como se fosse... uma morte mesmo, né. Porque eu, quando fui naquele hospital, eu não fui entrar realmente, ela só passou remédio pra mim, pra tomar em casa. Depois de lá – minha mãe sentiu que aquele lugar não era bom pra mim, que era muita lembrança – a gente foi pro Retiro, pra ver se eu melhorava um pouco, né. Aí melhorou um pouquinho, mas não teve jeito. Aí eu ficava lá e não tinha com quem falar.*

- *Ficava muito sozinha?*

- *Só tinha uma colega minha com quem eu falava, a gente conversava muito sobre isso.*

- *Você chegou a se internar aqui no hospital.*

- *Não, eu não fiquei internada aqui no Rio de Janeiro não. Aí, foi isso que aconteceu. Aí depois de eu ter me internado lá...Aí depois fui internada no São Domingos, aí depois do São Domingos, fui pro São Marcos, aí depois fui pro CAPS de Juiz de Fora, aí depois eu vim, no Rio pra cá, aí eu encontrei aqui, o pessoal lá do CAPS de Juiz de Fora me encaminhou pra cá.(..) Aí eles falaram “Vou passar isso aqui, você procura essa pessoa lá, você continua fazendo seu tratamento”. Aí eu continuei”.*

Este diálogo, relativamente rápido e ocorrido no final da entrevista, suscitou uma indagação sobre os efeitos da psiquiatrização e mesmo da incursão numa rede de cuidados em saúde mental, como marcadores, para algumas pessoas, de um certo modo de viver e de se sentir que tem efeitos na vida, mas que acabam sendo vistos como efeitos inerentes à sua doença, às crises ou à sua condição singular. Inevitável remeter ao conceito do duplo da doença mental, utilizado cunhado por Franco Basaglia para se referir à “face” institucional do adoecer que é ignorada e passa a ser tratada como aspecto inerente à própria doença, confundindo a visão, dificultando a afetação pela subjetividade de quem está no lugar do doente nem pelas composições que a instituição psiquiátrica marca faz no corpo, na subjetivação.

Em outro serviço uma usuária falou da internação em um Instituto Psiquiátrico do Município do Rio de Janeiro. Tínhamos a impressão de que nos conhecíamos de lá. Começou a falar da internação e logo explicou porque se internou “*Me deu uma crise. Não*

*sei o que acontece*”. Perguntei como foi e como ela ficava quando estava em crise, ao que ela respondeu : *“Não lembro muito bem. Eu sei que vou pra rua, de madrugada. Fico querendo ir para a rua. Uma vez eu quebrei uma janela, um vidro porque eu queria sair. Que doença ruim essa, né? Acho que isso foi macumba, trabalho, praga (...)”*.

Ela comentou ainda que trabalhava e estudava “antes de ter isso” – o que é ressaltado por outros “usuários” quando falam da sua história - e disse porque “ficou assim” – questões particulares suas, afetivas e da educação moral. As “explicações” de diversas ordens que ela elabora para o que sente e não sabe porque, para o que foi, de certa forma, um divisor de águas na sua vida. Assim o que é vivido como doença, também o é como macumba, ao mesmo tempo está começando a ser colocado num nexo histórico singularizado.

Outro fragmento é da história que me foi contada por um rapaz, cuja lembrança de um dos momentos em que “rompe” também é vaga e lhe foi reconstruída por outras pessoas. Falávamos sobre trabalho, quando ele comentou que trabalhou como servente três ou quatro vezes e que foi demitido da escola após uma ocasião em que saiu correndo pelo pátio, gritando, pedindo para levá-lo para o céu e depois ficou fazendo como se fosse tirar a roupa, segundo as pessoas disseram. Depois disso foi demitido. Antes de falar sobre isso, ele tinha contado sobre uma moça de quem gostava na época, que freqüentava a Igreja e que então passou a ir com ela. Mas não uniu explicitamente um fato a outro. Seu surto se quando estava no exército e das suas passagens pelas instituições psiquiátricas, falou de *“coisas do passado”*- nas palavras dele - que não *“saem da cabeça atrapalham”*, de celas, injeções e outros acontecimentos referentes às internações e hospitalizações.

Conversando com ele e lendo o que transcrevi de sua história, pensava principalmente em como as situações que passou nessas internações – inscritas na lógica manicomial de lidar – ainda o marcavam e parecem contribuir para aprisionar sua vida e seus movimentos para trabalhar, para pintar, para estudar etc. Aprisionamentos que poderiam ser vistos apenas como próprios da sua “doença”, ou muito comuns a todas as pessoas que se subjetivam como ele, com determinada relação com a realidade, sem considerar também a produção que se dá ao passar por um percurso psiquiátrico, sendo objeto de saberes, de disciplinas, violências e de tratamentos médico-morais.

Em ambas as histórias, parece se processar uma construção recente de nexos históricos e singulares para a crise e tudo que ela trouxe, de modo que é interessante supor que tal possibilidade está sendo criada nas relações com o CAPS e, simultaneamente, nas

mudanças operadas nas demais relações da vida. Ou seja, o que parece é que as práticas do CAPS e os encontros nele - psicoterapias, grupos, conversas, partilhas – além do tempo e de acontecimentos fora da relação com o serviço- dos quais aqui não sabemos muito bem – participam na produção de histórias e narrativas, novos modos de lidar com as crises, acontecimentos do qual não sabem muito bem, não lembram, mas que marcou profundamente, que às vezes retorna e pode retornar, e que foi o motivo para passarem por outras situações também “horríveis”, de violência, de descuido, de isolamento nas suas internações psiquiátricas.

Quando descreveu como foi sua crise, tendo um pouco antes comentado, mesmo sem fazer nexos diretos, que gostava de uma menina e ia a igreja com ela, podemos tomar isso como pistas de uma criação de nexos para aquela situação de crise, para as passagens da sua vida que estão ainda presentes.

Uma das profissionais deste mesmo serviço compreende as situações de crise como situadas num momento histórico e possibilitando mudanças de relações que estavam cristalizadas e que, de certa forma, nas de certa forma a crise vem para mexer, para rearranjar:

*“Olha, eu gosto de pensar a crise sempre vinculada a uma questão de momento. Eu acho que pensando assim fica mais fácil de lidar com ela. Então, é um momento que deve servir, que pode e deve servir, se bem aproveitada, pra uma mudança de algo que está cristalizado, estabilizado, mas que não está bom, tanto que desencadeou uma crise. E isso significa assim, um pedido de mudança”.*

A atitude de lidar com a crise para além do reparo, sem a avidez por restituir algum suposto equilíbrio perdido, de intervir na direção de um retorno ao habitual, abre um leque de alternativas importante para levar em conta a complexidade (ou às vezes a simplicidade...) das situações de crise e para apreciar as éticas possíveis no lidar com as mesmas.

“A introdução da dimensão da subjetividade neste cenário [da assistência no momento da crise, nos serviços de emergência] pode ressignificar tanto a idéia de crise quanto o objetivo a ser alcançado pelo serviço de emergência psiquiátrica. Desaparece a urgência de se restabelecer um equilíbrio perdido: a crise passa a ser considerada um

momento privilegiado no qual o sujeito, pode, eventualmente, ter acesso a novas formas de organização para si próprio e/ou para seu cotidiano” (Rechtand e Leal, 2000, p.93).

Trata-se aqui de percebermos quês construções – hipóteses, jeitinhos, concepções, percepções – em relação à crise circulam no serviço e constituem seus modos de lidar. Modos esses que produzem feitos de vivência da crise, que chamaríamos de efeitos de subjetivação. Quando perguntou-se a essa mesma entrevistada se percebia isso na vida das pessoas que atende no serviço,

*Eu vejo. Eu vejo isso assim com os usuários bem claramente, porque a partir da crise a gente tem como estar estabelecendo toda uma nova relação com o serviço, com a família. E do serviço também. Eu acho que, de modo geral, você está vendo que no nosso serviço, desde antes, né, desde muito tempo, como é que estava, você ouviu falar, a gente tem ouvido falar “A equipe está em crise, né”. Eu acho que é justamente uma coisa de momento e um sinal de que está sendo necessária uma mudança. Eu acho que isso pode ser visto tanto no individual, no atendimento ao usuário, na sua vida, no seu cotidiano, como também no cotidiano do serviço, das pessoas de um modo geral. É, por exemplo, tem uma paciente que eu atendo, a L., muito difícil — também foi a A que passou pra mim a referência dela — e aí assim ela sempre teve uma grande dificuldade de aderir ao tratamento, e a última crise foi muito difícil, ela ficou inclusive sumida depois da internação, durante um período grande, desaparecida, depois ela apareceu. E quando ela, depois que ela ficou esse tempo sumida, que ela reapareceu, que ela começou novamente a procurar tratamento, a se engajar, assim, totalmente diferente a colocação dela no tratamento, a da família e a minha. Então a gente pôde a partir daí construir uma nova direção, uma nova forma de estar lidando com a questão. Então, eu acho que a crise é uma excelente oportunidade pra isso, sabe, eu fico me perguntando se não tivesse acontecido isso que aconteceu, no caso da L, por exemplo, como que estaria agora, né? Ela estaria talvez, que ainda eu não chamaria de crise, como ela estava antes, pequenas internações, entendeu, aquela coisa que não muda, aquelas mesmas queixas tanto dela e da família e continuaria assim. Mas aí houve essa crise, a partir daí a gente pôde fazer diferente.*

Neste mesmo serviço, a relação entre crise e mudanças na vida, embora de maneira diferente da anterior, também compõe as formas de compreender a crise, termo que para o entrevistado seguinte – que faz mais uso da idéia de emergência – não é familiar. Essa não

familiaridade nos remete às variações de concepções e modos de lidar num mesmo serviço e num mesmo profissional e, nesse caso, como veremos, complexifica a discussão teórica – feita no capítulo I – sobre a diferença entre a concepção de crise e a de emergência, já que aqui, embora se fale em emergência, não se compreende uma situação de crise pela noção tradicional de emergência, nem se lida com a mesma de um modo unicamente médico clássico.

*“Essa ‘situação de crise’ foge um pouco ao meu vocabulário, porque eu vou falar crise, crise pode ser uma pessoa estar triste até uma pessoa estar agitada. O meu vocabulário é de urgência e de emergência. (...) elas [as emergências] acontecem muito em função de mudanças, às vezes emocionais, ou alguma situação estressante que a pessoa tem, ou como é às vezes, no caso, mudanças de medicação. É um momento que a pessoa chega com uma extrema angústia, né, e eu acho que a agitação vem dessa angústia dela. Então a gente tenta segurar um pouco a angústia da pessoa na verdade”.*

Outra narrativa nos fala claramente das linhas que uma pessoa entrevistada teceu entre sua história, sua educação e o modo como foi construindo sua relação com o mundo, de modo que, o que parece é que, na crise, uma marca, um território mais forte dessa relação vem à tona.

*A crise quando eu tive, eu vim pro CAPS porque eu trabalhava em casa de família, aí eu trabalhava muito tempo, muito tempo. Eu não tirava férias, direto. Aí eu passei mal, comecei a sentir coisas estranhas assim, vulto, vozes.*

*E eu sou uma pessoa assim, muito tímida. Eu comecei a conversar, a me abrir aqui no CAPS, com a C., porque ela é minha psicóloga. Ela conversava comigo, eu falava das coisas que eu estava sentindo, que eu sentia desde pequena, que, eu fui criada em Orfanato. Então, não saía assim pra, só saía de casa pro Colégio e do Colégio pra casa. Não passava Natal nem Ano Novo na casa de ninguém, ficava lá dentro do colégio. Então eu não tinha experiência com as coisas aqui fora. Então quando eu vim pra fora, eu fiquei assim, desnorreada, não conversava, ficava difícil eu me aproximar com as pessoas. Até hoje eu*

*tenho essa dificuldade, de me aproximar. Eu só falo com as pessoas quando elas chegam próximo de mim. Mas é difícil sabe, a pessoa conviver assim, porque isso atrapalha. Isso atrapalha, porque eu sou muito tímida então isso me atrapalha muito, em questão de namoro, em questão de me adaptar com as pessoas. Aí eu fico meio assim, desnorteada.*

*(...) Trabalhei muito tempo na casa, aí eu me apeguei às pessoas. Quando eu me apego e as pessoas saem da minha vida, aí eu sinto muito. Aí eu caio em depressão, fico sem comer, chorando pelos cantos”.*

É interessante notar que ela descreve como fica quando está em crise e não fala da crise como doença, mas conta de um modo de viver e uma construção objetiva e subjetiva de abandono que tem a ver com sua crise. O ingresso no CAPS é vivido por ela como possibilitador de uma mudança nesse sentido, do modo de se relacionar, de se comunicar, de perceber o mundo. Prosseguindo a entrevista, perguntou-se se ela ainda ficava assim, ainda sentia “essas coisas” e o que a ajudava<sup>31</sup>

*É, às vezes, quando eu fico assim meio triste, eu começo a escutar vozes, ver coisas, assim, ficar no canto chorando porque eu escuto as vozes falando comigo. Mas aí, o Dr L me dá remédio, aí eu paro.*

*Não sei. A minha irmã acha que isso é, que é espiritual, sei lá, que ela fala, mas não é. Eu não acho que é. É porque é coisa minha mesmo, é de dentro de mim mesmo.*

*O quê que me ajuda? Ah, é eu ficar, é eu me distrair, ir conversando, aí alivia mais o sofrimento. Conversar, sair, não ficar só, não ficar sentada pensando porque aí é pior pra mim.*

Sua construção concilia ainda a importância do efeito da medicação, com o das conversas e encontros no CAPS, sem ter necessariamente uma vivência medicalizada da crise.

Mudando a linha de discussão até aqui desenhada, é interessante destacar uma questão trazida para a reunião de equipe de um dos serviços e que se situa fora do lugar comum da maior parte das nossas discussões da Saúde Mental sobre a subjetividade, pois

---

<sup>31</sup> Fiz tais questões no sentido de saber quais as diferenças que sente atualmente e que recursos outros possui além do CAPS para lidar com esses momentos de mais fragilidade, tristeza e abandono.

provoca, nos faz vacilar, não encontrar resposta imediata ao encontrarmos com questões jurídico-políticas que tanto problematizamos na história da psiquiatria. Uma profissional a seguinte situação da qual participou em outro CAPS, acompanhadas de questões :

*“Uma usuária quebrou o braço da familiar e nós dissemos ‘Você tem que entender porque ela está em crise..’. ‘Não é um absurdo pedir isso para uma pessoa?’ Um braço quebrado. A gente às vezes faz coisas absurdas”.*

O que nos interessa desse fragmento não é desenvolver uma problematização da responsabilidade de uma pessoa em crise sobre os seus atos e pensar a nossa intervenção nesse sentido, embora essa seja uma discussão importante e necessária nesse campo – de fato, será que às vezes não pedimos demais para as pessoas que acompanham o outro em crise? Estamos contribuindo com a pessoa e nossas relações quando somente justificamos uma ação sua pela crise?

Nossa intenção ao destacar tal fragmento se refere a essa discussão como um certo indicativo de um posicionamento ou, pelo menos de um questionamento em formação, presente no CAPS que afirma a análise das implicações, a autonomia, à colocação da pessoa em situação de crise como uma pessoa que também pode responder e que não precisa, necessariamente, ser tratada de um modo paternalista, ressaltando ainda que seus atos – inclusive aqueles considerados criminais - não a excluem do direito a cuidados, não implicam numa desconsideração do vínculo que possui com o as pessoas do serviço e muito menos que os trabalhadores vão deixar de estar com ela - discussão de fundo na qual surgiu esse exemplo de uma situação de crise em outro CAPS.

Pode haver um risco culpabilizante ou ainda legitimador das dos regimes jurídicos que temos, no que tenta incluir a todos igualmente perante a lei. E esse é um risco que temos que perceber e discutir, mas que não parecia ser a direção dessa perspectiva. Um dos ganhos desse posicionamento – além de ser um possível produtor de transformação de um modo de lidar com a loucura que pressupõe a incapacidade – está na possibilidade dele abrir brechas para que as pessoas criem recursos próprios para lidar com suas crises.

Duas últimas seguintes, ambas recortadas de uma reunião de equipe nos convidam a olhar para as diferenças muito significativas, mesmo que relativamente sutis, que esses chamados “novos dispositivos” instauram, mas também as dificuldades que tem nesse sentido:

A equipe discute sobre um rapaz, que ainda mora no hospital e que está “agitando”, está agitado, irritadiço. Alguns técnicos falam que ele está sem cigarro, acrescentam que está passando o tempo do seu remédio injetável, ou seja, está quase chegando o dia de tomar outro. Outros dizem que a mãe dele não vai ao Hospital-dia a muito tempo. Uma técnica lembra que na quarta passada ela esteve sim no grupo de família. E desfechando a discussão um dos técnicos fala e a equipe concorda:

*“Independente de remédio e tudo mais, acho boa essa irritação do ..... Depois de ter um tio arrasado a família toda. Um sujeito que tem uma relação com o mundo de tanta indiferença. Acho positiva essa irritação. Só temos que encontrar formas de aproveitar, de lidar com essa irritação”.*

À primeira vista, tendemos a pensar: Mas o sujeito não pode se agitar que já vira um assunto da equipe, já vira algo que tem ser resolvido terapeuticamente?- questão bastante cabível e que nos permite pensar como no âmbito de serviço de saúde mental, por mais que se invente e se crie diferença, é difícil escapar do olhar, mesmo com intenções de cuidar, preventivamente atento às variações e aos sinais.

Outro ponto que a salientar é o fato de terem pensado em várias explicações ou associações para a sua “agitação”, que se referem desde a medicação, passando pela falta do cigarro até o afastamento da mãe. Nesse sentido, optamos aqui por destacar essa multiplicidade, essa circulação de possibilidades que não se prendeu numa explicação única nem excluiu as demais. Fala de concepções, funcionamentos, produções enfim, no serviço, que possibilitam, no fim, um olhar singularizado e não normalizador para a sua agitação, a positivação de uma diferença que o rapaz tem “apresentado” em relação a um modo mais ou menos permanente, de “indiferença com o mundo” em que ficava antes.

Assim se, num primeiro momento, notar a agitação poderia ser visto como um olhar preventivista, por outro lado, sem essa percepção, uma diferença importante poderia não ser destacada, valorizada, passar indiferentemente. Desse modo ela pode inclusive ser aproveitada, se for possível, se for cabível, na medida da sua vontade e no sentido da viabilização de outras possibilidades de vida, que não se restrinjam somente a que passou a viver, uma vez tendo ingressado no manicômio.

Finalizando essa discussão – das narrativas sobre a crise, tomadas como analisadores - temos a seguinte situação, que será descrita e explorada em detalhes mais à frente: um menino começa a freqüentar o serviço e, por conta da sua situação atual extrema,

sua história de institucionalização desde a infância e, considerando o bairro onde mora, este serviço é o único lugar que pode incluí-lo. Pelos acontecimentos freqüentes de agressão, quebraadeiras e iminência de agressão por parte dele, muitos estão atônitos e alguns profissionais começam a questionar se possuem condições para sustentar a vinculação dele ao serviço, tanto pelo cuidado consigo, como também com os demais clientes, entre os quais alguns já começaram a se afastar mais do serviço pelo ambiente de tensão, brigas e medo. Em meio uma das discussões sobre esse impasse, um técnico comenta a fala de um usuário que, defendendo a permanência do outro, disse “*Quem é que já não quebrou alguma coisa em crise? Eu mesmo.*” Os profissionais se remetem então a situações semelhantes com as quais lidavam, embora já fizesse algum tempo, e um deles comenta “*(Fulano) quando dava crise era brabo, ficava uns três dias sem falar, batia até nos colegas*”.

As dificuldades em lidar com essa situação de crise, de intensidade extrema, ficam muito claras e estiveram muito pregnantes no serviço durante algum tempo, o que será discutido em detalhes num próximo tópico, relativo a gestão do trabalho.

No entanto, a história do serviço, a proximidade entre clientes e técnicos, e a tentativa permanente de abrir lugar para as expressões diversas e validá-las, permitem que a fala de um cliente, que poderia ser rejeitada, nem sequer destacada, tenha seus efeitos de relevância. E de certa forma diz que isso é algo possível de ser vivido e expressado nesse espaço: quebrar alguma coisa estando em crise e falar sobre isso anos depois, sem ser repreendido.

Conhecendo as concepções inerentes à constituição do serviço e compartilhadas pela grande maioria da equipe – sobre as situações de crise como parte da vida, não separação entre vida e crise e, portanto, incorporação das situações de crise ao serviço – a hipótese e a discussão da maior parte da equipe, mas não de todos, de encaminhar o rapaz para outro serviço, por um lado suscitou grande estranhamento. O trecho abaixo, falado por uma das profissionais entrevistadas mais antigas no serviço em resposta á pergunta sobre como compreende as experiências de crise, situa melhor o meu estranhamento

*A vida tem a crise. Então se a gente ver esse processo todo como processo de vida, ela inclui a crise. Então a gente acha que o serviço, acha não, a gente faz assim, o serviço tem que conter a crise. A crise não pode ser vivida numa enfermaria de crise, num outro espaço, porque aí as referências exatamente no momento em que tudo está aflorado, ele vai viver isso ou dopado, ou com referência com outras pessoas que não somos nós. Então,*

*que vínculo é esse que você estabelece e na hora do adoecimento tem que ficar distante. Então a gente sempre acolheu a crise como uma das questões principais da nossa clínica aqui no HD y, o que não é fácil.*

Desse modo, se por um lado tal aparente contradição causa estranhamento e remete a um impasse corrente da Reforma Psiquiátrica, por outro, é possível referi-la à conjuntura atual deste Hospital-dia, cuja dificuldade para se situar nas diretrizes de reestruturação assistencial e dar conta, mesmo com uma equipe desfalcada, das novas demandas crescentes – como, por exemplo, a responsabilidade de atender a toda a demanda da área de abrangência a ele reservada, mantendo o trabalho singularizado, negociar com pressões políticas existentes dentro do Instituto, dentre outras – está tendo esse tipo de efeito.

Essa situação nos permite perceber quão complexos são os cruzamentos entre concepções, desejos, história, práticas e impasses nesses serviços e como, nesse caso, em uma situação muito extrema, quase toda equipe se sente impossibilitada de cuidar e acaba por propor uma solução que no geral não apontaria como saída. O que parecia contradição pode ser também visto como uma composição de diferentes forças, de diversas ordens, que, mesmo podem ser opostas, mas são também concomitantes.

Ainda assim, ressalta-se que a tendência inicial do serviço de delegar o encontro com tal intensidade para outro – questionado e sentido com sofrimento por alguns profissionais – pode ser mais problematizada. Considerando que, conforme explicitam alguns profissionais, talvez seja preciso o serviço se rearranjar no seu funcionamento e deixar de ser o que era para dar conta das demandas recentes, uma discussão mais profunda ou permanente sobre o que fazer em tais situações extremas – dispondo-se a estar com clientes que ainda não conhecem muito bem mesmo nessas situações, como acabaram conseguindo naquela situação – provavelmente se fará necessária.



### **III.3- O lugar da crise e das transformações paradigmáticas e seus impasses na discussão sobre a concepção dos serviços.**

A discussão sobre os modos de lidar com a crise, passa, portanto, pelo conhecimento e problematização de como os participantes cotidianos dos serviços compreendem-nos, os definem, os concebem, o produzem, enfim, se arriscando ou não entre possibilidades e limites afetivos, técnicos, políticos, culturais entre outros.

A indagação vai ao encontro das idéias, referências e práticas fundantes que permanentemente fazem esses serviços e, sobretudo, de como as mesmas incluem, ou não, o lidar com as situações de crise. Discutiremos também como tais serviços se aproximam de se constituírem enquanto substitutivos, que formas e práticas substitutivas compõem, ou seja, - conforme compreende Anaya (2004) por substitutivo – como contribuem para a substituição de um modelo, como trazem em sua construção a desmontagem do manicômio e a supressão das práticas manicomialais.

A interpelação de Campos (2001) “Equipamentos substitutivos: a que será que se destinam?”, está no bojo desse questionamento compartilhado por muitos que se dedicam a pensar a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Muitas respostas tem sido dadas a esta pergunta. Consideramos mais interessante manter a pergunta e desdobrá-la, a cada resposta. Para a autora,

(...) na maioria dos casos os serviços de atenção à saúde mental vem se definindo com uma vocação especial para o atendimento de neuróticos e psicóticos graves. Na maioria deles, também, se colocando com maior ou menor ênfase a necessidade de serem – de fato substitutivos à internação psiquiátrica integral” (p.104).

Uma observação é aqui necessária. Essa definição – utilizada por alguns profissionais do campo e por alguns trabalhadores dos serviços desta pesquisa – dos CAPS cujo objetivo de atendimento se define na teoria e nas normas a partir de categorias nosográficas – neuróticos e psicóticos graves contempla o que queremos dos CAPS, contempla uma proposta ético-estético-política? Ou seja, é essa assistência que queremos e podemos construir, é esse modo de relação com quem atendemos que vamos engendrar? E levando em conta as forças em luta na história e no campo das políticas públicas da Reforma, é desse modo que nos apresentamos, nos situamos e é essa seletividade com critérios nosográficos que faremos? Desconfiamos que os CAPS não se norteiam

restritamente por essa definição de serviço de atendimento a neuróticos e psicóticos graves e propomos que essa noção, essa perspectiva seja repensada.

Ambos os serviços da pesquisa, mas especialmente um deles estava em pleno movimento de erupção de conflitos referentes às suas direções, seu caráter, seus modos de organização, em como se situam no(s) projeto(s) da(s) Reforma (s), refletindo sobre seus objetivos, seu caráter, seu tom.

Para um dos entrevistados o serviço abre a possibilidade – impensável nos tempos anteriores à Reforma – de não se internar.

*(...) era a única opção que tinha, a internação na crise. Esse tipo de serviço, eu por exemplo, eu tive crise agora, no início do ano, mas eu não precisei me internar. Minha irmã queria me internar. (...) Aí, quer dizer, eu passei pela crise – agora eu já estou me sentindo mais estável – mas eu passei pela crise e não precisou me internar. Se fosse antes, era só a internação que era a opção. Agora isso não deixa do sistema ter defeitos.*

Desse modo, para ele

*Bom, o quê que é o HD y. Antigamente, era tal negócio. Eu tenho pra mim que o HD y é precursor de CAPS. O CAPS deve ter se espelhado – CAPS é, têm vários no Rio, não é – o HD y vem antes dos CAPS. Na época do HD y não existia CAPS. As pessoas daqui tiveram que brigar, porque você sabe que... Tem o psiquiatra tradicional que acha que é internação. O HD y não, o HD y teve essa alternativa, da pessoa vir, fazer atividades e dormir em casa. Antes não havia isso. O HD y é precursor. É por isso que tem muita gente que vem de fora pra conhecer.*

32

Quando pergunto, na vida dele, como é HD y, ele fala da relação entre o serviço e a vida dele atualmente. E é interessante notar que o que parece é que num momento anterior de sua vida – momento no qual inclusive, segundo seu relato, estava diferente também na vivência das crises, que eram mais freqüentes, intensas e com sensações mais invasoras que

---

<sup>32</sup> Este serviço surgiu antes da existência dos CAPS no Rio, antes da Reforma se tornar política pública oficial no Estado. Mas já existiam os CAPS de São Paulo.

agora <sup>33</sup> – o serviço cabia mais, se encaixava, era mais prazeroso e bem vindo, ao passo que atualmente, tanto sua vida como o serviço mudou e fazem agora um encaixe diferente, no qual ele tem um movimento com algumas críticas, mais autonomia, freqüenta menos e escolhe atividades pontuais.

*“Na minha vida, atualmente, eu estou pensando em me afastar um pouco do serviço, porque aqui mesmo não é um ambiente bom. Se a gente estiver com a cabeça boa não é um ambiente bom pra gente freqüentar. Até o meu sobrinho falou isso comigo ontem, falou ‘Tio, o hospital não é bom pra cabeça’.. De fato não é. Então quer dizer, eu estou pensando, mas assim que, eu estou abaixando a dosagem de remédio. Assim que eu sentir, eu vou ficar só em casa, porque em casa eu me sinto bem.*

*(...) Já foi melhor, porque a gente produzia mais, a gente fazia jornal, a gente fazia uma cantina boa. A cantina da gente era boa, a gente chegava seis, sete horas, fazia pizza, fazia bolo e saía pra vender. As pessoas no HD y antigamente participavam mais das atividades. Agora você vê que todo mundo quer comer, beber e dormir. Então pra mim nesse momento não é bom. Agora, o HD y já foi melhor, tinham várias... todo mundo trabalhava, a gente não vinha aqui pra comer, beber, dormir. A gente vinha pra trabalhar, quando era lá embaixo, aqui não, aqui já chegou assim”.*

A diferença presente-passado desse serviço é sentida por muitos. De fato, parece que o espaço para atividades gerais ou coletivas de criação e que dialogavam mais com a cadência e as necessidades da vida “fora” do serviço – como, por exemplo, o *buffet* que o serviço fazia - se esvaziaram, perderam um pouco a força, e não foi por terem se desdobrado ou se transformado em outra coisa, mantendo a característica de um projeto coletivo do serviço, mas que poderia ter ido mais pra fora ou algo nesse sentido. Muitos

---

<sup>33</sup> *“Não, eu fico assim, eu fico, por exemplo, agora os surtos estão vindo mais leves. Mas antigamente quando eu surtava, eu corria risco de vida e tudo, porque eu saía de madrugada na rua andando descalço, ia em boca de fumo, entendeu? Em uma série de lugares que. Então eu, por exemplo, já tentaram me matar uma vez. (...) Agora, uma coisa, por exemplo, eu saía na rua, ficava ‘Maluco, viado’, ficava ouvindo vozes, isso são vozes, entendeu? Até isso eu também já superei, não ouço mais vozes. É, já superei muita coisa, alucinação(...)”.*

desses projetos do serviço eram assumidos por pessoas específicas e, com a saída delas, não tiveram continuidade. Além disso, outro motivo para isso é de que a equipe tem lidado com demandas intensas, se esforçando para manter o modo de atendimento no qual acredita, sofrido desgastes e recebido novas pessoas a cada semana, o que está mudando um pouco os rumos do serviço. É interessante notar que entre coisas que mudaram no serviço, para esse entrevistado, a possibilidade de estar em crise sem se internar não se afetou com as mudanças.

*E assim, o serviço, eu acho que não dá pra deixar de fazer uma ponte em relação a isso, tem todo um entendimento especial... tem um entendimento todo peculiar em relação à crise. Assim, tem um entendimento muito peculiar, por ser um serviço que lida muito com essa coisa do técnico de referencia, que atende aquele cliente, constrói com ele o projeto terapêutico, fundamentado nas potencialidades, nas necessidades de cada cliente, assim, isso já te deixa claro o quanto é um serviço que tem uma, que trata o cliente assim com o entendimento de uma singularidade muito grande. E isso eu acho assim, de você entender o que é a crise na vivencia daquele sujeito, o que é a crise na história daquele sujeito, né, situar esse período, esse momento, com algo que tenha acontecido, com algum rompimento, com alguma questão da vida dele. Não é a crise pela crise, mas o quê que está na vida dele, situar essa crise na vida. Eu acho isso muito interessante e quando você é técnico de referencia, você acompanha sistematicamente aquele cliente, você consegue captar com mais facilidade como que aquilo vem, como que aquilo foi desencadeado,, e aí você lida muito melhor com a crise por conta disso, né. Você conhece o sujeito, você conhece a vida dele, você sabe quais são as questões que suscitam nele um sofrimento maior, e você consegue acolher a crise numa proposta muito mais singular. Não é a crise como uma coisa descolada da vivencia do sujeito. Então, assim, esse é o entendimento.*

*E, assim, o que eu acho muito interessante, é que assim, é um serviço que sempre – e eu me identifico muito com isso- que sempre acolheu muito a crise, né, a gente não entende que porque o sujeito está passando um período desses, que porque ele tem que estar numa enfermaria, distante do serviço. Muitas vezes a gente acolhe a crise, com o sujeito em casa, passando o dia aqui, fazendo um acompanhamento mais intensivo; muitas vezes quando essa possibilidade do sujeito estar em casa, não existir, ele fica na enfermaria, né, e ele passa o dia aqui. Então assim, é um serviço que convive com a crise e entende a crise como sendo um período no momento daquele sujeito, como outros. Então assim, eu acho que isso desmistifica um pouco, né, o sujeito está em crise tem que estar em*

*outro lugar, tem que estar internado. Não, ele está em crise, ele está num momento difícil, mas ele tem que estar com a gente porque ele é nosso cliente, né, ele tem que estar perto da gente, porque a gente que é a referencia dele. Tem que estar muito mais com a gente do que numa enfermaria que ninguém conhece ele.*

Percebe-se que em um serviço há certa afinção sobre a concepção ou o projeto do serviço e sobre o lidar com a crise. Tanto que tais respostas correspondem às pergunta sobre como compreendem e como lidam com as situações de crise e não sobre o que é o serviço para eles. Por outro lado, reflexões políticas mais ampliadas – para além das relações interiores ao serviço, sobre o papel do serviço como transformador das relações sociais com a loucura, e ainda se situando na luta de forças da Reforma – não aparecem tão claramente, embora o serviço esteja sendo atravessado por tais questões, mas que talvez não ainda traduzidas dessa forma ou reconhecidas. Um olhar político nesse sentido explicitado anteriormente, talvez fizesse alguma diferença, por exemplo, em situações tais como aquela do rapaz que pensaram em encaminhar e que de fato não tinha pra onde ir. Além de fazer menos sofrido o processo de dialogar com as novas demandas políticas e organizativas e se apropriar das normas de funcionamento que lhe são transmitidas – que, na verdade, talvez deixassem de ser apenas normas e passariam a fazer mais sentido junto às demais lógicas do serviço.

Contudo, algumas práticas desse serviço são aqui reconhecidas, num sentido um pouco diferente, como práticas políticas, além de ético-estéticas, tais como a criação de múltiplas linguagens no atendimento, a oposição a diversas formas de cerceamento e construções identitárias para as pessoas que se sobrepõem à singularidade, a tendência a criar atividades a partir da demanda das pessoas e de situações particulares e não a partir de um menu de um certo modelo de serviços, as “intervenções” artísticas feitas em espaços culturais públicos, dentre outras.

*E poder ter essa abertura que o Hospital-dia X tem, muito interessante, não tem uma forma de fazer a coisa, você tem n formas. É legal, o plural, você respeitar não só o desejo dos clientes, mas também o desejo dos técnicos de querer montar uma linguagem, de estar com os clientes de uma determinada forma.*

E em outra entrevista...

*E outra coisa também, outro conceito que a gente trabalha muito aqui no HD y é a questão do acaso. Por isso é importante esse olhar atento, né. Cada terapeuta tem assim uma, uma... poder perceber no que o detalhe pode fazer diferença. Então, por acaso, no caso do R. por exemplo, a C. – R. muito delirante e tudo –, a C. começou a observar que ele gostava de jogar pipa e ele montava as pipas que ele jogava. E ela então começou a fazer um trabalho de origami. Ela foi estudar origami, foi aprender origami, pra poder fazer esse trabalho com ele. E ele teve assim um desenvolvimento fantástico com origami, nunca tinha lidado com origami, mas conseguia fazer as peças muito melhores do que as duas - era ela e uma estagiária- e assim, o R. montou a história dele toda com figuras de origami. C. fez até depois uma exposição dos trabalhos que ele fez, é. E foi aí que nós descobrimos tudo o que aconteceu com R a partir desse trabalho de origami. Então, são acasos que você se depara e você tem aquele olhar, tem aquilo ali, transforma aquilo como instrumento da terapia, instrumento de expressão, instrumento de comunicação, instrumento de mudanças.*

Entre as características de um serviço transformador nos modos de lidar com a crise, Norcio (2002) aponta a importância da criação de diversas linguagens e modalidades de contato com as pessoas, que não se restrinjam somente a entrevistas nos moldes tradicionais e outras ferramentas verbais.

Em outro serviço, ou eixo de discussão, já não se tece uma relação forte entre o projeto do serviço e responder às situações de crise. Neste, a comparação com um ideal de serviço que cada um tem e que atravessa suas práticas, é colocado com centralidade, de maneiras diferentes e com exigências também diferentes, por políticas oficiais, por um discurso oficial da Reforma, assim como pelas conhecidas críticas que lemos e fazemos aos serviços, ao encaminhamento das práticas.

*Então, pra mim o CAPS hoje, esse CAPS, assim, que falta uma cara política, uma inserção política, uma questão ética em relação ao projeto. Não é estar aqui pra fazer atendimentos assim; a gente tá aqui pra bancar um serviço, pra bancar um modo de vida, pra bancar uma sociedade que tem o olhar diferenciado da loucura, que consiga ter*

*tolerância, é, e que eu acho que isso aqui é reduzido demais pro projeto que é o CAPS, entendeu. O CAPS está lá fora, que a gente pensa, mas a gente efetivamente, a gente efetiva o que a gente pensa lá fora. Então assim, é, mas de qualquer forma eu acho que tem muitas coisas que interferem nesse processo, sabe. Eu acho que não é só uma deficiência da equipe, uma incapacidade da equipe de estar aderindo a esse projeto. Eu acho que a gente passa por um momento de tanta falta, falta de tudo que você imaginar, que não tem como você, ou pelo menos dificulta...*

*Pra estar desenvolvendo esse processo político, a gente estar num ambulatório moderninho, entendeu, ambulatório hippie. Risos. Paz e amor, sabe. É por aí. A gente não tem uma discussão ético-política, a gente não tem essa afinidade, essa, a gente não compactua um olhar do que seja esse projeto, que aí eu acho que algumas pessoas têm perfil pra estar entendendo isso como um projeto político, outras pessoas não. Mas de qualquer forma, a gente passa por uma falta de, uma ausência de recursos tão grande, que a gente não tem nem como estar podendo parar pra a gente estar desenvolvendo algo que está pra além desse serviço, pra além desses muros aí. Eu acho um pouco por aí. Me entristece, entendeu, o descaso, o descuido, é porque eu acho que sem o mínimo a gente não pode estar, o mínimo; não tem mínimo a gente não tem como estar desenvolvendo isso. Aí isso vira utopia, né, pensar nisso, a gente não tem.*

Um dos trabalhadores acha que este CAPS ainda tem muitas características de hospício, mas fala de uma mistura entre CAPS e hospício, da presença de ambos no mesmo espaço:

*“Aqui você tem uma cara de CAPS, mas está distante de CAPS também, tá, aqui eu tenho claro que aqui você tem muito ranço de hospício aqui dentro”.*

Nesse serviço é corrente e forte a opinião dos profissionais e segundo eles, de profissionais de outros serviços de outras redes – de que o “CAPS X está sempre em crise”. No entanto, esse “estar em crise” não significa tanto rearranjar suas ações, seus recursos de intervenção, mas mais se incluir como produtor de um destino ou outro nas situações de crise e assim, refletir sobre seus problemas que tem efeitos na assistência. Não se pode

dizer que é um movimento permanente do serviço, uma característica, uma proposta. Uma situação trazida para a reunião de equipe é que aqui destacada como um momento no qual a equipe se coloca em questão diante de uma situação difícil, extrema e com poucos recursos e muitos impasses. É também uma situação analisadora de um certo funcionamento, dos problemas e questões institucionais do serviço. Traremos a situação crua, tal como acompanhada e anotada no diário de campo, tentando seguir mais fielmente como se deu e a discussão equipe, começando pelo seguinte ponto

*Numa terça de manhã havia um impasse em torno dos cuidados a W. Duas técnicas queriam um carro para levá-la para casa e conversarem com a família, e ela pedia internação.*

*Havia dormido na rua. Senão, teria ficado internada num curto período no Pedro II. Na sala da equipe/da administração, uma técnica fala “eu quero que ele trabalhe, eu poderia arrumar um carro com a CAP,mas eu quero que ele trabalhe”, que ele peça o carro.E acrescenta: “Senão a gente vai ter que internar só porque não tem carro”.*

*Na reunião de equipe do mesmo dia, levam o caso para discussão e informam que W pede internação e diz “Estou com dor no peito. Estou me sentindo mal, quero internar”.*

*Uma técnica comenta que o psiquiatra disse “Não tem indicação para internação, mas se for por uma questão social, a gente interna para uma internação curta”. Acrescenta que quando W esteve aqui há duas semanas atrás, deu medicação para ela levar.Acrescenta-se ainda que essa moça tem história de mais de vinte internações e que “uma pessoa que a conhece do IPUB disse que ela é muito agressiva”.*

*Por fim, W. ficou internada.*

*A equipe conversa sobre ela e seu percurso no CAPS. Comenta que antes ela se negava a falar, hoje ela já falou onde mora e disse o nome de 3 familiares.Outro técnico afirma: “Ela é uma das que entrou em crise com a falta de Haldol decanoato. É uma da turma”.*

*Outra informação: “Tem uma casinha dela, que está alugada”. Está ficando na rua porque não quer ficar de jeito nenhum com um irmão com quem morava e que bateu nela. Tem outro irmão em Campo Grande.*

*Uma técnica salienta que “Ela não foi internada porque estava em crise”, se não fosse essa questão da família, não teria essa internação dela”, e diz que ontem ela resistiu*

*a sair do CAPS e que eles tiveram que deixá-la na rua e que se sentiram muito mal tendo que fazer isso. “Eu me senti muito mal” Após discussão de outros casos, da questão da pressão e do controle excessivo dos horários, a enfermeira comenta que se fosse antes, ficariam com W até oito horas, mas que agora, com esse mal-estar “ontem, praticamente botamos ela fora, ontem, literalmente pra fora”.*

*E outra técnica corrobora, desabafando “É horrível, foi horrível, a gente colocando ela na rua”.*

Assim, essa característica do serviço como um serviço que “está sempre em crise” fica bem presente na situação descrita. Tanto na dimensão dos impasses que o serviço enfrenta e dos conflitos entre a equipe, que impossibilitaram decisões alternativas à internação não colocando a moça atendida em primeiro lugar – mas também no modo como a equipe reconhece esses problemas, coloca a discussão, explicitando seus limites e problemas como responsáveis pela internação da moça, aproveitando para discutir a burocratização do serviço e pedindo por um modo de trabalhar que esteja mais de acordo com seu desejo e sua realização.

Já invadindo a “temática” do próximo tópico, nessa situação a equipe não conseguiu afirmar a necessária colocação em crise, necessária até para sua própria saúde, sem provocar uma certa desassistência. Nesse sentido, tentando contribuir, é preciso tomar cuidado – no sentido ético e afetivo de cuidar de si e do outro – pela tendência crescente nesse serviço a se institucionalizar em justificativas referentes à falta de recursos – a ausência da medicação, do carro, entre outros – e acabar não criando recursos outros. Ou seja, as críticas e a força da equipe, e sua vontade de plasticidade, de não burocratização podem ser mais bem aproveitadas, sem afetar tão negativamente a assistência.

Para Anaya (2004) a transformação da equipe, aliada a outros elementos tais como a responsabilização pela demanda, a integralidade e a superação do modelo asilar, são componentes característicos de serviços substitutivos. A autora propõe que trabalhar com a noção de substitutivo implica compreender conceitos tais como rede, intersetorialidade, porta aberta e crise, entre os quais alguns já foram aqui discutidos e outros serão no decorrer deste capítulo.

A confrontação deste CAPS com um ideal de CAPS inclui discussões que permitem que a equipe se problematize, se desassossegue, o que é imprescindível de ser marcado. Mas, nesse caso especificamente, aliada aos conflitos diversos entre os profissionais, ao menos nesse momento, tem sido um caminho de crítica que parece contribuir mais para um

clima paralisante e ressentido, que se volta conta o próprio CAPS, e menos para a equipe se transformar. Até porque, tal confrontação, do modo como vem sendo feita, não permite que a equipe, em se problematizando, olhe e potencialize o que consegue fazer de inovador<sup>34</sup> e remete a equipe somente para o que está fora dela, para um modelo, para o que o serviço não tem. Gostaríamos de destacar que, considerando a morosidade, o clima estranho de harmonia conservadora em que se encontram outros CAPS, os desconfortos, as críticas e questionamentos nesse CAPS já acenam uma inovação, uma filete de transformação, e são portanto importantes de seguirem, mas talvez de outra maneira.

Outra entrevista também fala da comparação com um ideal, mas traz um pouco mais as potencialidades do CAPS, sem perder de vista seus problemas, falando de modos diferentes de fazer uso do CAPS e produzi-lo, assim como de uma linha tênue que pode torná-lo uma via de liberação e construção de mais laços para algumas pessoas ou também, em se cristalizando, uma espécie de gueto, de único lugar possível para outras.

*“(...) esse CAPS, uma vez eu escutei o Domingos falar numa palestra dela, eu gostei muito dessa definição dele, assim “O CAPS pra mim é uma casa”. Achei isso assim, fantástico. O CAPS é uma casa, é isso aí, é uma casa que tem de buscar uma convivência saudável, pra todos aqueles que estão nela, né, os usuários e também aqueles que estão trabalhando no CAPS. Então, o CAPS, aqui, o CAPS X, com todas as dificuldades que ele tem, eu compreendo que o CAPS, ele, possibilita que, mesmo com muitas dificuldades, ele é um espaço de convivência social, de favorecer principalmente aqueles usuários que têm um retraimento social e familiar muitas vezes, muito grande e o CAPS tem essa função na vida dessas pessoas. E no Grupo Reflexivo, eu gosto muito dele, acho que ele é fantástico por conta disso, isso aparece. E aparece de uma maneira tão verdadeira, tão clara que eu já escutei dos usuários coisas assim “Eu não sei o que seria de mim se não fosse o CAPS, porque o quê que eu ia fazer? Eu não tenho o que fazer. A minha casa eu não gosto de ficar, não tem nada. Aqui no CAPS eu venho, eu converso, eu participo das oficinas, eu vejo televisão, eu como, eu pego meus remédios, eu tenho*

---

<sup>34</sup> A discussão sobre o trabalho em equipe e as situações de crise será feita num tópico adiante.

*meus atendimentos”, já ouvi isso. E já ouvi de outro lado também, o que eu acho muito importante, assim “Eu queria fazer outras coisas, mas eu tenho que vir pro CAPS”, quer dizer, é o contraponto, é aí que a gente tem que estar atento.*

*[Comento : “Nos dois pontos”. O entrevistado prossegue ]*

*Nos dois pontos. Então o CAPS também não pode ser um obstáculo pra que ele possa fazer outras coisas. Tudo bem que a gente tem que estar considerando a dificuldade de iniciativa e tal, isso serve, quando alguém cobra dele alguma coisa, de que ele tem trabalhar, tem que fazer isso, ‘Tenho que ir pro CAPS’. Tudo bem, a gente tem que olhar isso, mas também tem que estar atento ao CAPS não estar recebendo e prendendo, entre aspas naturalmente, a pessoa aqui dentro.*

*Então acho que a gente tem que estar atento a isso e o CAPS servir de acordo com a necessidade e a possibilidade de cada um. Então é isso”.*

Muitos fragmentos trouxeram riqueza e suscitariam desdobramentos e discussões diversas e fundamentais que – temos clareza – não foram aqui tocadas, nem muito menos esgotadas. Consideramos que pode ser interessante lançar fragmentos e não falar tudo, não explicar nem discutir demais, não preencher.

Discutimos assim a complexidade dos atravessamentos entre concepções/práticas dos serviços e suas implicações nos momentos de crise. Vimos que construir uma concepção de serviço, na qual o lidar com a crise seja inerente sido um assunto espinhoso, nada simples, às vezes possível, às vezes não, e que não envolve apenas direções técnicas e organizativas, embora estas sejam extremamente importantes, mas não descoladas das éticas e políticas.

Foi possível perceber ainda que um projeto discutido de serviço, uma certa afinidade de propostas e desejos, acompanhada de um espaço de explicitação e legitimação de singularidades e divergências, de um modo não desqualificante e excludente, faz significativa diferença no funcionamento deste serviço, nos seus modos de lidar e tem implicações diferentes nas situações de crise em relação ao um serviço que se não se coloca em questão e não busca produzir linhas de afinidade, de produzir também um comum entre muitos diferentes.

No que se refere a uma aproximação maior ou menor em relação ao projeto de ser substitutivo, vemos que isso é tomado como questão para ambos os serviços e que tem sido um exercício. A preocupação em não internar, a clareza das limitações políticas de ações de transformação – principalmente no caso do CAPS – e que há diferenças entre os profissionais na avaliação dos problemas do CAPS neste sentido. A expressão, a idéia substitutiva não aparece *ipsi literis*, mas atravessa todas as preocupações comentadas, as faltas sentidas e as concepções dos serviços.

Por fim, é preciso marcar que construir esse serviço capaz de lidar com a crise implica em ter um apoio de investimento e uma coerência – entre o que os poderes públicos exigem dos serviços e no que os apóiam – que não acontece no caso do Rio de Janeiro. Com isso, os trabalhadores e usuários passam por diversos impasses, sentidos como desvitalizantes, desanimadores e fomentando a tensão do trabalho. Assim o que para os trabalhadores deveria ser uma base mínima de trabalho, uma condição fundamental, passa a ter que ser mais uma luta o que provoca mais ressentimento. Tal quadro nos remete para uma questão maior, que vai além da interpelação aos serviços sobre seus projetos, que nos faz perguntar : Qual é o projeto de Reforma em curso no Brasil, da parte do Ministério e dos poderes governamentais locais? É mais uma desinstitucionalização nos moldes liberais, enfrentada por outras forças em luta e outros projetos em jogo?

### **III.4- O trabalho nos serviços substitutivos de saúde mental: gestão, cotidianidades e limites no lidar com a crise.**

Nossa intenção agora é explorar as minúcias do trabalho nesses serviços e especialmente o de atender as pessoas em situação de crise. Trataremos então de cotidiano, das questões mais processuais, do que acontece ali – no momento em que alguém está sofrendo, ou até não, mas é capaz de morrer de tanta felicidade, ou matar por indiferença e ruptura com a realidade – e os trabalhadores de saúde mental, a família e os vizinhos precisam fazer alguma coisa. Trata-se de apontar a importância dos pequenos atos, de cada diferença, de cada momento da equipe e das relações produzindo um modo ou outro de lidar – o que não vimos e desejamos ver em muitos escritos da saúde mental.

Tematizaremos junto a essas minúcias, questões gerais relativas aos modos de gestão do trabalho no CAPS, mesmo os que não se fazem no exato momento em que algum está em crise, mas que tem implicações nesses momentos.

Para isso escolhemos um olhar para nos debruçarmos sobre o cotidiano, que consiste numa incorporação entre Foucault e Certeau, tal como avisamos no Referencial Teórico.

Se pensássemos numa música que cante o que estamos fazendo cotidianamente como Reforma Psiquiátrica, numa expressão, num poema? Quais são os que queremos? Quais condizem? *Cotidiano*, do Chico? “*Parem de falar mal da rotina*”, da Elisa Lucinda.

Como olhar para esse cotidiano e, em olhando assim ou assado, o que estamos produzindo? Um híbrido de Chico e Elisa, uma referência a Foucault e a Certeau, e tantos outros elementos trazidos por quem está na lida diária nos servirão para compor este texto. Este tom “alegre”, um certo respiro e um cantarolar, de vez em quando, podem nos ajudar a passar pelas dificuldades desse tema, sem opor o que se diferencia do que se repete, paixões alegres e tristes, evitando inundar a crítica com o ressentimento, mas também evitando ser polianesco, como tem sido muitos escritos sobre os heroísmos e as benesses da Reforma no Brasil.

Antes de entramos nos barulhos do cotidiano, algumas considerações mais gerais para aquecer são bem vindas.

Assim, gostaríamos de destacar antes de qualquer coisa a imensa complexidade dos trabalhos cotidianos realizados nesses serviços, devida sobretudo às suas novas propostas de produção, que olham para a vida de um sujeito na sua totalidade, que buscam

integralidade de cuidados, construção de redes sociais que sustentem e fomentem transformações, seguindo as necessidades e potencialidades de vida dos usuários. Devida ainda aos impasses e à inexistência de transformações em rede que ainda tem que enfrentar.

*“(..) trabalhar em CAPS é algo muito difícil, entendeu? Porque é uma invasão o tempo todo, é uma avalanche de demandas assim, sabe, que às vezes está no seu limite mesmo, às vezes fica de saco cheio. São demandas de todas as ordens, entendeu(...)”*

Gerir o trabalho de atender uma só pessoa pode ser rizomático, composto de muitos trabalhos, que vão desde atender também a família, passando por ir a casa –quando há casa e quando não há, às vezes buscá-la junto -, auxiliar a fazer documentos, buscar alguém que está desaparecido, até se articular com outros serviços nos quais esse cliente, ou ainda o filho dele, é, era ou virá a ser atendido. Sem contar as atividades coletivas realizadas, construídas, que demandam disponibilidade e operacionalidade também próprias, dialogar com várias pessoas, produzir vitalidade, tentando conciliar com certa ordem, ser criativo, ouvir mil demandas das mais inesperadas... Ufa! Junto a tudo isso, é preciso ainda lidar com as contradições do próprio lugar de trabalhador de saúde mental - atento à sua potencial função de controle e assujeitamento – desconstruir e repensar o que faz, pensa e sente e lidar com os riscos de colonizar vidas e territórios. Atividade de imensa riqueza, mas igualmente de desgaste, é o trabalho em saúde mental.

Quando uma pessoa está numa situação de crise, o lidar com ela não somente é mais difícil e tende a demandar descobertas de novas ações e táticas, experiências antes não tentadas, como também sua presença no serviço tende a mexer, a “bagunçar” um pouco, ou pelo menos exigir mais atenção dos profissionais – quando o trabalho é compartilhado – ou, quando não é, de alguns trabalhadores de forma mais concentrada.

Em um dos serviços, a diferença em lidar com uma pessoa em crise cuja história é conhecida do convívio mesmo no serviço - sendo ou não terapeuta daquela pessoa, mas tendo ao menos um vínculo, um contato cotidiano – é freqüentemente sentida em relação a estar com pessoas em crise cuja história, mudanças, questões não se conhece muito, seja no primeiro atendimento, ou no início da integração da pessoa atendida e o serviço.

Isso implica que os profissionais, além de agüentarem um tempo necessário para a construção de uma relação mais “segura”, sintam a necessidade de criar táticas para que

consigam acompanhar essa pessoa mais desconhecida sem que ela corra tantos riscos – parece ser o que temem. Sentem-se assim muito responsabilizados.

Algumas atividades podem desempenhar assim importantes funções de organização do serviço, facilitação das gestões cotidianas do trabalho e produção de conforto e alívio, destacando-se nesse sentido as reuniões de equipe, as supervisões em um dos serviços e os momentos informais – almoço, lanche, intervalos de grupos e atendimentos, saídas – em outro, sempre utilizados para discutir, compartilhar dúvidas, dar recados de clientes que ligaram, pensar no que fazer, descansar. Obviamente esses espaços são também espaços de conflito, confrontação, de desconforto.

Quanto à configuração e a reconstrução do trabalho realizado com cada pessoa acompanhada, se dá tendo como eixo a construção do chamado Projeto Terapêutico, ferramenta do qual ambos os serviços pesquisados se utilizam. O projeto implica se dedicar a uma pessoa, conhecê-la, descobrir linguagens juntos. Dá um certo contorno ou uma configuração para a relação da pessoa com o serviço e com seus terapeutas: comporta as atividades das quais participa no serviço no momento e as que estão sendo planejadas, os dias em que vai, tem a ver com sua história, sua família, fala das suas necessidades e desejos e das possibilidades do serviço para oferecer e criar. Muitas vezes essa construção pode acabar se cristalizando ou burocratizando, se torna fixo, esbarrando em critérios de diagnóstico, pode se prender a esses e é atravessado pelas dificuldades do serviço mais ou menos contingenciais. Não foram raras às vezes nas quais alguns profissionais - estranhando a presença de determinados usuários no Serviço em dias que “não eram os seus”, exprimiam “Mas hoje não é o dia dela (e) aqui”, ou ainda “O Dr fulano não está aqui hoje, com quem que ela veio falar? Algumas vezes falavam isso aos usuários, o que trazia a impressão de estarem presos ao contrato pré-estabelecido, e ao respeito à regra, mais do que atentos ao motivo daquelas pessoas estarem lá e não em outro lugar, quererem ou precisarem ir mais vezes, dentre outras possibilidades. Neste mesmo serviço, por exemplo, os Projetos Terapêuticos tiveram que ser revistos por conta do corte do fornecimento da alimentação feito pela Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Assim, foi preciso redefinir junto com os usuários sua frequência e permanência no serviço. Quando isso foi proposto em reunião de equipe, uma profissional salientou uma especificidade para as pessoas em crise, lembrando que “Quando está em crise precisa vir mais”.

Essa última dimensão do Projeto Terapêutico - o acordo e a definição dos dias e turnos que ele vai – consiste no chamado Contrato que o CAPS faz com o usuário. Já no

HD a relação não há um contrato fechado, na concepção dos profissionais é mais livre: a pessoa escolhe quando vai, e as atividades das quais quer participar e isso varia sem que seja definido com quem a atende ou com sua “referência”. Mas em alguns casos, tal relação pode mudar e se tornar mais delimitada, como será aqui apontado quando trouxermos a situação de uma pessoa (em crise?) que muito mobilizou esse serviço e que não conseguia ficar nas atividades muito bem, nem, por outro lado, ficar sozinho sem se sentir abandonado, denegado e então se irritar, quebrar, bater – o que com o tempo foi se modificando.

A “referência” se materializa no profissional que, no geral, ou tem mais contato com o usuário, a quem ele se refere para algo, que tem uma responsabilidade especial com ele. Assim uma pessoa pode ter mais de um profissional como referência e no decorrer do seu percurso no serviço essa referência pode se modificar. Em ambos os serviços, a referência costuma ser ao profissional que recebe aquela pessoa no serviço pela primeira vez ou então o que passa a acompanhá-la depois da recepção.

Aquecidos com reflexões e complexidades e munidos de certo “glossário” podemos continuar.

#### **III.4.1- Minúcias e processos cotidianos do CAPS: Funcionamento, modos de gerir o trabalho e capacidade para suportar a intensidade.**

Principalmente situações concretas acompanhadas passo-a-passo compõem mais uma rota do trabalho. Na verdade, rotas diversas, que vão desde as maneiras pelas quais as pessoas atendidas utilizam os serviços para atravessar momentos mais difíceis, passando pelas gestões do trabalho, até um certo mapa das intensidades e experiências de crise que o CAPS suporta e as que não e quais os fatores que parecem pesar nesse sentido.

## “Só vem quando está em crise”

Uma usuária que só vai ao CAPS na crise: o grupo como recurso para intervir nessa situação.

Um modo pelo qual alguns clientes utilizam os Serviços ou os cuidados de saúde mental consiste em freqüentar esses espaços somente quando estão em crise. Alguns autores, principalmente os do campo da saúde pública, discutem questões relativas a uma produção cultural mais imediatista de relação com a saúde e com a busca de atendimento, pela qual os usuários buscam os serviços de saúde procurando alívio imediato e somente em situações extremas e os profissionais constroem um trabalho também sem continuidade, respondendo de forma mais rápida e às vezes burocratizada.

Como nem sempre, ‘as coisas são bem assim’, é preciso problematizarmos essa questão, ampliá-la, dando lugar a outros elementos éticos e políticos que a compõem. Quando uma pessoa procura o serviço somente nos momentos de maior desespero ou dificuldade, sem no entanto demandar respostas imediatistas, mas depois não mantém relações com o serviço, o que está em jogo e o que pode nos ajudar nos destinos que daremos a tal relação? Como pensar a proposta da “tomada de responsabilidade” nesse sentido? Como não confundir tomada de responsabilidade e controle sobre a vida das pessoas que atendemos?

Dois situações, completamente diferentes, bagunçam um pouco o coreto dessa discussão. Através podemos pensar como analisar demanda e encargo, desconstruí-los e “fazer-se responsável” sem solapar modos singulares de lidar com a própria saúde e com “necessidade” de cuidados de saúde mental?

*Uma das profissionais do CAPS X traz o caso de uma moça que atendia e que “Quando está na crise vem, depois só volta na próxima crise”. Sugere que ela fique participando de algum grupo que controle a ausência dela, por avaliar que essa continuidade pode ser importante pra vida dela. Sugerem ainda que em algum momento se coloquem em pauta “esses pacientes que somem e a gente não consegue controlar”.*

*A equipe do HD y discutiu sobre um rapaz há muito tempo vinculado ao Serviço e que “está em franca mania”. Comentaram que quando ele “está em franca mania”, ele procura o HD, depois some. Perguntei se consideravam que era importante procurá-lo. A equipe respondeu que quando ele não está bem, ele procura. Falaram um pouco sobre a vida dele, onde mora, como “se vira”, trabalha e da sua história na psiquiatria, tendo chegado ao hospital desde a infância.*

Como pensar transformações no lidar com a crise nos dois manejos apontados? Na primeira situação, os critérios que parecem nortear a escolha da profissional e sua proposta – recebida sem discussão ou discordância pela equipe – se referem a uma responsabilidade pela cliente e a uma aposta de que uma abertura de possibilidade de cuidar de si de outra maneira pode ajudá-la não somente a viver melhor, mas também a não passar por tantas crises. No entanto, os motivos pelos quais a moça opta por esse modo de utilizar o CAPS e se relacionar com os profissionais não foram ditos pela profissional que levou o caso, nem indagados pelos demais (e me incluo nisto). Essa seria uma questão simples e importante a ser discutida a cada situação dessas, menos óbvias, de modo que equipe possa transitar desnaturalizando demandas e escolhas, o que de modo geral, tem sido incitada a fazer com as supervisões e com os acontecimentos que “invadem” seu cotidiano.

A segunda situação trata de uma decisão oposta, mas traz questões semelhantes. Se o fato de conhecerem o rapaz há tempo e terem uma relação próxima com ele permite à equipe sossegar nas idas e vindas do mesmo – que sempre procura quando está em crise – respeitando seu movimento, por outro lado, porque ele não pode fazer outro movimento? Ou ainda, e se ele não vai mais, se muda de movimento? Como sabem como está quando não vai, quem garante que está vivo, está bem? Porque quando ele chega em crise freqüentemente está irritado e queixoso com os profissionais do serviço, fazendo críticas e reclamações? E o que muda na sua vida – se ele quiser mudá-la - enquanto continua nesse mesmo movimento? São questões apenas para tirar do lugar de óbvio a certeza e conformação que todos apresentaram e imediatamente – por estar numa posição “de fora”, por ter aprendido e optado, na maioria das vezes, por decisões diferentes destas na curta formação em saúde mental...– soou estranha.

Tais diferenças de “procedimentos” falam de uma maior ou menor permeabilidade com os princípios da Reforma e da Saúde Pública – tais como nesse caso, a “tomada de responsabilidade”? E essa diferença se inscreve nas particularidades da construção histórica

de cada serviço? Um, serviço cuja implementação está no âmbito das políticas oficiais – fundadas num híbrido de perspectiva sanitarista e apropriações da desinstitucionalização italiana – e cujas práticas parecem fazer mais ou menos esse caminho, ao mesmo tempo, em que tem uma entrada da Psicanálise e outras abordagens não identificadas a grandes linhas, mas ali aprendidas. Enquanto outro, formado no fechamento de uma enfermaria – feito por profissionais que ainda hoje estão no serviço - e histórias construídas com abordagens mais diversas, forte aproximação com a antipsiquiatria, com Nise da Silveira, Lygia Clark, nas quais o referencial italiano não parece uma força que faz relevo - embora seja também referência de alguns profissionais – e uma determinada perspectiva sanitarista vem sendo incorporada aos poucos, a duras penas.<sup>35</sup>

### Recepção e Pronto-Atendimento: modos de fazer o primeiro contato

O trabalho de receber a pessoa pela primeira vez particularmente me interessava. Como atendem as pessoas de primeira vez? Como atendem as pessoas de primeira vez quando estão em crise? E quando avaliam que ali não é o lugar mais indicado para a pessoa ou quando não podem mais receber, como fazem os encaminhamentos e como compreendem esse trabalho? Acham muito importante a porta de entrada ou a recepção?

No período da pesquisa e já há algum tempo o CAPS estava com portas fechadas para “matricular” novos usuários, norma que - graças a vida e à diferença – não era seguida igualmente por todos, sendo inclusive motivo de conflitos e indignação e desânimo com o trabalho para alguns, que se mostravam contra o fato de um CAPS fechar as portas. De modo que em reunião de equipe, uma das profissionais desabafa

*“O CAPS está funcionando assim: como está de portas fechadas, acolhe e encaminha: quando está em crise, encaminha para a emergência, quando não está, encaminha para a rede, que nesse momento está inchada”. E fala ainda da pressão de fazer a P.A – Pronto-Atendimento - tal como chamam e fazem neste CAPS - sozinha e o resto da equipe não apoiar.<sup>36</sup>*

---

<sup>35</sup> Não foi possível conhecer ou construir uma história do CAPS, nem mesmo através dos documentos lidos. Como no HD y as histórias são contadas com mais detalhes nas entrevistas e no cotidiano, talvez seja possível falar melhor de uma história do segundo do que do primeiro. De qualquer forma, mantenho tais perguntas e hipóteses, com o risco que uma pergunta sempre implica.

<sup>36</sup> O CAPS sofre atualmente de problemas relativos ao trabalho solitário e fragmentado , à falta de apoio entre

Se havia uma norma instituída, havia também escapes e *maneiras de fazer* que, atentas à norma, driblavam-na de modo ético e artístico. Assim, alguns profissionais, quando avaliavam que uma pessoa estava “grave” e se beneficiaria muito do CAPS, sem conseguir se manter bem em outros serviços que não cuidassem com atenção e continuidade, abriam espaço para mais um, levando a discussão para a equipe ou somente acordando com mais um colega que acompanhasse em conjunto. Mas, por outro lado, a mesma norma – e seu modo de instauração, tal como outras normas no CAPS – também tinha para alguns, os mais indignados, efeitos de automatização, de acabar fazendo da maneira mais rápida, sem muito cuidado nos encaminhamentos.

Desse modo não foi possível acompanhar muitos atendimentos de primeira vez, assim como também não o foi no Hospital-dia, pois seu horário reservado para a recepção coincidia com o horário das reuniões do CAPS, sempre muito importantes para a pesquisa. Desse modo, em dois dias optou-se por deixar de ir ao CAPS para participar de uma recepção no HD, e em uma dessas vezes, não houve ninguém a ser recebido. Contudo em ambos os Serviços os trabalhadores discutiam o assunto – pedra no sapato quase todos.

*A observação de um Pronto-Atendimento traz interpelações. Trata-se de um PA feito inicialmente por um profissional que solicita então que outro avalie, mas não participa junto a este. Suspeitava-se de quadro orgânico. O segundo profissional a receber me convida para acompanhar. Era um casal e o marido solicitava atendimento para a esposa. Os dois foram chamados e o técnico perguntou o que estava acontecendo. O marido explica que vinha para pedir um laudo, a fim dar entrada no benefício da esposa. O psiquiatra responde que não poderia dar o laudo para um paciente que não é seu e, vendo que ela era paciente de um Centro Municipal de Saúde (CMS) local, explicou que deveriam pedir lá. Vieram com encaminhamento – quase uma carta – feito por uma psicóloga de um Instituto de Neurologia. O profissional pegou alguns dados mais básicos, explicou que o CAPS não estava admitindo clientes novos e que deveriam voltar ao CMS, passar de novo pela Recepção, pois ela necessitava de uma reavaliação; sugeriu que corressem atrás dos*

---

os profissionais da equipe, que pipocam o tempo inteiro em várias situações, sendo o Pronto-Atendimento e o atendimento às pessoas em crise, as situações nas quais isso fica mais claro e é sentido com mais peso.

*seus direitos lá, pois o CMS deveria atendê-los. A senhora (de quase 50 anos) falava como criança, se comportava como criança e falou de um homem preto do qual teria medo, pediu brinquedos e biscoito. O marido contou que ela trabalhava como empregada doméstica e que um dia, de repente, voltou de lá assim. Disse que não está conseguindo trabalhar, porque tem que ficar com ela. E a medicação não está funcionando. O técnico do CAPS insistiu que passem novamente pela Recepção do CMS, já que o tratamento não está dando certo, que exijam seu direito junto ao CMS, que se fosse necessário, poderiam voltar ao CAPS.*

Logo pude compreender o que a equipe falava. Primeiro movimento: os profissionais que fizeram o PA não fizeram juntos; um delegou para o outro e pronto, sem muitas trocas ou interações. Segundo movimento: De modo muito interessante o profissional não responde com o imediatismo médico que poderia responder, não dando um laudo para uma pessoa que nada conhece a respeito, declarando médica e juridicamente algo sobre ela, sem conhecê-la. Terceiro movimento: Não são tratados com aproximação, não se conversou sobre o que a mulher sentia, não foi dito nada que confortasse a angústia do marido – sem trabalhar, cuidando de uma mulher que “de repente” voltou para casa criança. Quarto movimento: A ênfase no direito de ser bem atendido no CMS foi importante, de modo que não tomou apenas para o CAPS tal responsabilidade. Quinto movimento: A palavra quase não foi dirigida a ela.

Como a recepção acabou se configurando nesses moldes? E como os trabalhadores continuam a suportá-la dessa maneira? Endurecendo-se? Brigando, se queixando, pedindo ajuda, como na primeira fala destacada acima.

*Em uma das reuniões pergunto porque optaram por fazerem o Pronto-Atendimento sozinhos, em vez de fazer uma Recepção Integrada. A equipe responde que “falta profissional e que fazer PA junto desfalca a equipe, que precisa estar disponível para as outras atividades.”*

Na ocasião da conclusão de um “Laboratório de Gestão” feito com a equipe, já citado anteriormente, a coordenadora deste processo faz uma devolução para a equipe. Observando que “A Recepção é um nó. A discussão sobre a recepção aqui foi tensa. Chegaram a um acordo de que cada dia criaria seu modelo de recepção. Mas não

*aconteceu assim*”, ela propõe tomar a recepção como um analisador dos demais processos de trabalho, do modo como o processo de trabalho se organiza.

A PA citada e as discussões no CAPS remeteram às considerações feitas por Norcio (2002), em seu artigo sobre os Serviços de Cuidado e Diagnóstico Psiquiátrico na relação com a rede de saúde mental em Trieste, no qual propõe alguns princípios operacionais para a "abordagem na crise" no primeiro contato com a pessoa, aqui trazidos não como instruções a serem reproduzidas, mas para nos fazer pensar

1. Atenção não somente ao paciente designado, mas a todos que o acompanham; Abordagem que ajude a diminuir o drama da situação, tentando se comunicar com todos, em vez de escolher um interlocutor privilegiado (o saudável), tratando-o como interlocutor e não como objeto de cuidado;
2. Adquirir imediatamente o máximo de informações para avaliação, e não fazer somente uma avaliação clínica, mas buscar fatos e situações concretas envolvendo o paciente e aqueles que o acompanham;
3. Agir em equipe, como um grupo coordenado, favorecendo o suporte entre os profissionais da equipe;
4. Ter o máximo de precaução quanto à medicação e suas dosagens;

No outro serviço, também foi possível participar de uma recepção feita por três ou quatro profissionais de formações diferentes e que, se no início desta, com as perguntas e anotações dos dados pessoais feitas num momento de início de encontro – tal como geralmente, infelizmente, funcionam os serviços de saúde - e de forma um pouco burocrática, produzia-se um certo clima de afastamento, com a chegada de outros profissionais, fizeram-se outro rumos.

*Terça-feira à tarde. Recepção a um senhor acompanhado pela filha do primeiro casamento. Iniciou-se de uma forma mais burocrática, com perguntas e anotações de dados de identificação. Depois, com a participação de outros dois profissionais, deu-se outra condução, com ênfase na história da vida dele e na vida atual concreta – seu problema de moradia; morava na casa de uma família de conhecidos, e de trabalho – afetiva – a perda da sua mulher, junto a perda da casa também, que era dela –, com uma conversa mais descontraída sobre seu trabalho de ourives, do qual ele falava com muito*

*apreço e uma conversa sobre as inúmeras que teve e a dificuldade de tê-las todas ao mesmo tempo.*

*Pelo que falavam pai e filha - esquecimentos, lapsos, a idade do pai, seu material fonte de trabalho, exposto a substâncias químicas, dentre outras coisas - a equipe avaliou que seu problema parecia principalmente orgânico, explicou e discutiu isso com o cliente e com sua filha. Durante a recepção, outra profissional entrou na sala para buscar algo e pediram também sua contribuição para pensar sobre o encaminhamento. A equipe avaliou ainda que sua medicação estava excessiva e fez uma redução.*

*Encaminharam-no para o CDA-IPUB, por ser mais específico e melhor para o caso dele. Explicaram que a primeira consulta poderia demorar e que, enquanto isso, ele poderia retornar ao Hospital-dia quando precisasse. Marcaram retorno para a próxima segunda-feira com dois dos profissionais presentes que se disponibilizaram, inclusive para verem como ele ficará com a redução da medicação pela equipe que achou que sua medicação estava excessiva.*

*A equipe achou muito interessante seu trabalho de ourives e então conversaram sobre isso. Convidaram-no a trazer suas peças ou ensinar seu ofício.*

*E explicaram a ele e à filha que realmente ele pode não lembrar das coisas que aconteceram, que o sobrinho e as pessoas com quem morava descreveram.*

Infelizmente estive presente em duas situações de primeiro atendimento muito opostas. Mas é preciso aproveitar tais possibilidades e inevitável marcar diferenças e semelhanças. O HD, embora ainda de esteja de portas abertas, está desejando fechá-las e tem discutido isso em algumas reuniões. Isso concorre para que, considerando essa situação, recebam de maneira diferente daquela descrita como uma das maneiras de receber que se dá no CAPS? Estão ainda abertos, não passam tanto pela tensão de ter que recusar? Questões enfim. De qualquer modo, passa também por pressões da demanda e espera chegar ao número máximo de clientes estipulado para então fechar. Mas ainda assim, se aproximam, recebem, se interessam, cuidam do encaminhamento, conversam sobre a vida.

Não se trata de fazer uma comparação crua e maniqueísta, até porque, pode ser que modos mais aproximados, afetuosos e feitos situando as implicações nas situações de recepção se dêem no CAPS e apenas não tenha sido possível acompanhá-los. Também não quer dizer que todas as recepções precisam ser calorosas, constituindo um modelo e

que a situação do CAPS não envolvesse um posicionamento das implicações do CAPS. Tanto envolveu que o profissional não somente os convidou a retornar se nada desse certo, como também, mais do que isso, espetou a rede, incitando transformações, apontou necessidades nesse sentido e não simplesmente respondeu dando um laudo qualquer. Mas uma aproximação maior - que a porta fechada talvez contribua para dificultar, mas não justifique - considerando a importância do momento, não aconteceu, não teve passagem.

Tal como aconteceu com o CAPS X, fechar as portas tem sido uma tentativa de solução recorrente nos serviços de saúde mental do Rio de Janeiro. O problema é quando o fazem absolutamente, sem abertura. O que não é o caso nem do CAPS e nem do que pretende o HD. Mas é certamente uma pauta urgentíssima na discussão entre esses serviços e deles com a rede.

*Reunião de equipe. A equipe discute “Vamos diminuir a recepção ou vamos organizar internamente?” Decidem que não vão diminuir a recepção agora. E só podem fechar a recepção para os novos quando chegarem a 240 clientes matriculados.*

*Uma profissional fala que tem que pensar nessa questão da demanda sem burocratizar. Lembram das pessoas que não vão desligar mesmo que venham pouco, mesmo que a princípio até pudessem ter acompanhamento ambulatorial em outro serviço, mas possuem um vínculo importante com o HD.*

Esta preocupação se faz muito importante e existe também no CAPS – tal como já foi citada sua dificuldade de encaminhar. Mas dependendo da forma como o serviço se situa no território ou enquanto serviço público de saúde ou ainda das perguntas que ele se faz, pode ser que isso se reconfigure, ou seja, que avaliem que algumas pessoas poderiam sim ter atendimento em outro estabelecimento de saúde, se quisessem – só se saberá oferecendo – mantendo um vínculo outro com o CAPS ou o HD. Dessa maneira, o serviço se disponibilizaria para outras, novas, que podem também precisar de sua abertura e não encontrar, dependendo do momento em que estiverem, outro espaço para recebê-las.

Assim, lendo Castel (1987), uma reflexão sobre algo antes intacto foi possível. Com ela pudemos tomar a seguinte provocação para pensar qualquer ato de encaminhamento e mudança de vínculo em saúde, já que estamos aqui falando de maneiras de receber e encaminhar:

“É uma evidencia que um paciente ganha sempre e em todas as circunstâncias (...) em ser tratado pela mesma equipe? (...) é absurdo se perguntar se não poderia ser também terapêutico pelo menos, em certos casos, poder mudar, poder escolher, tentar outras relações e outras aproximações com outras pessoas” (Castel, 1987, p.101).

### Trabalho individualizado x compartilhado

Os profissionais de saúde mental, sofrem de modo geral de grandes sobrecargas de trabalho. Uma das tentativas de mudança de modelo assistencial, mudança de relações com e entre saberes e também um modo de tornar um trabalho tão difícil um pouco mais compartilhado e dividido, está no trabalho transdisciplinar em equipe, feito de forma compartilhada, com participação de vários mesmo nas situações que envolvem pessoas que não atendem.

De fato, não pode um serviço inteiro parar por conta de alguém em crise, mas às vezes acontece. O outro extremo - um trabalhador cuidar sozinho de tal situação, sem apoio – costuma ser pior tanto para ele como para a pessoa atendida.

No caso dos serviços da pesquisa, a sobrecarga e o excesso de demandas são sentidos em ambos. Em ambos há queixas, de formas diferentes, de quem fica mais sozinho com os abacaxis e pepinos. Regina apresenta o texto final do laboratório. E isso é perceptível: trabalhadores que estão sempre lá, chegam cedo, saem tarde, circulam para ver como está o serviço, dão apoio.

Mas no CAPS, especialmente, a situação da equipe é mais difícil, esbarrando e problemas “pessoais”, afetivos, de “santo que não bate”, dentre outros, de formação, que produzem um modo de trabalhar mais fragmentado<sup>37</sup>, individualizado e segundo a

---

<sup>37</sup> Importante ressaltar que a fragmentação neste caso não se dá no sentido corrente usado em Saúde Mental, n qual diferentes profissionais cuidam de diferentes partes da vida do tratamento e da vida do sujeito. Isso não foi muito visto, ambas as equipes contam com profissionais bastante polivalentes e adoram essa política de

equipe, burocratizado. Muitas vezes, na reunião de equipe, parecia que o atendimento ao um usuário específico era assunto somente de quem o atendia, já que mesmo quando um técnico levava um ‘caso’ ou situações sobre seu atendimento, poucos falavam, compartilhavam ou davam palpite. A conversa desse modo ficava mais entre o técnico e a supervisora. Não se sentiam à vontade para interferir, falar, se expor?

Mais uma vez, no Laboratório de Gestão, a coordenadora das atividades destaca: “Porque a diversidade de olhares produziu trabalhos individualizados?”.

Nesse sentido, destacaram-se situações diversas que falam de trabalhos solitários em situações de crise, de decisões e ações possibilitadas por uma autonomia não referida ao coletivo e que portanto, pareciam estar na contramão de éticas e políticas que temos defendido com afinco, e de fato, tinham divergência da maior parte da equipe, da coordenação, mas ainda assim...

Uma situação de crise no seu percurso, nos permite discutir tais problemas e nos chama a outros ainda.

*Terça-feira, no dia da festa junina do CAPS.*

*Surge uma situação de crise extrema que já vinha desde a semana passada. Um rapaz, que já tinha agredido a família inteira, estava há +- 8 meses sem ir ao CAPS. A mãe ligou aflita pedindo intervenção do CAPS para interná-lo. A mediação da situação ficou com o profissional que o acompanha e outra profissional como apoio. Mas as ações ficaram apenas com o primeiro.*

*Este diz para mim, para a outra profissional e para a mãe que não pode fazer mais do que pedir ao bombeiro e acompanhá-la nisso; acha que não tem sentido ir lá porque “numa situação dessas, só com medicação” e estava sem medicação.*

*Pergunta a coordenadora se seria possível pegar no Pedro II. Não era. Fala-se que o rapaz está com uma faca, mas, na verdade, não se sabe ao certo, só se sabe que na última vez que a mãe pediu ajuda do bombeiro (semana passada) ele estava com a faca.*

---

trabalho, embora no Hospital-dia a enfermagem fique mais afastada do trabalho dos demais profissionais. A fragmentação aqui se dá mais na separação entre o trabalho técnico e político, e entre o trabalho global de assistência e o trabalho administrativo. O preenchimento das APACs como um instrumento administrativo, mas também “clínico”, necessário para manutenção de recursos financeiros ao CAPS é feito com grande e legítima indignação, mas nessa indignação – devida à aversão à burocracia e aos moldes do instrumento – a equipe acaba deixando de fazer do momento de fazer a “evolução” dos usuários No preenchimento da APAC, uma possibilidade de repensar os Projetos Terapêuticos, de não continuar repetindo diagnósticos.

*Pergunto ao técnico que está à frente se o rapaz tem um vínculo com ele.*

*Percebo que está um pouco sozinho nessa situação. Pergunto quem é a outra pessoa que atende ele.*

*Sugiro que leve a situação para a reunião de equip..Opino que não é uma questão que vai ser resolvida nessa intervenção pontual, mas é caso para reorientar o atendimento a ele. Percebo que o técnico fala muito das marcas difíceis do caso, de coisas que já aconteceram há algum tempo e ele fala como se fossem recentes. Isso parece trazer mais impossibilidades.*

*Uma técnica também envolvida na situação comenta que são visões muito diferentes “ele acha que não tem recurso, não tem medicação”. Ela diz que compreende que é outra visão, que sem medicação fica sem seu recurso, e acrescenta: “Nós somos contra recorrer à polícia”.*

*O profissional responsável sugere que, nesse caso, se o bombeiro não aceitar ir lá ou não aceitar abordá-lo por conta da faca, que a mãe chame a polícia. Diz que é o único jeito.*

*Questões minhas 1) É o único jeito? 2) O rapaz teve uma passagem na prisão e segundo consta no prontuário, surtou após passar por uma violência na prisão. Pergunto. “Ele já foi preso, não é”. O psiquiatra demorou um pouco a se lembrar, não se lembrava. Falei ainda o que estava escrito no prontuário sobre o surto na prisão. Outra técnica que estava na sala neste momento achou complicado chamar a polícia.*

*Naquele dia a situação teve o seguinte encaminhamento, aqui colocado de forma encadeada para ser acompanhado nas minúcias do trabalho:*

- 1) Acompanhei o técnico e a mãe do rapaz até o corpo de bombeiros. Ele conversou com o bombeiro que nos atendeu e deixou com ele os telefones do CAPS.*
- 2) A mãe do rapaz se queixou com os bombeiros que havia pedido várias vezes e eles não foram.*
- 3) O técnico esclareceu que daquela vez ele estava com uma faca e que agora não se sabe, mas pode ser que sim.*
- 4) No caminho eu havia perguntado a ela se estava com uma faca e ela disse que achava que não. Eu disse ao psiquiatra então que não se sabia (porque antes era quase uma certeza, um fato).*

- 5) *Eles conversaram um pouquinho sobre o rapaz, o bombeiro fez algumas perguntas (idade, drogas etc).*
- 6) *Deixamos o corpo de bombeiros e solicitou-se que a mãe ligasse para o CAPS depois para dar notícias.*
- 7) *Na volta ao CAPS, o técnico falou um pouco mais da situação da família, dos conflitos com o padrasto, da casa em que moram e que ele não admite que o padrasto more porque era do pai; que o padrasto bebe muito e bate na mãe. E avalia: uma psicose grave, com uma situação familiar complicada, uma família que não pode dar muito apoio é mais complicada ainda.*
- 8) *Mais tarde a mãe do rapaz telefonou, avisando que quando o bombeiro chegou, ele não estava em casa, estava na rua. E que depois passou um carro de polícia, mas ele tinha acabado de sair de casa. O técnico disse a ela que não podia mais fazer muita coisa e para continuarem amanhã. Comentou conosco: “eu entendo a aflição da mãe, mas eu tenho limites. Não dá, a gente tem limites mesmo, tem que reconhecer”. Depois, ele falou de algumas pessoas em situações de crise que ele foi ver em casa, pediu ajuda dos vizinhos, conseguiu contornar. Mas que tinha medicação.*

A solidão do profissional para acompanhar uma situação tão difícil fica evidente. A falta de medicação, compreendida e vivida por ele como impedimento para agir, para tentar outras intervenções, parecia piorar a situação.

Em algumas situações o argumento dos limites, ou a sensação mesmo dos limites ligado a um dado modo de trabalhar, embora seja legítima, real e válida às vezes vira uma espécie de atitude cristalizada, um discurso corrente nas práticas de saúde mental e nas práticas clínicas em geral, que muitas vezes nos impede de ver e criar outros modos de trabalhar e de problematizar esses limites. De fato, é preciso que nossa atuação tenha limites, até para não se tornar, onipotente e colonizadora, mas que esses limites possam ser transpostos, avaliados, transitórios e que não se tornem uma máxima do trabalho.

Embora houvesse divergência da outra profissional que o acompanhava quando à condução limitada pela medicação e quanto a possibilidade de chamar a polícia, ambas as idéias vingam, são levadas a ação.

Porquê, em alguns casos, o profissional tem autonomia para lidar com uma situação grave de uma forma que vai contra o modo como o serviço busca manejar?

Porque nesses momentos não se discutem mais essas situações? Em quais situações isso acontece?

O “caso” desse rapaz até o fim da pesquisa não foi colocado em pauta, o que abre mais espaço para que situações como essas voltem a acontecer. Como aponta Mehry (2004), os trabalhadores de um CAPS para dar conta desse trabalho, além de se apoiar na equipe, precisam gerar intervenções singulares e novas redes.

“Vai ter que, e pode, aproveitar a oportunidade que a crise permite para ressignificar o Projeto Terapêutico que vem gerindo em relação àquele usuário. Pode inclusive descobrir novas pistas intersetoriais para criar outros sentidos, para vários de seus casos-referências” (p.10)

No HD um caso de internação tangencia o mesmo problema: a autonomia e o trabalho individualizado de quem acompanha se opondo à uma possibilidade de coletivizar, discutir e dar outros destinos para a situação.

*Quinta-feira, à tarde. Na sala dos técnicos, enquanto almoçávamos, uma das profissionais fala de uma cliente que internou e atualiza seu prontuário. Diz que “ela estava muito suja, fedorenta, não falava coisa com coisa, estava ficando na rua”. A profissional optou pela internação da cliente. O coordenador questiona. Diz que não acha que a decisão tem que ficar centrada no médico não, mas a equipe tem que discutir. Diz ainda que se ela estivesse acompanhando a cliente antes, mas deixou.*

Para Campos (2002) não há como valorizar o reconhecimento por parte do trabalhador e do paciente do resultado do trabalho, senão pelo vínculo, o que implica em estimular uma liberdade criadora junto a uma responsabilidade ampliada entre os profissionais. Para o autor, um processo de trabalho baseado no Vínculo permite combinar autonomia e responsabilidade profissional. Essa autonomia precisa estar ser construída coletivamente e atravessada por princípios ético-políticos, que é claro, às vezes caem, falham, no cansaço do trabalho, mas é preciso retomar, repensar, analisar implicações, buscar apoios.

O trabalho solitário e fragmentado em situações de crise é desse modo, quase fatal para trabalhadores e usuários, dificultando transformações paradigmáticas e nutrindo um ciclo sofrido, medicalizado e imediatista no modo de lidar com a crise. Assim,

normalmente se fazer necessárias organizações mínimas, mas que não se enrijeçam, já que lidar com as crises também demanda plasticidade, capacidade de se rearranjar e agir diante de imprevistos. Um profissional do CAPS opina em entrevista:

*Acho que a crise no CAPS tem que ser uma coisa que tem que ser acordada em equipe, de como a equipe vai lidar com isso e principalmente, naquele dia, separar a equipe pra ver que equipe que vai lidar com isso. As pessoas têm que estar preparadas, tem que ser feitos acordos antes, pra que não sejam cometidos erros, assim, não é. Eu acho que nesse CAPS, especificamente, em outros CAPS e outros serviços de psiquiatria até, eu acho que tem uma coisa de tentar remeter a crise ao Hospital Psiquiátrico, como se a crise não fizesse parte do serviço. Isso é muito ruim, eu acho que lidar com a crise aqui às vezes, é só fazer uma injeção de Haldol com Fernegam, isso resolve a crise. Tem crise que você tem que internar mas não são todas, é o mínimo delas, entendeu?*

No primeiro dia do Laboratório de gestão<sup>38</sup>, a Coordenadora do CAPS enumerou as questões que a mobilizam em relação ao modo como a equipe se organiza e uma delas se refere às situações de crise “A gente não consegue dar conta. É meio quem está ali, quem está mais disponível. Mas a gente fica sem saber o que fazer”. E a Terapeuta Ocupacional comenta: “A gente melhorou, a gente evoluiu, antes a gente chamava o médico”.

Outras das características desse modo de trabalhar em saúde mental, ainda não muito transformado, mas em transformação, se refere no caso do CAPS à centralidade da figura médica. No dia do início da pesquisa, com a apresentação do projeto e um certo plano de trabalho no CAPS com os dias em que pretendia estar lá, a equipe sugere que eu alterne os dias e passe a ir também na quinta-feira: “É diferente quando atende crise e tem médico e quando não tem. Quinta-feira, por exemplo, não tem”. Mais tarde apareceu tanto nas entrevistas, como também foi possível observar que nas situações de crise a equipe ainda recorre muito aos médicos ao mesmo tempo em que estes se queixam disso.

Interessante notar que se no Hospital-dia y isso não aparece, pelo menos não com evidência, por outro, parece vir em resposta a um pedido externo, dos outros

---

<sup>38</sup> Nesse primeiro dia do Laboratório de Gestão falou-se em crise da equipe, crise de recursos e no final uma técnica lembrou que não apareceu a crise dos pacientes ela achou que iam entrar em crise com a falta de medicação e ainda não tinha acontecido.

estabelecimentos de saúde com os quais tem que dialogar ou em situações, como aparece em uma situação da qual falaremos mais abaixo.

No fogo cruzado das crises, entre organização e “meio quem está ali”, imprevistos e normas, diferenças extremas entre a equipe, acontece uma situação muito interessante, mas infernal para alguns. A equipe, sabendo da pesquisa, freqüentemente comentava o que eu tinha “perdido”. E entre essas situações perdidas, uma passagem extremamente interessante de acompanhar se deu na reunião de equipe sobre um acontecimento na quarta-feira anterior – a quarta-feira, dia de trabalho apontado uma vez pela equipe como o mais organizado, no qual as coisas correm bem. A discussão “Dançando x em crise” é de enorme riqueza para tudo que aqui discutimos

*Um psiquiatra fala que na quarta passada foi um inferno. A equipe presente na quarta era: 2 psicólogas, ele, e duas auxiliares. Conta primeiro que em um usuário, fizeram Amplictil e ele acalmou. “Tinham 3 maníacas e 2 esquizofrênicos em crise”- diz. Acrescenta que Faltou como recurso dar Haldol e Fernegan.*

*O resto da equipe discorda.*

*Ele fala: “A gente foi atropelado por cinco crises”.*

*Alguém retruca: “Dançar é crise?”.*

*E paralelamente à dança da sala de espera...*

*Uma estagiária foi fazer um trabalho com atividade física.*

*Uma psicóloga depois foi fazer uma atividade com música.*

*Ela fala “A gente tem tido casos graves todos os dias. A gente acaba tentando atender nos consultórios e não fica gente para a convivência”.*

*Á tarde chegou a ambulância que foi levar a V para a internação e que era pra ter chegado às 11:00.*

*Outra psicóloga fala que não sabia se baixava o som para não cortá-los.*

*O psiquiatra baixou o som.*

*Alguns comentam que atrapalhava algumas atividades e atendimentos.*

*Uma terapeuta ocupacional pensou em, como recurso, levar alguém para atender na sala.*

*A psicóloga sugere que combinem uma estratégia de trabalho no início do dia, direcionar um pouco a questão da convivência.*

*Opiniões divergentes quanto ao acontecimento dos pacientes dançarem juntos com o som alto.*

*Alguém lembra que a tentativa de dançar foi inicialmente a de ajudar a V a ficar melhor, já que estava em crise. Foi uma tentativa do C, da cozinha, para ajudá-la.*

Ao fim de tais discussões, a supervisora comenta com ênfase, algo aqui considerado interessante e novo, produtor de um movimento diferente do que fazemos para pensar as transformações nos novos serviços:

*“Atualmente dizem muito que o CAPS parece hospício. Isso não descreve o CAPS. Isso não é verdade e não ajuda a pensar. Então temos que descrever os problemas do CAPS, o nosso problema. Não simplesmente nomear que parece hospício ou caos”.*

O que incomodou nessa situação? O que foge ao programado e ao organizado, a intensidade? Dançar ali dessa maneira foi visto como inadequado por alguns? Tentaram-se manejos. Alguns olharam mais de fora, outros não hesitaram em intervir e acabar com a bagunça. Será que essas pessoas têm dançado em outros lugares? Foram questões que me ocorreram.

É interessante notar que para quem dançar foi imediatamente trazido somente como crise – um saber psiquiátrico mais clássico - a intervenção indicada era medicação ou outra que acabasse com aquilo. Os que achavam que era apenas dançar – saberes mais “populares”, mais singularizados, só olharam ou desejaram que a dança continuasse. De fato alguns poderiam estar em crise e outros não. Todos estavam dançando. Porque isso precisa ser confundido, de modo que dançar, estando alguém em crise, se cola à crise? Por outro lado, conforme aponta a pergunta “*Dançar é crise?*”, Certeau (1994) nos ajuda observar “que procedimentos populares (também ‘minúsculos’ e cotidianos) jogam com os mecanismos da disciplina e não se conformam com ela, a não ser para alterá-los (p.41).

De todo modo, olhares diversos produziram ações diversas no mesmo espaço e possibilitaram discussões, que no entanto, não se aprofundaram nas compreensões de crise que cada um tinha, mas tomaram apenas o rumo do que fazer quando tais confusões acontecem, separando assim o que devia ser inseparável.

## Previsto e imprevisto, riscos, recursos, manejos

Se há os momentos em que não se sabe o que fazer, de muitos imprevistos, encontramos também nos serviços um modo de lidar que, a partir do tempo, do conhecimento, do convívio e do vínculo, formula estratégias de previsão de uma crise.

Numa das reuniões de equipe do HD Y, uma das psicólogas fala da diferença de “estratégia” (palavra dela) em relação à crise quando o cliente é novo e quando é antigo. No segundo caso, sabem da história da pessoa e conseguem saber melhor quando está entrando em crise, como são mais ou menos suas crises. No caso dos novos, como não conhecem muito suas histórias, às vezes não conseguem saber o início de uma crise. “*Por exemplo, o L.F., teve uma mudança de medicação, faltou uma vez o grupo e depois sumiu.*”<sup>39</sup> Falou que então tem que criar estratégias, ficar mais perto, como por exemplo, no caso de uma cliente nova, que desde o início começou a ser atendida por e mais outra técnica.

Também em reunião de equipe, dessa vez do CAPS, uma técnica passa o caso de uma pessoa que atende e avalia que pode entrar em crise em breve. Ela grávida de dois meses e, por conta disso, teve que ter sua medicação suspensa, tomando somente Haldol. Além disso, é uma gravidez indesejada. A auxiliar de enfermagem acha que ela já está deprimindo e pode ter uma crise em breve. A equipe discute a opção entre medicar a moça para que fique melhor, arriscando a vida do bebê ou não medicá-la. A supervisora fala inclusive numa possibilidade: “*A gente não gosta e evita, mas que é pra se pensar, o ECT, dependendo do quadro.*” A técnica responsável pede ajuda. E combinam que um psiquiatra verá a paciente novamente, avaliará se está deprimindo, como está e ajudará a técnica no acompanhamento dessa moça.

O acontecimento novo em contraposição ao que se mantém – imprevisto e previsto - se repete, aliada à noção de risco permeia mais uma situação e norteia decisões diante da crise, fomentando uma discussão consistente e interessante na equipe.

*R esteve aqui no CAPS na Sexta-feira com a mãe.*

---

<sup>39</sup> Esse rapaz está na rua desaparecido, e suas terapeutas de referência tem, simultaneamente ao pai, procurado ele por alguns lugares – Maracanã, Lapa, dentre outros – e distribuído cartazes, falado com comerciantes e policiais.

*Um técnico diz “ele é psicótico” e, no atendimento, dizia que onde ele mora existem aparelhos de tortura utilizados pelos traficantes. E que a mãe dele foi quem contou isso pra ele.*

*Dois técnicos foram conversar com a mãe e “ela aumenta, diz coisas ainda mais delirantes”.: que eles saíram de Belford Roxo ( 1º lugar de moradia, nessa época estavam chegando ao CAPS), fugindo desses traficantes que agora estão atrás deles; e que existem aparelhos por toda a comunidade e que os doentes mentais são mais suscetíveis a esses aparelhos.*

*A supervisora perguntou se alguém já sabia que ela era maluca. A equipe diz que achava ela meio “malucada”, mas maluca, maluca, não.*

*R tem atendimento com o musicoterapeuta e com o psiquiatra.*

*A mãe nunca tinha falado disso.*

*Um dos técnicos diz que quis medicar a mãe de R porque achou que a situação era grave, suspeitou de “loucura a dois” e temeu que não tivesse outra oportunidade de fazer isso. - “Agi como se estivesse numa emergência. É aquela coisa de CAPS. A gente fica no atendimento ambulatorial até que chega um caso desse e eu acho que tenho que tomar uma decisão”.... “É uma cronicidade que se agudiza”.*

*Na reunião, a equipe discute a situação. Alguns profissionais discordavam de dar medicação naquele momento.*

*Uma técnica fala que R desmoronou o serviço na sexta.*

*Começou indo para a cozinha pegar facões, virou uma mesa, xingou. Ela comenta que somente depois da equipe conseguir manejar a situação, ela pôde retomar seus atendimentos.*

*A equipe em reunião discute se era uma situação de risco mesmo ou não, se é um risco agudo ou crônico. Consideram que o que parece se tratar de um risco crônico, que a relação dos dois é assim há muito tempo.*

*A supervisora comenta que a equipe produziu o contrário do que queria. Queria cuidar, acolher e afastou.*

*Sugere que alguém da equipe, que não seja o psiquiatra, faça uma Visita Domiciliar dizendo que a equipe repensou o que tinha feito e assim tente retomar o laço dos dois com o serviço.*

*Aponta também a importância da mãe ter falado sobre isso com o psiquiatra; pela primeira vez ela falou sobre isso com alguém aqui.*

*A equipe avaliou que a mãe de R deu um primeiro passo em direção ao tratamento.*

A supervisora salienta que a mãe do rapaz deu uma lição da relação médico-paciente. A equipe concorda e diz que deu tem todos, o que acena para linhas transformadoras, para uma colocação do serviço em crise.

Por outro lado, dentre todas as observações, comentários e discussões que poderíamos fazer a partir de tal situação, a que ficou pra mim como questão é que, se por um lado a equipe se coloca em crise, por outro, esta última observação de que a mãe do usuário deu um primeiro passo em direção ao tratamento, não parece ser assumida como uma “interpretação” da equipe, ou seja, é algo que a equipe está construindo, não há como saber se ela está ou não pedindo tratamento ao contar o que contou. Há como se construir essa verdade, assim considerando-a, como construída pela equipe ou junto a equipe.

Vale lembrar para finalizar, no que concerne ao risco tanto das pessoas em crise como para a equipe, as não incomuns situações de crise no Rio de Janeiro, nas quais as pessoas em crise ficam expostas aos traficantes, à medida que quando chamam atenção, não se encaixam na ordem necessária, ou não respeitam as leis locais, são ameaçados e até mesmo maltratados. A equipe freqüentemente está em tais situações, ou para cuidar depois de já ter acontecido algum desastre, ou para mediar junto aos traficantes uma relação com as pessoas que vivem em comunidades com tráfico forte e atuante.

A discussão sobre os riscos como critérios no campo da saúde mental poderia ser articulada a toda uma discussão contemporânea e filosófica sobre o risco. Mas fica entre os limites deste trabalho e como apontamento para quem quiser pegar carona.

### Intensidade e diferença

A organização ainda presente da rede de saúde mental por níveis de intensidade diferentes – a crise para a internação, os mais estabilizados para o ambulatório e para uma intensidade média, os serviços de atenção psicossocial – é criticada por alguns autores.

Conforme Alves e Guljor (2004) apontam, esse modelo de cuidado – característico da psiquiatria tradicional e fortemente presente em alguns serviços - calcado no conceito de intensidade, privilegia o encaminhamento e gerou uma assistência fragmentada. Assim, vemos ainda hoje, que quando um paciente de um ambulatório entra em crise e é internado, passa inteiramente para os cuidados de outra equipe, o que também pode acontecer nos CAPS, mas não como um modelo, não como regra geral.

Como vimos em “Os anormais” de Foucault, as crises, como manifestações inscritas no domínio das convulsões no século XVIII, foram delegadas pela igreja ao saber médico, quando aquela já não suportava sua intensidade, sua manifestação extática e pública, imoral.

Colocamos então a pergunta: Quê intensidades os serviços estão suportando e que estratégias criam para lidar com essa intensidade? Como se afetam os trabalhadores?

Diversas situações até aqui descritas e narradas já nos permitiram unir elementos e reflexões para algumas respostas. Mas traremos outras, nas quais os próprios profissionais colocam em evidência a intensidade ou sua dificuldade de suportar uma situação, um limite. E outras, que também fazem um contorno do que esses serviços estão suportando, que não remete necessariamente à intensidade, mas a uma diferença.

*Uma técnica que atende Tiago<sup>40</sup> coloca em pauta na reunião a situação dele, que está internado, está frequentando o HD e se vinculando ao espaço. Ela coloca as seguintes questões:*

*-“Porque continuar com HD-internação, se ele não fica na enfermaria, e porque não construir um vínculo HD-casa?”*

*-“O Tiago é pra cá? É pra ficar aqui?”.*

*A equipe discute as questões e vários outros elementos da situação, incluindo a dificuldade que tem sido um lugar para ele junto a família.*

*Ainda não se sabe se ele tem epilepsia ou não. Dentre os profissionais que encaminharam, “um diz que ele é epilético e tem lesão cerebral, outro diz que não”.*

*A equipe sente necessidade de ter exames e vai pedir ajuda à gerência das enfermarias nesse sentido. Uma técnica comenta: “Ele não está em crise”.*

---

<sup>40</sup> Nome inventado.

*A que trouxe a pauta enfatiza que o problema é que a equipe não sabe nada do Tiago, nada da história dele. Outra técnica fala mais uma vez da importância dos exames e cita exemplos de outros clientes que eram agressivos e tinham lesão cerebral.*

*Depois da discussão, decidem como encaminhamento, conversar com a gerencia das enfermarias sobre Tiago não vir nos dias em que o serviço está mais vazio de técnicos e convocá-lo para uma reunião com a equipe para a semana seguinte. Além disso, vão procurar a equipe da enfermaria e pedir para colaborar, já que “eles costumam despachar o Tiago”.*

Esta situação foi de extrema dificuldade para a equipe, demandando a mobilização de vários recursos. Percebendo que a situação mobilizava também outros clientes, a equipe sentiu necessidade de discutir sobre ela com os mesmos, e se surpreendeu quando viu que a maior parte dos clientes que freqüentavam o espaço não queriam Tiago fora de lá. Ao contrário, afirmavam que lá era o lugar para ele e que ele precisava de ajuda. Combinaram de irem visitá-lo em grupo na enfermaria e sugeriram que se desse muito carinho a ele.

A equipe elaborou trabalhos com o corpo, de construção e reconstrução da imagem do corpo e do esquema corporal, dentre os quais foi possível acompanhar, além do Grupo de Corpo – atividade semanal do HD, que Tiago freqüentava esporadicamente - especialmente um, no qual através de um instrumento ou brinquedo para compor aos poucos o corpo humano, a terapeuta e Tiago, acompanhados pelo seu irmão, colocavam aos poucos as peças e para cada parte do corpo colocada discutiam o que ela significava para cada um, aproveitando para trabalhar com linhas que compunham o modo do Tiago se subjetivar – força, bater, carinho, se defender, agredir. O uso da música, tocando instrumentos e cantando, também foi uma via de contato com Tiago, para a qual a equipe atentou, ouvindo Tiago cantar pelos corredores.

Com tudo isso, além do trabalho feito pelo terapeuta da enfermaria, e a presença mais freqüente do pai e do irmão, Tiago foi ficando melhor, já conseguia ficar mais sozinho sem se sentir rejeitado, falava do seu sofrimento e agia de outras maneiras, diferentes da explosão e da agressão.

Mote para mais uma discussão, a situação abaixo, de “menor” intensidade que anterior, mas também difícil, aponta para os limites de uma profissional, que na coragem de assumi-los é bem acolhida, legitimada e a situação pode se resolver dentro mesmo do CAPS.

*Na reunião de equipe, a técnica fala sobre um usuário que está em Pronto-Atendimento: “Fez aquela crise, internou na Santa Edwiges durante 30 dias e saiu, a assistente social de lá avaliou que podia sair”. Veio direto pra cá na quarta-feira passada. Ele chegou, não aceitou conversar, entrou na sala e saiu. Ela conta que ligou para o hospital e que ele estava mal. Conversou com a mãe dele e esta não sabia o que fazer. Com isso, a terapeuta então orientou que se ele piorasse, ficasse agressivo, que a mãe trouxesse para o CAPS na sexta ou levasse para o Pedro II. A equipe lembra quem é o psiquiatra que o atende. Sua terapeuta diz que se sente no limite dela com este usuário. A supervisora sugere que ela e o psiquiatra pensem juntos um Projeto Terapêutico para ele nesse momento. E faz ainda uma pergunta: “Estar mal significa internação? A cada vez a gente tem que fazer essa pergunta”.*

*Contam que até ele ir para a internação, ficou um mês no CAPS “agitando”- na expressão da equipe - parou de tomar medicação, agrediu um vizinho e agrediu um usuário no futebol.*

*Uma técnica acrescenta que “ele é assim na crise”, enquanto outra comenta que fora da crise, ele é o contrário, é “extremamente construtivo”. Mas a relação com a família é complicada.*

As considerações sobre ele na crise e fora da crise também puxam logo o olhar, mas aqui se destacam as saídas encontradas – reconstruir um Projeto Terapêutico junto ao psiquiatra e pensar em outra pessoa para atender – e o fato de que sua intensidade teve bastante expressão até ser internado – agitou, brigou, agrediu e depois de um mês foi internado. Mas há também que se pensar? O que se fez nesse um mês antes de interná-lo?

As relações com uma cliente do HD também foram motivos para um pedido da terapeuta a equipe, que pudessem suportá-la, esperar. E não se tratava exatamente de agitação, agressão, mas de uma afetação despertada em nós pela diferença, pelo delírio, pelos choros, irritações e maldizeres pelos corredores. Assim, sua terapeuta

*fala sobre a tolerância da equipe com ela, se sentindo cobrada quanto a sua melhora, à medida que a equipe sempre comenta que está mal etc.*

*Ela fala das especificidades das suas crises: são crises muito longas.*

*Na última internação ela foi agredida por outras pacientes.*

*O trabalho na cozinha a ajudou a se organizar.*

*A última crise teve relação com a morte da mãe, de câncer, em seus braços no táxi a caminho do hospital, dois dias antes do dia das mães.*

*Essa profissional pede ajuda e expõe a dificuldade: “Como é que eu vou acompanhar uma pessoa em crise que não toma medicação e que está por aí?”.*

*Conta que fez com ela o trabalho com o corpo- relaxamento- e ela falou que engravidou durante o relaxamento. Lembrou então que o trabalho com o corpo pode ter uma vivência destrutiva no início, mas depois fica construtiva. Acrescenta que o respaldo da medicação está legal. “Ela chegou dizendo que não sabia o que tomava, mas eu consegui mandar o CEMAP...”.*

*“Eu acho que a gente tem que suportar a Flávia”<sup>41</sup>.*

*Uma técnica sugere um trabalho com contorno do corpo e corrobora a observação da terapeuta.*

Essas discussões sobre Flávia e o pedido de sua terapeuta podem ser articuladas ao que Winnicott propõe Winnicott (*apud* Percia) quando lamenta a carência de espaços nos quais uma pessoa possa se hospedar sem que haja intenção maior de “resgatá-la” ou “direcioná-la” na vida, em face de um estado de fratura que retorna ao seu presente (p.5).

Precisamos dosar um pouco de preocupação, desejo de melhora e de retomada de uma vida mais normativa com o cuidado para não querer normalizar a pessoa, para não a cobrarmos com pressa. Precisamos criar esses espaços.

*Numa quinta-feira no CAPS, chamou minha atenção a presença de dois “usuários” muito “delirantes” e que estavam no CAPS sozinhos. Um deles eu já conhecia e de vez em quando estava irritando alguém ou dizendo que era dono do CAPS<sup>42</sup>. O outro dificilmente falava português e entre falações confusas e difíceis de acompanhar, dizia alguma coisa mais próxima de nós, tais como notícias de jornal ou situações bélicas no Oriente Médio e cantava. Mais tarde pude ver que Leonardo está assim quase permanentemente. Para esse modo, essa diferença e essa intensidade o CAPS tem lugar, aparentemente sem problemas .*

---

<sup>41</sup> Nome inventado.

<sup>42</sup> Houve uma ocasião contada pela coordenadora, em que ele foi à delegacia dar queixa dela, pois tinha roubado seu carro – o carro do dono do CAPS, situação que se resolveu numa conversa entre ele, a coordenadora e uma funcionária da recepção da Delegacia Legal, lá mesmo no CAPS.

A intensidade da crise é de fato angustiante para quase todos os envolvidos. E infelizmente, algumas vezes, o alívio dessa angústia se busca colocando o “gerador de angústia” mais imediato para fora, delegando seus cuidados para outro, no geral, que tenha estratégias melhores de controle ou que consiga não se afetar tanto, não se sentir tão responsável, naturalizar. Que outros destinos possam ser dados para tanta intensidade, vimos aqui alguns exercícios e possibilidades, assim como limites, tropeços e riscos de integridade física.

Temos como desafio uma conciliação, conforme aponta Mehry (2004) indagando se é possível produzirmos alívios produtivos no interior das equipes, sem negar que uma das nossas “missões seja de gerar alívios nos demandantes. E com ele nos articulamos daqui à uma questão inicial deste trabalho

“Será que isso não exige ressignificar o que vimos entendendo como crise ou oportunidade e construção de redes de intervenção na urgência e emergência, em saúde mental?” (p.12)

III.4.2. A internação: das impossibilidades e da necessidade a problematização de recursos substitutivos criados.

E quando a intensidade não é suportada, o modo de organizar o trabalho não sustenta ou se avaliam riscos diversos, de vida, de integridade física da pessoa, dos familiares e outros? Quais são os destinos? A internação em enfermarias de hospitais psiquiátricos continua sendo no Rio de Janeiro um dos destinos em tais condições e até em

outras, nas quais ainda não se tentou muito. Mas aponta-se que tem diminuído.

Constituir uma prática substitutiva implica intervir no caminho das internações, ser substitutivo à internação e transformar a cultura nela centrada, o que não se faz uma construção fácil, nem rápida. Mas às vezes sentimos que está muito demorada e sofrendo recaídas.<sup>43</sup>

Campos (2001) contribui muito para a discussão da relação das novas práticas com a internação, no sentido de produzir alívios produtivos nos trabalhadores, mas sem esquecer dos alívios dos usuários, sem ou com internação. O que a autora faz é trazer as questões relativas para mais próximas de nós, das possibilidades, retirando-a um pouco da dimensão sentida como normativa e moral, de modo que a internação não seja experimentada pelos trabalhadores dos serviços substitutivos como um fracasso, com tanta culpa e tristeza. A autora acha que existe um certo imperativo “Não internarás” que afoga os trabalhadores, que se sentindo fracassados ou envergonhados, tem ainda mais dificuldade para prosseguir no acompanhamento da pessoa que internaram.

De fato, é uma proposição nova a ser considerada. Mas que também não se impeça os trabalhadores de se sentirem tristes por internar alguém, podendo depois se recuperar e continuar o trabalho – saúde, aliás, é essa possibilidade de “adoecer” e recuperar-se. Não necessariamente essa tristeza se torna contraproducente, mas é importante ficarmos atentos às desqualificações moralizantes referentes ao ato de internar.

O coordenador do HD fala nessa sensação de fracasso que ele sente com o aumento das situações em que o serviço tem internado. Em uma situação específica aqui citada, ele considerou “fracassamos com essa cliente”. Logo no início da pesquisa, no dia da apresentação do projeto, ele comenta que antes o HD Y era um serviço que conseguia tirar as pessoas da enfermaria e que agora muitas vezes está tendo que interná-las, e que isso pra ele tem sido um fracasso. A preocupação forte desse serviço em evitar internações é muito legítima, mas de fato, os profissionais não precisam se sentir fracassados. Possuem limites, podem repensar, evitar repetir, experimentar, mas precisam, principalmente, construir fora de si mesmos e do serviço, condições para que a internação não seja uma via tão procurada.

Numa situação no HD os profissionais tentam persistentemente driblar a internação, lutando contra a cultura familiar construída com a legitimação do Hospital e trabalhando com a própria cliente nesse sentido – que sempre pede por esse recurso bastante conhecido

---

<sup>43</sup> Campos (2001) aponta que a maior parte dos serviços de Campinas e outros que tem visitado estão conseguido substituir as internações em maior ou menor grau.

por ela de afastamento, cuidado, proteção- outra relação com o cuidado, com os laços afetivos etc.

Um fragmento de reunião de equipe na qual discutiram os “casos mais difíceis no serviço”, versa sobre o caso da Maria e aos recursos e ações dos quais a equipe lançou mão. Maria neste momento está internada porque pediu internação, ameaçando se matar. Uma de suas terapeutas avalia que a raiva e o ódio que ela antes dirigia para os outros, agora dirige para si. Na discussão em equipe houve uma discussão sobre aspectos mais minuciosos ou “dinâmicos” da subjetivação, tecendo-se considerações sobre sua singularidade – conteúdos e formas de discussão que destacamos. Discutiram sobre as mudanças com o irmão dela; este já questiona porque ela não pode sair, porque a mãe não deixa? Ele acha que a mãe poderia deixá-la mais sossegada, quando, por exemplo, fica ouvindo música até tarde e não dorme. A mãe fica insistindo para ela dormir. Além disso, a equipe destaca um dado novo: a mãe dela está com um namorado, talvez se case. Isso pode estar ameaçando o lugar de Maria.

Enfim, a equipe faz essas análises e discussões sobre as relações da família e das circunstâncias relacionadas a esse momento em que Maria está. E salienta as mudanças, que decorrem, na verdade, do próprio trabalho da equipe.

Destacando agora alguns recursos/ações com os quais a equipe cuida dessa moça, podemos enumerá-los. 1) Ela tem três pessoas de referência que se revezam na atenção a ela, mas que não ficam cercando-na o tempo todo. 2) Passando o dia no serviço, ela costuma buscar solidão ao mesmo em que tem por perto pessoas que podem acompanhá-la sem exigências e normas. 3) Buscam Graça para ela ir ao serviço semanalmente e quando a mão vai, também atendida também. 4) Agenciaram o atendimento do irmão; 5) Nessa reunião, avaliam que é importante ela ir mais ao serviço; ela mesma pede isso. Acham que assim talvez ela não peça para se internar; 6) Decidem tentar atrelar a busca de Maria mais uma vez na semana à ida da mãe ao Grupo de familiares. Discutem que uma coisa não pode emperrar a outra, mas que é importante que a mãe participe disso. E que será positivo para ela, à medida que escutará sobre outras famílias, abrindo possibilidade de não focar o problema só na Maria, vendo que outras famílias também passam por isso e tendo apoio.

Em alguns dias foi possível acompanhar o trabalho das terapeutas dessa usuária, incluindo a ocasião em que as encontrei buscando-a no Pronto-Socorro do Instituto para

levá-la ao HD antes que fosse para a enfermaria – depois de mais um fim de semana em que ela retornou ao hospital tendo pedido pela internação.

Com essa situação, podemos discutir o “Não internarás” e o direito de asilo, este último defendido por alguns autores e profissionais, e, como vimos, praticado na experiência do NAPS de Santos. O direito de asilo – pedidos feitos por alguns clientes como proteção, acolhimento, necessidade de um lugar e um tempo, dentre outros – no entanto, não precisa significar internação, mas quando não existem outros espaços para tanto...

“Quando o serviço não dispõe nem mesmo do espaço físico (às vezes também não do psíquico, nem do técnico) para acolher a crise, a única saída que pode ser enxergada pela equipe é encaminhar para a internação” (Campos, 2001, p.104).

No caso do Rio de Janeiro, diferentemente dos NAPS de Santos e dos CERSAMS, ainda não temos a possibilidade de um espaço de hospitalidade noturna dentro dos serviços. Discussão perigosa, que precisa ser feita entre o respeito de um pedido de asilo e a atenção aos modos de lidar na internação, buscando criar outros espaços de proteção e descanso fora do hospital psiquiátrico, acompanhando muito de perto, com o cuidado de não reproduzir um ciclo, legitimando uma cultura de hospitalização que atravessa o pedido do paciente.

Nesse Hospital-dia, uma pensão antiga na qual moram pessoas vinculadas ao serviço, às vezes, mas raramente, é utilizada para que as pessoas que precisam passem um tempo lá.<sup>44</sup> Mas tentam evitar essa utilização e trabalham tentando possibilitar que as pessoas que moram ainda atualmente, tenham outro lugar de moradia. Mas para Maria, parece ter sido possível abrir um espaço de acolhida, de direito de asilo, fora da internação e desconstruindo tal necessidade. O CAPS também tem lidado com situações nas quais tem que desfazer aos poucos o forte vínculo de seus usuários com as internações.

Durante toda a pesquisa apenas uma situação de internação foi acompanhada – não foi a única ocorrida, mas a única acompanhada. Mais uma vez para nos afetarmos.

---

<sup>44</sup> Como o caso de uma moça que operou os olhos, mora sozinha e não teria como ficar em casa sozinha.

*Comecei a acompanhar a história no momento em que ela chegou a Assembléia de usuários. Sua família continuou na sala com o psiquiatra. Enquanto acontecia a assembléia, o psiquiatra passou e conversou com a coordenadora “A família não está agüentando mais, a situação está difícil em casa, ... agora para evitar algo pior, está espancando o filho.”*

*Ao fim da Assembléia fui me informar. A coordenadora saiu da assembléia comentando que a referida usuária está ótima e que falou coisas super pertinentes na assembléia.*

*O técnico que atende a usuária respondeu que aqui ela está bem, mas é que “a gente não vê o que acontece em casa. Mesmo assim não está tão bem assim não. Ela está agredindo todo mundo”. Ele disse que ela também está querendo se internar.*

*Fui acompanhar a entrada na internação.*

*A usuária foi para o Pedro II numa ambulância com a mãe e o irmão. Ia para o Nise, mas pouco antes da ambulância sair, o CAPS conseguiu uma vaga no Pedro II. Na subida da escada fui conversando com a família.*

*Na enfermaria de Saúde Mental do Pedro II, fomos recebidos por uma psiquiatra.*

*Ao entrar na enfermaria, a usuária começou a ficar irritada, pediu o celular ao irmão; ora insistia que aquele era dela, ora dizia que o dela estava com a cunhada para consertar e pedia que pegassem. Irritou-se, ordenando que o irmão lhe desse o celular. Gritou com a mãe, tirou tudo da bolsa, jogou tudo.*

*A mãe chorou. Disse que não agüentava mais. Que em casa era assim e também com o menino - o filho.*

*Irritou-se muito novamente quando falaram em injeção, em medicação injetável, dizendo “Eu não tomo injeção”.*

*Uma técnica da enfermaria fez algumas perguntas no sentido de entender o que a usuária contava, sobre o filho. A usuária disse que seu problema era a tireóide e que ninguém acreditava nisso. Disse que se escondia atrás do filho e que ele herdou tudo isso. A técnica prosseguiu com perguntas para entender isso, no que a usuária disse que estava cansada de ter que responder e falar a mesma coisa sempre. “Já me perguntaram tudo isso”.*

*Queixou-se de estar lá enquanto daqui a pouco aconteceria a reunião (reunião de usuários em outro CAPS para resolver o problema da alimentação e da medicação). Disse que a mãe ia deixá-la lá e pegar o filho.*

*À pergunta da técnica sobre trabalho, respondeu que trabalha como manicure e cobradora. Mais uma vez pediu insistentemente que levassem seu celular e que levassem o filho para ela ver.*

Nessa situação nos perguntamos mais uma vez o que foi feito antes da internação e que não acompanhamos. Mas o que mais teve destaque para nós foi sua mudança ao entrar na enfermaria e, novamente, a diferença do que avaliaram os profissionais sobre o “estado” da moça e a necessidade de internar, dúvida aqui compartilhada.

Se a equipe ora experimenta e aprende recursos diversos para evitar a internação, ora não consegue, ou ainda depois de muito tentar saídas opta pela internação, destacamos que algumas pessoas também criam recursos próprios para não se internar ou mesmo para não fazerem coisas fatais durante a crise.

*Um usuário se aproxima para conversar. Se queixa da sua medicação, que está em falta e que não tem dinheiro pra comprar. Ele conta que já teve 27/28 internações e que depois que começou a perceber quando ia entrar em crise, logo procurava o médico, vinha para o CAPS e assim parou de se internar. Perguntei como ele ficava nessas crises. Ele disse que quando ficava em crise saía andando por aí, de madrugada e que uma vez foi parar no Morro.*

*Em outro serviço, uma das primeiras pessoas que conheci conta que está indo com mais frequência para ficar melhor. Falou que teve uma crise braba e que chegou lá horrível dessa última vez depois da internação. Teve três internações no ano passado e voltou péssimo. Mostrou-me a foto de quando voltou e os papéis de registro da internação numa Clínica conveniada. Uma delas durou três meses. Pediu à família que avisasse no Hospital-dia que ele estava internado. Falou das vozes, que quando está em crise ouve vozes que mandam ele fazer várias coisas. Ouve vozes, some. Uma vez abriu um botijão de gás e quase atirou fogo. Por sorte, pensou em tomar o Haldol na hora em vez de atirar fogo. Foi levado ao hospital. Alguns técnicos disseram que ele estava embriagado, mas ele explicou pro médico que não, que tinha acabado de tomar o Haldol.*

Na conversa com o usuário sobre suas internações aparecem os seus recursos, mas não os do seu serviço de referência. No caso desse moço especificamente, a internação de três meses pode apontar afastamentos do serviço e no contato entre serviço e família. Numa outra ocasião, ele contou que em uma das internações, a família avisou à equipe

do HD que ele estava internado, mas a equipe do HD não ia à enfermaria durante a internação. Destaca-se de qualquer forma que um tempo e uma sustentação antes construída, permitem-no tomar a medicação, mesmo com a invasão das vozes. As idas com frequência ao serviço atualmente também são recursos que tem construído.<sup>45</sup>

Tendo no mesmo ano três internações, uma delas com duração de três meses, a situação acima nos remete às observações de Campos (2001) sobre a continuidade ou não do contato entre equipe de referencia e usuário durante a internação e as implicações da ruptura.

“O que temos visto acontecer com os usuários que acabam sendo internados é que muitas vezes, a internação produz uma quebra de sua vinculação com o serviço, o que redundando em posterior fragilidade e exposição ao risco de novas internações” (Campos, 2001, p.104).

Em ambos os serviços há uma forte continuidade de contato quando o usuário é internado numa enfermaria próxima, de fácil acesso. Quando não, a equipe sente mais dificuldade de ir, por falta de carro, de tempo, pelo cotidiano corrido do serviço cheio de demandas. Mas será que, conforme os apontamentos de Campos (2001) a idéia de fracasso - contribuindo para que alguns profissionais evitem ou tenham mais dificuldade ir às enfermarias para continuar vendo as pessoas que atendem – também produz esse afastamento? Esse desencontro entre o que acham melhor, o que devem e o que podem fazer aparece quando por exemplo um técnico do CAPS fala “*A gente sabe que é legal fazer, que tem fazer, mas a gente não consegue acompanhar na internação*”. No caso do CAPS, sua distância dificulta ainda mais essa possibilidade. Uma saída talvez seja tomar isso como trabalho cotidiano, da mesma forma que estar no Serviço e enquanto se briga para que a CAP disponibilize mais carros, o Município invista, ao mesmo tempo utilizar próprio carro ou o do colega – como tem feito os profissionais do HD e alguns do CAPS

---

<sup>45</sup> No entanto, ele sai pouco, tem muito medo de sair depois de tantas crises complicadas e arriscadas e mora num lugar perigoso. De modo geral, sentimos falta do “barulho da rua” dentro dos serviços e na vida das pessoas, de ouvir mais conversas dos técnicos, ou entre técnicos e usuários, sobre a vida destes para além das dificuldades, crises, doenças, sobre seus laços, o que fazem, que vida levam os usuários. Com interesse em saber como anda a vida dessas pessoas, como é no bairro onde moram, as relações com a família, o que tem mudado nesse sentido, para além das relações possíveis no interior dos espaços de assistência, elaboramos uma pergunta para as pessoas atendidas nos serviços sobre o que fazem quando não estão lá, sobre como é seu cotidiano.

para ver as pessoas que atendem em casa, de forma a resistir aos efeitos de abandono do poder público sobre nós e sobre os usuários.

O contato permanente entre os serviços e as enfermarias pode permitir uma interferência maior de novas lógicas e práticas nesses espaços de internação, de modo a diminuir um pouco a distância, narrada por alguns usuários, entre o que ainda se passa nas enfermarias e nos serviços substitutivos.

*Nesse dia senti o CAPS com bastante vida. As atividades estavam acontecendo e de maneira mais espontânea.*

*A (na Oficina de Beleza) me pediu para fazer suas unhas e enquanto eu fazia, ela contou que ficou um mês sem fazer as unhas porque estava internada. Perguntei porque se internou. Disse que foi porque teve “furor”, ficou furiosa. “É furor, é crônico, não tem cura”.<sup>46</sup> Comia ensopado todos os dias na internação e enjoou de ensopado. Ficou na Clínica Valença.*

*Disse que às vezes fica assim.*

*Contou que levou muito “sossega-leão” na internação “no braço, no outro braço, na poupança”.*

*Perguntei se essa injeção que tomou na internação, toma no CAPS também. Ela disse “Aqui não, no CAPS não”.*

*Tem atendimento no CAPS e no IPUB.*

É preciso, portanto que os profissionais de saúde mental, em se reconhecendo como agentes de transformação - de criação de novas possibilidades de vida para as pessoas que atendem, assim como de novos lugares sociais para a loucura – trabalhem com tais pessoas e com os Estabelecimentos, Serviços, grupos e famílias no sentido de incitar a desconstrução desses modos de subjetivação que implicam numa experiência de si e do outro enquanto doente, paciente, portador de um *furor* e sujeito, inquestionavelmente, a diversos procedimentos que muitas vezes, funcionam mais como violência, do que como cuidado.

---

<sup>46</sup> Uma concepção do que teve ou sentiu muito capturada pelo saber psiquiátrico clássico.



## Considerações Finais

Este trabalho buscou investigar os modos de lidar com as situações de crise a partir de dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro, analisando as transformações em ruptura com formas manicomial de lidar com a crise, particularidades deste trabalho nos novos serviços e os impasses cotidianos encontrados.

As experiências dos dois serviços problematizadas em conjunto, enquanto práticas de saúde mental no lidar com a crise, permitiu ampliar o conhecimento da complexidade cotidiana do trabalho em saúde mental e levantar questões provavelmente comuns a diversas outras experiências, que mesmo com conformações singulares, são construídas no mesmo sistema de poder, por Políticas similares e por saberes não radicalmente distanciados.

Foi possível observar entre as experiências relatadas no Capítulo II e as desses serviços, as diferenças no que marca os discursos e as escolhas ético-políticas, assistenciais de cada uma dessas experiências. Se na experiência de Santos vê-se uma linha teórico-prática, ética e política definida e claramente ligada ao referencial italiano, nos serviços existem outras referências em jogo. Outra observação a ser feita nesse sentido é que, se nos NAPS e nos CERSAMs, conforme vimos, o lidar com a crise prescindindo do hospital-psiquiátrico é tomado como uma estratégia central de transformação e até como um certo eixo organizador desses Serviços, no CAPS pesquisado no Rio de Janeiro o lidar com a crise não ocupa esse lugar para a equipe, embora se constitua numa preocupação central, um desafio, um trabalho sobre o qual a equipe se dedica, se preocupa.

Nesse sentido, destaca-se que a equipe do CAPS parece se reconhecer como uma equipe que não sabe ainda muito bem lidar com a crise ou que busca uma organização melhor desse cuidado. Isso apareceu principalmente nas reuniões de equipe e em algumas entrevistas, quando os profissionais falam que “é meio quem está ali” no momento, que lida com a crise, que precisam de uma organização prévia a cada dia para essas situações.

Nas experiências trazidas através da pesquisa, as linhas e construções são mais diversas, algumas muito nítidas e identificáveis, como uma das linhas que compõe o CAPS – reconhecendo-o como projeto político, de transformações amplas, de criação de condições de cidadania para seus usuários, dentre outro aspectos – e uma linha predominante no Hospital-dia difícil de nomear, mas que tenta articular processos de construção singulares com cada pessoa atendida, referidos a sua história de vida, com a

coletividade, o acaso, as experimentações e um forte cunho artístico, estético, rejeitando identificações que alguns saberes produzem, fixando e fragmentando as singularidades em uma categoria, em um momento, em um espaço físico. Linha esta, do Hospital-dia, que muitas vezes remete as ações e concepções da Antipsiquiatria.

A possibilidade de tecer ou identificar as linhas, assim como de problematizar as minúcias do trabalho, refere-se também à proximidade com essas experiências, ao passo que em relação às discutidas enquanto experiências pioneiras da Reforma há um triplo afastamento: no tempo, no espaço e um terceiro, devido ao tipo de relato ao qual temos acesso sobre essas experiências, relatos mais gerais, de discussão de princípios que orientaram e orientam esses serviços, das compreensões ou da produção de sentido dos trabalhadores sobre esses princípios e de seu funcionamento mais geral.

Vimos assim como os Serviços têm lidado com as situações de crise que lhes chegam, quês saberes e práticas cotidianas têm produzido nesse sentido, remetendo, com as leituras de Foucault, aos atravessamentos de um sistema de poder disciplinar nessas ações e saberes e alguns efeitos que emperram transformações e paralisam – no modo de organização do trabalho, na fragmentação do trabalho e dos espaços para viver “uma crise”, do isolamento entre as pessoas, nas redes sociais reduzidas, na atomização, na “permissão” de passagem para saberes ainda medicalizantes da loucura. Mas vimos também, as *maneiras* de fazer no cotidiano que conforme o olhar de Certeau (1994) podem ser vistas como pequenas lutas, confrontos e singularização de concepções e práticas. Quanto à discussão do biopoder seria um pouco mais complexa de articular a partir dessa pesquisa, por ter sido seu rumo de discussão escolhido e aprofundado, e por envolver políticas e tecnologias das populações, de mais amplo espectro, que foram aqui tangenciadas, mas não tematizadas com afinco.

Uma primeira consideração quanto ao caminhar das transformações e impasses no lidar com a crise, se refere ao fato de que as situações de crise não aparecem nas entrevistas, em resposta à pergunta sobre as principais dificuldades cotidianas do trabalho, com exceção de uma entrevista do Hospital-dia. Por outro lado, constituem tema central das reuniões de equipe. Ao discutir essas situações, assim como outras situações desafiadoras ou difíceis, a equipe pensa mais sobre a organização do seu trabalho a cada dia, mexendo com o cotidiano. Uma hipótese para essa ausência da temática do lidar com crise em resposta a pergunta sobre as dificuldades cotidianas é de que as equipes compreendem o lidar com tais situações como inerentes ao seu trabalho, sua missão e converge com o fato

de que no geral, não as expurgam ou delegam para cuidado de outros estabelecimentos. Outra possibilidade é de que mesmo que se constituam como desafio, estão de certa forma, dentro do domínio da equipe, diferentemente dos outros impasses apontados, no geral relativo a ausência de recursos ou a problemas no trabalho em equipe, que seriam reconhecidos como de mais difícil resolução ou como fugindo da alçada dos trabalhadores.

Quanto aos recursos de trabalho utilizados e criados, considerou-se importante compreender se existem alguns específicos para as situações de crise e por que. Vê-se que não há algo generalizado. Em algumas situações a equipe recorre a ações específicas, às quais não tinham recorrido antes para um determinado usuário, mas em outras não, os recursos são os mesmos dos quais se lança mão cotidianamente. De modo geral, costuma-se utilizar alguns manejos: aumentar a medicação ou ao menos rever, acompanhar mais de perto, atender com mais frequência, solicitar mais a presença da família, negociar com a pessoa e sua rede social mais próxima – família, vizinhos, quem possa colaborar – que ela freqüente mais o Serviço nesse momento, ter a colaboração de outro profissional no atendimento e no acompanhamento, se já não havia antes, dentre outros. Viu-se ainda que de fato é uma situação que provoca a pensar sobre o próprio trabalho, que dinamiza, reorganiza a equipe, incita algumas mudanças e alguns riscos necessários, possibilitando experimentar as possibilidades e as limitações da equipe, da rede social, dos usuários, de outros serviços etc. Em muitos casos, as situações de crise quando acompanhadas, permitem, por exemplo, aproximar equipe, família e rede de relações sociais dos usuários, o que será importante para a vida da pessoa atendida, para dar um suporte contínuo a família e estabelecer trocas entre serviço, família e rede social que facilitem transformações em ambos na lógica de funcionamento. Tudo isso, remete às observações dos italianos sobre uma atenção à crise não focada apenas no usuário, no indivíduo e ainda à importância da abertura do serviço para as redes de relações sociais, para o território, enfrentando problemas e, com isso, operando transformações culturais gradativas.

A aproximação maior entre serviço e familiares e a rede social mais ampla, ou seja a comunidade, o território – entendido na concepção que aqui explicitamos – se faz de extrema importância e é um trabalho que pode caminhar mais do que tem caminhado, se tomado como uma ação fundamental do serviço, tanto quanto todas as demais. Tomar o território como um local de trabalho e lugar de produção cultural, de relações sociais, políticas, afetivas, implica pensar a Reforma de uma determinada maneira, sistemática e central no trabalho de atenção psicossocial e com determinados princípios ético-políticos e

epistemológicos. Passos & Beato (2003) a partir das experiências de seu trabalho, falam da existência de recursos na comunidade que acabam desconhecidos pelos serviços:

“O conhecimento de formas e estratégias sociais de convivência com o louco, e de significação da loucura, presentes em uma dada sociedade, pode lançar luzes sobre a capacidade de mudança e sobre a existência ou não de recursos ‘naturais’ da própria comunidade para fazer avançar os processos de mudança. [As autoras acreditam que] Uma abordagem sócio-antropológica, que vise penetrar as significações e as práticas pertinentes de uma dada comunidade, grupo ou instituição em estudo, permite a identificação e valorização desses recursos ‘naturais’, evitando-se a prescrição normativa de comportamentos que, no mais das vezes, tendem ao fracasso” (p.138).

O trabalho permanente e crítico no território – com família, vizinhos, comerciantes, centros religiosos e comunitários – permite algo que se faz cada vez uma discussão mais urgente em saúde mental, que pode ser deflagrada pelo estado de inchaço em que se encontram muitos serviços: a desconstrução da demanda, no lugar de apenas nos queixarmos do seu crescimento e fecharmos as portas. Desconstrução não só no sentido dela não se construir como uma demanda por um modelo médico ou assistencial tradicional. Mas de problematizar a demanda pelo próprio Serviço e a própria cultura de recorrer prioritariamente a esse e demais serviços de saúde mental, buscando respostas para questões diversas da vida - que vão desde brigas conjugais a sérias condições sócio-econômicas – com as quais é claro o serviço precisa lidar, sem expurgar, mas não pode responder por completo, impedindo outras respostas e abafando efeitos do poder, sem modificar o funcionamento do poder. Assim, a desconstrução da demanda é também no sentido de que as pessoas possam dar outras respostas para seu sofrimento ou sua diferença, para a extrema confusão e a dificuldade de viver, que não seja somente ir ao serviço, mas a outros espaços onde também possam circular a vontade. E para isso é preciso que o próprio serviço trabalhe na criação desses espaços. Certamente esse é um projeto gradativo, que em meio a tantas atividades do serviço, se torna esquecido ou adiado, talvez por ainda não ter sido incorporado como fundamental e sentido para além de uma atribuição programática.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Alguns profissionais de ambos os serviços tentam se empenhar nesse sentido. No CAPS já houve um projeto desse cunho, no qual os usuários do CAPS, junto a um profissional iam conhecer e contar a história

Do contrário – sem problematizar a demanda – tendemos a criar guetos e a produzir a chegada de um pedido que não podemos responder de fato. É tão difícil ajudar a construir outros lugares e encontrar outras pessoas que possam fazer o mesmo que fazemos, sem serem especialistas. É difícil abrir mão desse lugar de importância, desse lugar de um fazer tão raro? A fala de uma profissional sobre a dificuldade do Serviço encaminhar remete a isso. Pode-se também considerar um possível temor das equipes de saúde mental de que as pessoas sejam abandonadas por outros profissionais como eram abandonadas ao Hospital e talvez ainda se sintam sozinhos na função de assegurar uma construção de vida e destino outros que não sejam a estigmatização e a segregação. Mas aos poucos desconstruindo demandas e conquistando apoio, outros poderão assegurar isso, inclusive algumas das pessoas que hoje são atendidas nesses serviços.

Conforme foi possível observar na discussão sobre a organização do trabalho, desenvolvida no terceiro capítulo, além do trabalho solitário e atomizado dos serviços, têm-se ainda trabalhos individualizados dentro da equipe do serviço, principalmente no CAPS, o que já apontamos como sendo efeito de um sistema poder. Conforme se queixam alguns trabalhadores, há ainda uma burocratização do trabalho. Modos de gerir a atividade e de funcionar no coletivo que vão à contramão do que pede um trabalho em saúde mental e acabam por produzir muito cansaço, desânimo e desvitalização.

Nesse sentido, vimos que uma autonomia profissional que não seja acompanhada por uma discussão e retomada permanente e forte sobre os projetos do serviço – com a compreensão de cada profissional sobre o trabalho em saúde mental e as implicações terapêuticas de cada perspectiva ético-política de condução deste trabalho – de e suporte entre os profissionais da equipe, tiveram como resultado decisões e encaminhamentos opostos ao que o serviço no geral busca, e internações que, na própria concepção de alguns profissionais, poderiam ser evitadas. Tais modos de gerir o trabalho e caminhar no processo de construção dos serviços tem se constituído, portanto, como impasses para a

---

para os demais dos pontos turísticos e históricos da região. E atualmente duas profissionais começaram um trabalho de mapeamento e planejam contato com o comércio, a igreja e outros estabelecimentos locais. Mas não fica muito claro o objetivo dessas ações. No Hospital-dia, houve um trabalho que se chamava “Mapa afetivo da cidade”, que não era uma atividade grupal, era um trabalho feito com algumas pessoas que se interessaram ou demandavam, e aí se caminhava com elas por lugares da história da sua vida, lugares que gosta, nos quais se sente bem, tecendo um nexo com esses lugares, revisitando, descobrindo outros. É interessante lembrarmos, por exemplo, da experiência de Santos, na qual antes de implantar o NAPS, a equipe promoveu encontros, exibição de vídeos sobre o Manicômio e discussões com a comunidade. Era uma ação fundamental, que precedia e viabilizava as demais.

transformação das relações com as pessoas em crise, e com a loucura e tornado o trabalho mais desgastante.

Em relação às situações codificadas como de risco e as de grande intensidade, vê-se que os serviços encontram mais dificuldade e acabam acenando com a possibilidade de recorrer à internação. É importante, nesse sentido, destacar as condições apontadas pelos próprios profissionais nas quais parece mais difícil acompanhar a crise sem recorrer à internação. Um primeiro aspecto de dificuldade se dá quando a pessoa freqüente muito o serviço, e a equipe também tem dificuldade de procurá-la. Outra condição de impasse ocorre quando se trata de uma pessoa recentemente vinculada ao serviço, assim sua história não é muito conhecida pelos profissionais e o vínculo com um espaço de expressão, cuidado, proteção e convívio ainda não se fez. Mais um fator que dificulta uma sustentação da pessoa em crise nesses serviços, se refere à restrição de sua rede social, de maneira a auxiliar no momento da crise, acompanhando a pessoa ao serviço ou mesmo em casa e dos recursos com os quais pode contar. Finalmente, um último aspecto identificado se refere a quando a família e o usuário ainda estão muito arraigados na utilização do hospital psiquiátrico/internação como recurso. Esses aspectos, uma vez identificados, podem servir como pontos de partida, “nós críticos”, a partir dos quais as equipes e gestores podem pensar estratégias de trabalho e assistência. Mesmo com essas dificuldades, pode-se dizer de um modo geral, que tais Serviços têm efetuado avanços na evitação e na problematização da internação.

Articulando com o que já vínhamos discutindo sobre o trabalho da e em equipe, salientam-se as contribuições de Campos (2001)

“A possibilidade de acompanhar a crise dos usuários está colocada para os serviços. Um compromisso com esta questão exigirá da equipe a possibilidade de sustentar sua própria crise. Transformar o surto em passagem, em algo que possa ser (...) acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédio. Para isso ser suportável a própria equipe precisará de cuidados” (Campos, 2001, p.104-105).

As breves considerações de Campos (2001) na citação acima sintetizaram problemas que vimos nos serviços e especialmente no CAPS, referentes às conexões entre resposta medicalizada a algumas situações de crise e falta de cuidados entre e com a equipe,

aliadas a uma formação e um exercício médico bem tradicional no que diz respeito ao uso da medicação como recurso.

O apoio à equipe – de diversas maneiras, desde a supervisão, mas também na criação de espaços para que os problemas possam ser ditos, as diferenças não sejam necessariamente vividas como degladiação, as lutas possam ser explicitadas e instrumentos de gestão descobertos pela própria equipe possam unir trabalhos diferentes, superando problemas “pessoais” – é de fato fator muito importante na produção da saúde dos trabalhadores e usuários e fundamental para que seja possível suportar as intensidades do mesmo e prosseguir efetuando transformações. Nessa via de discussão, Mehry (2004) articula ainda o enfrentamento das situações de crise e a geração de alívio nas equipes de saúde mental, com o trabalho em rede, colocando este como requisito fundamental para que os primeiros sejam possíveis.

“Creio, que ter uma rede bem articulada entre serviços de saúde mental (CAPS), serviços próprios da urgência e emergência (como os SAMUs e PSs) e equipes locais de saúde, seja essencial para dar respostas razoáveis a um dos problemas que mais soam, no imaginário social, a favor da lógica manicomial. Ou seja, enfrentar bem esta situação tem um duplo sentido: de um lado, é uma das chaves para gerar alívio produtivo nas equipes de CAPS; de outro, ao gerar alívio nos que convivem com loucos, em crise, diminui a pressão para a segregação e exclusão” (Mehry, 2004, p.13).

Essa necessidade de gerar alívio não pode se confundir, entretanto, com uma saída de cena, uma negação das implicações dos profissionais e das pessoas que “convivem com loucos” na própria loucura e em seus destinos. O alívio não pode significar delegação da loucura às instituições historicamente incumbidas de dar conta dela. E nisso está o risco de falar em rede, citando apenas a rede de saúde.

De maneira geral, parece existir ainda um grande afastamento entre os CAPS e outros serviços, e nisso se incluem as enfermarias, de modo que parecem se fazer dois sistemas e funcionamentos paralelos. Se essa for apenas uma configuração transitória na construção de uma interferência maior de novas práticas na rede, melhor. Mas para que seja temos que sabê-la, e fazer passar, mesmo aos poucos, para outra. De todo modo, de dentro desses serviços se vêem mais contato, trabalho conjunto com equipes da enfermaria e menos fragmentação do que se via de dentro da enfermaria em 2002 – na época do referido

estágio em que a questão desse trabalho começou a ser formulada. Mas há ainda pessoas que passam sua internação sem um acompanhamento dos profissionais com os quais já tem certa relação e possivelmente uma referência de vida, de proteção, de integridade. As articulações com o Movimento da Luta Antimanicomial, e outros movimentos e organizações sociais não oficiais, que não constem no *menu* mais comum, de forma permanente para estabelecer trocas e construir linhas de trabalho em conjunto é quase inexistente.

Por outro lado, todas essas considerações trazem à tona a discussão por uma notável necessidade no campo da saúde mental: a abertura para olhares e ações da saúde do trabalhador e da ergologia, para contribuir na problematização de todas as incumbências dos profissionais desse campo e para que não sucumba sua potencialidade - e das pessoas que atendem - de criar novas normas de vida diante das infidelidades deste trabalho, na sua variabilidade, nas condições difíceis. Tendo Canguilhem (2002) como referência, que a saúde desses profissionais, como potencialidade de elaborar críticas, de transformar as relações desvitalizantes com a loucura e com o trabalho que fundam ou atravessam sua atividade, como possibilidade de adoecer e recuperar-se, de cair e retomar seja sustentada, sem que tenha que se culpabilizar ou ficar em dívida, constrangido em seu movimento.

Um ponto importante a considerar nessa finalização do trabalho, e que não foi diretamente abordado antes, se refere ao quanto os serviços efetuam ou conferem importância às mudanças concretas na vida das pessoas. Discussão que envolve polêmica em torno de opiniões que costumam afirmar, com razão, um não conduzir a vida dos usuários, mas abrir caminhos. Mas que caminhos e como? Costuma haver uma discussão de divide o desejo do sujeito e o desejo das profissionais do serviço, familiares e exigências sociais. Mas o que aparece nos relatos dos usuários, nas entrevistas e nas conversas informais, é que há coisas que não fazem - como passear, sair - por impossibilidade, por medo ou ainda por que a vida mudou depois das crises e das internações. Há também os que declaram gostar de uma vida mais retirada, mais caseira. Aliada às dificuldades ditas pelos usuários, entre os profissionais, por seu turno, o tema do lazer daqueles, a expansão da vida no sentido do prazer, e não só da possibilidade de trabalhar, conseguir arrumar a casa, ter documentos e gerir o dinheiro, não foi muito tocado, com algumas exceções. Numa entrevista, uma profissional falou com satisfação sobre uma atividade, aqui já citada, que se fazia fora do CAPS, conhecendo pontos históricos da região, e que a partir daí um rapaz eu ela atendia começou a andar mais pela cidade, ir ao Centro da cidade, conhecer

lugares, Centros Culturais etc. As demais entrevistas ou não tangenciam o assunto ou falam de maneira mais vaga, e nas conversas cotidianas também não é muito escutado.

Trata-se de perguntas, lembranças e apontamentos que as equipes podem querer ouvir, à medida que esse tipo de interesse certamente se alinharia à perspectiva de trabalho de muitos profissionais desses serviços, como foi possível observar nas preocupações sobre a melhora dos pacientes, sobre suas relações afetivas, dentre outras.

Finalmente, quanto à negativização da loucura e das experiências de crise, tomadas como um índice de limites à transformação, não se presentifica com evidencia nas relações e práticas dos serviços. As terminologias e expressões clássicas utilizadas nesse sentido também não aparecem tanto. Por outro lado, um fato que chama muita atenção no CAPS, se refere à dificuldade da maior parte dos familiares com a presença dos usuários nas reuniões de uma Associação que é de familiares, funcionários e usuários, o que foi tanto relatado por uma técnica como percebido ao frequentar as reuniões. Índice de negativização ainda presente na cultura aliada a uma falta de “paciência” – os usuários não conseguem se organizar, não são para esses assuntos sérios, não tem responsabilidade para mover uma Associação, não vão ficar quietos, devem ficar em outro espaço, na assembléia deles? É possível. Contudo, alguns poucos usuários começaram a se afirmar e a serem mais persistentes e menos envergonhados para participar de tais reuniões, processo no qual profissionais específicos colaboraram muito significativamente, informando, explicando, mediando e estimulando.

Antes de finalizar este trabalho é importante remeter à política oficial de Saúde Mental adotada no Rio de Janeiro e seu respectivo modelo de Reforma. Muitos fatos vistos dentro dos serviços – tais como os modos de organização do trabalho e direcionamento dos serviços, além da ausência de recursos, tais como a medicação, alimentação e material para atividades das oficinas – e acontecimentos fora deles, mortes em Clínicas Conveniadas por situações de abandono, manutenção de Clínicas que atuam com violência, podem ser tomados como analisadores de como a Reforma e Política de Saúde Mental estão sendo construídas no Município. Tais questões aparecem com força nas insatisfações das equipes, sobretudo no CAPS e parecem interferir fortemente no trabalho, gerando desânimo e indignação dos profissionais. Apesar das diversas transformações efetuadas, sobretudo pelos profissionais dos serviços, familiares e outros colaboradores empenhados, o que parece é que a direção de Reforma escolhida no Brasil, ou pelo menos no Rio, possui tendências neoliberais e mais voltadas para questões técnicas e organizativas.

E esse modo de condução tem certamente implicações de trabalhadores, teóricos, pesquisadores e estudantes que, quando analisadas, permitem sair da lamentação e do ressentimento legítimos, mas aprisionadores, e viver o processo de Reforma como luta, criando formas políticas de viabilizá-lo, problematizando-o, intervindo politicamente fora dos serviços. E assim, tal como versa Rodrigues (2005) “em lugar de lamentar-se (...) vislumbrar aquela parcela de possível, que nos livra da sufocação, que impede a asfixia” (p.27).

Finalizar esse trabalho, a um só tempo mobiliza e, parafraseando Mehry (2004) produz alívio, o alívio de ter conseguido chegar ao fim podendo apontar para “um pouco mais de possível” que temos alcançado e que ainda vamos construir permanentemente, tracejando também problemas, alguns desastrosos, que nos limitam, impedem e cerceiam.

## Referências Bibliográficas

AKERMAN, J. A Crise na abordagem da Urgência. Em: Caderno do Seminário Urgência sem Manicômio. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde Mental de Belo Horizonte. Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro, 1994.

ALVES, Domingos Sávio e GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: MATTOS, R. A. de e PINHEIRO, R. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. RJ: Hucitec: ABRASCO, 2004.

AMARANTE, P. (coord.). Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

\_\_\_\_\_. O Homem e a Serpente Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

\_\_\_\_\_. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e a reforma psiquiátrica. Em QUINET, A. (org.). Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P (org). Archivos de Saúde Mental. RJ: NAU Editora, 2003.

ANAYA, Felisa. Problematização do Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG. Dissertação de Mestrado. RJ: ENSP, 2004.

BARROS, D.D, A desinstitucionalização Italiana: a experiência de Trieste. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. São Paulo: PUC-SP, 1990, mimeo.

BASAGLIA, F. A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BECKER, H. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In: Saúde em debate. RJ, v 25, nº 58, p. 98-110, maio/ago, 2001.

CAMPOS, P de. Texto introdutório para o Curso de Crises/Urgências/Emergência do Encontro Nacional dos Centros de Atenção Psicossocial. São Paulo: 2004. (Impresso).

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo. RJ: Graal, 1978.

CASTEL, R. A Gestão dos Riscos: da psiquiatria a pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1987.

COOPER, D. A Gramática da Vida. Lisboa: Editorial Lisboa, 1974.

COOPER, D. Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982.

DELL'ACQUA, G e MEZZINA, R. Resposta à crise. Em DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. Copyright do autor, 1991.

DESVIAT, M: A Reforma Psiquiátrica. RJ: Editora Fiocruz, 1999.

FILHO, A. N. Mesaposta: a sorte está lançada. Em: Caderno do Seminário Urgência sem Manicômio. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde Mental de Belo Horizonte. Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro,1994.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1993.

\_\_\_\_\_. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Os Anormais: Curso no *Cóllege de France* (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOMES, M. P. C. A Emergência Psiquiátrica em Angra dos Reis - um Estudo de Caso, Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

GONDIM, D. S. M. Análise da Implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes - RJ. Inovação ou Reprodução do Modelo Assistencial? Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Jan. 2001 (mimeo).

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA. Cadernos do IPUB. Práticas ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano. RJ: IPUB-UFRJ, 1999, nº 14.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Relatório de Assessoria Técnica do Convênio IFB/CAPS-SMS-RJ, 2º Semestre de 2002. RJ: IFB, Nov. 2003.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Implantação dos Serviços Municipais de Atenção Psicossocial nas regiões de Campo Grande e Santa Cruz. Relatório Técnico

Trimestral referente ao Convênio IFB/SMS de Janeiro a Março de 1998. RJ: IFB, Set, 1998.

INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Convênio IFB/SMS-RJ. Sistema de Informações em Saúde dos Centros de Atenção Psicossocial de Município do Rio de Janeiro. Consolidado de Informações Coletadas, Janeiro a Dezembro de 2002. Versão Preliminar. RJ: IFB, Jan, 2003.

KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. Compendio de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KODA, M.Y. Da negação do manicômio á construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002 . (impresso).

LEAL, E. M. Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. Em Instituto de Psiquiatria da UFRJ et al (orgs). Cadernos do IPUB: Práticas ampliadas em Saúde Mental: desafios e construções do cotidiano. RJ: IPUB-UFRJ, nº 14, 1999.

LIBÉRIO, M. e FAGUNDES, H. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. Em Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Saúde em Foco. Saúde Mental: a ética do cuidar. Rio de Janeiro: SMS-RJ, ano VI, nº 16, Nov. 1997.

MACHADO, R. Ciência e Saber: a trajetória da Arqueologia de Foucault. RJ: Edições Graal, 1998.

MELMAN, J. Família e Doença Mental. São Paulo: Escrituras, 2002.

MERHY, E. E. O s CAPS e seus trabalhadores: No olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. Campinas, 2004. Disponível no site

- do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP: [www.candido.org.br](http://www.candido.org.br).  
(Impresso).
- MINAYO, C. O Desafio do Conhecimento: Metodologia da Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 2004.
- NICACIO, F. O processo de Transformação da Saúde mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Unicamp, São Paulo, 1994 (mimeo).
- NORCIO, B. Emergency e PDCS: The experience in Trieste. Presentation in London Senate House, March, 2002.
- PASSOS, I. C. F. e BEATO, M. S. da F. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas. Psyché. São Paulo: ano VII, nº 12, jul-dez. 2003.
- PERCIA, M. Qué recépcion pensar para lás psicosis desatadas de sus manicômios? Consultado no site: [www.campogrupal.com](http://www.campogrupal.com).
- PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. Em SPINK, M.J. Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004.
- RABINOW, P & DREYFRUS, HUBERT. Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- RECHTAND, M. e LEAL E. Notas sobre a emergência psiquiátrica. Em: IPUB-UFRJ. Cadernos do IPUB. A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental. RJ: UFRJ-IPUB, vol. VI nº 17, 2000.
- REVEL, J. O pensamento vertical. Uma ética da problematização. Em Gross, F (org.) Foucault: a coragem da verdade. São Paulo: PARÁBOLA, 2004.

- RIETRA, R. de C. P. Inovações na Gestão em Saúde Mental: Um Estudo de Caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ, 1999.
- RODRIGUES, H. B. C. Para desencaminhar o presente Psi: biografia, temporalidade e experiência em Michel Foucault. Em GUARESCHI, N.M.F. e HÜNING, S. M. (orgs). Foucault e a Psicologia. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.
- RODRIGUES, H. de B.C., BARROS, R.D.B. de. Retrato de uma Intervenção. Em RODRIGUES, H. de B.C., DUARTE, M. B. S.L. e BARROS, R.D.B de (orgs). Grupos e Instituições em Análise. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- ROTELLI, F, LEONARDIS, O. de, MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. Em NICACIO, F (org). Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- ROTELLI, F. Prevenir a Prevenção. Em: NICÁCIO, F (org). Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma Prática à Espera de Teoria. Em PITTA, A.M.F. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- SILVA, F. P. da. Articulações entre poder e discurso em Michel Foucault. Em: SARGENTINI, V. & NAVARRO-BARBOSA, P. Foucault e os Domínios da Linguagem: Discurso, Poder, Subjetividade. São Carlos: Ed. Claraluz, 2004.
- SILVA, J.P.L. A Desinstitucionalização e o Processo de Reformulação da Assistência Psiquiátrica no Rio de Janeiro no Período de 1995-2000. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2003.

SOALHEIRO, N.I. A Clínica da Referência. Em: Caderno do Seminário Urgência sem Manicômio. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde Mental de Belo Horizonte. Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro,1994.

# **Anexo I**

## **Roteiros de Entrevista**

### **Para os Profissionais**

- 1) Primeiro, eu gostaria de saber um pouco da sua história profissional, da sua formação e como você veio trabalhar aqui no CAPS X/ no Hospital-dia Y.
- 2) O que é para você o CAPS X / Hospital-dia Y ?
- 3) Como é o cotidiano do seu trabalho?
- 4) Vocês realizam ações/atividades do serviço no bairro, na região ou em outros lugares fora daqui? Como elas são e o que você acha desse tipo de ação?
- 5) Como é a relação do Hospital-dia Y/CAPS X com outros serviços? Como é que você lida com os usuários?
- 6) E quais são as principais dificuldades cotidianas que vocês tem aqui no Hospital-dia Y / CAPS X? Como vocês fazem pra resolver esses impasses?
- 7) Como você compreende as situações de crise e como você/ o serviço lida com essas situações?

### **Para os usuários**

- 1) Primeiro, você poderia falar um pouco da sua história, da sua vida?
- 2) Como você chegou aqui no CAPS X / Hospital-dia Y ? Como foi sua entrada aqui? Como foi recebido?
- 3) (Se falassem das crises) E como eram/são essas crises, como você fica?
- 4) E como foram os tratamentos que você fez antes de vir para o CAPS X/ Hospital-dia Y?
- 5) Como é seu cotidiano aqui no CAPS X/ Hospital-dia Y? O que você faz aqui?
- 6) Como é sua vida atualmente, seu cotidiano fora daqui?