

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**CARLOS MENDES MEIRELLES**

**A CIVILIZAÇÃO DA LOUCURA:  
UM ESTUDO SOBRE AS ATUAIS PROPOSTAS DO CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL**

**JUIZ DE FORA  
2007**

CARLOS MENDES MEIRELLES

**A CIVILIZAÇÃO DA LOUCURA:  
UM ESTUDO SOBRE AS ATUAIS PROPOSTAS DO CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais: área de concentração em Cultura, Poder e Instituições, da Faculdade de Ciências Sociais, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Octavio Andres Ramon Bonet.

JUIZ DE FORA  
2007

Meirelles, Carlos Mendes.

A civilização da loucura: um estudo sobre as atuais propostas do cuidado em saúde mental / Carlos Mendes Meirelles. – 2007.  
103 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

1. Saúde mental. 2. Acolhimento. 3. Psiquiatria – Aspectos sociais. I. Título.

CDU 616.89



## RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar os efeitos da reforma psiquiátrica a partir da proposição das políticas públicas em adotar estratégias assistenciais de tratamento comunitário. A mudança do tratamento hospitalar para a inserção da loucura no cotidiano produz efeitos no louco, assim como a loucura produz efeitos na sociedade. As relações que emergem a partir desta proposta foram estudadas através de etnografia realizada no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Carlos Pereira da Costa no município de Santos Dumont, focando as principais atividades do serviço, possibilitando observar as tensões emergentes. Estas tensões se evidenciam nas relações dos profissionais do CAPS com os pacientes em suas atividades, assim como se prolongam, sendo reproduzidas na comunidade. A partir da análise das relações entre os agentes deste cenário, observando aspectos pertinentes tais como integralidade em saúde, vínculo, e a noção de pessoa e pessoa moderna, é possível concluir que embora haja o esforço para a recondução da loucura ao convívio comunitário, as exigências provocadas pela normatização de condutas e pela racionalidade são obstáculos que se interpõem ao avanço da reforma psiquiátrica.

**Palavras-chave:** acolhimento; CAPS; integralidade; relações; saúde mental.

## **ABSTRACT**

The aim of this work is to analyze the effects of the psychiatric amendment from the proposition of public politics on adopting assisting strategies of communitarian treatment. The changes in the clinical treatment for the insertion of insanity in the everyday life produces effects on the insane patient, as well as insanity causes effects on the society. The relations that arise from this purpose were studied through ethnography developed at the Center for Psycho-Social Care (CAPS) Dr. Carlos Pereira da Costa, at the city of Santos Dumont, focusing on the main activities of the service, what permitted the observing of the emerging tensions. These tensions are evident in the relationships between the professionals from CAPS and the patients in their activities and extended to the community. From the analysis of the relationships between the agents in this scenario, observing pertinent aspects as health integrality, connection, and the notion of person and modern person, it's possible to conclude that besides the effort to relocate insanity in the community living, the requirements originated by the normalization of conducts and by rationality are obstacles to the advance of the psychiatric amendment.

**Key-words:** CAPS; integrality; mental health; relationship; receptiveness.

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I – A loucura e a reforma do campo assistencial.....	12
1.1 A Loucura como questão médica.....	12
1.2 Do hospital à <i>Polis</i> .....	16
1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	23
CAPÍTULO II – O CAPS e alguns dispositivos do cuidado.....	37
2.1 O acolhimento.....	41
2.2 As oficinas terapêuticas.....	51
2.2.1 Oficinas comunitárias.....	52
2.2.2 Oficinas de geração de trabalho e renda.....	56
2.3 O ‘Bom Dia’ .....	66
2.4 Visitas domiciliares.....	68
CAPÍTULO III – A noção de pessoa: o CAPS, a loucura, a pessoa moderna.....	71
3.1 A integralidade na proposta da reforma.....	71
3.2 Os especialistas do cuidado.....	78
3.3 O vínculo.....	84
3.4 A hipertrofia da razão e a atrofia da diferença.....	88
CONCLUSÕES.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99

## **Introdução**

Esta pesquisa propõe uma reflexão sobre os efeitos do tratamento comunitário para a loucura, especificamente as intervenções provocadas pelos Centros de Atenção Psicossocial, principais dispositivos de cuidado nas propostas oficiais para substituição do modelo hospitalar. No caso do louco e da loucura, definiu-se como estratégia ampliar suas possibilidades de convivência, facilitando seu trânsito institucional, social e familiar, e desta forma produz-se o embate sobre a saúde mental. O esforço não se encerra nos limites das instituições legais e profissionais, mesmo sabendo que a partir dessas instituições criadas para tal cuidado, é que se inauguram construções de novas possibilidades para a ampliação do horizonte do portador de sofrimento mental.

A proposta das políticas públicas para a saúde mental produz um efeito que pode ser limitado ao cuidado específico da loucura, no sentido assistencial; mas também avançar em outro campo, já que o tratamento comunitário gera impacto também na sociedade propondo o retorno da circulação da loucura após mais de duzentos anos de confinamento.

As tensões que emergem a partir das propostas de substituição dos hospícios recorrem tanto no campo da reforma psiquiátrica, quanto nas comunidades que sofrem este tipo de intervenção, já que ao louco, não se pode exigir comportamentos e discursos que coadunem com pilares do cotidiano, tais como razão discursiva e normatização de condutas. Dito de forma mais clara, exigência para que o louco seja ‘razoável’ pode ir de encontro às políticas assistenciais para o setor.

Outro problema, é que, no caso do sofrimento mental, a corporeidade não está presente, necessariamente. Nas queixas referentes às doenças mentais pode não estar evidente a dor, a aflição, o mal-estar, sendo necessário buscar um sentido para o sofrimento para além do que é manifesto, o que coloca a avaliação antropológica da loucura em um imbróglio. Se, para a antropologia, importa a percepção, a interpretação e o processo de construção de significado da enfermidade, interroga-se sobre o sujeito delirante que não acha que está doente, então qual a construção possível? Não se trata de uma busca da representação da loucura pelo louco, mas de como se dá a transição da

loucura institucionalizada para sua circulação da mesma na *polis* utilizando, para isso, o CAPS.

Em agosto de 2000 comecei um trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Carlos Pereira da Costa, no município de Santos Dumont, atuando como psicólogo. Cerca de um ano depois passei a exercer a função de coordenador da unidade, na qual permaneci por cerca de cinco anos. Ao iniciar essa pesquisa, ainda era coordenador da unidade, onde saí há pouco mais de um ano.

Desta forma, a proposição de uma pesquisa etnográfica, que é o caso, no meu próprio local de trabalho evidencia um dilema ético: meu inegável envolvimento com a assistência proposta, e assim as dificuldades para a produção de uma análise razoavelmente isenta de minhas contaminações como um profissional da saúde e, portanto, emocionalmente vinculado aos objetos-sujeitos do estudo. Ou seja, a partir da minha escolha profissional como psicólogo e coordenador de uma unidade de saúde, existe a possibilidade em sobrepor mutuamente o objeto do cuidado e o objeto de análise.

Ao comentar os “dilemas éticos a partir da minha dupla identidade” a partir de uma pesquisa que fez em pacientes terminais, Menezes refere que:

A escolha do antropólogo por um determinado objeto de investigação que contenha forte estigma social pode suscitar reações e comentários, como “morbidez” e “masoquismo”, entre outras expressões referidas por familiares, amigos e colegas das ciências sociais. Entretanto uma reflexão em torno das situações tidas como tabu possibilita um aprofundamento de temas relevantes, como a “neutralidade” na produção da ciência e o posicionamento ético do antropólogo (Menezes, 2007 p. 11).

Ao referir à neutralidade necessária à produção científica, emergem três aspectos nos quais cabe maior atenção pelas possibilidades de influência das paixões do pesquisador na pesquisa: a escolha, que denuncia uma preferência pessoal indicativa dos desejos do pesquisador; a observação, e a escrita onde “existem o capricho das paixões do sujeito, a debilidade de sua constituição e as digressões do seu pensamento: essa coisa obscura chamada eu” (Geertz, 2002 p. 104).

Há uma transição indispensável que certamente ainda não se deu por completa: a do profissional de saúde mental para o antropólogo. O afastamento necessário para uma

nova visada sobre o objeto é um processo sem descontinuidade, ou seja, não há um ponto em que o antropólogo se torne antropólogo. O propósito de explicar uma realidade ao mesmo tempo tão distinta e tão próxima como a loucura e a razão, revela-se necessária por ser capaz de “afetar nossas idéias e nossos atos: essa realidade é o homem e, mais especialmente, o homem de hoje, pois não há outro que estejamos mais interessados em conhecer bem” (Durkheim, 2002 p. V). Trata-se de um percurso paradoxal em busca de novas compreensões que no entender de Durkheim:

Considera-se estranho que, que para chegar a conhecer a humanidade presente, seja preciso começar por afastar-se dela e transportar-se aos começos da história (Durkheim 1996, p. VI).

O dilema da dupla identidade suscita, por um lado, a ambivalência entre o interventor de saúde, capaz de produzir um discurso êmico e, por outro lado o antropólogo, capaz de produzir um discurso analítico. E ainda que esses dois aspectos causem confusão. Gostaria de citar um evento ocorrido no CAPS que permita enriquecer a discussão.

Dona Maria freqüentou o CAPS por cerca de quatro anos, apenas uma vez por semana, nas segundas-feiras, dia em que eu raramente estava lá. Nesses dias consultava com sua médica e participava das atividades. Poucas foram as oportunidades que tive de conversar com ela, pouco sabia sobre sua doença, No entanto sempre foi uma pessoa de conversa tranqüila, contato mais introvertido, nunca observei nenhuma atitude dela que denunciasse alguma alteração mental. Esta paciente faleceu no próprio CAPS, devido a um problema cardiológico. Fui procurado, enquanto coordenador da unidade, pela sua filha, que agradeceu muito o fato do CAPS ter ajudado tanto a sua mãe o que, confesso, não sabia muito o porquê. Ela me dizia que os melhores anos da sua vida foram aqueles que esteve sobre os cuidados da instituição. Minha pouca convivência com a paciente e o fato de nunca tê-la visto em crise me colocavam alheio ao contexto. De qualquer forma, recebi os agradecimentos.

No mesmo dia fui à escola que funciona no prédio contíguo ao CAPS tratar de outros assuntos, quando fui abordado por várias pessoas, em momentos distintos, querendo saber se a ‘Leitoa’ havia morrido. Só então soube que a paciente era muito

conhecida no município por esse nome e por ter comportamento muito agressivo. Não raro, as crianças mexiam com ela, chamando-a de Leitoa, o que fazia com que ela reagisse agressivamente. A história se repetia há anos e em toda a cidade. Curiosamente, não percebi nenhuma pessoa que a conhecesse pelo verdadeiro nome. Seu nome era ‘Leitoa’, e no entanto, no CAPS, ninguém a chamava assim.

Só então pude perceber que a senhora que eu havia conversado, e não percebi nela qualquer sinal facilmente perceptível de insanidade, era uma dessas ‘loucas’ conhecidas e estereotipadas que praticamente todos nós temos lembranças.

Mesmo não sendo um dia em que eu fosse ao CAPS, posso afirmar que a maioria dos pacientes que lá freqüentam só conheciam D. Maria pelo nome de Leitoa e no CAPS nenhum deles a chamavam assim. Pelo contrário, sempre percebi certa deferência e respeito por ela. Comunguei minhas impressões com os demais membros da equipe e todos confirmaram que no CAPS ela era tratada pelo seu verdadeiro nome.

Nesse mesmo caso, pode-se afirmar, por consulta ao prontuário, que a paciente não procurou o CAPS espontaneamente. Foi encaminhada por sua filha. Neste sentido não houve também uma queixa própria de sofrimento, embora possa se deduzir que havia um sofrimento que se evidenciava nas relações a ponto de ser apontada como uma das ‘malucas’ conhecidas da cidade. Também se pode inferir que o fato de ser chamada de ‘Leitoa’ provocava sofrimento na paciente, a ponto de reagir agressivamente.

Nesse sentido, o máximo que se arrisca é dizer que havia um mal-estar da paciente e da família, e este mal-estar só pôde ser exteriorizado pela paciente na atitude de tentar agredir quem a chamasse de Leitoa. E o fato de possuir um nome próprio no CAPS e respeito por parte dos pacientes que a tratavam pelo pronome “Dona”, mudavam seu traço de identidade.

Dois aspectos relevantes devem ser observados neste relato. O primeiro é o fato de que os pacientes a tratavam com respeito no CAPS. Certamente, todos eles apenas a conheciam pelo apelido de Leitoa e, no cotidiano das relações do serviço uma nova mediação de relação se constituiu, talvez pelo fato de que a maioria deles já havia sofrido algum tipo de estigmatização por sua doença e, na inauguração de um novo momento relacional, solidariamente, não repetiram o mesmo tratamento. Não seria absurdo supor que alguns deles já a tivessem tratado por Leitoa na rua, e no CAPS, uma nova

modalidade de relações se estabelece. A partir disto, a própria paciente assume uma nova identidade, como o nome próprio, e poder ser Dona Maria e não mais Leitoa. E como isso possibilitou que sua própria identidade ‘na rua’ pôde ser alterada, a ponto de sua filha poder agradecer à equipe do CAPS que os melhores anos da vida de sua mãe foram aqueles que lá frequentou. A diluição do estigma da paciente como Leitoa pode ser corroborada pelo fato de que alguns membros da equipe também não sabiam que esse era seu apelido.

A descontinuidade entre o CAPS e a rua, os efeitos de um no outro, produziram uma inquietação que extrapola a formação do psicólogo, do profissional de saúde mental, sendo necessário um novo olhar sobre o sujeito do cuidado, para que este mesmo sujeito pudesse contribuir também como objeto de análise.

O primeiro capítulo dessa dissertação descreve o percurso das internações psiquiátricas até as atuais propostas de intervenção. Obedece um percurso histórico que se inicia com a captura da loucura pela medicina, e a manutenção da internação como hegemônica por cerca de duzentos anos. Em seguida discute-se as propostas alternativas ocorridas na Europa principalmente na segunda metade do século XX, até os movimentos que foram precursores da reforma psiquiátrica brasileira, sendo esta, a última parte desta descrição.

Definidos os antecedentes da reforma brasileira, o segundo capítulo é a pesquisa etnográfica do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Carlos Pereira da Costa, tendo como principais discussões, os dispositivos do cuidado cotidiano do serviço, ou seja, as atividades diárias mais importantes, por formarem o arcabouço terapêutico da unidade. As discussões teóricas acerca de alguns itens relevantes para o aprofundamento das questões levantadas por esse trabalho se encontram no terceiro capítulo. Discute-se quatro questões que são pertinentes ao tema: no primeiro momento, o modelo de saúde no qual o CAPS se apóia, tomando por base o conceito de integralidade. A seguir, algumas considerações sobre os profissionais de saúde mental e o tipo de vínculo possível neste tipo singular de relações. Finalmente, discute-se as questões sobre pessoa, pessoa moderna, e as interseções possíveis entre desigualdade e diferença tendo a razão como referencial.

## **CAPÍTULO I – A loucura e a reforma do campo assistencial**

### **1.1 A loucura como questão médica**

O Brasil vive um processo de mudanças estruturais na assistência destinada aos portadores de sofrimento mental. A passagem do tratamento que privilegiava o hospital psiquiátrico e o colocava na convergência das atenções assistenciais para o cuidado de base comunitária não se deu por acaso. O país sofreu influências de algumas tradições, e marcado por suas próprias especificidades, pôde construir uma reforma assistencial singular.

Dito de outro modo pode-se inferir que a reforma brasileira sofreu importante influência de alguns países, tais como França, Itália, Inglaterra dentre outros, mas construiu um percurso que lhe é muito próprio, no qual nenhum outro modelo serviu como exemplo, de forma especular.

A necessidade de se reconstituir o percurso da reforma psiquiátrica, tanto no espaço doméstico, quanto por influências internacionais, faz-se necessária muito mais por contextualizar e procurar compreender o porquê da emergência de um dispositivo como um CAPS do que por uma reconstrução necessariamente histórica. Isto porque o foco da atenção deve estar nas relações interpessoais que emergem a partir da implementação de tais dispositivos, e os efeitos que a proposta de tratamento comunitário da loucura possam ocasionar.

Se o trajeto proposto pela reforma assistencial brasileira é de inserção comunitária e a derrubada dos muros dos hospitais psiquiátricos, faz-se necessário retomar as condições que os mesmos foram criados e as razões pelas quais o instrumento do isolamento foi utilizado. Durante séculos o hospital psiquiátrico teve uma função que vai muito além do tratamento. O asilamento, a exclusão, enfim, a retirada de sujeitos circulantes dos espaços sociais era tão ou mais fundamental quanto a proposta de tratamento. Implicitamente, a função do hospício de determinação do espaço da loucura serviu para determinar o espaço da normalidade, ou seja, daqueles que não são loucos.

A discussão sobre o duplo propósito da hospitalização da loucura é necessária para que se possa refletir sobre o caminho inverso que ora se propõe. Essencialmente, o percurso brasileiro aponta para uma proposta antimanicomial, no sentido da substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de tratamento. Aliado a esta característica, ele aposta no tratamento de base comunitária. Portanto, para se discutir os possíveis efeitos da experiência brasileira, não se pode tangenciar as razões da hospitalização em massa produzida por este país no século XX; sabendo-se que tais razões não estão deslocadas, contextualmente, dos movimentos europeus, apenas ocorreram com grande atraso.

Apesar de exaustivamente citado nos trabalhos acerca da loucura e das condições que favoreceram as internações, ainda se encontra em Foucault, em 'A História da Loucura na Idade Clássica' (1978) a principal referência para a discussão do tema da desrazão e a hospitalização, além da apropriação do conhecimento sobre a loucura pela medicina.

Sobre este tema, convém ir um pouco além. Foucault define dois pilares que redimensionam a compreensão e, por conseguinte, o domínio sobre a loucura e os loucos: no plano da medicina, Pinel e o surgimento da psiquiatria enquanto primeira especialidade médica; e no aspecto social, a assinatura do decreto que cria o Hospital Geral de Paris em 1656. No período pré-pineliano, as internações eram dirigidas quase que aleatoriamente a todos os desvios sociais, fossem eles filhos pródigos, alcoólatras, prostitutas, errantes, vagabundos, leprosos, clérigos infratores, enfim qualquer ameaça ao funcionamento social.

À loucura, não era estabelecido um 'local'. A errância, definida por Foucault em *stultifera navis*, poderia caracterizar melhor a dinâmica dos loucos com a *polis*. A relativa circulação social da loucura não definia a polarização entre loucura e razão. A prática da internação e da classificação das doenças mentais segundo o autor forjam a estrutura da exclusão. Separam a razão por um lado e a insensatez por outro.

A loucura torna-se uma forma relativa à razão, ou melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível, que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de

referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra (Foucault, 1978, p. 30).

A loucura torna-se um problema social a partir do declínio do campesinato de classe. A emergência da burguesia e do trabalho como exigência social define que todo tipo de ociosidade seja reprimido. Há experiências de leis de repressão ao ócio na Inglaterra e na França. Neste sentido, na medida em que os loucos não trabalham, são excluídos da cena social em nome de ‘tratamentos’ que hoje podem ser desqualificados como tais.

No entanto, a internação não era privilégio da loucura. Como foi dito, toda forma de ameaça à homeostase social definida, principalmente pelo trabalho e pela razão, determinava o destino. Assim, muitos foram destinados à internações tendo como parâmetros aspectos sociais. Não era técnico o saber que definia tais procedimentos, a medicina só veio a se apropriar deste dispositivo mais tarde. Foucault resume:

Se a loucura no século XII está como *dessacralizada* é de início porque a miséria sofreu essa espécie de degradação que a faz ser encarada agora apenas no horizonte da moral. A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que encontraremos ainda ao final do século XVIII. Com respeito a ela nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana na idade média, era como vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de ‘polícia’ referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis e os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social (Foucault, 1978, p. 63).

O fator decisivo para a exclusão da loucura, no pensamento foucaultiano, é a desrazão, “Descartes encontra a loucura ao lado do sonho e de todas as formas de erro” (Foucault, 1978 p. 44). Dado que o pensamento cartesiano define a racionalidade como essencial no humano, cria-se um problema que vai além do campo teórico, e atinge o espaço social.

A psiquiatria emerge neste momento tendo o hospital como campo de seu trabalho e intervenção. Além deste, há irradiação do poder médico para questões morais e de controle social.

O aspecto revolucionário de Pinel seria de separar, dentre uma mesma massa de internados, aqueles que seriam doentes de outros excluídos. Conferir-lhes um status no qual seriam desresponsabilizados por seu estado, passando à tutela da medicina. O limite libertário da revolução pineliana se evidencia quando a autoridade do controle sobre os loucos passa de uma violência explícita exercida pelos hospitais gerais a uma violência implícita (e por isso, muito mais sutil) praticada em nome do tratamento. O poder policialesco da medicina sobre a loucura estaria definido.

Segundo Barreto “o mítico gesto de Pinel, mais celebrado como a libertação dos loucos dos grilhões que os aprisionavam, mas que resultou, também, em abrir a possibilidade de inscrever-se na medicina um enunciado sobre a ‘desrazão’ que lhe outorgou o direito de criar uma nova doença: alienação – antes de ser doença mental – e de legislar sobre ela”(Barreto, 2005, p. 119).

O gesto de Pinel na proposição de uma taxonomia para as doenças mentais carregava um ideário libertário quando define um objeto de estudo da medicina: a loucura. Nasce a primeira classificação moderna de alterações mentais e assim a medicina se apropria de um poder legítimo sobre os transtornos psíquicos, na medida em que passa ao direito de legislar sobre ela.

Anteriormente foi dito que não havia pretensão para uma parametrização histórica acerca do tema da loucura e do internamento. A idéia é de se discutir as modalidades relacionais inauguradas com as internações e as possibilidades que emergem a partir da reversão do modelo. Portanto, definida a questão da internação como modelo hegemônico para o tratamento da loucura por alguns séculos, parte-se para algumas alternativas importantes realizadas no século XX, a partir do questionamento da ineficácia do hospital psiquiátrico.

## 1.2 Do hospital à *polis*

As críticas ao hospital não nascem com a obra de Foucault. Delimitaremos esta discussão, tanto do ponto de vista teórico, quanto das práticas intervencionistas, ao período que sucedeu a segunda guerra mundial. Acredita-se, que somente a partir daí é que realmente nascem as tentativas de construção de novos modelos assistenciais, que repensem a lógica hospitalocêntrica.

A necessidade de reforma das políticas de cuidado destinadas à loucura advém de uma crise da própria psiquiatria, até então hegemônica no discurso assistencial concernente ao sofrimento mental. Esta crise possui raízes teóricas e de práticas, sobretudo quando se exige da psiquiatria uma mudança de objeto: diante do impasse imposto pelos mistérios da loucura, o objeto passa progressivamente do tratamento destinado às doenças mentais (cura), para o cuidado que a saúde mental exige.

Segundo Birman e Costa (1994), trata-se de uma crise que atinge três níveis constitutivos da psiquiatria. Em primeiro lugar, enquanto categoria propositiva de um sistema assistencial, esbarra em um impasse imposto pela proposta de formulação de uma rede de assistência, sendo essa rede cada vez mais localizada no espaço público, com visibilidade e direção submetida a instâncias reguladores. As contradições entre psicogênese e biogênese das doenças mentais e uma exigência cada vez maior da medicina para que a psiquiatria se enquadre num status mais cientificizado marcam outro aspecto crítico da psiquiatria, que diz respeito à teoria. Por último, desencadeado pela síntese dos níveis acima descritos, emerge a crise da prática clínica.

Concomitantemente, a estrutura asilar começa a ruir na medida que implicitamente e explicitamente carrega em seu propósito a noção de cura, mesmo não tendo eficácia demonstrável neste sentido: “O asilo passa a ser considerado o grande responsável pela deterioração dos pacientes, como agente produtor e mantenedor da enfermidade” (Birman e Costa, 1994, p. 47).

Retomando ao período do pós-guerra, a primeira experiência consistente de alternativa à hegemonia do hospital psiquiátrico foram as comunidades terapêuticas na Inglaterra. A partir das críticas ao modelo asilar onde a sociedade assistia à negligência e abandono de pessoas cronicadas, testemunhando um quadro de extrema precariedade,

aliado a uma necessidade de reconstrução nacional no pós-guerra (inclusive contando com a mão de obra dos enfermos mentais) surgem as comunidades terapêuticas. Trata-se de uma primeira proposta de tratar o louco na comunidade em que ele vive. Propõe uma diminuição das diferenças entre o hospital psiquiátrico e a comunidade apontando para a possibilidade de se tratar a loucura fora do ambiente manicomial, tendo este uma função de passagem e portanto inerente à rede proposta.

As reuniões diárias das comunidades eram a principal estratégia de intervenção nos grupos. A discussão e rotatividade de liderança buscavam horizontalizar ações e lugares nos grupos objetivando o posicionamento crítico do papel individual, de forma que cada um pudesse se reposicionar. A tentativa de contigüidade entre hospital e comunidade, buscava democratizar os espaços, dando voz a todos. Ao hospital cabia a função de reproduzir em escala menor, as relações que ocorriam fora dele. Segundo Amarante: “A comunidade terapêutica institui o exame e a discussão freqüentes como instrumento de análise dos papéis da equipe e dos pacientes” (Amarante, 1995 p. 30).

A proposta das comunidades terapêuticas buscava humanizar o hospital psiquiátrico retirando ou diminuindo a carga pejorativa de asilo e transformando-o numa possibilidade real de tratamento.

A principal crítica que recaiu sobre este conjunto de dispositivo é que ele tratava de humanizar os espaços excludentes de atenção à loucura, sem realmente repensá-lo. A proposta de mudança ocorria dentro do hospital e, na melhor das hipóteses, numa rede de atenção que não prescindia dele. Mantém-se a lógica do espaço asilar e de segregação da loucura com aspectos mais humanizados.

Segundo Amarante, citando Rotelli “a experiência inglesa de comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico” (idem, p. 31).

Paralelamente, na França, emergia um modelo de questionamento das instituições manicomiais que foi a psicoterapia institucional. A partir de críticas análogas aos hospitais ingleses, entendeu-se, na França, que os hospitais haviam deturpado sua função

primordial que era de tratar os doentes mentais. E que o fato deste ter se tornado lugar de asilamento e cronificação, além de violência e repressão, seria um desvio de seu objetivo. Novamente, recorrendo a Amarante:

[...] o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal não deve ser outra a sua destinação[...] o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua (idem, 1995, p. 32).

A partir da força dos movimentos psicanalíticos franceses, principalmente de orientação lacaniana, propõe-se uma revisão profunda das instituições destinadas ao tratamento da loucura. Por uma lógica diferente do modelo inglês, que buscava horizontalidade com base nos grupos e alternância de liderança, a psicoterapia institucional francesa também aborda a questão da verticalidade como produtora de doença mental, apostando na diminuição desta verticalidade na relação terapeuta-paciente.

Mais uma vez, as críticas a este modelo se concentraram na possibilidade da repetição de um modelo alienante com discursos tecnicistas buscando a apropriação sobre a loucura num discurso que pode aproximar-se da apropriação realizada pela psiquiatria historicamente defendida por Foucault. Além de não questionar o hospício como lugar primordial para o tratamento, “o alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria” (Foucault, 1994, p. 34).

As experiências da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional compreendem um primeiro grande período de redimensionamento do campo teórico assistencial da psiquiatria, que visam atingir a estrutura cronificante do modelo hospitalar, segundo Birman. O segundo grande período é balizado por dois outros movimentos relevantes. O primeiro deles é a psiquiatria comunitária ou preventiva, experiência norte-americana e, concomitantemente, a psiquiatria de setor na França.

Ocorre nos Estados Unidos a primeira tentativa de tratamento psiquiátrico orientada pela noção de território, mesmo sendo uma noção distinta da que se tem atualmente. A idéia de tratamento tendo por base os setores geográficos alicerçou a

chamada psiquiatria preventiva. Neste modelo, o objetivo era curar os doentes, tendo por base sua inserção em seu meio social. Propõe que o hospital psiquiátrico seja parte de uma rede assistencial, não mais como o protagonista da assistência. A proposta mantém as internações como parte do processo embora defina um funcionamento do hospital psiquiátrico que repita o modelo social “extramuros”, ou seja, cada ala ou divisão do hospital deveria retratar socialmente determinada região ou território. Como se pudesse diminuir a ruptura causada por uma internação psiquiátrica, repetindo no seu curso um modelo do ambiente do qual o sujeito se originou. Desta forma, o hospital psiquiátrico coadunava-se com a rede externa de forma complementar.

O modelo que se propunha buscava ir além da diminuição do impacto das internações. Além de estabelecer uma rede territorializada para atenção ao que chamam de pós-cura, se incumbe de redirecionar radicalmente o foco da assistência para um modelo preventivo. Alterna-se do modelo de atenção à doença mental para a promoção da saúde mental.

Ocorre que, embutida na questão do preventivismo, está a discussão a respeito do diagnóstico, do reconhecimento de um determinado quadro clínico que pode ser denominado patológico. Para tal, a medicina, em geral, apóia-se em três premissas. A primeira delas é a própria descrição clínica do caso, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas que possam, agrupados, definir uma patologia. Outra informação importante para a elaboração de um diagnóstico médico é o substrato orgânico definidor da doença. Finalmente, a constatação do agente etiológico possibilita o compilamento do diagnóstico. Ainda hoje, os pressupostos sobre etiologia e causalidade orgânica dos sofrimentos da mente ainda são muito obscuros. Sobre ao diagnóstico psiquiátrico a descrição clínica das doenças mentais. Sabe-se que este não é um discurso uníssono.

Importante uma pequena digressão a este respeito, que visa aprofundar a discussão sobre o diagnóstico. Trata-se de uma falsa oposição criada historicamente entre o par ‘normal’ e ‘patológico’, definidores da saúde e doença. O equívoco parte da falsa premissa que o antônimo de normal seria o patológico, e não o anormal. Por conseguinte, a oposição de patológico, seria o saudável, e não o normal.

O autor que referencia esta discussão no campo da saúde mental é Canguilhem, que constrói ampla argumentação histórico-filosófica a respeito das variáveis definidoras

do processo saúde/doença. Segundo esse autor, o imbróglio dessas variáveis se deu, principalmente no campo etimológico com a confusão entre anomalia e anormalidade. Anomalia, estaria num campo de alterações qualitativas com relação ao que não está anômalo. Enquanto anormalidade refere-se a um determinado quantitativo, uma idéia de mais ou menos normal. Neste sentido, o que é anormal não pode ser considerado como doença se não tomarmos como ponto de partida a idéia de que não existe fato que seja normal ou patológico em si sendo a relação entre os indivíduos que regulam e estabelecem tais critérios. Para este autor, normalizar se aproxima da imposição de uma exigência a outrem cuja diferença pode causar estranheza. Afirma que a construção do conceito de normalidade é normativa, impõe regras, define padrões e, no limite, também exclui pela capacidade da definição daquilo que não é normal.

Canguilhem adota a expressão “intenção normativa” para definir a utilização da produção científica pelas sociedades de forma que “uma classe normativa conquistou o poder de identificar a função das normas sociais com o uso que ela própria fazia das normas cujo conteúdo determinava” (Canguilhem, 1978, p. 218).

Portanto, a oposição construída em torno do binômio normal/patológico traz aspectos de captura para o campo social, da *polis* (normativo, portanto) de algo que seria científico – *techné*. Ao mesmo tempo, percebe-se a contaminação dos argumentos acadêmico de uma demanda de regulação social.

Retomando à questão do preventivismo nos Estados Unidos, segundo Birman e Costa (1994) ele se estrutura em três níveis. O primeiro deles diz respeito à intervenção nas condições que possam favorecer o aparecimento das doenças mentais. A etiologia pode ser abordada no indivíduo ou no grupo. Outro nível de prevenção é a detecção e tratamento precoces. Finalmente, a readaptação do sujeito em seu meio. A síntese do modelo é essencialmente curativa, e pode ser expressa em “diagnosticar, tratar e readaptar” (Birman e Costa, 1994, p. 55).

Esquemáticamente, pode-se definir a mudança do modelo de seguinte forma:

	<b>Psiquiatria Clássica</b>	<b>Psiquiatria preventiva</b>
<b>Objeto</b>	Doença mental	Saúde mental
<b>Objetivo</b>	Cura	Prevenção
<b>Sujeito de tratamento</b>	Indivíduo	Coletividade
<b>Agente profissional</b>	Psiquiatra	Equipe comunitária
<b>Espaço de tratamento</b>	Hospital psiquiátrico	Comunidade
<b>Concepção da personalidade</b>	Espaço psíquico	Unidade biopsicosocial

No que se refere a este último nível de prevenção, com relação ao diagnóstico precoce, coube uma crítica voraz ao modelo preventivista nos Estados Unidos. Segundo Amarante:

O preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos (...) instaura-se a crença que todas doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade.(Amarante, 1995, p. 114)

A contradição deste modelo esbarra numa concepção hegemônica de comunidade, onde as diferenças tendem ser achatadas. Precisamente neste ponto recaíram as principais críticas a este modelo, numa reedição da crítica foucaultiana, de captura do desvio pelo discurso da patologia, de caráter ideológica. No limite, trata-se de fazer conter no discurso e prática médica questões pertinentes à ordem social, novamente um dispositivo de controle sobre o desvio.

Alicerçado nas críticas pertinentes aos modelos de revisão assistencial psiquiátrica descritos acima, emerge na Inglaterra o discurso da antipsiquiatria. Para esta tradição, qualquer discurso que busque descrever (diagnosticar), e medicalizar a loucura tem por objetivo e causa cercear a manifestação da loucura, no sentido de restrição à liberdade. A loucura não pode ser vista mais como doença, e sim como sofrimento

existencial, processo que não se diferencia de qualquer outro processo doloroso humano. Qualquer tentativa de sistematização ou apropriação do discurso da loucura é tido como produtor de violência. Neste momento há uma denúncia sobre a íntima ligação entre o diagnóstico e o desvio. Trata-se de um movimento que busca uma ruptura radical com toda e qualquer proposta de captura da loucura por qualquer saber técnico, seja ele, a psiquiatria, a psicanálise ou outra.

A alienação é vista como produto de um meio repressor, advindo da sociedade capitalista, tendo o núcleo familiar como a principal fonte geradora. Neste sentido, o louco é posto como vítima de um meio que o fez sofrer, sendo este mesmo meio que não permite a expressão livre da sua própria loucura, por contestar a ordem pública. A proposta desta corrente de pensamento é propiciar o acolhimento da loucura, da forma que se manifesta. Além de implementar o debate acerca do tema, pesquisar etiologia e prevenção do sofrimento além da formação de pessoal capacitado para o acolhimento.

A importância deste momento decorre principalmente pelo fato de suscitar discussões a respeito de uma desconstrução do modelo vigente, recusando qualquer proposta anterior, que tenha em seu bojo noção de tratamento, readaptação, ou tecnicização. A aposta no foco político das questões pertinentes à abordagem acerca da loucura é a marca desta tradição. Centraliza a etiologia nas relações entre as pessoas, definindo como lugar de cuidado o espaço social, isto é, a *polis*.

O Projeto antipsiquiátrico não se sustentou como possibilidade real de reversão do modelo manicomial, tampouco como na sustentação discursiva que desse aporte a uma rede de cuidados destinados aos loucos. Foi, no entanto, fundamental para a psiquiatria democrática italiana.

A partir da constatação de que o saber e a prática médica constroem um discurso acerca da doença mental, e que esse discurso traz o paradoxo que se estende do tratamento ao controle social, nasce, na Itália, o movimento chamado psiquiatria democrática italiana. Busca a revisão das relações com a loucura, revendo três aspectos acerca do sofrimento psíquico. Em primeiro lugar, traz um questionamento do controle social determinado pelo diagnóstico. Não nega a existência de doença mental, no entanto procura dirimir o impacto do estigma da loucura. Outro aspecto relevante é a reorganização do espaço de tratamento, que passa por dispositivos específicos, indo além

destes. Propõe que o local de tratamento da loucura deva ser a *polis*, politizando o cuidado. Finalmente, estabelece novos papéis para aquele que trata (a partir de então, não mais um indivíduo que detém o saber sobre o outro), e aquele que sofre o tratamento (agora agente ativo e propositor do cuidado). Todas as estratégias anteriores se aproximam, segundo a tradição italiana, à psiquiatria clássica, que transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. Neste sentido, até então, não houve uma prática que ousasse superar o hospital psiquiátrico. Todas as tentativas anteriores buscavam humanizá-lo. A originalidade da proposta italiana localizava-se na constituição de uma rede assistencial que prescindisse radicalmente do hospital, reorientando para o espaço social o *locus* do tratamento. A simples presença do manicômio, para esta tradição, já carrega ‘repetição do mesmo’, mantendo a força da exclusão na esquiwa com o choque da diferença.

Essa parece uma questão central que orienta a reforma italiana, no sentido de repensar as questões pertinentes ao discurso de racionalidade e irracionalidade levando a loucura a um destino da ausência de discurso. Essa proposta busca restituir aos loucos a propriedade de dizer sobre eles mesmos, apostando na pluralidade e nas diferenças como combustível para manutenção da solidariedade de cuidado e desejo de pertinência.

Até aqui, estabeleceu-se uma seqüência de proposições que buscaram a reordenação assistencial das práticas psiquiátricas. Pode-se dizer que as influências internacionais que embrionaram a reforma brasileira foram os movimentos citados. A partir da primeira investida inglesa na revisão do modelo até a proposta da psiquiatria democrática italiana, escalonou-se um aporte teórico assistencial que propiciou ao Brasil a revisão de seus próprios dispositivos e práticas destinadas à doença mental.

### **1.3 A reforma psiquiátrica brasileira**

Para melhor compreensão da atual conjuntura da atenção à saúde mental no Brasil, será necessário fazer o mesmo esforço no sentido de reconstituir os passos da

psiquiatria brasileira, reafirmando que não há a pretensão de uma reconstituição histórica, e sim de entrelaçar o CAPS numa lógica assistencial que evolui por uma cadeia de acontecimentos.

Assim como na Europa, durante séculos a loucura não foi alvo de tratamento específico. Destinavam-lhe, normalmente, casas de correção, asilos de mendigos, ou mesmo a errância. A atenção médica sobre as manifestações mentais apenas ocorre, em nível assistencial formal, com a inauguração do primeiro hospício brasileiro. O marco inicial da institucionalização do tratamento psiquiátrico manicomial no Brasil ocorre com inauguração do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro em 1852. Inaugura-se o modelo do isolamento como principal instrumento de tratamento, que dá origem à cultura manicomial servindo como “resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas da cidade” (Resende, 1997 p.37).

Por ser um período de transição, muitas críticas à assistência ainda ocorrem neste momento, fundamentalmente pelo fato do hospital estar ligado à administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, submetida à Igreja. No mesmo período surgem hospitais na Bahia, Pará, Pernambuco e São Paulo. A dupla argumentação de que era necessário humanizar o tratamento destinado aos loucos, além da emergente necessidade de legitimação de cientificidade da medicina, produz um sistema contraditório segundo Resende “... uma indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, visando a preservação dos bens e a segurança dos cidadãos, e no outro extremo, uma indicação clínica, a intenção de curá-los” (idem, p. 38).

A exigência da medicina, enlevada pelo ideal positivista da época, fez sucumbir ao poder médico, a assistência aos loucos, no final do século XIX. Até então o poder de membros do clero nas administrações das santas casas era hegemônico. Esse período, Resende chama de laicização do asilo, e inaugura a psiquiatria científica.

O principal instrumento utilizado para a defesa da posição científica da medicina foi a utilização de modelos nosográficos. A partir da constatação que cerca de 90% dos internos não possuíam diagnóstico específico, surgem inúmeras proposições acadêmicas com propostas classificatórias e assistenciais destinadas a esse público.

A lógica excludente brasileira repete o modelo europeu, mesmo que com muitos anos de atraso. O declínio do campesinato de classe e a ascensão da (insipiente)

burguesia postulam o trabalho como importante meio para distinção entre normalidade e anormalidade. A necessidade da erradicação do contingente de ociosos tomava corpo como importante demanda social.

Neste sentido, a nova proposta assistencial, também importada da Europa, era a política das colônias agrícolas. Se o afastamento do trabalho marcava a exclusão, o próprio trabalho poderia servir de ponte para a cura e, conseqüentemente, um reordenamento social. Segundo Amarante:

A idéia fundamental deste modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como conseqüência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.(Amarante, 1994 p.76).

A história do tratamento psiquiátrico no Brasil ainda passaria pela Liga Brasileira de Higiene Mental e pelos primeiros tratamentos químicos (choques elétricos, insulínicos e cardiazólicos) como também pelas experiências da lobotomia, assim como os primeiros medicamentos psicotrópicos.<sup>1</sup>

Tanto as colônias, quanto os grandes hospitais psiquiátricos foram alvo de intensas migrações de indivíduos, com o propósito do tratamento. Muitas dessas colônias eram distantes das comunidades de origem da maioria da população internada. Realidade que não era diferente dos grandes hospitais. O pacto silencioso que operava unia o propósito da internação com o incômodo da irracionalidade circulante. Ora, o choque, a estranheza causada pelo contato, pelo olhar no convívio com a realidade dura da insanidade era cessada com o afastamento do louco. Concomitantemente, a expiação da culpa era promovida com o propósito do tratamento e a ilusão da cura. Tão bem aplicado seria aqui o ditado 'o que os olhos não vêem, o coração não sente'. A passagem de volta para esses sujeitos internados ficava cada vez mais inacessível pela lógica da economia do olhar. A situação estabeleceu-se caoticamente por todo o território nacional, em amontoados descritos por:

---

<sup>1</sup> Para maior compreensão deste assunto, ver Amarante (1994).

Superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores que os piores presídios [...]. As colônias agrícolas de há muito haviam abandonado a atividade de campo como atividade terapêutica mesmo porque, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para um trabalho rural tornara-se um anacronismo” (Resende, 1990, p. 55).

Curiosamente, ainda não foi neste período, quando houve o grande afluxo de pacientes para a internação. Resende aponta que a massificação de internações psiquiátricas ocorre a partir da segunda metade da década de sessenta. A razão para isto, consensual, foi a política privatista adotada pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) a partir deste período. O Estado passa a comprar serviços de saúde (não só de saúde mental), conciliando a sempre crescente pressão social para construção de um aparato destinado à loucura, com o interesse da classe empresarial emergente na área da saúde. A população de internos em hospitais psiquiátricos públicos e privados passou, em pouco mais de cinco anos de 14.000 (antes de 1965) para 90.000 (em 1970), segundo Resende.

Proliferavam acusações de venalidade do tratamento psiquiátrico, onde a doença mental havia se transformado em objeto de lucro, no limite, em mercadoria. A situação dos hospitais psiquiátricos, decorrente da lógica mercantilista, era a cooptação de um número cada vez maior de pacientes, visto que os hospitais ganhavam por leito ocupado, e por outro lado, a redução de custos, incidindo nas condições de hotelaria, qualidade dos medicamentos, equipes reduzidas etc. A contradição já operava na própria lógica do pagamento dos hospitais: se o pagamento é efetuado por diária de leito ocupado, a função do hospital, como empresa privada, é de manter-se com a maior lotação possível. A alta hospitalar passa a ser ameaça aos lucros da empresa privada. A rede privada se organiza, a ponto de convergir sobre as internações cerca de 97% de todo o recurso destinado ao tratamento das doenças mentais. Os 3% restantes escoariam para toda a rede extra-hospitalar.

O modelo privatista de saúde mostrou-se frágil por não apresentar possibilidade de controle estatal sobre o funcionamento das instituições, havendo abusos financeiros e

nenhuma fiscalização por parte da assistência prestada. Seu principal financiador, o sistema previdenciário também sofria críticas devido às fraudes.

Era uníssona a voz de crítica à estrutura que incorria num duplo erro: os equívocos da política de contratação de hospitais privados pelo estado; e a clara constatação da falência dos hospitais psiquiátricos, sendo comparados a campos de concentração por Franco Basaglia<sup>2</sup>. Neste momento já era consensual sobre os caminhos de reversão do modelo hospitalocêntrico, sendo necessário afirmar que o legado de mais de 150 anos de monopólio manicomial trouxe efeitos deletérios tais como a cronificação, o asilamento e a iatrogenia.

Constatada a falência do sistema de saúde devido ao inchaço das unidades privadas e sucateamento dos hospitais públicos, a partir da década de setenta, começa a tomar corpo um movimento civil, organizado principalmente por trabalhadores em saúde mental, denunciando os maus tratos nos hospitais psiquiátricos. A partir de um gesto singular de três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro, que decidem registrar no livro de plantão as irregularidades constatadas, detona o estopim da chamada ‘crise da DINSAM (Divisão Nacional de saúde Mental). Esta denúncia encontrou um momento propício, reverberando juntamente ao então incipiente Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, recebendo apoio de diversas instituições e apontando suas críticas às condições trabalho e salarial dos trabalhadores em saúde mental, autoritarismo da DINSAM e modelo de tratamento centrado na figura do médico. É relevante apontar que, neste momento, o país prenunciava o fim do período militar, o que faz com que o movimento consiga adesões importantes como a Associação Brasileira de Psiquiatria, conselhos federais e estaduais de classes vinculadas à saúde, OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), ABI (Associação Brasileira de Imprensa). Por conseqüência, o movimento de crítica à atenção dispensada aos doentes mentais ganha corpo seguindo a corrente mundial que, como já dito anteriormente, já apontava para a falência dos hospitais psiquiátricos como único modelo assistencial.

O Brasil ganha visibilidade por apresentar o ‘anti-modelo’ de assistência à loucura, o que faz com que sejam convidados alguns dos principais nomes propositores

---

<sup>2</sup> Psiquiatra, precursor da reforma psiquiátrica italiana (experiência de Gorizia, em Trieste), esteve no Brasil por algumas vezes, denunciando a penúria da situação da assistência psiquiátrica manicomial.

da reforma psiquiátrica mundial, dentre eles, Feliz Guattari, Robert Castell, Erving Goffman e Franco Basaglia. Este último chega a realizar uma famosa visita ao CHPB (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena), comparando-o aos campos de concentração. A título de ilustração é produzido, no mesmo contexto, o filme “Em Nome da Razão” do cineasta Helvecio Raton, sobre o Hospício de Barbacena, com o objetivo de dar publicidade à realidade daquele hospital.

O movimento dos trabalhadores de saúde mental, de composição heterogênea e plural, mantém as suas denúncias buscando reformas nas relações de poder nas instituições, tanto do ponto de vista macro-político (vide DINSAM), quanto do enfoque das micro organizações, em cada uma das unidades assistenciais. Com isto, buscaria maior interlocução com os diversos setores da sociedade organizada, além de objetivar administrações participativas.

Cabe ressaltar que a reforma psiquiátrica brasileira emerge de um movimento de trabalhadores, que têm como propostas, além das óbvias reformas assistenciais, também questões trabalhistas. Decorre disto uma tentativa de verticalização do poder, tanto nas relações institucionais, quanto no trato com o sujeito da assistência: o louco. Criticam a dicotomia entre ações preventivas e curativas denunciando o caráter impopular e corrupto das políticas sociais e de saúde.

Já na década de 80, surge a primeira experiência de gestão participativa na saúde, que foi o CONASP (Conselho Consultivo da Administração e Saúde Previdenciária), formado por representantes governamentais, patronais, universitários, da área médica e dos trabalhadores. Este modelo deu origem aos atuais conselhos de saúde, e tentava estabelecer um novo modelo administrativo onde cada unidade sanitária seria gestora de seus próprios recursos, estabelecendo um modelo hierarquizado com sistema de referência e contra referência descentralizando o planejamento. Além disto buscava a execução de ações de controle da relação público / privado através de auditorias<sup>3</sup>. Segundo Cordeiro:

---

<sup>3</sup> A concepção do CONASP, segundo Bonet advém de um movimento mais amplo de reforma da saúde latino-americana e mundial, onde está implícita a idéia de **totalidade**. Nesse modelo, a proposta de participação comunitária adquire um valor na definição e gerenciamento das políticas de saúde. Seguem os modelos dos conselhos de saúde da OPAS - Organização Pan-americana de Assistência à Saúde (Bonet, 2002 p. 72-77).

os componentes do conselho (...) em uma conjuntura de abertura democrática (...) ampliavam-se os espaços para absorção de propostas do movimento sanitário. Foi um importante movimento de enfrentamento entre as posições ‘privatistas’, ‘estatizantes’ e ‘reformistas’ que disputavam no plano da luta ideológica (Cordeiro, 1991, p. 32).

Vê-se o embrionamento dos princípios básicos norteadores do SUS: Hierarquização, regionalização e universalidade. Estes fatos ocorreram no início da década de oitenta, antes da constituição de 1988 que formulou as leis constituintes do SUS (lei 8080 e 8142), atingindo não apenas a saúde mental como, de forma geral, toda a saúde coletiva.

O Plano Conasp obteve grande repercussão nos meios de comunicação por propor uma racionalização de recursos e serviços, criticando o modelo asilar custodial prevalente na prática psiquiátrica brasileira e denunciando a relação perversa com o setor privado que cresceu às expensas da manutenção do asilo.

O movimento de trabalhadores de saúde mental alavanca encontros propositivos da reforma, reivindicando a redução das internações psiquiátricas e a migração dos recursos aplicados para o tratamento extra-hospitalar. Que o novo modelo seja público evitando a repetição das perversões da relação entre os setores público e privado.

Imbuída do ideário de revisão da política hospitalocêntrica, já no final da década, ocorre a I Conferência de Saúde Mental, que sugere que os trabalhadores se esforcem não só para reordenar suas práticas, mas que também lutem pela democratização das instituições. Também sugere que haja a participação leiga na construção das políticas de saúde mental.

A partir de 1987, percebe-se certa hegemonia entre os principais atores da reforma psiquiátrica, sendo irrefutável a necessidade de inversão do modelo hospitalocêntrico e a adoção de técnicas que respeitem a subjetividade do portador de sofrimento mental. No entanto, não havia ainda nenhum respaldo legal que desse suporte à continuidade da reforma. É apresentado ao Congresso Nacional, em 1989, o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado que propõe a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e conseqüente substituição por outras modalidades de tratamento. Este projeto tramitou por 13 anos até ser sancionado.

Concomitantemente, nascem as primeiras experiências de impacto provocadas pela reforma psiquiátrica brasileira. O município de Santos se destacou e por anos foi considerado modelo por sua reforma ampla e radical. Campinas também adere maciçamente aos novos propósitos e em São Paulo cria-se o primeiro CAPS.

As mudanças emergentes escapam da exclusividade do eixo técnico/assistencial e político, procurando alicerçar-se nos campos jurídicos, teórico-conceitual e sócio-comunitário. A solidificação da necessidade da reforma psiquiátrica, definida pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios” assim denominado pelo movimento dos trabalhadores de saúde mental, já estava concretizada. Buscava-se então a definição de estratégias.

Evidencia-se a influência da reforma do sistema psiquiátrico italiano no Brasil. Em primeiro lugar, devido à vinda, por diversas vezes, de dois de seus principais atores (Basaglia e Rotelli) ao Brasil. E também por uma avaliação positiva da psiquiatria democrática italiana, esta se torna, em grande parte deste país, o paradigma a ser alcançado como modelo de atenção à saúde mental.

A reforma italiana, principal influência brasileira, institui-se pelo discurso da chamada “desinstitucionalização”. Franco Rotelli, um dos principais artífices da reforma italiana, escreveu um livro sobre este assunto e com este título. A concepção da rede assistencial italiana deveria, necessariamente, prescindir do hospital psiquiátrico, até mesmo por entender que todas as tentativas anteriores fracassaram por não ter esta premissa como pressuposto fundamental. Repudia a idéia de uma reforma ou humanização do hospital psiquiátrico por entender que qualquer tentativa de mudança de cenário que incluísse a permanência dos frenocômios tangenciariam a raiz do problema.

Por conceber que a idéia da internação remete, mais explicitamente, ao campo custodial, e implicitamente à idéia de periculosidade, Rotelli defende que o sofisticado arranjo sócio jurídico que compõe a internação só pode ser desconstruído com a implementação de uma rede que dê novo significado à relação terapeuta x paciente. Isto porque, acredita ele, o sistema custodial seria ‘mascarado’ por uma falsa percepção de tratamento.

Criticando a naturalização do papel do psiquiatra, e suas pretensões de tratamento sem o pensamento crítico de que está imerso numa rede na qual se perpetuam funções

claras de quem é doente e, portanto passivo, recebedor de tratamento e quem é o suposto conhecedor da doença e da realidade do outro. Esse seria um dos pressupostos básicos da estrutura psiquiátrica italiana antes da reforma.

Quando Rotelli fala em desinstitucionalização, propõe uma revisão das posições cristalizadas para ressignificar toda a dinâmica da rede de assistência. Necessariamente conduz a uma reconstrução do papel do psiquiatra, sendo este, o principal elemento de manutenção das relações cristalizadas. Afirma ele que seria necessário principalmente “desinstitucionalizar a psiquiatria” (Birman e Costa *apud* Rotelli, 1994 p. 152).

A aposta do autor é que a desinstitucionalização não se atém às instituições de saúde mental, mas principalmente, se estende pela comunidade, e em última instância à família. A idéia é que a família e os pequenos grupos sociais que compõem as relações atravessadas pelo fenômeno da loucura possam também se desinstitucionalizar, e entender que a diversidade não pode servir de pretexto para a destruição ou isolamento de qualquer membro deste grupo.

A partir dos anos noventa, a reforma psiquiátrica brasileira consolida-se com base nos ideais italianos. A construção de um novo lugar para a loucura aponta para além da destruição dos muros dos hospitais psiquiátricos, não se restringindo ao aspecto clínico. Avança para as relações intra e extra assistenciais, passando por reivindicação de direitos. Mantém a proposta de agregar mais agentes que dêem corpo à idéia da reforma, que passa a ser mais importante do que o combate ao hospital psiquiátrico.

Curiosamente, os CAPS aparecem no Brasil antes que haja aporte jurídico para eles. A primeira portaria do Ministério da Saúde que norteava tais dispositivos é a portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, que visava regulamentar todos os serviços de saúde mental, dentre eles os CAPS. A partir destas portarias os CAPS são definidos por “unidades de saúde locais / regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar...” e mais adiante, no item seguinte “podem constituir-se também como porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental (...) Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental”(Brasil, 1993). A portaria define equipes mínimas dos CAPS, hospitais, hospitais-dia, internações de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais etc. No

entanto, a crítica que pousava sobre ela é que, além da manutenção do hospital psiquiátrico na própria definição de função dos CAPS (como algo intermediário entre o hospital e o ambulatório), não definia hierarquias de cuidado (veremos mais adiante que esse fato foi superado).

As críticas construídas pela reforma psiquiátrica italiana caberiam (e couberam) no modelo preconizado pela portaria 224 por, além de não prescindir dos hospitais psiquiátricos, ainda o fortaleciam. Isto por delinear uma rede de cuidados na qual a pertinência do hospital estaria referendada como talvez o principal dispositivo de cuidado.

Nesse sentido, a portaria não seria suficiente para propor o que já se colocava em marcha neste país: a possibilidade de reversão do modelo hospitalocêntrico. Apostava no acesso à diversidade de cuidados de forma a possibilitar a redução das internações psiquiátricas enfocando em dispositivos **alternativos** ao internamento. O peso do significativo da internação permanecia como uma sombra desta proposta, bem na medida do que Rotelli criticava com relação à desinstitucionalização. A aposta da portaria 224 buscava muito mais uma desospitalização do que a constituição de uma rede que pudesse ser **substitutiva** ao sistema hospitalar.

A lei 10.216/2001, promulgada após treze anos de tramitação no Congresso Nacional determina um suporte jurídico redirecionando o tratamento dos portadores de sofrimento mental. Sucintamente, ela possui três linhas de revisão: Em primeiro lugar, preconiza que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”; além disto, objetiva atribuir parâmetros para internações compulsórias ou involuntárias. Por fim, indica possibilidades de tratamento para aqueles pacientes que estão há muito tempo internados, chamados asilares.

Esta lei coloca a reforma de assistência ao portador de sofrimento mental numa situação original neste país. Pela primeira vez, desmonta-se o aparato que viabiliza a tutela do louco por parte das instituições técnicas, ou seja, hospitais, psiquiatras, e tantos outros atores que repetiram a tutela da loucura por séculos. Insere-se aí um mediador jurídico, redefinindo a responsabilidade para esta instância o poder sobre a internação involuntária. Destitui-se assim a onipotência do poder médico na determinação da

internação forjada na era pineliana. O avanço da lei portanto, não ocorre somente na proposição de novas estratégias assistenciais, mas na estrutura formal do discurso sobre a ‘propriedade’ da doença mental.

Como a lei define também que o tratamento se dará preferencialmente de forma comunitária, se fortalecem os horizontes onde se viam experiências locais, que não puderam esperar pelo formato jurídico para suas micro reformas. Dito de outra forma, muitos municípios já haviam posto em marcha propostas que ajudaram, inclusive, a dar corpo técnico e político para a aprovação da lei 10.216.

O passo seguinte da aprovação dessa lei foi a portaria GM336/2002. Sinteticamente, ela define critérios populacionais para a implementação dos CAPS, recursos humanos mínimos para a operacionalização dos mesmos, parametriza modalidades de tratamento e a criação de mecanismos de financiamento próprio, além dos recursos locais.

No entanto, a característica mais ousada desta portaria foi definir que o CAPS teria o papel de “responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território”. A portaria institui também que toda e qualquer internação deverá, necessariamente ser avaliada pela equipe do CAPS, definido-o assim como ‘porta de entrada’ da rede assistencial. Além destas, é prerrogativa desses serviços a supervisão das unidades hospitalares assim como a interlocução com a rede de atenção básica (nível primário).

Conseqüentemente, define-se o CAPS como ordenador de toda a rede de saúde mental, sendo também de sua responsabilidade a construção de um novo diálogo dos dispositivos de atenção básica. Ampliando ainda mais essas atribuições, pode-se dizer que cabem aos CAPS a discussão e implementação de uma rede que extrapole a saúde como função precípua e específica, indo além, na concepção de uma rede sócio comunitária de apoio. Entende-se por isso a reorientação efetiva da assistência em saúde mental.

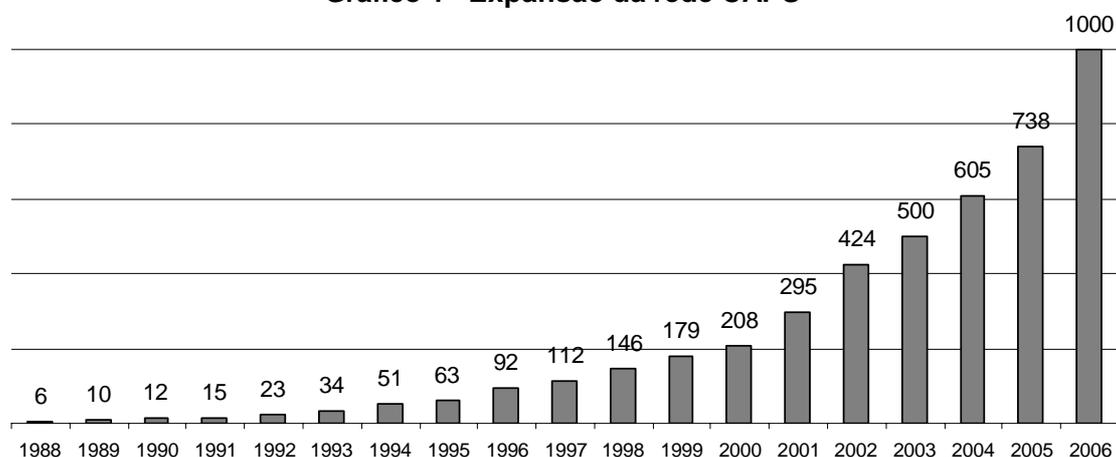
A conseqüência de todo esse movimento foi a criação de mais de mil CAPS no Brasil até o final de 2006 (gráfico 1), evidenciando uma aposta das políticas de saúde mental neste dispositivo como a principal estratégia para a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos. Cabe a eles a função de transformar todos os dispositivos de

cuidado em uma rede de fato e ordenar territorialmente os princípios da reforma da saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS:

[São] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em busca de suas iniciativas em busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço de cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2004, p. 9).

A idéia de territorialização e agregação de aspectos sociais e culturais no contexto do tratamento impõe a criação de uma rede que deve ser formada por serviços de saúde, organizações, oficializadas ou não, iniciativa pública ou privada, enfim qualquer ator social que possa pertencer a ela. A função do CAPS extrapola o limite técnico das especialidades de seus profissionais, conduzindo à função de 'alinhar'<sup>4</sup> a rede, dando formato à mesma, possibilitando interlocução entre os todos os dispositivos.

**Gráfico 1 - Expansão da rede CAPS**



Com relação ao louco, o olhar agora é para um sujeito, que outrora confinado, define-se a *polis* como seu espaço de circulação e contratualidades. A possibilidade de

<sup>4</sup> Significante tomado emprestado do ofício das costureiras. Trata-se da linha provisória e de ponto largo, que define o formato da peça a ser costurada, marcando onde deverá passar a costura definitiva.

ampliação das redes interativas dos usuários de saúde mental torna-se a principal política do Estado na revisão desta modalidade de atenção.

A proposta é da concepção de uma clínica que não se limite ao espaço tecnicizado dos profissionais dos serviços de saúde mental. O desafio é que o CAPS não seja apenas um espaço físico e sim uma idéia. Uma idéia que percorra as instituições formais e oficiais de tratamento, mas que além disso cresça principalmente na comunidade. Diante disto, o objetivo torna-se ainda mais ousado, pois provoca uma intervenção que não se restringe à assistência da saúde, incorporando novos elementos no seu discurso.

A proposta do estado para as doenças mentais, evidentemente, não se limita aos CAPS. Foram implementadas outras modalidades assistenciais para os problemas pertinentes à reforma. Um obstáculo relevante para os objetivos das mudanças é a grande população de pacientes crônicos residentes nos hospitais psiquiátricos. Os próprios CAPS se responsabilizaram pelo cuidado de alguns deles. No entanto, há um mínimo de condições sócio-familiares necessárias para a freqüência neste serviço, e muitos dos pacientes internados não possuem qualquer vínculo extra-hospitalar devido ao longo período de internação (que pode chegar a algumas décadas).

Para dar suporte a uma intervenção que viabilize o retorno destas pessoas à comunidade, a estratégia foi a criação duas modalidades assistenciais complementares: O Programa de Volta Para Casa e os serviços residenciais terapêuticos. O primeiro consiste na distribuição de uma bolsa pecuniária para aqueles pacientes internados há mais de dois anos e que forem desospitalizados. Não se trata de uma estratégia assistencial propriamente dita, mas um recurso que busque facilitar ou dirimir alguns obstáculos para o objetivo da reversão do modelo. Evidentemente, que não se acredita que o fenômeno da cronificação tem origens unicamente econômicas. Consiste no reforço financeiro para as famílias, ou para o próprio paciente quando possuir autonomia suficiente para suas necessidades mínimas.

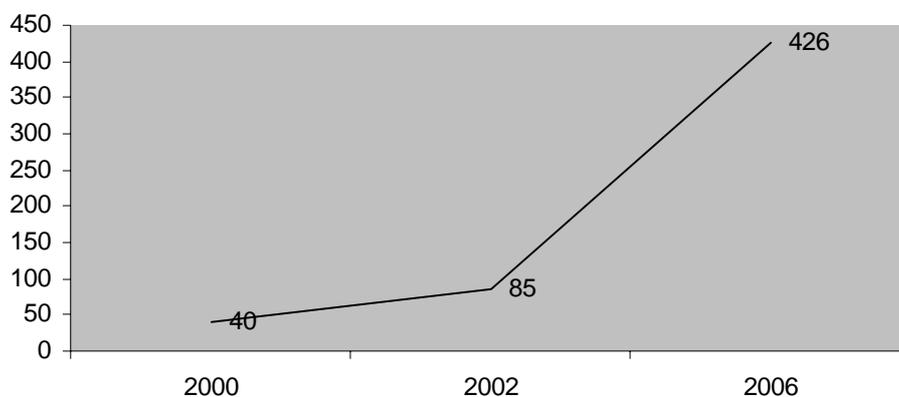
As residências terapêuticas já possuem um grau de sofisticação maior, necessitando atenção da rede, e principalmente dos CAPS para sua implementação. Tratam-se de moradias destinadas aos pacientes sem vínculos sociais ou familiares. São mantidas pelo poder público e, preferencialmente, não possuem outros moradores que não os egressos de hospitais psiquiátricos. Algumas delas, pela complexidade patológica

de seus moradores, necessitam de cuidadores. Pelo perfil da proposta, esses cuidadores não precisam ser técnicos de saúde mental. Melhor que sejam pessoas habilidosas no manejo social, pois a primeira comunidade a ser 'conquistada' deve ser a própria vizinhança da moradia.

O CAPS também ocupa um papel importante na implantação dos serviços residenciais. São eles que devem desenhar a ponte entre os pacientes internados e sua desinternação e o encaminhamento a essas residências, assim como subsidiar o entrelaçamento da residência no seu bairro e suas relações sociais, pois a mudança de uma vizinhança formada pelos egressos de hospitais psiquiátricos, pode-se esperar que ocorram resistências locais.

A citação relativa ao Programa de Volta Para Casa e ao incremento das residências terapêuticas (gráfico 2) servem como exemplo para dar peso à envergadura da proposta de reforma de assistência ao portador de sofrimento mental. Outras políticas estaduais e federais são criadas para esse fim, como o incentivo aos programas de geração de renda para essa população, os centros de convivência, a interlocução com o Programa de saúde da Família, e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Cada um deles merece a atenção, no entanto foge do foco que é de estudar as relações que emergem a partir da implementação do CAPS.

**Gráfico 2 - Evolução da rede de Residências Terapêuticas**



Outro argumento que corrobora a reversão do modelo hospitalar é a destinação orçamentária referente às ações em saúde mental aplicada pelo Ministério da Saúde (gráfico 3), assim como a efetiva redução de leitos psiquiátricos que, em 1996, era de cerca de 72.000, reduzindo gradativamente para 42.000 em 2005

As críticas ao modelo hospitalar recaem sobre um monopólio: o da medicina na atenção à loucura e do médico como principal agente do cenário. Pelo fato da proposta se radicalizar na oferta de dispositivos múltiplos, a reforma da saúde mental passa a exigir uma abordagem que conte com o maior número possível de vínculos. Sejam eles da própria equipe que se dispõe a este tratamento, sejam os demais atores sociais. Dito de outra forma, enquanto o médico no hospital é a figura que centraliza toda decisão a respeito do tratamento, tornando-se mandatário do destino do doente que cuida, na proposta de revisão da assistência, o sujeito que sofre deve permanecer como eixo da intervenção. Objetiva-se inverter a lógica do assujeitamento, permitindo ao usuário do sistema de saúde mental que indique, mesmo que implícita e sutilmente, o caminho a ser tomado para a sua vida e as escolhas que fará para estabelecer seus vínculos, diante da oferta de possibilidades que se descortina pela intervenção da reforma. A partir disto, percebe-se outra consequência do efeito da revisão gradativa do modelo também das equipes de saúde mental, que se obrigam a trabalhar, em menor ou maior grau, de forma interdisciplinar, horizontalizando suas ações. Apesar da exigência das portarias ministeriais de um quadro mínimo de profissionais de nível médio e superior atuando nos CAPS, não é por forças de suas especialidades que a proposta se põe em marcha. A aposta, pelo exposto, é da criação de um espaço de possibilidades para a loucura que ultrapasse o saber 'psi' ou qualquer outro, necessitando de um cuidado das especialidades que a cercam, mas não se encerrando nelas. Este delicado limite entre os propositores da reforma, e a população; o saber institucional e instituído e o saber popular; a intervenção tecnicizada e o rearranjo de vizinhança é que definem as hiências e, paradoxalmente, os liames necessários para a manutenção do percurso. Neste ponto é que se interroga a investigação.

## **CAPÍTULO II - O CAPS e alguns dispositivos do cuidado**

Delineado o contexto de atenção à saúde mental pelo qual este trabalho deve se sustentar, investindo na ordenação de cuidados que ultrapassem os limites institucionais da saúde, interroga-se sobre os laços sociais estabelecidos diante da nova propositiva e, no limite, o que mantém os indivíduos vinculados a esse tipo de serviço. Vale uma pequena consideração: boa parte dos portadores de sofrimento mental, sobretudo quando em crise, não se consideram ‘doentes’. A pergunta que, então, se formula é a seguinte: porque o usuário permanece freqüentando o CAPS se, no seu entender, não tem problema? Essa e outras questões devem ser discutidas a partir da descrição do CAPS.

O Centro de Atenção Psicossocial Dr. Carlos Pereira da Costa situa-se no município de Santos Dumont, Minas Gerais, fundado em setembro do ano de 2000. Encontra-se entre as cidades de Juiz de Fora e Barbacena, dois tradicionais pólos internadores e, incluindo Belo Horizonte, denominados, pejorativamente, ‘corredor da loucura’, devido ao grande volume de internações dirigidas a esses três municípios. Admite-se, inclusive, que a expressão popular mineira “trem de doido” foi cunhada a partir de trens de passageiros, oriundos de outras regiões de Minas Gerais e do país, que ‘descarregavam’ pacientes em Barbacena.

A atenção em saúde mental, no período que precedeu à implementação do CAPS no município, restringia-se à oferta, pelo SUS, de um psiquiatra e duas psicólogas que atendiam na policlínica local. De resto, a prática mais freqüente era a chamada vulgarmente de ‘ambulancioterapia’<sup>5</sup>. Casos de agitação, turbulência, agressividade, eram dirigidos a Juiz de Fora, muitas vezes sem o acompanhamento de familiares e, provavelmente, internados em um dos sete hospitais psiquiátricos do município, que conta ainda com cinco frenocômios. A avaliação era realizada por um psiquiatra da rede pública de Juiz de Fora que, normalmente, não podia contar com muita informação. Não raro, a principal fonte era o motorista da ambulância. Com o fluxo facilitado e a pequena

---

<sup>5</sup> Segundo Alves e Guljor (2004), a questão do encaminhamento, aqui definido como ambulancioterapia, é um dos principais problemas enfrentados na saúde mental, fragmentando o cuidado com o paciente, de modo que este é tratado por equipes diferentes a cada momento da vida, gerando “uma assistência partida” (Alves e Guljor, 2004, p. 223).

distância entre os municípios, propiciou-se, além do volume intenso de internamentos, a cronificação e o asilamento de muitas pessoas.

Como já foi dito, o primeiro momento de funcionamento do CAPS, inaugurado em setembro de 2000, foi marcado pela restrição das internações. Isto se deveu à implementação no sistema de saúde pública de um dispositivo comumente chamado de ‘porta de entrada’. Ao CAPS, por uma pactuação entre os municípios de Juiz de Fora e Santos Dumont, atribui-se a competência para efetuar a triagem de todas as demandas de internamento. A rede hospitalar de Juiz de Fora, a partir de então, só poderia admitir um paciente da região de Santos Dumont, caso fosse encaminhado pelo CAPS. Esse sistema reduziu, em poucos meses, em cerca de 95 por cento as internações em psiquiatria. A média histórica anterior à implementação do serviço de saúde mental, que era de 22 internações por mês, caiu vertiginosamente, de modo que em alguns meses que não se internava nenhum paciente. Alguns meses, atípicos, atingem, no máximo, três internações.

A equipe da unidade é definida por resolução de portaria do Ministério da Saúde (Portaria 336/GM – 2002), compondo-se de um médico psiquiatra<sup>6</sup> e um enfermeiro, diariamente, além de três outros profissionais de nível superior. Incluindo pessoal de apoio, técnico de enfermagem, diariamente, dez pessoas trabalham na unidade. A equipe é composta por 03 psiquiatras, 5 psicólogos, 1 assistente social, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 1 copeira e 1 auxiliar de serviços gerais.

Em um primeiro momento, tratou-se de enfatizar e garantir o papel do CAPS como ‘porta de entrada’ para a internação psiquiátrica, cumprindo sua função de restringir os internamentos, intervir na ‘ambulancioterapia’ e estabelecer-se, definitivamente, como o local de referência para tratamento de transtornos mentais. O serviço conseguiu, com relativa facilidade, desenvolver um conhecimento para lidar com as crises e suas conseqüências pessoais, familiares e sociais. O sucesso na condução de casos agudos trazia à equipe o crescimento da auto-confiança, resultante de uma eficácia facilmente constatável no cumprimento de metas e finalidades, particularmente no combate ao modelo hospitalar, uma vez estancado o fluxo de internação. No entanto,

---

<sup>6</sup> Segundo esta portaria, na modalidade que o CAPS Dr. Carlos Pereira da Costa está contratado (Tipo CAPS I, definido por critérios populacionais), não há a necessidade de que o médico seja psiquiatra. No entanto, não houve, na história deste serviço, um médico contratado que não fosse especialista.

começou a observar problemas e a formular uma série de questionamentos que dizem respeito à possibilidade ameaçadora de se consolidar um modelo tão crônico e iatrogênico quanto o hospital psiquiátrico que tanto se combateu. Dito de outro modo, o risco era de que o CAPS se instituisse como o 'local' da loucura, com os mesmos erros do hospital psiquiátrico, e a repetição do modelo excludente, travestido em tratamento, inaugurando o CAPS como o novo local para a loucura.

Para uma equipe alinhada com o pensamento antimanicomial das políticas públicas do setor, a possibilidade da repetição do que se considerou uma injustiça histórica, pairava como ameaça de fracasso profissional. Como o CAPS é considerado um modelo de 'vanguarda' na assistência, os profissionais que nele atuam gozam de certo 'status' profissional. Ora, se um aspecto fundamental para a capacitação do profissional em CAPS é seu posicionamento antimanicomial, qualquer possibilidade de reedição do hospício pode ser interpretada como insucesso nos objetivos profissionais.

O desafio passa a ser a possibilidade de ofertar como tratamento para a doença mental modalidades que possam ir além dos muros do CAPS. Se a loucura fez emergir estereótipos, produtos em um imaginário social muitas vezes permeado por idéias que vão desde a incapacidade total até a violência, não se pode admitir que se reconstruam espaços físicos específicos para a circulação do desviante racional. Nesses termos, fica evidente que a proposta ética inclui, necessariamente, a desconstrução do imaginário a respeito do louco, começando pelo fomento de vínculos sócio-comunitários, destinando à insanidade a circulação na *polis*.

O que se discute a partir das constatações acima são as estratégias que viabilizam tais reformas. Conforme já argumentado, os CAPS podem falir caso não se reavalie sua função, sob o risco da repetição da história. O reformista italiano Franco Rotelli, em seu livro 'Desinstitucionalização' (1990), postula que a desospitalização, ou seja, o desmantelamento do aparato manicomial, não basta para a reforma. Desta forma, defende a diminuição da assimetria de poder entre os profissionais de saúde mental e os usuários do sistema, de modo a fomentar a ampliação da possibilidade de troca do louco no espaço micro político das relações do CAPS, e conseqüentemente ampliar no espaço social. Defende, ainda, que o sujeito (pode-se falar aqui de pacientes e profissionais) exposto ao sistema manicomial carrega em si as cronificações marcadas por essas instituições. O

efeito residual tende a se repetir e acompanha o sujeito nos espaços sociais nos quais circula. A argumentação *a priori* de Rotelli é necessária, mas o equívoco na escolha do significativo título do livro impõe uma observação: a institucionalização é necessária ao homem, que circula por lugares demarcados por instituições e normas<sup>7</sup>, não sendo possível a ação deste desincompatibilizada ou marcada por ausência de vínculos institucionais. Nesse sentido, uma institucionalização ‘bem medida’ do CAPS **pode** ser benéfica.

Duas observações cabem a partir desse ponto: Em primeiro lugar, observa-se que o paradigma da hospitalização, conforme já foi dito, parece ultrapassado, não havendo quem o defenda de maneira contundente. E em segundo lugar, a desinstitucionalização, como modelo paradigmático de reforma da atenção à saúde mental, deve ser repensada. Apesar de mais atual (1990), a argumentação rotelliana tangencia a necessidade humana de estabelecer laços sociais instituídos. Ainda se mantém atrelado ao fantasma do hospício, tendo este como o contra-exemplo daquilo que se pretende empreender. O risco de uma ação referenciada, mesmo que por oposição, a um modelo, é de se repetir este mesmo modelo pela sua negação. Daí o retorno à hipótese de que os CAPS podem se tornar pequenos hospícios que, apesar de portarem melhorias humanitárias, podem repetir a mesma lógica da exclusão e segregação.

## **2.1 - O Acolhimento**

Diante do problema delineado na argumentação anterior, faz-se necessário descrever um caso emblemático de uma paciente que inquietou significativamente a equipe do CAPS, sendo apontado como um dos mais complexos e de difícil condução, pelas razões evidenciadas no relato.

---

<sup>7</sup> A título de um simples exemplo, vale mencionar o caso de uma paciente internada há anos em um hospital psiquiátrico. Fumante, no hospital jogava as cinzas de seu cigarro onde quer que estivesse. Certa vez foi convidada a participar de uma festa em um CAPS. Lá chegando, acendeu seu cigarro, e quando a cinza ameaçava cair, perguntou onde deveria jogá-la. Por mais institucionalizado que estivesse seu hábito, reforçado pela ‘norma’ hospitalar que legitima a cinza ser jogada em qualquer lugar, não repetiu a ação quando em um outro lugar.

Soraia freqüentou o CAPS praticamente desde o início do seu funcionamento até sua morte, em 2005, em decorrência de complicações do vírus HIV. Havia sido internada inúmeras vezes antes de sua freqüência ao CAPS e muitas outras após seu ingresso na instituição. Apenas isso, já era motivo de inquietação, pois cada internação significava um ‘fracasso’ para os membros da equipe<sup>8</sup>. No entanto, as internações eram curtas, pois, coincidentemente, o médico que a atendia no CAPS era seu médico assistente também no hospital onde ela se internava. A própria paciente solicitava sua alta hospitalar, e era atendida. Gradativamente, suas internações foram se tornando mais esporádicas e mais curtas e, conseqüentemente, os períodos que ia ao CAPS maiores.

Uma característica peculiar de Soraia é que ela nunca foi ao CAPS com uma demanda que pudesse se caracterizar por um pedido de ajuda. Seu comportamento e seu discurso eram muito desorganizados, e ela quase sempre se mostrava impaciente com intervenções ou abordagens que não partissem de sua própria iniciativa, ocasiões em que chegava até a agressão; não raro, as pessoas demonstravam medo da paciente (medo este que não era infundado, pois a mesma chegou a agredir seu médico e havia muitas queixas da comunidade de Santos Dumont contra ela por agressividade). A conversa com a paciente era, muitas vezes, incompreensível por seu discurso fragmentário e de conteúdo delirante. Não raro, ela não aceitava a prescrição médica estabelecida e definia seu próprio esquema de medicação. Também não se submetia às regras mínimas do CAPS, tais como respeitar horários das refeições, das medicações, consultas, entre outras, tudo que era, em geral, respeitado pelos demais pacientes.

Comumente, a coordenação do CAPS recebia solicitações de providências, uma vez que a paciente provocava distúrbios, ameaçando transeuntes, principalmente na rodoviária, local que freqüentava. Soraia havia se prostituído por um longo tempo e a população supunha sobre sua contaminação pelo vírus HIV.

---

<sup>8</sup> Conforme relatado no primeiro capítulo deste trabalho, há um estreito vínculo dos técnicos de saúde mental com movimentos políticos, até pela história do movimento da reforma. Neste CAPS, não era diferente: observava-se uma forte ‘militância’ contrária à internação. Qualquer medida neste sentido era vista como um reforço pró manutenção do hospital, que no discurso de alguns membros da equipe, permanecia como vilão, o inimigo a ser derrotado. Contrapondo-se ao discurso antimanicomial por excelência, estabelecia-se outro argumento que se dirigia ao desafio de construção de uma nova clínica, desconhecida por todos, mas legitimada por um objetivo preciso: a constituição lenta e firme de um novo campo de saber e intervenção a respeito da loucura. Dito de outro modo, são dois discursos até certo ponto conflitantes, um propondo a desconstrução do aparato manicomial e a oposição radical a este, e o outro ligado à emergência de uma nova perspectiva de atuação junto à loucura.

Era impossível que a equipe deixasse de interrogar-se sobre as 'razões' de Soraia: com atitudes que beiravam a arrogância, mesmo maltrapilha e em más condições de higiene e saúde, ela permanecia vinculada ao CAPS, sem nenhum pedido de ajuda manifesto . Algumas pistas eram evidentes, e uma delas diz respeito ao médico que a atendia no CAPS e no hospital ser o mesmo, e este não é um vínculo desprezível. A alimentação fornecida pelo serviço, considerada boa pela maior parte dos pacientes, pode ser um peso importante. No entanto, algumas atitudes da equipe podem indicar melhor o caminho para aprofundar a discussão sobre os vínculos.

Uma queixa freqüente de Soraia referia-se a sua casa. Ela possuía um imóvel próprio, fruto de herança, que foi dividido, literalmente, com uma de suas irmãs, por uma parede construída no meio. Soraia recusava-se a residir nessa casa, alegando que os "moleques" a invadiam, quebravam suas coisas, o que tornava impossível sua permanência lá. De qualquer modo, havia uma atitude irreduzível da paciente na recusa em ir para casa. O fato gerou um impasse diante da equipe, visto que, caso o problema da moradia não fosse resolvido, as internações certamente iriam se perpetuar.

A saída encontrada foi a mobilização da equipe para conseguir um imóvel onde Soraia habitasse, e cujo custo coubesse em um orçamento mínimo, pois a paciente recebia apenas meio salário mínimo mensalmente. Foi o que aconteceu. O bairro em que o CAPS se situa é ligeiramente afastado do centro de Santos Dumont e, nesse bairro, a equipe conseguiu estabelecer importantes vínculos com a vizinhança, obtendo a colaboração de pessoas interessadas no trabalho da entidade. Por mais ameaçadora que a figura de Soraia pudesse parecer (e de fato era), além da aparência e higiene, foi possível viabilizar o aluguel de uma casa pequena e simples.

O caso acima serve para fomentar a discussão de um importante recurso terapêutico utilizado pela equipe do CAPS: o acolhimento. O que à primeira vista pode parecer restrito a um primeiro momento ou recepção, estende-se durante todo o cuidado.

No que toca à recepção, o acolhimento busca diferenciar-se do ambulatório convencional, principalmente com relação às primeiras consultas. Cada pessoa que procura o CAPS é atendida por um profissional de nível superior antes de ser encaminhada para o psiquiatra, se isso for necessário. Trata-se de um dispositivo de atenção, que se diferencia por fazer uma avaliação global, holística, daquele indivíduo

que procura o serviço. Há certamente um sofrimento motivador na procura. Nem sempre esse sofrimento é manifesto ou perceptível claramente, podendo estar velado, como no caso de Soraia. A função do acolhimento é investigar esse sofrimento, que muitas vezes vai além da procura manifesta do psiquiatra e da conseqüente demanda psicofarmacológica, devendo ser propositivo na busca de soluções.

Como o CAPS é o principal recurso de saúde mental da região, nem todos os pacientes que o procuram têm a mesma complexidade do caso relatado acima. A demanda estende-se por situações mais complexas como a de Soraia e outros, assim como casos pontuais, considerados de menor gravidade. Muitas vezes, as pessoas o procuram para problemas pessoais, em busca de alívio, principalmente farmacológico. É comum, o profissional que acolhe, ser pressionado com perguntas do tipo ‘ Mas eu não vou passar pelo doutor?’. Cabe a este profissional, mesmo que sejam necessárias outras entrevistas, aprofundar a indagação ao sofrimento, apontando possibilidades de tratamento, que podem ser técnicas (psicoterapia, clínica médica, p. ex.), de intervenção social (grupos de auto-ajuda, igrejas, entre outros), ou até mesmo a inclusão do usuário em atividades do CAPS.

No acolhimento, especificamente, o objetivo é a busca pela (re)construção de elementos simbólicos que operam na vida da pessoa que procura ajuda, com os recursos de que dispõe, seja subjetivamente seja por seus laços sócio-familiares. Há situações que exigem intervenções mais complexas e outras mais simples, sendo encaminhadas em apenas uma entrevista. Outras demandas exigem a interlocução com os demais dispositivos da saúde, demais setores da administração pública ou até instituições variadas, sejam de apoio comunitário ou ONG’s.

Neste sentido, o acolhimento subverte a lógica do ambulatório tradicional, quando o dispositivo necessário for este, pois nem sempre a demanda do usuário vai definir a modalidade da atenção<sup>9</sup>.

Outro exemplo da heroína do CAPS, Soraia: Por diversas vezes, ela insistia junto à assistente social, que era a pessoa mais próxima dela, além de seu médico, que

---

<sup>9</sup> Uma queixa freqüente no ambulatório refere-se à “depressão”. São inúmeras as pessoas que já chegam ao ambulatório com esse (auto)diagnóstico. Conseqüentemente, a busca por antidepressivos galopa na mesma direção.

precisava de uma “máquina de arrumar casa”. Não se sabe nem ao certo se a máquina seria para arrumar no sentido de faxinar ou consertar, ou no sentido de conseguir uma casa, e toda pergunta sobre isso caía em respostas evasivas por parte da paciente. No entanto, o fato é que a assistente social foi às lojas da cidade junto com a paciente, perguntar aos vendedores se eles teriam disponíveis tal máquina. O caso cômico indica que era necessário escutar o pedido da paciente na sua totalidade, neste caso. Acolher, nesse sentido, indica que todo discurso, por mais estranho que possa ser, é uma solicitação de ajuda com conseqüências imprevisíveis. Trata-se de um ponto nevrálgico para a instituição: tratar o diferente como diferente, e não tentar a isonomia, como, por exemplo, exigir que paciente ‘defina melhor’ seu pedido.

Voltando à Soraia, ela não possuía laços sociais relevantes, a não ser os da rede assistencial, e os de qualquer pessoa que desse ouvidos à sua fala errante e fugaz, devido ao seu discurso fragmentário. Pela avaliação da equipe, as condições possíveis de cuidado para a paciente eram extremamente frágeis e delicadas. Diante disso, seus pedidos extravagantes, sua impossibilidade em se adequar às regras da instituição (tais como horários, filas), até mesmo a agressividade da paciente, exigiu de todos uma complacência, que não seria exagerado dizer, serviu como direção para o CAPS: É consensual para a equipe do CAPS que Soraia foi um dos casos de maior complexidade a que a unidade atendeu. Por isso mesmo, na relação recíproca que tais casos evocam, serviu como referência para o modelo de CAPS que se planejava construir: não se tratava, portanto, de oferecer um serviço que o usuário se adequasse a ele; e sim, o contrário, que o CAPS pudesse ter maleabilidade suficiente para se adaptar ao ‘pedido’ implícito<sup>10</sup> expressado pela loucura e os loucos. Nesse sentido, a equipe avalia que Soraia serviu de paradigma para estabelecer como o CAPS deveria se posicionar diante de suas demandas.

Por conseguinte, o desafio do acolhimento não se localiza no ato de receber pontualmente o usuário, mas de recebê-lo quotidianamente, visto que o CAPS tem a especificidade da atenção diária.

---

<sup>10</sup> No caso da máquina de arrumar casa, parece que o implícito assim se torna por excesso de obviedade e de literalidade.

A questão de acesso ao CAPS não era questionada pela equipe como um problema prioritário, como o é na maioria dos serviços de saúde. A ‘entrada’ no serviço não foi um obstáculo, enquanto a permanência sempre foi discutida como questão relevante. O desafio é posto como a manutenção do equilíbrio entre o acesso garantido e o cuidado longitudinal, sem que se perpetue a unidade como local definitivo para os usuários de saúde mental.

O caráter individual no cuidado define a permanência no serviço. Para cada paciente há um projeto terapêutico específico e dinâmico, contendo uma expectativa de permanência, assim como de frequência. Todas essas questões derivam do acolhimento, principalmente no que diz respeito ao dinamismo desse projeto.

A definição do projeto se dá por uma série de fatores que vão desde o diagnóstico, evolução, suporte social e familiar, capacidade de realizar atividades cotidianas, responsabilização pelas medicações, **à vontade do paciente** dentre outros. Pode-se concluir que o paciente é quem diz, a seu modo, qual o caminho a seguir no que diz respeito ao cuidado dispensado. O esforço da equipe para esse exercício de alteridade se evidencia.

Neste sentido, evoca-se o conceito polissêmico (Bonet, 2004, Teixeira, 2003) de integralidade, não apenas por seu desafio quanto à concepção de humanidade sem as cisões biológicas, sociais e psíquicas<sup>11</sup>, mas principalmente pela possibilidade de evocar uma alteração radical na relação de poder estabelecida entre o técnico de saúde e o usuário, como também a “integração das diferenças e dos diferentes” e a “ocupação da esfera pública por uma ética da diferença” (Teixeira, 2003 p. 90).

É pertinente supor que o conhecimento acadêmico dota o técnico de saúde mental de um saber que discursa sobre o sujeito do tratamento e, intrinsecamente, o responsabiliza. Paradoxalmente, o mesmo técnico de saúde deve estar atento para não investir-se deste poder a ponto de objetivar o outro, destituindo-o de seu destino, ou seja, é necessário que o profissional aprofunde seu conhecimento acadêmico sem que este conhecimento, no entanto, invista o profissional da certeza sobre o outro.

---

<sup>11</sup> A partir da Conferência de Alma-Ata no Cazaquistão em 1978, a Organização Mundial da Saúde adota como definição de saúde “o mais completo bem estar bio-psico-social”.

Ao se referir à questão da integralidade, Teixeira (2003) recorre ao sentido literal da palavra (integrar) e pergunta que partes de um todo cindido se pretende recompor. O mesmo autor propõe, no referido artigo, que a discussão sobre a integralidade esteja focada na cisão eu x outro no campo da saúde. Propondo ser mais específico, estreita-se aqui, o foco para as questões pertinentes à cisão eu x outro no campo da saúde mental, o que pode tornar o problema ainda mais complexo.

O primeiro acolhimento de maior complexidade atendido pelo CAPS foi o de uma paciente que, quando lá chegou, sentou-se no chão e retirou a camisa, ficando constrangedoramente nua do abdômen para cima, passando a esfregar o piso da unidade com sua camisa. De imediato, um membro da equipe solicitou à mesma que vestisse a camisa. Ela assim o fez, retirando-a novamente instantes depois para esfregar o chão. Novamente, a paciente foi abordada por outro membro da equipe que, cuidadosamente, sugeriu que recolocasse a roupa. Reiteradamente essa ocorrência se deu, sendo a paciente abordada, a cada vez, por algum técnico da equipe. O técnico de enfermagem, recém contratado e sem nenhuma experiência em saúde mental, foi à despesa da unidade e entregou à paciente um pano de chão. Assim, a mesma continuou seu ‘trabalho’ com o pano de chão, sem que ficasse com o corpo seminú.

Esse episódio revela que, embora toda a equipe fosse mais experiente que o técnico de enfermagem, nenhum pôde propiciar à paciente uma solução tão criativa e possível, dado que a paciente estava em crise. O caso demonstra que a recepção da paciente foi determinada por sua entrada no serviço; no entanto, só o acolhimento pôde garantir o acesso. Ser usuário de uma unidade de saúde não significa acessibilidade; é necessário que a unidade de saúde acolha o usuário, possibilitando que nela ele intervenha.

Essa é a moldura da discussão sobre a alteridade na saúde mental. A palavra ‘possível’ encaixa-se com precisão nesse contexto. Para a equipe, era consensual que o cuidado tivesse esse referencial, pois a experiência indicava a inviabilidade de lidar com paradigmas de cura. Na condução de casos, a questão de um ‘não saber’ a respeito da loucura sempre se interpõe, tornando a atividade profissional do setor semelhante a de um equilibrista em uma corda bamba. Sem direito à rede de proteção.

O discurso oficial da reforma da assistência ao portador de sofrimento mental (e observado no cotidiano microsocial da equipe) propõe a concepção de uma ética do cuidado, na qual o eixo do tratamento se localiza no sujeito deste cuidado. Esse discurso pode definir a proposta da reforma de atenção à saúde mental que tem um CAPS como norteador dos trabalhos. A integralidade fica no campo da aceitação do outro, exatamente como ele se apresenta, não importando o quanto estranho possa parecer. Em suma, quem diz a respeito da atenção é o paciente, não apenas o técnico. É exatamente no paciente que se encontram as possibilidades e vicissitudes, devendo ele, indicar o caminho. Curiosamente, a palavra **loucura** trás a cura no seu próprio bojo.

Não é de se esperar que o usuário vá solicitar explicitamente algo para si, como é o caso dos exemplos acima, direcionando o tratamento. A dor e o sofrimento físico são mais tangíveis, quando um conjunto de sintomas postos em discurso sob a forma de dor, febre, tosse e espirros, pode ser nomeado gripe. A queixa é manifesta diretamente no sintoma, e este é a razão da procura. Na loucura, não se observa essa relação direta. Muitas vezes, não há queixa manifesta, o que conduz a equipe de um serviço de saúde mental a um exercício de interpretação constante e complexo.

Mesmo com essa ponderação, não se pode negar que o direito à palavra ainda é a principal modalidade de articulação de possibilidades para a saúde mental, mesmo quando a palavra se encontra ausente. Teixeira (2003) propõe que no *lócus* micropolítico das instituições de saúde é que se articulam as possibilidades e perspectivas do processo de construção da cidadania e do espírito democrático. Talvez seja necessário ir além, no caso da saúde mental e do CAPS. Pela avaliação da equipe, há uma tutela do estado sobre os portadores de sofrimento mental, mas é necessário que ela seja crítica. Os dispositivos de cuidado no CAPS em questão apontam para esse desafio, sabendo-se que a reversão do modelo excludente, nesse caso, se complica pelo discurso pouco objetivo que a loucura oferece. Os trabalhadores de saúde mental não podem avaliar o discurso da loucura em seu caráter literal ou manifesto, sendo importante considerar que pode haver um sentido oculto subjacente a este. De forma bem diferente se manifestam as reivindicações na *polis* de modo geral, parecendo risível solicitar uma “máquina de arrumar casa”, sem que se observe um pedido implícito nisto.

Diante da argumentação, percebe-se que acolhimento é visto como um instrumento ético mediador das relações no CAPS estando presente em todas as atividades que ocorrem na unidade. Busca mitigar as incertezas do campo relacional do cotidiano do serviço, definidas aqui em dois principais obstáculos: o primeiro deles diz respeito às questões relativas à ‘interpretação’ do discurso da loucura. E o outro aspecto relevante é a questão da alteridade e da diferença no cotidiano da saúde definida pela existência de lacunas discursivas entre trabalhadores e usuários, visto que, de forma geral, vêm de meios totalmente distintos, com formações, vivências e representações próprias, e, nesse contexto, convivem diariamente.

Nesse caso, a lacuna entre o trabalhador e o usuário não impede que se formem continuamente espaços dialógicos no dia-a-dia do serviço. Como veremos no decorrer deste trabalho, quase todas as atividades do CAPS têm a conversa como seu principal mediador. A fala e a escuta são as principais ferramentas nessa proposta de forma que se mantém uma rede de conversações:

Pode-se dizer que tem todos os lugares e o papel de tudo receber, tudo interligar e tudo mover por esse espaço. É o elemento que, de certa forma, conecta uma conversa a outra interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador-usuário, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas possíveis demandas que, eventualmente convidam o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas (Teixeira, 2003, p. 101).

O acolhimento, neste sentido, é definido por uma rede de conversações, apontando para a palavra como a principal matéria prima do cuidado. vasto campo sobre o que fazer com esta palavra desconectada, errante, fragmentada ainda permanece fértil e pouco construído. Principalmente, o que nos interessa, no campo da antropologia da saúde, à uma parametrização da experiência da enfermidade no campo da saúde mental, e as novas modalidades relacionais que advém desta enfermidade sem que haja o ambiente ‘protegido’, neste caso, o hospício. Cabe refletir sobre as diferenças entre a percepção de um adoecimento no corpo e um adoecimento mental, pois a ‘função’ adoecida é exatamente a responsável pela construção da representação. Nota-se que nem todos os

loucos são loucos o tempo todo, havendo, na maioria dos casos, períodos de crise e períodos sem manifestações sintomáticas (na falta de um outro termo melhor).

O exemplo desta paciente pode ser ilustrativo por diversas razões, além das já expostas. O ponto fundamental neste caso, é que o CAPS não se posiciona apenas no seu espaço físico, e sim na rua. Suas intervenções não podem se limitar à área da saúde, e sim propor nova possibilidade de relações onde a diferença e os diferentes podem assim se manifestar de forma a não causarem tanta estranheza.

Com estas mudanças paradigmáticas impulsionadas pelos novos rumos da atenção à loucura retomam-se duas conseqüências as quais vale a pena refletir: em primeiro lugar, surge um novo sujeito que, apesar de louco, pertencente a uma categoria 'não normal' ao qual passa-se a permitir a circulação social. Que tipo de sujeito se esboça a partir dessas políticas, é uma questão que se propõe. E a partir do convívio mais aproximado da loucura no espaço social, pergunta-se se isso traz conseqüências neste mesmo espaço social, ou seja, na *polis*.

Neste ponto, revela-se que as discussões sobre a loucura não podem ser de domínio exclusivo da saúde, e cabe em uma discussão mais ampla, pertinente às ciências sociais. Não só pela criação de espaços adequados à loucura, conforme já foi dito, mas também pela emergência da loucura ocorrer na relação com os outros. O desvio<sup>12</sup> provocado pela doença mental encontra repercussão e rechaço no espaço social. E apenas uma intervenção neste mesmo espaço social poderá ter efetividade quando se fala no cuidado com a loucura.

Concluindo, o acolhimento é o principal dispositivo de cuidado no CAPS, visto que ultrapassa os limites do conhecimento 'psi', técnico, e ultrapassa também os limites físicos do CAPS e da saúde, apontando para a inauguração de uma nova modalidade relacional que toca no cerne das discussões dos dispositivos da saúde, que é a questão da alteridade, da diferença e da relação com o outro.

---

<sup>12</sup> Segundo Cusson, "Os sociólogos utilizam o termo 'desvio' para designar um conjunto heterogêneo de transgressões, de condutas não aprovadas e de indivíduos marginais" (Cusson, 1992 p. 413). Apesar do 'desvio' ser um tema relevante para as ciências sociais, essa discussão não se aprofundará neste texto por se tratar de assunto periférico, no que tange ao tema central.

## 2.2 As oficinas Terapêuticas

O dispositivo do acolhimento discutido e não esgotado anteriormente, não pode ser colocado como uma atividade em si, e sim uma proposta de um novo olhar sobre a loucura, e de forma geral, sobre a saúde. Trata-se de um alinhave, um fio condutor, e finalmente uma mediação que se constrói nas relações do serviço de saúde.

As propostas de trabalho na rotina do CAPS têm como cerne as oficinas terapêuticas. São atividades quase sempre grupais norteadas pelo interesse dos usuários. Não são orientadas necessariamente por um tema, mas possuem uma atividade comum que pode mediar as relações institucionais, assim como emergir temas relevantes para os usuários. Em Santos Dumont, pode-se dizer que há três modalidades diferentes de oficinas: de cunho expressivo, os projetos de geração de trabalho e renda e as oficinas de fomento à participação social. Posto dessa forma induz-se ao raciocínio que as oficinas são compartimentalizadas, o que só é colocado assim por fins didáticos, para facilitar a comunicação.

Dentre as três modalidades de oficinas que o CAPS oferece, o grupo que reúne as atividades expressivas, tendo a arte como sua principal ferramenta, é a que menos se detalhará neste trabalho. Há inúmeras citações sobre experiências que caminham nesse sentido, sendo a mais famosa delas o trabalho de Nise da Silveira<sup>13</sup> no Rio de Janeiro que culminou com a implementação do Museu que carrega seu nome.

A consequência das oficinas expressivas **pode ser** a confecção dos produtos artesanais, utilizando costura, bordado, bijuteria, produção de sabonetes e produtos culinários, com o objetivo de venda. Nesse caso, interligaria tal produção outra modalidade de oficinas, que buscam o trabalho e a geração de renda, também com o objetivo de reabilitação, visto que se remeteria a um novo e importante componente que é a venda e o dinheiro (esse assunto será discutido adiante).

O CAPS estabeleceu parcerias incluindo uma barraca na feira livre da cidade, participou de bazares, bingos dentre outros de forma cotidiana. Também constituiu

---

<sup>13</sup> Psiquiatra, pioneira no Brasil no tratamento de pacientes esquizofrênicos, utilizando como principal recurso terapêutico a arte. Legou um Museu, na cidade do Rio de Janeiro, chamado Museu de Imagens do Inconsciente.

vínculos numa das rádios da cidade, oficina de futebol em conjunto com a comunidade dentre outras.

Apesar de haver tais modalidade de oficinas, o desafio, nem sempre obtido com êxito era a integração das oficinas: Um produto gerado na oficina de bijuteria (artes e artesanato), vendido no bazar (de geração de renda) poderia ter uma ‘propaganda’ na rádio (orientação social). Mas, integração das atividades nem sempre era obtida. Problemas de comunicação, de organização e diferenças entre os profissionais impediam maior integração. Um exemplo que se pode definir a complexidade dessa integração é a questão que surgiu por inúmeras vezes, sobre a distribuição do recurso obtido com a oficina (para quem produz, para quem vende e para quem fez a propaganda?).

### **2.2.1 - Oficinas comunitárias**

Sobre as oficinas com o objetivo de aproximação com a comunidade, duas delas chamaram atenção. Uma, por sua simplicidade e impacto com a comunidade local, que foi o futebol. A outra, mais complexa, trouxe uma novidade para o cotidiano do CAPS e da cidade, que foi a rádio.

Para auxílio na descrição da oficina de futebol, recorrer-se-á, mais uma vez, ao estudo de caso: o primeiro contato do CAPS com Francisco ocorreu em um hospital de Juiz de Fora. Ele encontrava-se internado há algumas semanas, e dizia que era o Romário, jogava no Flamengo, Botafogo, dentre outros clubes do Rio de Janeiro e fora do país. Durante a sua internação a equipe buscou referências familiares, sem muito sucesso. Francisco é carioca, e estava residindo em um distrito de Santos Dumont bastante afastado do centro da cidade, contando com a ajuda de um homem que exercia a liderança da comunidade onde vivia. O único parente que tinha na cidade era uma tia que não se propunha a ajudá-lo, sendo que durante mais de seis anos, ela não apareceu na unidade. Francisco é aposentado, e com este recurso paga seu aluguel e mantém suas despesas mínimas. Foi internado devido ter entrado em algumas lojas na cidade, com comportamento confuso e ameaçador, segundo informaram. Existem relatos de várias internações anteriores a essa. Após sua alta, Francisco mantinha um discurso em que se

dizia o Romário, mas não era exatamente o famoso jogador de futebol. Havia uma certa duplicidade, sendo que por vezes assumia seu próprio nome, e outras, o nome de Romário. A mesma pessoa que o ajudava conseguiu alugar uma pequena casa no bairro onde o CAPS se localiza, e agradeceu o fato de poder contar com o apoio de um serviço de saúde.

Exatamente com esse e outros pacientes, a oficina de futebol se fundou. Muito próximo ao CAPS havia uma quadra comunitária de futebol em boas condições de uso, no entanto, pouco ou nenhum movimento se via durante os dias de semana nela. Com uma bola, dois psicólogos do CAPS e alguns pacientes, rapidamente se formou um grupo que duas vezes por semana se reunia para o jogo de futebol. Era um grupo misto, composto por profissionais de saúde mental, pacientes e muitos rapazes da comunidade. Havia um consenso entre os coordenadores da oficina que a mesma não deveria ser formada apenas por usuários do serviço e sim aberta a todos que se interessassem.

O CAPS se localiza num bairro periférico, de forma que o grupo que participava da oficina era de população jovem e de baixa renda. Frequentemente alguns ‘jogadores’ consumiam drogas na própria quadra. As disputas acirradas no futebol, como qualquer outra ‘pelada’ eram comuns. Desta forma, o espaço de ‘tratamento’ era invadido por elementos do cotidiano do bairro, diminuindo a distinção entre ‘quem é paciente’ e quem não é.

Por ser freqüente nessa oficina, rapidamente Francisco se tornou uma importante referência para o bairro e o futebol. Ele era procurado pelos garotos da vizinhança para organização de jogos. E, curiosamente, era tratado por Romário pela maioria da população do bairro sem que isso tivesse qualquer carga pejorativa. Esse era seu nome, e não havia nenhum problema do paciente quanto a isso.

Pelo fato do paciente residir no bairro, a equipe do CAPS estabeleceu um vínculo com D. Aparecida e o Sr. Edinho, que são os proprietários do imóvel onde Francisco mora. Eles possuem mais algumas pequenas casas para locação, o que complementam a renda mensal, aliado a um botequim que possuem abaixo de sua residência. Este casal foi um importante aliado que a equipe do CAPS conquistou. Em suas casas, chegou-se a ter quatro usuários do CAPS vivendo, o que legitimava a circulação de pacientes pelo local. A penetração social do CAPS na comunidade muito se deu pelo vínculo que mantinha

com os dois, sendo que a equipe avalia que o casal, de alguma forma, tinha respeitabilidade e reconhecimento pelos moradores do bairro, exercendo um liderança informal.

Outros vínculos tão importantes quanto esse foram se formando e consolidando não só no bairro, mas em todo o município. O que chama a atenção neste caso é o fato de que um dos principais elementos de ligação entre o CAPS e a comunidade local foi um paciente. Por diversas vezes a equipe ouviu elogios ao mesmo por sua educação e cordialidade.

Observa-se que o tom das oficinas de cunho social buscado pela equipe do CAPS era de implementar redes de vínculos formais e informais para ampliar o horizonte de instituições que possibilitem a maior oferta de circulação para os usuários da rede de saúde mental, em seu sentido amplo.

Outra oficina que é relevante para este relato é a oficina de rádio, que é a concepção, elaboração e locução de um programa de rádio. Esta atividade começou numa das rádios do município com um programa ao vivo. A maior parte do tempo deste programa era tomada por depoimentos dos usuários sobre o efeito que o CAPS havia trazido para suas vidas. Posteriormente, a oficina migrou para outra rádio, onde o programa era gravado e não discutia apenas temas da saúde mental, mas sobre culinária, horta, piadas, poesias, enfim, assuntos pertinentes ao cotidiano do CAPS e outros gerais.

A participação de Roberto na rádio foi pequena, mas interessante. Roberto é um jovem de 19 anos inúmeras internações desde os 13 anos de idade. Mesmo após sua entrada no serviço, as internações permaneciam, apesar das tentativas de intervenção da equipe, o que gerava frustração. A equipe se esforçou em intervir junto à família, alterava sucessivamente a prescrição de medicação, provia atendimento individual junto ao paciente, enfim, utilizou todo seu repertório de técnicas para romper o ciclo de internações que se perpetuava na vida do mesmo. Suas internações permaneciam freqüentes, quase sempre motivada por conflitos com a mãe. Roberto se tornava hostil, impulsivo, desorganizado o que tornava difícil qualquer negociação com ele. Curiosamente, ele sempre foi freqüente no CAPS, sendo, quase sempre, um dos primeiros a chegar. Mantém um contato afetuoso com os membros da equipe e demais pacientes, o

que aumentava ainda mais a angústia e a impotência da equipe por seu desejo de intervir, e diminuir o sofrimento do paciente.

Num certo dia, ao sair para a oficina de rádio, quando ainda contavam-se depoimentos sobre os pacientes, um dos técnicos convidou Roberto para a oficina. Este convite já havia sido realizado, mas sempre com a recusa do paciente. Desta vez, Roberto disse que iria, mas não falaria nada, apenas ficaria observando. Desta forma ficou combinado. Ao chegar na rádio, o paciente se postou frente a um dos microfones e, após alguns depoimentos, pediu a palavra ao vivo e começou seu relato. Passou a contar o quanto o CAPS estava sendo bom para ele, e que depois que começou a freqüentá-lo, não mais havia se internado. Repetiu essa afirmação por diversas vezes, e após esse depoimento, Roberto permaneceu mais de dois anos no serviço sem necessitar de internação.

Mais uma vez, evoca-se uma questão comum às pessoas portadoras de sofrimento mental: o fato da doença não conseguir, em muitos casos, uma manifestação discursiva que faça sentido, seja para o próprio paciente, seja para a equipe. Roberto reforça essa repetição: suas queixas eram, em geral, vagas não se mantinham consistentemente.

Ao que parece, o paciente faz um esforço importante para construir essa história de sofrimento. Não se trata da montagem de uma história de um adoecimento que encontra uma marca no próprio corpo (evidenciável, seja pela dor, por ser visível ou por um exame; ou por uma concretude que dê sentido à experiência de sofrimento), que pode facilitar a construção discursiva a respeito do adoecimento. Na impossibilidade em se construir um discurso sobre o próprio adoecimento psíquico, talvez a saída possível sejam os pequenos acordos tecidos na presença de testemunhas. No caso de Roberto, era-lhe impossível construir, até o momento, uma história consistente para si, a respeito de sua experiência de dor, das dificuldades vividas com a mãe, irmãos e com as pessoas. É bastante provável que ele tentasse realizar isto de forma ininterrupta e cansativa, mas parece que seus próprios recursos subjetivos não davam conta do trabalho. Na relação com a rádio, ele pôde construir ao menos um acordo que pudesse dar fim às suas intermináveis internações que também provocavam sofrimento.

Resumindo, percebe-se três aspectos importantes para análise deste caso: em primeiro lugar, a dificuldade de construção simbólica de grande parte dos portadores de

sofrimento mental, o que é observado pelos profissionais que o atendem, de forma consensual. Outra questão diz respeito a um sofrimento, que busca ancoramento na linguagem em forma de discurso para dar sentido à dor, sendo que isto se revela no encontro com as pessoas. Mesmo de forma desorganizada e inominável o trajeto do sofrimento mental parece buscar uma ação reflexiva no outro na tentativa de encontrar seu sentido único. Finalmente, o acordo necessário e possível (dada a precariedade) que envolva alguém como participante ou observador.

Foi possível avaliar que há um abismo entre os loucos e todo o resto, incluindo aí, a equipe do cuidado. É difundida entre os profissionais do CAPS a idéia dessa incerteza, e a convicção de que sabe-se muito pouco sobre a loucura, que permanece como um mistério, mesmo para os responsáveis por tal assistência. Nos dois casos relatados acima, procurou-se demonstrar que, imbuídos da convicção do desconhecimento acerca da loucura, a equipe busca fomentar espaços dialógicos, relações possíveis, para que a singularidade própria deste sofrimento possa emergir na relação que estabelece.

### **2.2.2 - Oficinas de geração de trabalho e renda**

Outra vertente que o CAPS aposta são as oficinas que se orientam por buscar um aumento da renda dos usuários pela via do trabalho. Já foi dito que as políticas públicas para este setor buscam constituir uma **rede** de atenção a esta clientela. Essa rede deve ser ordenada pelos CAPS, que definem a direção para a atenção aos portadores de sofrimento mental. Paralelamente, há uma contrapartida que se espera e fomenta das organizações civis. Associações de usuários e familiares, cooperativas de trabalho, organizações não governamentais, vêm sendo criadas e exercem papel importante na consolidação deste novo modelo proposto. Esta rede busca a ampliação das possibilidades de vínculos para que o portador de sofrimento mental possa realizar suas escolhas. Trata-se de um movimento que caminha para da instituição fechada para a multiplicidade de laços.

Seguindo Goffman (1961) as instituições fechadas eram definidas como locais estabelecidos para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional, denominando de “instituição total”. O que a caracteriza é uma impermeabilidade com o mundo externo

por medidas que incluem, inclusive, coerção física (impossibilidade de sair, contenções físicas, disciplina de horários etc). Dado que Weber (1963) define como monopólio do estado a coerção física, não seria ousado dizer que tais instituições germinavam dentro de si, normas próprias de conduta que, muitas vezes, ultrapassavam os aspectos legais ditados pela sociedade.

Com esta breve alusão às questões relativas à internação pretende-se problematizar que não basta a mudança de paradigmas no que tange aos cuidados que circundam a loucura sob a égide da saúde. Há uma mudança, que também já se pôs em marcha: diz respeito às questões sociais, de crenças, verdades e representações que são arraigadas em nossa cultura. Se o lugar definido à loucura não é mais o hospício, que lugar é este? Ou existe uma necessidade social de se definir este lugar?

A título de exemplificação cita-se um episódio ocorrido numa reunião em que se discutiam os efeitos da reforma psiquiátrica, quando **um psiquiatra** toma a palavra e, ao se queixar da má assistência aos portadores de sofrimento mental, reclama que, ao ir a missa na catedral da cidade “estava cheio de doido delirando do lado de fora da igreja”. Ora, se um profissional da especialidade que atende esta parcela da população possui pouca tolerância para os fenômenos típicos da loucura, o que se dirá da população, de modo geral?

Portanto, retornando à realidade dos CAPS, corre-se o risco da repetição de atribuir a este dispositivo um novo local determinado e apropriado para a loucura. O aspecto trágico, não só pelo sofrimento causado pelos anos de captura da loucura e maus tratos destinados aos loucos, mas também pela coisificação do louco (neste sentido, a objetivação radical do humano), tende a se repetir, com destino previsível.

Desta forma, a proposta do CAPS deve ultrapassar o seu próprio limite físico. A busca pela desconstrução do imaginário social a respeito da loucura, visto como o estereótipo da incapacidade e, não raro associado à violência, estabelece um padrão normativo próprio. O CAPS não pode estabelecer-se enquanto uma unidade de saúde estanque em si mesmo, mas ultrapassar seus limites físicos e também se estabelecer no bairro, na cidade e na região. Ao mesmo tempo, seu papel é de tecer a rede de apoio às doenças mentais, assim como fomentar que os usuários também nela participem. Trata-se de uma dupla função na qual quanto mais sólidos forem os laços sociais

estabelecidos pela instituição, maiores serão as possibilidades de oferta para os usuários realizarem suas escolhas.

Avançando a partir deste impasse, é que, em março de 2005 o governo instaura a Portaria Interministerial nº. 335 que institui o grupo de trabalho e economia solidária sendo composto pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, além de outros órgãos públicos e organizações não governamentais.

Esta portaria busca fomentar oportunidades de criação e manutenção de empreendimento coletivos e participativos gerando oportunidades de trabalho e enfatizando a construção de um efetivo lugar social para os portadores de sofrimento mental. Dentre as atribuições delegadas a esse grupo, está a articulação entre as políticas de saúde mental e economia solidária e, de maneira geral, propor mecanismos de aporte às experiências que objetivem a inclusão social pelo trabalho no âmbito da reforma psiquiátrica.

Ressalta-se que a partir da publicação de tal portaria, fica definida a questão da geração de trabalho e renda como política de interesse oficial e atual do governo, destinada à população de portadores de sofrimento mental.

Recorrer-se-á a Simmel para problematizar a partir deste ponto, sobretudo na aposta que esse autor faz na divisão do trabalho como um dos pilares responsáveis pelo que denomina de tragédia na modernidade. Estruturando-se nas referências marxistas da alienação dos bens de produção e na mercadoria como fetiche, Simmel postula um sujeito moderno cindido, na medida em que este se encontra cada vez mais afastado de seus valores morais, religiosos, artísticos etc., ou seja, subjetivos. O mergulho desse mesmo homem numa sociedade onde proliferam a subjetivação das coisas e a mediação do dinheiro em todas as relações aprofunda essa divisão humana:

[...]o sujeito torna-se objetivo, e o objeto torna-se subjetivo, fato que constitui o que há de específico no processo da cultura, no qual se mostra – para além de seus conteúdos específicos – sua forma metafísica( Souza, 1998)

A partir da objetivação da alma humana e da dualidade que se instaura na relação desse homem com o que há de mais sedutor nos objetos subjetivados, que a abordagem simmeliana define o efeito trágico da modernidade. A cisão paradoxal que pressupõe

um homem que se coisifica, e subjetiva as coisas. Evidencia-se uma comparação simbólica inevitável nesse momento: a equivalência de termos para **alienação** mental e **alienação** no sentido social. Ambos definem um homem fragmentário, tanto do ponto de vista de sua inserção no caos das relações com o outro, quanto no aspecto mais caóticos das manifestações psicóticas. A título de exemplo cita-se o termo esquizofrenia que carrega etimologicamente, *skhízein* (fender, cisão) e *phrenós* (espírito, alma).

A atualidade do pensamento simmeliano se evidencia pela proximidade da discussão entre as possibilidades de oferta de tratamento ao portador de sofrimento mental. Começa a se delinear aqui o efeito dual da proposta de geração de trabalho e renda como modalidade de tratamento destinada aos doentes mentais. Se, por um lado, a inclusão no mercado de trabalho (mesmo que protegido) possibilita um aumento de autonomia e contratualidade social, por outro lado, no argumento do autor há a possibilidade de se acentuar a cisão do sujeito. Nesse caso de um sujeito já cindido: o louco.

Em uma abordagem histórica, percebe-se os efeitos desta divisão através do incômodo de alguns autores que se levantaram contra o assujeitamento do louco e a indústria do manicômio. A partir dos anos sessenta, quando eram ainda incipientes as idéias e técnicas a respeito das práticas destinadas aos portadores de sofrimento mental, chegou-se a defender a idéia de que a loucura não poderia ser vista como uma doença e sim como um sofrimento existencial, como defendia Szasz (1979). Este autor afirmou que a psiquiatrização deste fenômeno portava traços ideológicos e de mercado. Cita: “Meu objetivo é questionar se existe o que se chama doença mental e defender a idéia de que não existe (Szasz, 1979, p. 9). Parte deste pressuposto e produz uma argumentação na tentativa de comprovar sua hipótese. Esta discussão, alicerçada na milenar tensão existente entre as forças da natureza e as forças da cultura, na etiologia das doenças mentais não será levada adiante, sendo importante aqui, apenas evidenciar movimentação para um extremo (a negação da doença mental) no auge do movimento antimanicomial.

O contexto do portador de sofrimento mental evidencia ao menos três acometimentos que determinam a miséria de sua vida, na conotação ampla que esta

palavra pode carregar. A princípio a dedução óbvia que, por ser portador de uma doença mental, o sujeito apresenta, em muitos casos, limitações impostas por sua própria enfermidade, com prejuízos irreversíveis no funcionamento psíquico. Em segundo lugar, como já discutido anteriormente, o empobrecimento dos laços sociais. Finalmente, sob a ótica do atendimento público, não se pode tangenciar a questão da miséria financeira e da falta de trabalho determinada pelo estigma imposto pela loucura. A exclusão do mercado de trabalho e conseqüentemente a piora dos níveis de renda são conseqüências inevitáveis deste fenômeno. Seja pela desvantagem psíquica devido ao adoecimento ou pelo rótulo social imposto, a conseqüência é, quase sempre marginalização desta população no que diz respeito ao emprego.

Uma questão paradoxal evidencia-se aqui. Recorrer-se-á novamente à Simmel para contribuir para esta discussão, sobretudo na hipótese de que divisão do trabalho e a economia monetária são elementos estruturais para a tragédia na cultura moderna. Seu argumento se estrutura, de início, na posse da terra ainda na idade média, e na relação intrínseca que os homens detinham entre si através dessa posse. Sem a mediação do dinheiro, e com esta ligação arraigada com a terra, os homens estabeleciam relações qualitativas sem que houvesse uma dissociação entre as “personalidades e as relações objetivas”. As próprias corporações medievais não se limitavam a cuidar de aspectos apenas de produção, mas de todas as nuances, sejam elas sociais, políticas, religiosas ou outras.

Após o incremento das relações monetárias, insere-se intensa mediação entre o homem (sujeito) e seu objeto, de forma que, a qualidade das relações começa a ser medida, quantificada sob a égide do dinheiro e seu caráter estritamente impessoal.

Simmel evidencia com seu argumento um paradoxo: da mesma forma que a relação monetária impulsiona a autonomia humana, desarraigando-o das suas obrigações subjetivas, o dinheiro passa a ser subjetivado, como um fim em si mesmo. O efeito imediato deste fato é a objetivação do homem. Em outras palavras, liberta por um lado, e aprisiona por outro. Como a modernidade é marcada pela inserção do dinheiro em todas as relações, o autor propõe de forma enfática que este passe a ser visto como o Deus moderno. Não se pode objetar tal proposição por considerá-la presunçosa pelo

fato que o dinheiro é onipresente e está próximo à onisciência e à onipotência no imaginário humano. Retomando Simmel:

[...] o dinheiro confere, por um lado, um caráter impessoal, anteriormente desconhecido, a toda atividade econômica, por outro lado, aumenta, proporcionalmente, a autonomia e a independência da pessoa [...] o dinheiro tem de substituir mais e mais coisas cada vez mais variadas [sendo o dinheiro] que nos ensinou como reunir sem nada perder de específico e próprio da personalidade (Souza, 1998, p. 24).

Nesse evidente investimento no poder do dinheiro, sendo ele capaz de, imaginariamente, nos legar toda forma de satisfação e felicidade, substituindo todos os valores podendo acarretar, no limite, que o dinheiro deixe de ser um meio para tornar-se um fim em si mesmo: “O dinheiro é, propriamente, nada mais que uma ponte aos valores definitivos, e não podemos morar numa ponte” (idem, p. 25).

Curiosamente, Simmel prevê com antecedência o estilo de vida evidenciado principalmente após os anos oitenta do século XX quanto salienta a “inquietude, a febre a falta de pausas na vida moderna”, movimentada pelo “motor desenfreado do dinheiro”.

Evidencia-se a partir desse autor e retornando também à Marx, a objetivação daquilo que deveria ser subjetivo (o homem) e a subjetivação das coisas. O avanço evidencia-se neste paradoxo quando evoca o efeito de aprisionamento ao Deus monetário, mas que, ao mesmo tempo, esse mesmo dinheiro produz um efeito libertário. A tragédia se desvela aqui por admitir que o homem carregue em seu próprio bojo aquilo que é produtor de infelicidade e mal estar.

A partir da evidência da divisão do trabalho e da alienação dos meios de produção, e do poder objetivador do dinheiro pode-se formular a questão da seguinte forma: a aposta que o governo faz no fomento às atividades de geração de trabalho e renda destinadas aos portadores de sofrimento mental, deve ser vista como produtora de inclusão daquele que se encontra alijado do poder contratual do dinheiro e em desvantagem com relação aos demais no mercado de trabalho e posta assim em consonância às políticas de diminuição das desigualdades.

Por outro lado insere-se a loucura, já fragmentária num universo de objetivação monetária do humano e divisão de seu trabalho, provocando mais alienação naquele que, não por acaso, outrora foi chamado de alienado? A interrogação subsequente seria se a população alvo desta portaria foi suficientemente pesquisada ou se há verticalização da ação que sobrepõe o desejo (autoritário) de seus autores aos anseios (assujeitados) para quem ela dirige.

A hipótese que se delinea a partir da tensão emersa pela questão acima pode ser investigada tendo como referencial o próprio texto de Simmel. A crítica ao modelo de atenção ao portador de sofrimento mental da qual os CAPS não podem se esquivar, sob o risco de repetição do modelo, se fundamenta na possibilidade de ‘fechamento’ das instituições. O cerceamento à liberdade tanto maior será quanto mais ‘total’ for a instituição, produzindo indivíduos assujeitados, empobrecidos.

Toca-se, a partir desse argumento em um ponto delicado que é a limitação do conceito de liberdade, que ocupa lugar relevante na obra de Simmel. Este não a define como um valor absoluto, mas passível de relativização. A relação do homem com o outro é carregada de obrigações, de modo que, o processo de libertação se dá de forma contínua e permanente. A liberdade está na capacidade de promover um deslizamento nas obrigações, mas sempre atrelado a elas. Chama este processo de ‘mudança de constrangimentos’. O dinheiro evidencia este raciocínio de forma evidente, pois é dual. Produtor de alienação e liberdade ao mesmo tempo. Para Jessé Souza:

Para Simmel, a multiplicidade de vínculos e relações é a própria pré-condição objetiva para o aparecimento da noção de indivíduo, da própria idéia, portanto, de que o indivíduo pode possuir uma identidade própria apartada do social e, até mesmo, definida em oposição a ela, como uma resistência contra a mesma(idem, p.11).

De qualquer forma, seja por oposição ou por complementaridade fica estabelecida a relação humana marcada pelo constrangimento. Seja por um viés mais ou menos alienante/ libertário.

Com relação aos programas oficiais de tratamento dispensado aos portadores de sofrimento mental, através da oferta de um leque de possibilidades para esta parcela da

população que incluía atividades de fomento à geração de trabalho e renda, pode-se dizer que apesar de trazer consigo o efeito paradoxal do constrangimento, reserva aos loucos mais uma possibilidade de estabelecer vínculos, aumentando seu repertório, multiplicando laços. O poder constrangedor do dinheiro por seu caráter ambíguo se revela ainda mais destruidor na ausência dele. Sua onipresença no cotidiano marcada precisamente por Simmel, quando o compara a Deus, define a sua necessidade como mediador social.

A proposta do CAPS é a oferta múltipla de dispositivos. Todos eles trazem em seu âmago o aspecto trágico evidenciado por Simmel. O dinheiro é o estereótipo deste pensamento, mas está longe de deter o monopólio do constrangimento. As medicações possuem o efeito deletério, sendo que a maioria dos medicamentos possui efeitos colaterais, muitas vezes irreversíveis. A psicanálise aprisiona, de certa forma, pela relação de transferência e pela assimetria contextual. A própria intervenção na saúde mental, mesmo que necessária, possui seu caráter iatrogênico. Enfim, as pequenas tragédias modernas são onipresentes como assim adjetivou-se o dinheiro.

Se a liberdade em Simmel é posta como mudança de constrangimentos, a possibilidade do sujeito não passaria a ser então a escolha dos constrangimentos os quais deva se submeter? Nesse sentido as propostas de recuperação da desvantagem social dos loucos devem se apoiar na oferta de um número cada vez maior de possibilidades para a que escolha possa se efetuar e, nesse momento, a marca de algo pessoal, subjetivo, apareça?

A liberdade, mesmo que cerceada pelo seu destino ambíguo, deve estar na pauta de reivindicações para a concepção do projeto de atenção ao portador de sofrimento mental. A este cabe a responsabilidade de se perguntar, se questionar, apesar de suas desvantagens, possibilitando a ressignificação de suas vidas.

Alguns projetos germinaram no CAPS a partir da argumentação acima, e o que mais vem se destacando por seu perfil de 'eficiência' na produção e geração de renda foram aqueles vinculados à produção de gêneros alimentícios. A venda de pirulitos, cocadas, pés de moleque, salgados e outros conseguiu progresso por encontrar um certo 'mercado consumidor'. Alguns pacientes ensaiavam vôo solo com os produtos, e buscavam sua própria clientela. Alguns eventos do município contavam com a

participação dos produtos do CAPS. Outros eventos produzidos pela unidade também serviam como ‘escoamento da produção’ tais como bingos, festas dentre outros. No próprio cotidiano da instituição, foi possível a venda para os pacientes de ambulatório, familiares, acompanhantes e os próprios profissionais e pacientes.

Paralelamente ao crescimento das oficinas que se dirigiam ao trabalho, foi fundada a Associação Asas da Esperança, que se destina à discussão e proposição de ações destinadas à saúde mental. Foi uma instituição proposta por um grupo de profissionais do CAPS, com o objetivo de agregar outros agentes comunitários, familiares, e demais pessoas e instituições com interesse nesta área, desvinculando da esfera do estado. A iniciativa dessa fundação partiu de técnicos, mas com uma discussão freqüente de que o processo de autonomização estivesse sempre no horizonte. Esta associação foi criada há cerca de quatro anos, tendo como primeira presidenta a assistente social do serviço. Já na segunda gestão, pôde ter neste mesmo cargo a irmã de uma paciente.

Em pouco tempo, o grupo que geria esta associação, conseguiu a cessão de um imóvel destinado a ser sua sede. Este imóvel situava-se bem mais próximo ao centro da cidade, principalmente se comparada à localização do CAPS. Ao mesmo tempo em que a equipe propunha um projeto para cada paciente que objetivasse a autonomia, também na associação os objetivos eram os mesmos. O difícil limiar entre uma certa tutela necessária nos primeiros momentos, e o estímulo que essa associação pudesse caminhar com as próprias pernas impunham desafios à equipe. A tendência ao esvaziamento era freqüente, e os argumentos da saúde mental como ideal não se sustentavam. Esse ideal era parte da realidade dos profissionais que, como já se argumentou, possuem características militantes. Os mesmos objetivos não encontravam ressonância nos membros da associação.

Neste impasse surge a idéia de agregar à associação os projetos de geração de trabalho e renda. Possibilitaria um avanço que fosse além dos anseios da equipe na ‘causa’ da saúde mental (o que não era a realidade dos demais) oferecendo soluções mais pragmáticas na visão do senso comum de alguns usuários e familiares como um trabalho e a possibilidade de um recurso para a complementação da renda (repete-se aqui o

argumento da alteridade, das diferenças de realidade entre os trabalhadores e usuários e familiares, do acolhimento, e a saída possível).

O imóvel sofreu pequenas reformas realizadas por alguns pacientes que detinham conhecimento específico (como pedreiros, pintores, serralheiros), e foi adequado para receber no seu interior uma lanchonete, e na sua garagem uma pequena loja com os produtos confeccionados nas oficinas do CAPS.

Houve um comentário em uma reunião de equipe de um dos profissionais do CAPS, que marca uma das questões da reinserção social através dos projetos de geração de trabalho e renda: que o produto do CAPS não poderia ser “bom pra doido”, ou seja, “até que para um produto confeccionado por um doente mental, está bom”. Este comentário expõe a crítica do modelo da economia solidária na saúde mental. Os produtos e serviços não podem se bastar em um nível de qualidade insuficiente para o mercado e a remuneração não deve ser “um trocado” a mais. Segundo Singer: “eu diria que (os participantes de cooperativas sociais) ficam no fio de uma lâmina entre a benemerência e o mercado propriamente” (Ministério da Saúde, 2005, p. 21).

Os recursos angariados pelos projetos são irrisórios, o que não estimulam os participantes a manter a loja aberta por muito tempo. Os produtos artesanais confeccionados no CAPS não possuíam ou qualidade ou apelo estético que os colocassem em evidência no mercado. A partir deste impasse, surgiu na equipe a idéia de fomentar a instituição para que pudesse avançar no sentido da autonomia, com a seguinte estratégia: a alimentação fornecida para os pacientes do CAPS é custeada pela prefeitura do município mediante um processo de licitação pública. Anualmente, o processo era feito, o que gerava um rodízio espontâneo (já que o vencedor era aquele que apresentava o menor preço) entre os restaurantes responsáveis pela alimentação. Surgiu a idéia de que a própria Associação Asas da Esperança produzisse a refeição para o CAPS, garantindo um escoamento de produção suficiente para sua manutenção. Este projeto exigiria a interlocução entre o CAPS e diversos agentes: em primeiro lugar a viabilização junto à prefeitura do município para a construção dessa modalidade contratual. Conseqüentemente, também junto ao INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) para que os pacientes pudessem trabalhar no projeto sem que corressem riscos de perda da aposentadoria (muitos deles são aposentados por invalidez, o que inviabiliza legalmente,

qualquer trabalho). Além das parcerias entre o setor público e privado, ou seja, entre CAPS e a Associação Asas da Esperança.

Concomitante a isso seria implementado, na própria sede da associação, um restaurante destinado à população geral, funcionando como qualquer outro, ou seja, inserido no mercado de restaurantes. A idéia era de possibilitar uma renda fixa para o ‘negócio’ que começava a emergir, que viria do contrato a ser construído com a prefeitura e, indo além, para fora de qualquer espaço protegido destinado à saúde mental, ou seja, um empreendimento.

Desta forma, estariam fomentadas duas possibilidades de reinserção social: em primeiro lugar o trabalho com remuneração adequada para os usuários, e não os ‘trocados’ que recebiam por vendas esporádicas de produtos confeccionados por eles. Objetivava-se uma relação que pudesse ser o mais ‘profissional’ possível resguardas as limitações de cada um dos usuários e também familiares.

### **2.3 - O ‘Bom Dia’**

Diariamente, o CAPS inicia suas atividades com uma reunião chamada ‘Bom-dia’ onde se reúnem os profissionais que estão disponíveis e todos os pacientes são convidados. Nesta reunião se discutem desde pautas mais triviais e concretas relacionadas ao funcionamento da unidade, como é também um espaço de fala livre onde emergem assuntos mais diversos, pessoais, queixas familiares, discursos desorganizados e delirantes, se tratando assim de um grupo de orientação terapêutica. Uma queixa mais pragmática, que diz respeito ao funcionamento cotidiano do CAPS, sobre limpeza, alimentação dentre outras, encontram espaço de fala nestas reuniões, assim como se percebe a solidariedade para a eclosão do discurso mais ‘louco’ que eventualmente surge.

Trata-se de um grupo espontâneo, embora todos sejam diariamente convidados, sem um tema pré-definido, no qual se abrem espaços para ‘pautas’ e ‘informes’. Curiosamente, o formato de uma reunião formal, proposto, evidentemente pelos técnicos do serviço, se impôs. Nem sempre eram compreendidos pelos usuários que chegavam a

pedir espaços de fala na forma de “eu tenho uma falta” (pauta), ou “um uniforme” (informe).

Apesar das barreiras de comunicação, os Bom Dias são diálogos importantes na rotina do CAPS, nos quais se objetiva construir coletivamente todo o funcionamento da instituição, possibilitando acordos coletivos entre os usuários e técnicos. As normas acordadas neste espaço ganhavam maior legitimidade sendo comum os pacientes evocarem algum acordo firmado no Bom Dia em caso de desentendimento.

Outra função importante deste grupo é a intervenção que os pacientes podem fazer com relação aos serviços prestados para o CAPS, sendo o mais freqüente deles, as queixas relacionadas à alimentação. Acima relatou-se que a refeição é servida por restaurantes da cidade. Comumente, no início da prestação dos serviços, após as licitações, não haviam queixas dos pacientes com relação à alimentação. No decorrer do tempo, a tendência (e isto ocorreu com três restaurantes) era de um declínio da qualidade da comida. Os pacientes exigiam melhorias, sendo necessária a intervenção da coordenação do CAPS junto aos fornecedores. Também por certa vez, foi eleita uma comissão de pacientes que foram até o restaurante negociar com o proprietário.

Em uma dessas reuniões, um paciente queixou-se da quantidade, alegando que o que estava sendo servido não seria o suficiente para seu apetite. Houve uma proposta de se conseguir uma balança e pesar, uma a uma, as embalagens com a refeição (comumente chamadas de ‘quentinha’). A conferência foi realizada pelos próprios pacientes e foi constatado que o peso estava dentro dos parâmetros do contrato de fornecimento.

Se, por um lado, o papel destas reuniões é o de aproximar o usuário de questões mais ‘práticas’ nas quais pode intervir, negociar, dialogar, por outro lado o mesmo espaço oferece campo para a eclosão do discurso desorganizado, delirante, ou seja, louco. Não é de se esperar que o discurso seja sempre formal, organizado, e a loucura deveria encontrar neste mesmo ambiente, um acolhimento. De forma solidária, é pouco usual escutar queixas de usuários sobre participações ‘inadequadas’ nas atividades do CAPS.

A própria Soraia, paciente do relato acima, freqüentemente comparecia ao Bom Dia com um discurso fragmentado ou se dirigindo a algum dos profissionais para solicitar-lhe algo. Não deixava de ser uma interrupção, grosso modo, inadequada: interromper uma reunião onde as pessoas tentavam ordenar-se para respeitar as

prioridades de fala, a ordem de pedidos de 'pautas' e solicitar algo pessoal. No entanto, os pacientes não faziam qualquer queixa dela. Escutavam silenciosamente o que dizia, esperando seu assunto se esgotar e, então, continuar a reunião. Normalmente, não era o caso de tentar participar do assunto de Soraia, pois ela não compartilhava seus assuntos com voluntários, e sim, com pessoas de sua escolha.

Esta atitude não é percebida somente no caso desta paciente. Mas percebe-se o envolvimento dos pacientes com a fala de cada um deles, independente de quão relevante, inteligível, coerente pudesse ser.

## **2.4 - Visitas domiciliares**

Outra modalidade de atenção comum e rotineira do CAPS são as visitas domiciliares. Estas ocorrem por dois motivos fundamentais: Na maioria dos casos, para abordagem de pacientes em crise, seja por abandono do tratamento ou pela reagudização sem que se observe uma causa determinante. Muitas vezes, como já foi dito, os pacientes, em crise ou não, não se crêem doentes, sendo esta, uma característica desta população,. Neste sentido, as visitas podem gerar importantes vínculos entre o paciente e a equipe, entre a família e a equipe, e a convicção de que o cuidado deve ser compartilhado.

Para o paciente em crise, não basta a medicação, mas também a forma que esta medicação é administrada. Toda a abordagem realizada antes e depois da administração do remédio, mesmo que seja contra a vontade do paciente, é fundamental para que estabeleça o vínculo após o momento crítico. A atenção à crise não é o cuidado em si e pode apontar para sucesso da continuidade da relação do usuário com o serviço de saúde mental. Neste sentido, mesmo sendo um momento delicado na vida do paciente, a intervenção nesta hora pode ser uma oportunidade de acolhimento.

Comumente são realizadas visitas de abordagem aos familiares, quando estes não são presentes ao tratamento. A co-responsabilização da família é fomentada pela equipe, e não se dá gratuitamente. Ela deve ter segurança no suporte ofertado pelo CAPS, já que a vivência do sofrimento mental para os familiares tem significação expressiva. Principalmente em pacientes jovens, em suas primeiras crises, a família busca por

causalidades externas para justificar o adoecimento. As drogas e as más companhias são os principais ‘bodes expiatórios’ para responder a uma angústia familiar de um adoecimento mental.

Carina é funcionária pública e procurou o CAPS para que alguém fosse a sua casa avaliar seu filho, então com 17 anos. Relata que o mesmo iniciou o uso de drogas há cerca de três anos e, há alguns meses está com comportamento estranho, não sai de casa, não conversa com ninguém, não aceita ir ao CAPS. Um psicólogo do serviço foi à sua casa e observou um quadro grave sendo necessária a participação do psiquiatra. Após uma conversa com o adolescente, consensualmente diagnosticaram como “um primeiro surto de esquizofrenia”, não havendo nenhuma ligação com drogas ilícitas, e isto comunicado à família. A peculiaridade da doença mental, em muitas vezes, alterar definitivamente aspectos da personalidade do indivíduo, o que produz uma estranheza com um membro da própria família, e neste caso, um filho.

A necessidade de acolhimento alarga-se para toda a rede na qual o paciente circula. Necessariamente, é nesta rede que o portador de sofrimento mental pode buscar suas possibilidades a partir do seu adoecimento. Nesse caso, foi possível construir um aporte para o paciente e familiares, de forma que, gradativamente, o cuidado se deslocou da casa para o CAPS e o mesmo pôde dar continuidade à modalidade de atenção necessária. Importa enfatizar neste momento o lugar de relevância para as visitas domiciliares na construção de laços que viabilizem o cuidado.

Da mesma forma que a equipe se desloca para as residências e bairros onde estão seus pacientes, há também o movimento contrário, onde as pessoas, de forma geral, freqüentam o CAPS. As reuniões de familiares (quase sempre esvaziadas) são uma tentativa de aproximar a família do cuidado. Nota-se que, amiúde, as mesmas pessoas que freqüentam a reunião da Associação Asas da Esperança são aquelas mais freqüentes nas reuniões de familiares no CAPS. A direção da equipe é que a Associação possa ser o instrumento de agregação, pela possibilidade da construção de oferta de trabalho, invertendo a lógica da exclusão. Dito de outra forma, a partir do momento em que o paciente conquista maior autonomia, melhora sua condição financeira, os aspectos excludentes que recaem sobre si tendem a dirimirem. O trabalho e o dinheiro podem atuar positivamente nas questões da exclusão social.

Assim como as visitas domiciliares, os eventos festivos promovidos no CAPS também têm a função de reduzir a distância abissal entre a loucura e os familiares e a comunidade, de forma geral. Um comentário de uma psicóloga de larga experiência em saúde mental em outro CAPS, durante uma festa chamou a atenção: “o bom dessas festas de CAPS que a gente não sabe quem é doido e quem não é, fica tudo misturado”. Aparentemente, ela quis dizer que o cuidado da instituição está bom, pois não se percebe os aspectos estigmatizantes da loucura, ao menos externamente, a ponto de se confundir quem é louco e quem não é. Por outro lado, questiona-se se o serviço permite a livre manifestação da loucura não estaria impondo, mesmo que sutilmente, uma forma razoável de conduta, comportamento e gestos?

Ao que parece, todas as questões levantadas permeiam alguns pontos que acabam por repetir. O estigma da loucura, a discussão entre a norma e a doença, a possibilidade de aproximação entre a comunidade e os loucos, de forma que, dialeticamente, o CAPS vai se construindo. É constante a necessidade de diálogo, seja internamente, entre pacientes e profissionais, seja na interlocução entre os demais agentes sociais que possam ser envolvidos na rede de cuidados à saúde mental.

A saúde, no sentido observado aqui, pressupõe que não exista soluções pré-fabricadas para as questões inerentes à seu desafios. A criação cotidiana de soluções e percursos, sem que se tenha uma garantia exata do objetivo faz parte do horizonte do trabalhador de saúde mental. Houve um evento técnico-assistencial, onde um dos palestrantes<sup>14</sup> citou uma máxima: “Doido preso, médico solto. Doido solto, médico preso”. Evidentemente, ele não se referia apenas aos médicos, haja vista que o evento era aberto a todas as categorias de profissionais de saúde mental.

---

<sup>14</sup> Citação de Domingos Sávio Alves, ex-coordenador nacional de saúde mental, presidente do Instituto Franco Basaglia.

## **CAPÍTULO III - A noção de pessoa: O CAPS, a loucura, a pessoa moderna**

### **3.1 - A integralidade na proposta da reforma**

A proposta da reforma da atenção à saúde mental tem como consequência imediata a construção de novos discursos especializados acerca da loucura, isto é, a emergência de um campo de cuidado e um saber constituído sobre os loucos. No entanto, a reforma se implementou atenta para o risco da repetição de alguns aspectos do hospital psiquiátrico, de caráter excludente e totalitário, estabelecendo uma estratégia que visa a circulação da loucura com maior liberdade nos espaços comunitários. No bojo da proposta, está também a possibilidade do próprio CAPS se tornar um espaço de maior circulação social.

Diante do desafio de propor à sociedade o convívio com a loucura, e ao mesmo tempo propor à loucura a diversidade social, é que se evidenciam alguns pressupostos do trabalho, até aonde se pôde verificar. O primeiro deles é o embate que se produz no discurso da saúde mental com o saber biomédico, onde emergem as propostas de integralidade como contrapartida. Essa passagem do cuidado do médico para o cuidado da equipe traz especificidades neste campo, já que o profissional de saúde se interpõe entre o louco e o mundo e, de certa forma, tenta mediar as tensões provocadas por esse encontro.

Neste sentido, o mito de Procusto (ou Damastes), uma figura mitológica grega que tem a ‘hospitalidade’ como sua principal característica pode servir de exemplo. Segundo a mitologia, ele era um gigante que vivia próximo a Eleusis e costumava atrair viajantes solitários para sua hospedaria. No entanto, havia uma exigência que os visitantes não sabiam. As pessoas atraídas por Procusto deveriam ‘caber’ no leito oferecido. Se fossem grandes demais, o monstro cortava-lhes as pernas. E se pequenos, havia um sistema de roldanas que ‘esticava’ os viajantes. A exigência era que o viajante coubesse no leito oferecido ao custo de sua morte.

O mito do leito de Procusto ilustra a o paradoxo das práticas assistenciais da saúde e, em particular, a proposta de revisão da atenção à saúde mental. A universalidade

de acesso, um dos pilares no qual se sustenta o Sistema Único de Saúde, impõe regras assistenciais que exigem a normatização de processos, atingindo diretamente os usuários do sistema. As regras e hierarquias burocráticas definem um caminho que é necessário para a sobrevivência deste sistema, mas que nem sempre viabilizam o ingresso ou a permanência de seus usuários no cuidado à saúde.

A hierarquização, outro princípio fundamental no qual o SUS se apóia, é parte inerente de um modelo, no qual os procedimentos de baixa complexidade devem anteceder os procedimentos de alta complexidade, visando a otimização dos recursos da rede pública de saúde. Mais uma vez, obriga o usuário a se adequar ao molde burocrático para que haja o acesso ao sistema. Não se trata aqui de uma apologia que renegue a organização formal das políticas públicas de saúde, mas que no caso da saúde mental, especificamente, esta organização traz alguns pontos de tensão que colocam em risco a sua própria conceitualização.

Pode-se afirmar que a estrutura formal e organizacional de rede assistencial **pode** criar obstáculos intransponíveis para a garantia de acesso. E que, no caso da saúde mental, a disponibilidade do acesso e permanência não passa por essa oferta burocrática, e sim pelo vínculo. O direito à saúde, neste caso, deve ser entendido como um sistema que tenha flexibilidade suficiente, podendo também subverter as normas pelas quais se mantém. Em outras palavras, além de se questionar sobre os propósitos da instituição de cuidados à saúde mental, em que meios ela deve fluir, já que não se pode negar a existência dos artifícios burocrático-formais?

Mais do que a análise da pertinência do louco à instituição ou o contrário, faz-se necessário evidenciar o que há entre o dispositivo do cuidado e o objeto de sua atenção. Os espaços relacionais criados a partir da implementação desta rede substitutiva ao hospital psiquiátrico é que passa a interessar.

Ao recorrer ao modelo assistencial excludente dispensado à loucura, no qual o isolamento é prerrogativa do cuidado, se estabelece o foco do tratamento no aporte farmacológico. O louco, como elemento de um todo relacional que se insere, e neste trabalho, como objeto de pesquisa, foi historicamente capturado pelo saber psiquiátrico. Estando nos limites da psiquiatria, entende-se que de uma forma mais ou menos intensa, foi também capturado também pelo ideal biomédico. Sua desordem pode ser sintetizada

por este paradigma, como uma desordem bioquímica em níveis de captação e bloqueio de substâncias neurotransmissoras. Nesse sentido, nos limites da discussão já posta em marcha, entende-se que, no caso das ciências biomédicas, o objeto de intervenção é o indivíduo, compartimentalizado, cindido, e isolado. Os chamados “estressores sociais”<sup>15</sup> formam elementos secundários que podem ou não pertencer ao cenário do adoecimento mental.

Nesta modalidade de atenção, a principal ferramenta disponível é, evidentemente a psicofarmacologia, intervindo no substrato orgânico. A abordagem restringe-se apenas ao indivíduo, e não o sujeito e muito menos à pessoa, entendida como eminentemente relacional.

Conseqüentemente, descortinam-se as discussões sobre a etiologia dos sofrimentos mentais, reservando à psicanálise de um lado, e a psiquiatria biológica por outro. Entende-se que estas duas disciplinas estão em pólos opostos, sendo a primeira, representante do modelo da psicogênese e a segunda, alicerçada pelo paradigma biomédico. Não cabe a este trabalho a discussão sobre a etiologia das doenças mentais. No entanto é necessário evidenciar que estas definições acerca da saúde trazem impactos que refletem na assistência.

A dualidade presente nessa discussão encontra-se também no nome da instituição: centro de atenção psicossocial, por se posicionar num leque de acontecimentos que antagonizam com a prevalência da medicina. Nota-se que a exclusão da partícula ‘bio’ do nome do dispositivo polariza ainda mais as questões acerca da dualidade corpo e mente.

As tensões entre as forças biológicas e culturais acirram o esfacelamento humano tendo em vista a cisão cartesiana predominante no mundo ocidental moderno, sobretudo a partir do *cogito* ‘penso, logo sou’, mesmo não sendo hegemônico. Esta dualidade ‘naturalizada’ não favorece a compreensão e interpretação acerca dos processos de adoecimento. Segundo Taussig:

Quero demonstrar que coisas como os sinais e os sintomas de uma doença, assim como a técnica de cura, não são “coisas em si mesmas”, não são somente biológicas e físicas, visto que são,

---

<sup>15</sup> Este termo é amplamente utilizado nos atuais critérios de diagnóstico em psiquiatria, fundamentado pelo DSM-IV, principal referência diagnóstica em psiquiatria, concebido em sua maior parte, pela Associação Psiquiátrica Norte-americana (APA).

também, sinais de relações sociais disfarçadas como coisas naturais, ocultando suas origens na reciprocidade humana” (Taussig p. 110).

Se o objeto da atenção não deva ser objetivado e reduzido pelo paradigma biomédico, exige-se a construção de um modelo que possa dar conta de um sujeito que trás consigo toda carga vivencial que se expressa num momento de sofrimento, de certa forma, traduzida num sintoma (que pode levá-lo a procurar ajuda). Entende-se que o sintoma manifesto seja apenas um dos aspectos que o profissional de saúde deva se atentar, apesar do caminho sedutor de compartimentalizar o usuário, reduzindo-o ao seu sintoma a não à sua dor.

Canesqui (2003) refere-se a diversos autores para afirmar que as representações dos processos de adoecimento, funcionamento e estrutura do corpo parte de três premissas. A primeira delas diz respeito à ‘naturalização’ do saber biomédico sendo que mesmo com a afirmativa de que cada sociedade dispõe de recursos peculiares e intrínsecos para representar e intervir nestes processos há uma certa ‘universalidade’ da biomedicina. Continuando, a autora observa que a enfermidade é um processo social atingindo tanto o corpo, quanto as relações sociais e a própria sociedade. Finalmente afirma que o processo de adoecimento supera a concepção biológica, transcendendo os limites do corpo.

Estudos confirmam os achados de muitos outros: a percepção da doença dando-se através de alguns sinais e sensações corporais, indicativos de que ‘algo’ impede o funcionamento normal do corpo (dor, febre, não dormir, não comer, fraqueza) e pela incapacidade de realiza atividades cotidianas[...] (Canesqui, 2003, p. 115).

Desta forma, o processo de adoecimento pode dizer da construção da identidade do sujeito, seu modo de ser e estar no mundo. A doença passa a ser uma modalidade de mediação da pessoa com os outros, intervindo na sua rede social, atribuindo-lhe características próprias. Percebe-se uma peculiaridade no caso das doenças mentais mais graves, onde a afirmativa acima toma uma abrangência certamente mais profunda, pois os sentidos afetados pela doença são exatamente aqueles que estabelecem conexão com o

mundo: a cognição, a percepção, a representação, os juízos e o pensamento e o discurso. Neste caso a articulação simbólica não se dá na utilização da doença como mediadora da relação com o mundo, e sim como sua própria condição, única, de relacionar-se e ser. Observa-se um salto qualitativo na especificidade das doenças mentais, radicalizando o argumento da autora sobre os estudos que fez:

[os estudos] falam menos da doença em si e mais de sua articulação simbólica na construção das identidades sociais, relações de gênero e inserção nos parâmetros simbólicos estruturantes da cultura. Quando resgatam as práticas sociais são capazes de vislumbrar estratégias e maiores dissonâncias entre pensamento, normas e a ação social ou ainda, percorrendo as experiências e o senso prático exclusivamente, colocam em evidência os adoecidos, suas ações e o significado diante da doença e na busca da resolução de seu problema de saúde, **ocultando as regularidades sociais ou os padrões estruturantes, sejam os sociais e políticos, sejam os culturais e simbólicos** (grifo meu) (Canesqui, 2003, p. 121).

A ‘naturalização’ das doenças é denunciada por alguns autores, dentre eles Herzlich que propõe “estudar as representações de saúde e doença como uma realidade *sui generis* fora dos modelos médicos<sup>16</sup> (...) que mostram a existência, em cada sociedade, de um discurso sobre a doença que não é independente do conjunto dessas construções mentais de expressão” (Herzlich, 2005 p. 60). De outra forma os conceitos ‘naturalizados’ de enfermidades mentais são flexibilizados quando se atribui um novo olhar sobre o objeto, como ilustra Carvalho:

As análises antropológicas de termos como “doença mental”, “distúrbio ou sofrimento psicossocial”, “esquizofrenia”, “psicose” e outros mostram, a partir de uma vertente dumontiana o quanto estes termos estão fundamentados na construção moderna de indivíduo e de seus corolários. Por outro lado, os fenômenos como “transe”, “possessão”, “sangue” “doença dos nervos”, etc. mostram-se vinculados a construções sócias que reúnem, de forma indissociável, os planos físico e moral, o que, como foi visto, é próprio às configurações não modernas de valor (Carvalho, 2001, p. 12)

---

<sup>16</sup> Talvez possa abranger neste caso, todos os saberes que constituem a rede de cuidados pertinentes à saúde mental.

Outros autores<sup>17</sup> constroem argumentações relacionados à idéia de representação das enfermidades, havendo um campo interpretativo específico no caso da loucura. Em primeiro lugar porque há uma modificação do processo representativo do próprio sujeito, com efeitos singulares. Esta modificação contribui para que os traços de identidade do sujeito sejam enlaçados, com os outros de forma geral, de uma forma que distinguem-se das doenças ‘do corpo’. Não apenas por se tratar de um acometimento estigmatizante, como é a AIDS atualmente, e como já foi a lepra no passado, mas também por provocar interrupções na continuidade da vivência pessoal e na forma que cada um relaciona-se e se auto-representa, visto que o acometimento atinge exatamente as funções necessárias para a construção dessas representações. O estranhamento inerente a esses casos, atribui aos sofrimentos psíquicos uma peculiaridade própria por uma negação da corporeidade. Por serem consideradas doenças anímicas, possuem um atributo próprio.

Nesse contexto, Luis Fernando Dias Duarte (2003) propõe, a partir de uma tentativa de minimizar os efeitos duais legados pela biomedicina, que denomina de “perturbações físico-morais” que, em sua concepção atribui maior amplitude ao conceito substituindo ‘doença mental’ e ‘distúrbio psicossocial’. Sucintamente conceitua por:

condições, situações ou eventos da vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação (Duarte, 2003 p. 177).

A conceituação físico-moral busca uma articulação entre os dois planos conceituais. A consolidação do saber psicossocial em detrimento do saber médico, sobretudo nesse campo de atuação, acarreta o predomínio da psicologização ou sociologização. As duas vertentes, segundo o autor, determinam um reducionismo sobre o problema. Sobre esse assunto, Duarte:

a qualidade ‘físico-moral’ evoca a necessária e entranhada imbricação, correlação entre o nível físico, corporal, da experiência humana e tudo aquilo que, de outra parte, se lhe opõe

---

<sup>17</sup> Sobre esse assunto, e mais especificamente as representações sociais das doenças recorre-se à vários autores: Loyola (1984), Carrara (2003) dentre outros.

– e se nomeia e concebe de forma tão díspar entre as culturas humanas (Duarte, 1994 p. 84).

Dessa forma, a proposição conceitual passa a pertencer a um universo holista a partir da pessoa, da representação que possui a respeito de si e de sua trajetória de saúde e de doença. Retomando Duarte na defesa da preeminência do elemento simbólico e das representações no sofrimento físico-moral:

Todo ato humano é culturalmente ‘construído’ e determinado, mas nem por isso deixa de ser eficaz e ‘real’. Muito pelo contrário, sua naturalização simbólica lhe adjudica a mais veraz das materialidades (Duarte, 2003, p. 179).

Considerando o elemento vivencial como determinante no cenário das perturbações, instauram-se modalidades de atenção devem ser analisadas indo além dos limites do tratamento. Para o tratamento, o objeto é o indivíduo e o sintoma e o propósito, a cura. A partir desta revisão, o foco da atenção passa a ser as relações e o propósito, o cuidado. O ato de cuidar emerge prioritariamente a partir daí. O contraponto do paradigma biomédico aponta para a dimensão da promoção do bem-estar e não apenas a subtração do sintoma. Segundo José Ricardo Ayres,

Na qualidade de portador de um problema a ser resolvido, qualquer indivíduo é, de fato, objeto de técnicos de saúde e deve ser mesmo. Porém, como aspirante ao bem estar, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo o poder de juízo sobre suas necessidades... A abertura trazida por um verdadeiro outro – não um objeto do sujeito técnico, mas o outro verdadeiro sujeito na relação terapêutica (...) é do outro cuidador, esse objeto-sujeito que inexoravelmente participa do momento assistencial, que pode surgir a demanda por arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (Ayres, 2000, p. 117).

Assim sendo, atribui-se ao espaço interacional entre dois sujeitos uma dimensão nova e definidora da qualidade da assistência em saúde. A relação interpessoal define a atenção, e não o contrário. No caso da saúde mental, esta hipótese parece explicitar-se ainda mais devido à carga moral definidora e definida pela especificidade do

adoecimento (de conteúdo evidente representativo, não havendo marcas no corpo que definam este sofrimento, a não ser por suas conseqüências, eventualmente).

### 3.2 - Os especialistas do cuidado

A partir das reflexões acerca do ideal da integralidade é que se passa a interrogar sobre quais os elementos significativos que produzem e são produzidos no arcabouço simbólico, tanto para a comunidade em geral quanto para os usuários? Quais são os aspectos relevantes que permitem à equipe este tipo de intervenção junto aos usuários e o respectivo acolhimento por parte de sua comunidade? No primeiro momento houve a reversão do fluxo de internações, o que certamente era a modalidade de tratamento socialmente aceita e preconizada como atenção à doença mental, e isto deve ser entendido de maneira ampla, visto que em Santos Dumont, como em qualquer lugar, a loucura é percebida com estranheza e não por acaso, tanta segregação se produziu. A reversão do modelo, onde o enfermar psíquico passa a ser tratado na própria *polis*, compreendendo como espaço social e familiar, algo além de um simples tratamento deve ser pensado no impacto desta proposta.

O movimento da reforma de assistência à saúde mental produziu uma inversão da ordem da hierarquia do cuidado. Pode-se afirmar que no caso dos hospitais psiquiátricos o agente monopolizador da direção do cuidado é o médico e a intervenção psicofarmacológica. Aos demais profissionais, sejam eles de formação superior ou média, são relegados a papéis, quando muito, coadjuvantes. A exigência de equipes mínimas, por força de portarias ministeriais<sup>18</sup> produziu uma força de trabalho dentro dos próprios hospitais que não conseguia intervir estruturalmente nos processos de internação, tratamento e alta. A hegemonia médica, coadunada com as direções dos hospitais, silenciava as opiniões que pusessem em risco esse controle. Segundo Leal:

Outros profissionais podem estar envolvidos na atenção dispensada aos pacientes, mas a atenção não é considerada parte do tratamento. São, quando muito, considerados elementos de

---

<sup>18</sup> Ver Portaria 224 e 336.

apoio ao bom desenvolvimento do tratamento, entendido aí como tratamento médico (Leal, 2000 P. 103).

A partir da consolidação da reforma, houve um processo contra-hegemônico no qual os profissionais ‘habilitados’ para intervenção no ‘psico’ e no ‘social’ se estabeleceram como detentores da prerrogativa do cuidado. Não seria exagero supor que, ao médico, estaria resguardada uma função secundária de retaguarda farmacológica.

A heterogeneidade das equipes de cuidado em saúde mental também não deve ser excluídas desse contexto, visto que, em Santos Dumont, os embates entre os diversos enfoques teóricos produziu uma polissemia a respeito da assistência, que pode ser definida por ‘clínica’, ‘cuidado’, ‘reinserção social’, ‘reabilitação social’, dentre outros, de acordo com o viés teórico prático de cada um.

Na tentativa de sistematizar o discurso polissêmico produzido a partir do impacto da reforma psiquiátrica, Leal (2000) produziu um estudo comparativo entre a produção bibliográfica reunida no Brasil durante os anos compreendidos entre 1989 e 1999 com referência ao que denomina de segundo momento da reforma psiquiátrica. A partir da constatação da falência dos hospitais psiquiátricos, a autora caracteriza este período como a preocupação pela inserção da loucura no mundo. Desta forma, a reforma “tomou como tarefa a construção de sua cidadania, entendida ao mais como atributo formal de características universais, mas como projeto aberto às singularidades e especificidades das diversas formas de expressão e condição humana” (Leal, 2000, p. 103).

Dada a heterogeneidade do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, a autora busca a compreensão das diversas formas de ‘sujeito’ e ‘mundo’ no discurso dos textos da reforma, propondo três modelos de análise dessas categorias. Utiliza a bibliografia como material etnográfico percebendo as diferenças entre os textos e podendo assim, caracterizar o entendimento social (mundo) e individual (sujeito) e sistematizá-los.

O primeiro modelo parte do princípio de um sujeito histórico, onde o tratamento evoca que “algo da história desse sujeito estava perdido e precisava ser rearticulado a ela” (idem). A aproximação é entre a história de cada sujeito, vista aqui como o lugar que ocupa no mundo, e sua própria identidade. Sem desconsiderar a dimensão interiorizada, a mudança possível na vida de cada um só poderia ser operada na relação deste com o seu meio. Nesse sentido, a oferta de ampliação dos laços sociais viabilizaria o

reposicionamento diante do outro e, em consequência disto, diante de si mesmo. A proposta assistencial visa a oferta de espaços que promovam a liberdade e a **igualdade** no exercício de seus direitos. Desta forma, a igualdade entre os cidadãos seria um dado relevante para a compreensão de mundo dos textos agrupados nesta categoria.

Neste modelo, o espaço terapêutico deve propor o respeito absoluto às diferenças promovendo a (re)construção da identidade na relação que cada indivíduo estabelece com o outro. Para isso, a autora se refere à duas categorias fundamentais que recorrem nestes textos: a autonomia, vista como a capacidade de se lançar ao espaço social e a cidadania, que é o direito à participação social e o respeito às individualidades.

O segundo modelo apresentado reúne textos que partem de um sujeito psicológico 'dividido'. Há nesta proposta a presença de um "outro-de-si" no interior do próprio sujeito. O tratamento buscaria "harmonizar as duas dimensões do sujeito" (idem, p.110), seja por revelar o "eu profundo", seja por possibilitar a harmonia entre o "eu" da consciência e o "eu" oculto. Não parte de pressupostos psicanalíticos e de inconsciente para fundamentar seu argumento, mas de um sujeito oculto vinculado aos sentimentos e às emoções e quase sempre em oposição ao "eu" da razão. Segundo a autora, alguns trabalhos produzidos referem que a autonomia seria o resultado ou da emergência da parte oculta do "eu", e, neste caso o sujeito estaria apto a estabelecer novos laços redirecionando seu modo de viver. Segundo Leal:

A mesma variação observada para a categoria autonomia pôde ser observada para as categorias cidadania e inserção social. A cidadania e a inserção social tanto podiam ser compreendidas a partir da possibilidade de o sujeito mudar de lugar subjetivo (de um lugar de passividade diante da vida para um lugar de atividade), como a partir da possibilidade de o sujeito se expressar de outra forma num mundo que não estava integralmente contido no seu interior (idem, p. 111).

A expressão livre do "eu" negado, sem que isso entre em conflito com o "eu" manifesto, da consciência, indica a possibilidade de mudança, que tem a "criatividade", a principal ferramenta para esse fluxo de movimentos. Novamente a noção de autonomia ocorre para a constituição da categoria de mundo para esse agrupamento de textos, mas

em um sentido secundário, sendo o mundo, na maioria das vezes, constituído pelo próprio sujeito.

Finalmente, o terceiro modelo reúne textos que advém, peculiarmente, da prática assistencial de Minas Gerais, onde se observa uma interlocução evidente entre os discursos da reforma psiquiátrica e a psicanálise de orientação lacaniana. A psicanálise tem tido o papel de importante no discurso teórico assistencial do campo da reforma, no entanto, a característica do contexto da reforma mineira é que ela se posiciona como o seu principal agente promotor. É característica herdada pelos princípios da reforma psiquiátrica italiana, o rompimento com a clínica, visto por ela de caráter segregador, repetindo o modelo médico. A prática tributária da reforma italiana exclui a clínica por considerar que este ato define a captura política do objeto da assistência pelo saber dos agentes responsáveis pelo cuidado. Este modelo preconizou o isolamento de dois elementos estruturantes do contexto da reforma: a clínica e a política. A proposta explícita na bibliografia produzida pela reforma mineira, segundo Leal, é a articulação entre esses dois campos, preservando a dimensão política da clínica, sem reduzi-la e tomando tal lógica como preceito ético. Nessa lógica, todas as atividades são referenciadas a partir do modelo no qual se privilegia a criação e recriação de novas cadeias de significantes.

A articulação entre a clínica e a política sob a regência da psicanálise tem como consequência direta a oferta de um dispositivo que se obriga à discussão entre o sujeito do inconsciente e o cidadão. A tensão entre esses dois elementos se articula na referência que se faz a um “grande Outro”, jargão lacaniano que define a dimensão do simbólico e da cultura. Desta forma, a articulação entre o sujeito do inconsciente e o cidadão encontra um espaço possível que aponta para a coletividade. Este modelo difere dos anteriores na medida que não busca uma mudança na identidade social do sujeito, embora isso possa ocorrer, assim como não tem como premissa a busca pelo “eu” profundo. Articula as categorias de ‘sujeito do inconsciente’ com a dimensão do social que é atribuído o nome de ‘grande Outro’.

Diante dos três modelos, define-se um universo polissêmico apontado pela autora, de forma que as equipes de saúde mental não se diferenciam desse mosaico de informações, tributárias da tensão existente nesse campo entre ‘singularidade’ e

‘universalidade’. A heterogeneidade nas questões ontológicas e epistemológicas, que definem a assistência e podem ser conflitantes a partir de um ideário monolítico em detrimento das diferenças conceituais. São necessários alguns pontos de interseção para o alinhamento de um discurso tão heterogêneo, para a articulação da assistência.

A desarticulação do discurso da assistência entre os profissionais de saúde mental evidencia-se claramente, o que produz um problema para a atenção. Bonet (2005) afirma que “no campo da saúde, começou a ganhar força a idéia de que para responder à realidade complexa com a qual os profissionais de saúde lidam é necessário o trabalho em equipe” (Bonet, 2005), sendo este, o principal pressuposto para a integralidade das ações em saúde. As lacunas de comunicação ocorrem, seja pelo receio da perda da identidade profissional ou da autonomia, impactando a proposta de integralidade da atenção. Ainda neste argumento, vai além:

Essa ideologia individualista encontrava seu braço operativo no cientificismo empirista, que favoreceu o desenvolvimento da especialização do saber e uma representação da realidade construída segundo o modelo do experimento, ou seja, dissociando as partes e, com isso, perdendo as relações que unem essas partes, perdendo o padrão que as conecta (Bonet, 2005, p. 5).

Paradoxalmente, percebe-se o esforço em atravessar os limites corporativistas de cada profissão em busca de um diálogo que opere uma possível interseção entre os diversos saberes e práticas da saúde mental. Observa-se a tentativa de um discurso hegemônico onde se nota a presença de um rochedo interposto entre o conhecimento técnico e a loucura, evidentemente marcado pela ignorância, pelo não-saber a respeito do objeto. Este campo pode ser traduzido como um frágil e fértil horizonte ético que marca um esforço das equipes para avançar as discussões além dos limites institucionais de cada especialidade, propiciando uma prática centrada no sujeito do cuidado.

O conceito proposto por Ceccim da emergência do “entre-disciplinar”, propõe que os limites de cada especialidade possam se flexibilizar de forma a permitir uma atenção em saúde que parta da coletividade. Trata-se da permeabilidade das fronteiras instituídas das profissões para a construção de discurso e ação com maiores possibilidades criativas.

Sem descartar o conhecimento técnico de cada um, propõe a incursão num campo relacional do desconhecido.

A força corporativa das profissões oferecem segurança aos técnicos da saúde, dificultando a liberdade de circulação no domínio do outro. A própria transformação ética-relacional da equipe, no inseguro terreno de domínio do outro pode propiciar a construção de um espaço de domínio compartilhado. Curiosamente, a proposta que conduz o cuidado com a loucura é exatamente esta: o ideário da reforma da atenção à saúde mental busca o incremento das redes relacionais ultrapassando barreiras discriminatórias e avançar sobre posições estanques e estigmatizadas. Acredita-se que as equipes tem essa crítica, em não repetir o discurso pré-conceituoso da diferença em seu próprio bojo.

Assim, fundamenta-se mais uma vez a idéia de integralidade, agora pela perspectiva das equipes. Segundo Bonet:

Quando percebemos que estávamos torturando à realidade, que os nossos problemas tinham ramificações que iam além dos saberes de uma profissão, surgiu, a necessidade do trabalho em equipe e quando começamos a ver que determinadas características de nossos problemas só podiam ser tratadas nas suas redes de relações surgiu a necessidade de uma perspectiva integral (Bonet, 2005 p.8).

É consensual que a reforma da assistência à saúde mental se dá pela oposição ao modelo biodeterminista, ou seja, que a superação do hospital psiquiátrico deve ocorrer com intervenções que se pautem num modelo humano emergente a partir das relações que estabelecem e não capturado pela dimensão fiscalista, tal como é suposto o homem no paradigma biomédico. A consolidação da reforma no cenário nacional não é indicativo da superação deste modelo, sendo um lugar comum *no âmbito* da reforma e não necessariamente fora dele.

Outro ponto pertinente às ações dos dispositivos da reforma é a aposta na singularidade vista como “o valor capaz de definir as práticas e condutas adotadas tanto quando a ênfase recaia sobre o indivíduo, quanto sobre a cultura” (Leal, 2000 p. 117). Talvez a principal categoria para a direção das políticas públicas quanto ao enfrentamento

da lógica manicomial, seja a discussão sobre a diferença. Visto não haver consenso técnico e teórico nas equipes de saúde mental no que tange às práticas 'psi', resta o discurso heterogêneo que fragilmente aponta para a singularidade, definindo assim, a atenção. As definições de cidadania, reinserção e autonomia não formam um conceito homogêneo de mundo na realidade dos serviços de saúde mental. Resta a aposta consensual na singularidade, vista como respeito às diferenças, e operando no cotidiano das redes assistenciais.

### **3.3 - O Vínculo**

A partir da problematização sobre os agentes responsáveis pelo cuidado, e a lógica da assistência centrada na relação entre as pessoas, outro aspecto relevante é a discussão sobre o vínculo possível entre esses agentes e os loucos, para que se efetive o ideário da reforma psiquiátrica, que é a circulação da loucura na comunidade.

As redes de relação inauguradas a partir do novo paradigma de atenção à loucura produzem necessariamente reflexões individuais e coletivizadas que têm como consequência um reposicionamento de todos os atores envolvidos no contexto, sejam profissionais, pacientes, familiares ou a comunidade envolvida. A que se deve a legitimidade destes profissionais no dia-a-dia da (re)construção do tratamento oferecido aos loucos, se não basta o saber técnico que cada especialidade possui como ferramenta de intervenção? Para se avançar nesta discussão, é preciso evidenciar que o que se produz no espaço social que se construiu com a implantação do CAPS é a criação de novas relações interpessoais onde estão em jogo as subjetividades. Nesse novo espaço relacional, definido pela especificidade da loucura, que se interroga sobre a noção de pessoa no cenário da reforma, ainda imprecisa.

A hipótese de se constatar que a manutenção do tratamento não se dá pela via do sintoma, e sim pela relação interpessoal, pode encontrar respaldo na teoria da magia de Marcel Mauss, sobretudo na construção representativa de 'quem cuida' e de 'quem é cuidado'. Ele postula que a magia é por definição objeto de crença, e a crença depositada nas pessoas que frequentam o CAPS é amálgama das relações postas em ação. Seja no

sujeito mais louco, delirante que busca o CAPS por acreditar que vai torná-lo melhor, o que realmente importa é que ele busque o CAPS. As interpretações que cada paciente faz, por menos plausíveis que sejam, não importam tanto nesta reflexão. Seja o sujeito que diz que vai se tratar, seja o que vai jogar dominó, ou o que procura certo de que é proprietário do CAPS e patrão de todos os trabalhadores de lá, o que é fundamental nesse caso, é que haja um vínculo mediado para além do discurso manifesto que alinhe os atores que compõem este grupo social definido pela função do CAPS.

Esta ligação indizível, implícita e sutil, base de sustentação das relações no CAPS, pode ser entendida pela interpretação relacional através da magia que o texto de Mauss legou. Definidos pela tradição do conhecimento acadêmico, pela experiência que supostamente cada um trás consigo, e levando-se em conta o aspecto corporativo das profissões, os técnicos da unidade estabelecem rituais (bom-dia, oficinas, atendimentos etc) e substâncias (remédios) que se fundamentam não só por seus efeitos diretos tais como a escuta psicanalítica, a intervenção química, ou o aprendizado de uma técnica artesanal, mas também por sua estrutura simbólica, que intervém no sujeito, impelindo-o a um reposicionamento ante os seus próprios recursos também simbólicos. Tais ritos são artifícios lingüísticos, muitas vezes não obedecendo a uma lógica, ao pensamento racional tal como o concebemos, mas lidamos aqui com estruturas inconscientes, que operam com os recursos da linguagem. Relata Mauss:

O mágico é o homem que, por dom, experiência ou revelação, conhece a natureza e as naturezas; sua prática é determinada por seu conhecimento. É aqui que a magia mais se aproxima da ciência. Nesse ponto, inclusive, ela é às vezes muito instruída, quando não verdadeiramente científica (Mauss, 2003).

Mais adiante, quando este autor começa a introduzir a idéia de mana, diz:

É a idéia de uma força da qual a força do mágico, a força do rito, a força do espírito são somente diferentes expressões, conforme os elementos da magia... A idéia de um meio no qual se exercem os poderes em questão. Nesse meio misterioso as coisas não se passam como no mundo dos sentidos. (Mauss, 2003).

E em uma das definições sucintas de mana: “Mana é propriamente o que produz valor das coisas e das pessoas” (Mauss, 2003, p. 143).

Quando o acolhimento se propõe a repensar o modelo da consulta ambulatorial visto tradicionalmente, busca estabelecer uma quebra da lógica do encaminhamento (comumente satirizada na saúde pública como ‘au-au’: **ao** Dr. Fulano, **ao** exame, **ao** secretário de saúde etc). Busca-se alguma ancoragem do sujeito na trajetória errática posta em movimento pela angústia que seu sofrimento lhe trás. O uso deste vínculo mágico produzido neste encontro, na busca por soluções criativas para o sofrimento do usuário determina sua eficácia. Pode-se determinar esse vínculo como mágico pelo fato de haver uma união entre o mágico, a crença do grupo na magia e as representações mágicas. Não se acolhe apenas o que é dito, mas o mana, isto é, a crença na pessoa e em seus ‘procedimentos’, depositado no profissional que acolhe deve ser revertida em favor do usuário, ou seja, torna-se prevalente o que há na relação entre o profissional e o paciente, em detrimento do sintoma explícito. Indo além na discussão sobre mana:

A palavra subentende uma massa de idéias que designaríamos pelas expressões: poder de feiticeiro, qualidade mágica de uma coisa, ser mágico, posse do poder mágico, ser encantado, agir magicamente; ela apresenta reunidas em um único vocábulo uma série de noções cujo parentesco entrevimos, mas que nos eram dadas separadamente e realiza essa confusão que na magia nos pareceu ser fundamental, entre o agente, o rito e as coisas (Mauss 2003 p.138).

Da mesma forma, as oficinas devem ser percebidas não só como um espaço a ser reduzido ao tema que a mesma se dispõe tratar. O ponto de partida para toda assistência à saúde mental atual é a mudança do paradigma hospitalar para o comunitário. O ambiente frenocomial é extremamente empobrecido já que todos os comportamentos são impostos, esvaziando enormemente as possibilidades simbólicas e subjetivas de cada um. O desafio é a oferta de opções onde os usuários possam se reestruturar tendo o seu discurso como eixo de sua subjetividade e singularidade. E que este discurso possa ter legitimidade e direito de expressão, mesmo se manifestado do modo mais louco e fragmentário (onde mais se permitiria essa expressão, se não no CAPS?). A proposta é a abrangência destes

locais que permitam a presença deste vínculo social que é amálgama das estruturas relacionais que constituem os espaços de tratamento fundado pelo CAPS.

Invocou-se o elemento mágico proposto por Mauss, para tentar explicar aquilo que é necessário para o cuidado com a loucura e os loucos. A oferta de uma rede simbólica para esta população não obedece à lógica a que estamos habitualmente referenciados. Não pertence à racionalidade o monopólio desta modalidade de atenção. E cabe à noção de *mana*, no sentido alargado mais tarde por Levi-Strauss (2003), a responsabilidade de complementar o argumento consistente de que a reforma psiquiátrica se dá, via CAPS, constituindo-se como uma rede.

As relações não conscientes existentes entre os indivíduos defendidas por Mauss são argumentadas por Levi-Strauss, no sentido de se constituir um conceito que possa abranger a complexidade das relações, especialmente no CAPS, como é o caso. Sobre *mana*: “[é] força e ação; qualidade e estado; substantivo adjetivo e verbo ao mesmo tempo; abstrata e concreta; onipotente e localizada”. (Levi-Strauss, 2003, p.43).

E pergunta:

é tudo isso ao mesmo tempo; mas não é assim, precisamente, porque ele não é exatamente nada disso? Porque ele é simples forma ou, mais exatamente, símbolo em estado puro, e portanto suscetível de assumir qualquer conteúdo simbólico? (Id.).

Levi-Strauss propõe que a idéia de *mana* pode adquirir qualquer sentido, sendo seu significado indeterminado. Assinala haver uma distância entre significado e significante, sendo *mana* capaz de suprir o desvio entre os dois conceitos. Para ele, *mana* é a idéia de um valor simbólico zero, um significante flutuante. Segundo Bonet: “um significante que assinala a necessidade de um conteúdo simbólico suplementar daquele que já carrega o significado da coisa significada”. Trata-se portanto, de uma ordenação sistêmica, na qual o conceito de *mana* oferece a possibilidade de ordenação entre os elementos. Levi-Strauss amplia ainda mais o conceito, introduzindo o elemento afetivo na composição da cena:

Ele reivindicava, portanto antecipadamente, para esta, todas as descobertas que poderiam ainda ser feitas, naquelas zonas obscuras em que formas mentais de difícil acesso, porque enterradas simultaneamente nos mais remotos confins do

Universo e nos recônditos mais secretos de nosso pensamento, são em geral percebidas apenas refratadas numa confusa auréola de afetividade (Levi-Strauss, 2003, p.44).

A inserção deste conceito marca a diferença do que se propõe a discutir sobre este novo paradigma de atenção à loucura, observada a constituição da totalidade sistêmica definida pela noção de *mana*. Ademais, o vínculo afetivo evidenciado por Levi-Strauss amplia a compreensão das relações com as pessoas e as coisas sob o espectro da loucura. Além da sistematização da cena, a inclusão da afetividade, presente em todas as relações, evidenciado em sua forma obscura por Levi-Strauss, não esgota a discussão sobre as relações propostas pelo CAPS.

### **3.4 A hipertrofia da razão e a atrofia da diferença**

Alguns elementos são relevantes para composição do novo cenário delineado pela inclusão da loucura no espaço social: normatização, racionalidade e conduta civilizada são temas que merecem destaque por fazerem parte, como requisitos básicos, da composição do tecido social. A partir disto, como pensar a loucura pertencente à esse tecido social, dispensando-a desses requisitos, é o que se propõe discutir.

Elias (1993) propõe o processo civilizador definindo que a passagem do feudalismo para a sociedade de corte (substituição do cavaleiro livre pelo cortesão, como tipos ideais) impõe ao homem um tecido social cada vez mais intrincado, de forma que o autocontrole social passa a ser característica fundamental para a manutenção das posições sociais.

A partir de uma rede de relações cada vez mais densas e complexas cabe ao homem se submeter ao controle do superego, conceito que toma emprestado da psicanálise. O autocontrole passa a ser virtude máxima desse modelo civilizado, ao contrário do estilo guerreiro no contexto feudal. A ameaça da violência física, a partir do momento em que se torna monopólio do estado, deixa de modelar as relações sociais. A corporificação das ações, das reações devem ser minimamente postergadas:

exigem que o indivíduo controle incessantemente seus impulsos emocionais momentâneos, tendo em vista os efeitos a longo prazo do comportamento. (Elias, 1993 p. 202).

De forma que: “Parte das tensões que antes eram liberadas diretamente na luta de um homem com outro terá que ser elaborada no interior do ser humano” (Elias, 1993 p. 203).

A complexificação da rede social no modelo de Elias exige do novo indivíduo, uma relação fortemente intensa com o contexto, se comparado ao modelo feudal anterior, de modo que esse indivíduo passa a crescer nessa complexa teia, formando e, principalmente, sendo formado por ela. O processo de autocontrole imposto pelo superego se dá, segundo o autor, desde a infância, de forma que:

Na mesma proporção em que mudam o comportamento e a estrutura da personalidade do indivíduo, muda também sua maneira de encarar os demais. A imagem que ele forma dos outros mais rica em nuances, mais isenta de emoções espontâneas, - ela é, numa palavra, ‘psicologizada’ (Elias, 1993, p. 143).

O controle das condutas, da racionalização do comportamento moral, que o autor define a passagem do indivíduo,, sendo este com menor permeabilidade social, desobrigado do ponto de vista do comportamento interativo, para o indivíduo racionalizado e psicologizado, formado pela relação dialética que estabelece desde os primórdios da primeira infância na qual forma e é formada pelas obrigações sociais. A imposição de uma rede cada vez mais extensa de laços forma uma pessoa que, sem risco de exagero submete-se a este outro social, é formada por ele, é falada por ele, e é pensada por ele. Trata-se de um avanço no paradigma na compreensão humana, evoluindo do momento feudal, do cavaleiro livre, para o homem cortesão, aprisionado numa rede de relações na qual se submete pelas normas psicologizadas de conduta.

Dialogicamente, pode-se enfatizar outro autor que define a questão da pessoa a partir da subjetivação do humano como paradigma do mundo moderno. No artigo em que Mauss (2003) dirige a discussão sobre a noção de pessoa como questão emblemática às ciências sociais, parte de conceitos anteriores seus, assim como toma emprestadas

categorias conceituais de outros autores, como seu tio e mestre, como assim denomina, Durkheim. A partir do estudo desse autor sobre a noção de todo, busca Mauss a compreensão da noção de pessoa, no limite a noção de 'eu'. Produz um itinerário histórico-conceitual-evolutivo no qual busca alicerçar o desenvolvimento da idéia de pessoa começando pela nomeação, na qual usa como elemento principal os índios pueblo no estudo de Frank Hamilton Cushing. A partir deste, o autor se reporta aos povos australianos e o uso da máscara como possibilidade de identificação social. Só então, propõe as civilizações indiana e chinesa como tributárias da noção de persona latina, esta por sua vez estruturante para a noção de “eu” que legamos no mundo moderno. Continuando sua argumentação, Mauss expõe sobre a concepção etimológica de palavra ‘pessoa’ que carrega consigo as significações anteriores, tanto no aspecto nominativo, quanto no aspecto figurativo, assim como introduz também o aspecto jurídico na consolidação desta noção. A partir desse ponto trás o fato moral na composição do conceito de pessoa o que mais tarde, como veremos, incidirá na discussão sobre a individualidade, abordando a consciência (consciência do eu e consciência moral).

Percebe-se aí uma interseção entre os discursos de Mauss e de Elias no sentido que a moralidade aqui pode ser entendida também como consciência moral, consoante com a idéia de superego de Elias, sobretudo quando se insere neste contexto também a influência do direito romano enfatizado por Mauss. Finalmente, ao abordar a unidade legada, principalmente do cristianismo, trazendo a questão do indivíduo e do indivisível é que o autor conclui a respeito da concepção da categoria do eu carregando consigo todos os aspectos anteriores como também o efeito cartesiano da racionalidade compoendo a noção de pessoa. A idéia revolucionária cartesiana ‘penso logo sou’ constitui o que chama das idéias de extensão e pensamento que tributam, por assim dizer, as questões da liberdade e do direito individual. Por seus caminhos, esses autores estabelecem o Eu psicologizado, indivisível, ainda que Elias avance nestas questões estabelecendo que este Eu interiorizado como condição e ponto de partida para as relações de pessoa que se exigem a partir da modernidade.

O ponto da racionalidade e da civilização põe em questão o problema deste trabalho, que tende a se debruçar num objeto – o portador de sofrimento mental – que, tem por característica o fato de tangenciar tanto o pensamento racional tal como o

concebemos, tanto a adaptação a uma vida civilizada imposta, entendendo que estes dois aspectos são elementos centrais na construção da pessoa moderna. A dificuldade esbarra exatamente no fato em que durante estes dois séculos de tratamento psiquiátrico imposto à loucura tentou, repetidamente, torná-la normal. A exigência de uma pessoa racional e civilizada, para que assim pudesse se conceber socialmente exclui a loucura. Penso que repensar o paradigma racionalista cartesiano, e avançar na interlocução com a psicanálise provocada por Elias no sentido da fala de Lacan “penso onde não sou, portanto sou onde não me penso” (Garcia-Roza, 1984, aba) faz avançar a discussão a respeito do que podemos delinear como ‘pessoa’ no contexto da reforma da atenção ao portador de sofrimento mental. O ‘eu’ no caso específico da saúde mental, pode significar não o lugar da verdade e sim o lugar do ocultamento.

O cenário das relações interpessoais que nos mostra Elias, naquilo que concerne à discussão da relação de pessoa, ganha peso neste argumento. Se o ‘eu’ se torna lugar de ocultamento, é exatamente neste aspecto implícito das relações interpessoais que se coloca como possibilidade de avanço nas relações cotidianas do universo da reforma psiquiátrica. Observando-se as relações assimétricas de poder existentes entre os técnicos de determinado serviço de saúde mental e seus usuários, e a desmedida tríade pensamento/ação/discurso do usuário desta modalidade de atenção, encontraria possibilidade de expressão no espaço relacional entre cada uma das subjetividades que compõem o cenário.

Por se pensar a reforma da saúde mental como um mecanismo impulsionador capaz de alçar o louco, sujeito antes segregado, senão a um hospital psiquiátrico, a um isolamento social determinado por seu próprio estigma, forçosamente define-se uma nova discussão na qual se descortina a questão da igualdade social, em primeiro lugar. Com a desconstrução do espaço segregador destinado à loucura a partir da ruína clínica do atual modelo frenocomial, expõe-se a loucura a uma situação nova no que diz respeito à circulação social. As ações do movimento da reforma psiquiátrica convergem para, através da tutela do estado, possibilitar reduzir a desigualdade desta parcela da população com os demais.

Neste ponto, evoca-se o argumento de Dumont (1997) a partir das reflexões que faz a respeito do que chama de idéias cardinais quando debate sobre o indivíduo e a

sociologia: a liberdade e a igualdade. Apoiado num tríplice alicerce teórico no qual dialoga com as idéias de Marx, Rousseau e Tocqueville, tenta desconstruir o ideário, principalmente da igualdade, em nome do princípio da hierarquia, o qual funda, a partir dos seus estudos sobre as castas indianas. Sucintamente, em Marx, Dumont (1997) se apóia na relatividade histórica do valor da liberdade, valor esse inerente ao homem moderno. Também não deixa espaço para dúvidas ao afirmar que o pensamento de Rousseau a respeito desse tema é a inexistência de uma liberdade absoluta, sendo inevitável a desigualdade. Neste sentido, segundo o autor, a liberdade de Rousseau baseia-se na proporcionalidade razoável, aproximando este conceito ao de equidade:

Se a desigualdade é má, ela é, entretanto inevitável em certos domínios. Se a igualdade é boa, ela é antes de tudo um ideal que o homem introduziu na vida política para compensar o fato inelutável da desigualdade (Dumont, 1997, p. 60).

A respeito da interpretação dumontiana sobre a igualdade em Tocqueville, parece caminhar para um destino ainda mais ambíguo na sua “concepção aristocrática da liberdade”, atribuindo a este autor uma confusão sobre “a forma social e o ser ‘natural’ ou universal” compreendendo no texto daquele autor:

[...] o processo de imanentização e de reificação do ideal que caracteriza a mentalidade democrática moderna. **A confusão entre igualdade e identidade instalou-se no nível do senso comum** (grifo meu). Ela permite compreender uma conseqüência séria e inesperada do igualitarismo (Dumont, 1997 p. 64).

E vai além:

essa circunstância permite-nos utilizar Tocqueville em sentido inverso para aperceber, a partir da sociedade igualitária e sem sair de nossa civilização, a sociedade hierárquica (Id.).

Assinalou-se até aqui, a partir dos pressupostos da reforma da atenção à saúde mental, que a discussão deve não somente permear a questão da desigualdade, mas também evidenciar aspectos a respeito da diferença. A pessoa encarnada sob a máscara da loucura tangencia aspectos que lhe são impostos no sentido civilizatório de Elias. A psicologização da pessoa moderna esbarra em características pouco razoáveis quando o

objeto da pesquisa se desvela como o desatino, que foge às regras, por vezes banais, a que são submetidos. A partir daí se inscreve as questões formuladas por Dumont quando se delineia que a loucura possa ser reinserida nas redes interativas trazendo implicações consideráveis não somente por evidenciar sua desigualdade, mas principalmente, por explicitar radicalmente sua diferença.

## Conclusões

O percurso deste trabalho até aqui cuidou de apontar alguns aspectos pelos quais a reforma da atenção ao portador de sofrimento mental toma como pressupostos para ação. O fantasma do hospital psiquiátrico, elemento tão recente na história, que ainda existe e permeia o discurso, seja ele leigo, técnico ou acadêmico ainda alerta para o risco da repetição do modelo. Nolasco finaliza sua dissertação de mestrado com a seguinte advertência:

Desconsiderar ou menosprezar as tensões macro e microsociais próprias aos modos de construção da pessoa e da perturbação é, antes de tudo, um movimento que contribui enormemente para a reprodução das armadilhas históricas de *desqualificação daqueles que não se enquadram nos próprios modos de construção do mundo* o que, no caso da reforma psiquiátrica, poderia ser entendido como um infeliz contra-senso (Nolasco, 2001, p. 191).

O autor procura alertar para as tensões pertinentes à modernização e suas conseqüências na vida social urbana e o fato de que as classes populares (a grande massa que frequenta um CAPS) estão alijadas dos processos de consolidação da modernidade. Aponta para a dissonância entre os discursos “psi” das equipes e aporte cultural das classes trabalhadoras.

Desta forma, é necessário retornar ao século XVIII, sobretudo no eixo estruturante da atenção psiquiátrica de base hospitalar, que é o isolamento. Se pudéssemos reduzir a atenção psiquiátrica do século XVIII até o meados do século XX quando surgiram as primeiras críticas ao modelo hospitalar, seria “é preciso isolar para compreender, compreender para intervir”. Neste sentido, o isolamento seria o principal instrumento de tratamento.

O esforço que tem se envidado para a construção da reforma, conforme já foi dito, tenciona-se também nas relações internas do CAPS, mas com maior investimento (e, portanto maior dificuldade), nas relações comunitárias. Alves e Guljor apontam que algumas premissas básicas são necessárias para este percurso.

A primeira delas é a “liberdade em negação ao isolamento”. A única possibilidade de tratamento possível se ocorre mediante pessoas. Pode-se arriscar dizendo que o que adoece é, exatamente a capacidade do indivíduo se relacionar. No caminho percorrido pelo CAPS de Santos Dumont, a direção foi a de manter e resgatar o maior número possível de vínculos comunitários e familiares para que os usuários pudessem realizar suas escolhas, privilegiando a liberdade e a singularidade. Segundo estes autores “Ao lançar mão do conceito de liberdade, imediatamente nos reportamos ao respeito às diferenças e esse cuidado implica investir na capacidade do sujeito operar suas próprias escolhas” (Alves e Guljor, 2005 p. 227).

Outra premissa que apontam os autores é “a integralidade em negação à seleção”. Neste ponto, importa deslocar o olhar sobre o sujeito, do sintoma para o todo. Sabe-se que o sintoma é provocador de dor e angústia e, portanto, não se trata de negá-lo. Mas que para além deste sintoma há um sujeito que se constitui por toda sua história de vida, suas relações e não deve ser reduzido à sua expressão doente. O CAPS não se constitui como um grande ambulatório e não pretende se posicionar entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório. Trata-se de uma proposta distinta das anteriores na qual a (re)construção e ressignificação da vida e da história de vida de cada um importa muito mais que o diagnóstico e a intervenção tecnicizada.

A definição da direção dos cuidados em saúde mental não é apenas o diagnóstico, mas todos os aspectos da vida do portador de sofrimento mental. Para elaboração de um diagnóstico o exercício que se faz é o de síntese, onde um conjunto de sinais e sintomas agrupados pode se remeter a uma determinada definição, sempre reducionista. Neste ponto, emerge a terceira premissa que é a do “enfrentamento do problema e do risco social (ou da desvantagem) em contraposição ao modelo nosológico, ou seja, diagnóstico”. A sobreposição da desvantagem social sobre as questões de diagnóstico redirecionam o modelo da explicação para a compreensão. Dito de outra forma, o diagnóstico psiquiátrico é uma informação complementar ao cuidado cotidiano no CAPS, não servindo como orientador deste cuidado, “desta forma, o risco social permite uma visão mais ampliada do sujeito, ao considerar a rede onde se insere” (Alves e Guljor, 2005 p. 228).

Finalmente, os autores propõem a sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo. O ideal médico de cura não é aplicado ao modelo de atenção proposto pelo CAPS, não se tratando de restituir a algo ou a uma função com funcionamento inadequado a sua forma original, hígida, ou saudável. A fantasia em se curar as doenças psíquicas, herdada, principalmente da biomedicina, é um ideal totalizante, que busca uma homogeneidade de ações e características, negando, a princípio, a diferença e, no limite, a subjetividade. A oposição entre o direito e a cura, propõe que as pessoas possuem o direito de terem um atendimento que privilegie a sua forma de expressão, mesmo sendo diferente das normas estabelecidas. Trata-se de um movimento gradativo que pretende atribuir valor social aos indivíduos aumentando assim as suas potencialidades para o intercâmbio, ou seja, as contratualidades.

CAPS Dr. Carlos Pereira da Costa tenta se alinhar com a proposta do estado em se posicionar estrategicamente no núcleo da rede assistencial. A garantia de acesso, acolhimento, e o posicionamento de ordenador do tecido comunitário garantem o sucesso do modelo? A busca pelos direitos e autonomia, em suma, pela cidadania dos usuários, produzem alguma garantia para a reversão do modelo excludente da assistência à loucura?

Procurou-se até aqui evidenciar os campos de atuação que exigem deste dispositivo o desafio de reconstruir novas relações e uma nova concepção discursiva a respeito da loucura, na qual se questionam os efeitos deletérios do estigma, da violência, da desvantagem e da menos-valia com relação ao louco.

A proposta da composição de um novo tecido social que vá além da rede oficial de atenção à saúde aponta para o primeiro desafio do CAPS que é a viabilização de novos e a recomposição de antigos laços sociais. O estranhamento desta modalidade de sofrimento tem peculiaridades próprias que transcendem as “doenças do corpo”. A inexistência de causalidade orgânica (em grande parte dos casos) e a modificação da estrutura da personalidade, sendo esta a forma de estar presente no mundo, circunscrevem as doenças mentais em um destino próprio só a elas, onde um dos efeitos mais nocivos é o apartamento de suas relações, até mesmo pelo modelo manicomial que gerou uma cultura excludente. Desta forma, um dos principais desafios do CAPS é o fomento a (re)construção dos laços sociais, estabelecendo interlocução com os mais variados

agentes sociais. Destacou-se isto nas oficinas externas do CAPS, como rádio, futebol, no fomento à Associação Asas de Esperança dentre outras. É um percurso que se tenciona no equilíbrio entre a tutela (no sentido do cuidado) e o fomento que se faz à autonomia e à busca pela cidadania.

Nesse sentido, o ‘projeto’ do CAPS na proposição da construção de um ideário no qual as diferenças possam ser respeitadas, por mais estranhas que pareçam, se delinea ao menos em seu espaço interno. Talvez o arrojo do projeto seja o objetivo de repetir a proposta destas micro relações no espaço da comunidade, interpondo-se simbolicamente entre o hospício e a comunidade. São comuns as discussões na equipe que qualificam o CAPS como um “lugar de passagem”, uma transição. São dois os enfoques que determinam essa assertiva. O primeiro deles, parte de um consenso de que esse dispositivo é passagem porque permite uma transição entre o modelo excludente do hospital psiquiátrico propondo um tratamento de base comunitária, com intervenção na própria comunidade e não a redução psiquiatrizada da loucura. O segundo, mais complexo e menos consensual, propõe que o CAPS seja também uma passagem para cada usuário que acolhe, sendo a permanência indefinida dos pacientes um sinal claro de cronificação.

Outro desafio é o cuidado cotidiano no CAPS. Sua clientela possui, na totalidade dos casos, um sofrimento mental severo e persistente e tal sofrimento exige um trabalho da equipe com relação ao outro (e esse outro peculiar, o louco) que não é simples de ser construído. Trata-se da arquitetura de um modelo relacional que não tem um precedente no qual se possa servir de exemplo. Cada caso é um caso, assim como cada CAPS é único, o que obriga a busca de soluções próprias, criativas e inéditas. Os projetos são e devem ser individuais, sendo necessário tratar o diferente como diferente e não por homogeneidade.

Talvez a tarefa mais complexa dos CAPS, é a proposição de uma nova modalidade dialógica entre trabalhadores, usuários e comunidade, que perpassam toda rotina e todas as atividades deste serviço. Outro fio tênue e tenso de encontra neste ponto: o mesmo serviço ter um caráter instituído de normas e organização e, ao mesmo tempo ter flexibilidade para aceitação do novo e do diferente. Dito de outra forma, as modalidades contratuais deste tipo de serviço devem ter flexibilidade o bastante para

ultrapassar as barreiras dialógicas entre (i) as especialidades inter-pares no que concerne à equipe; (ii) o CAPS e os demais serviços de saúde; (iii) o CAPS e as demais instituições e agentes que formam a rede de cuidado; (iv) familiares e rede de apoio dos usuários; (v) entre os pacientes e todos os atores envolvidos, sendo este, o que se encontra maiores dificuldades. Quanto maior for a rede constituída pelo CAPS, maior serão as disponibilidades de acolhimento para os pacientes, favorecendo seus processos de escolha.

## Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- ALVES, D. e GULJOR, A. “O cuidado em saúde mental” in: PINHEIRO, R. et alli. Rio de Janeiro, Editora Huicitec.
- ALVES, P. e RABELO, M. **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.
- ALVES, P. e RABELO, M. “Significação e metáforas na experiência da enfermidade” in: RABELO, M. et alli. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?** Interface. Comunicação, saúde, educação. v. 6, no 1., p. 117-26. São Paulo. A disposição no sítio Scielo, 2000.
- BIRMAN, J. e COSTA, J. “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária” in: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. AMARANTE, P. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno informativo saúde mental: cuidar em liberdade e promover a cidadania**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria GM no. 336 de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Portaria SNAS no. 224 de 29 de janeiro de 1993
- BRASIL. Lei no. 10216 de 06 de abril de 2001
- BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora Editora da UFJF, 2005.
- BONET, O. “A equipe de saúde como um sistema cibernético”. In: Roseni Pinheiro e Rubem Mattos (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho**

**em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

BONET, O. 2003 **Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção da identidade profissional.** Tese de doutorado. MN – UFRJ

BONET, O. 2004. “Educação em saúde, cuidado e integralidade. De fatos sociais totais e éticas” in: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.(org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Editora Hucitec – Abrasco.

CANESQUI, A. 2003. **Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990.** São Paulo. A disposição no sítio Scielo.

CARRARA, S. “Entre cientistas e bruxos: Ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença” in ALVES, P. e MINAYO, M. **Saúde e doença: um olhar antropológico.**

CARVALHO, E. “A reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental”. Dissertação de mestrado em psicologia social apresentado na UERJ, 2001.

DUARTE, L. F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

DUARTE, L. F. “A outra saúde: Mental, psicossocial ou físico moral?” in: Alves. P. C. e Minayo, M. C. S. **Saúde e doença; Um olhar antropológico.** Editora FIOCRUZ, 1994.

DUARTE, L. F. **Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença.** Ciência & Saúde coletiva, vol 8 no. 1: Rio de Janeiro, 2003.

DUMONT, L. **Homo hierarchicus: O sistema de castas e suas implicações.** São Paulo: EDUSP, 1997.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 1996.

ELIAS, N. **O processo civilizador.** Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1993.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Editora perspectiva, 1978.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro. Editora LTC, 1989.

- GEERTZ, C. **O antropólogo como autor** . Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.
- GEERTZ, C. **O saber local**. Petrópolis. Editora Vozes, 1999.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.
- GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Editora Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1996.
- HERZLICH, C. **A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença**. Revista Physis. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2005.
- LEAL, E. **O campo da reforma psiquiátrica brasileira: noções de “sujeito” e “mundo” presente no discurso dos agentes do cuidado**.
- LEVI-STRAUSS, C. “Introdução à obra de Marcel Mauss” in Mauss, M. **Sociologia e Antropologia**. Rio de Janeiro: Editora Cosac & Naify, 2003.
- LOYOLA, M. **Médicos e curandeiros : conflito social e saúde**. São Paulo: Editora Difel, 1983.
- MAUSS, M. “Esboço de uma teoria geral da magia” in: Mauss, M. **Sociologia e Antropologia**. Rio de Janeiro: Editora Cosac & Naify, 2003.
- MAUSS, M. “Uma categoria do espírito humano: A noção de pessoa, a de Eu” in: Mauss, M. **Sociologia e Antropologia**. Rio de Janeiro: Editora Cosac & Naify, 2003.
- MENEZES, R. 2007. “O retorno do objeto de investigação: dilemas para o pesquisador” Trabalho apresentado na IV reunião de antropologia do Mercosul. Porto Alegre.
- Revista de economia solidária, Projeto Senaes e Fundação do Banco do Brasil.
- RESENDE, H. “Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. in: Tundis, S.A.; Costa, Nilson do Rosário (orgs.) **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**: Editora Vozes, 1997.
- ROTELLI, F. et alli . **Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 1990.
- SOUZA, J. et alli. **Simmel e a modernidade**. Brasília. Editora UNB, 1998.
- TAUSSIG, M. **Um gigante em convulsiones**. Gedisa Editorial.

TEIXEIRA, R. R. “O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações” *in* PINHEIRO, R. *et alli* .**Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963.