

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

Sandra Valéria Borges de Lucena

**A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS
DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: um estudo da Rede de
Atenção Psicossocial**

RECIFE

2015

SANDRA VALÉRIA BORGES DE LUCENA

**A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS
DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: um estudo da Rede de
Atenção Psicossocial**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do grau de Mestra em Direitos Humanos, sob orientação do Prof. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos.

RECIFE

2015

Bibliotecária Maria Valéria Baltar de Abreu Vasconcelos, CRB4-439

L935r Lucena, Sandra Valéria Borges de

A reabilitação psicossocial e a afirmação dos Direitos Humanos da pessoa em sofrimento psíquico: um estudo da Rede de Atenção Psicossocial / Sandra Valéria Borges de Lucena. – Recife: O Autor, 2015.

191 f.: il.

Orientador: Gustavo Gomes da Costa Santos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Direitos Humanos, 2015.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Direitos humanos. 2. Política de saúde mental. 3. Saúde mental - Reabilitação. 4. Assistência em hospitais psiquiátricos. I. Santos, Gustavo Gomes da Costa (Orientador). II. Título.

341.48 CDD (22.ed.)

UFPE (CAC 2015-172)

SANDRA VALÉRIA BORGES DE LUCENA

**A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E A AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS
DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: um estudo da Rede de Atenção
Psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção de Mestre em Direitos Humanos, em 07/08/2015.

DISSERTAÇÃO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos

Orientador - Presidente – PPGDH/UFPE

Prof.^a Dr.^a Jaciara Josefa Gomes

1^a Examinadora Interna – PPGDH/UFPE

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Gomes de Lucena

2^a Examinadora Externa – PPGDH/UFPE

**Recife – PE
2015**

À Aurélia Lima (*in memoriam*), amiga de existência tão intensa e singular. Em sua convivência, aprendi, desde a adolescência, lições de respeito e solidariedade pelos diferentes caminhos de se fazer humano neste mundo.

AGRADECIMENTOS

À vida, palco das minhas inquietações e liberdade, cenário das minhas desconstruções dialeticamente correspondentes à minha (im)permanência humana.

Aos meus pais, por muitas vezes não compreenderem minhas longas ausências, mas por me apoiarem, amorosamente, nas minhas decisões.

Ao CAPS Espaço Azul, espaço em que acolho o sofrimento do Outro e questiono paradigmas; lugar em que realizo minhas interseções práticas e teóricas e me desfaço das (in)certezas e convicções.

Ao PPGDH, pela experiência tão pluridimensional de convivência e aprendizados. Lugar de acolhida aos diversos saberes, nem sempre consensuais, mas portadores da esperança de um mundo mais acolhedor às diferenças.

Ao Prof. Gustavo Gomes, meu orientador, por acolher o convite e trilhar comigo por este caminho tão desafiador, que é a Saúde Mental. Todo o meu respeito e admiração por sua inesgotável capacidade docente e humana em construir comigo essa pesquisa.

À Prof.^a Fátima Lucena, por professar, com sensibilidade e compromisso ético, um mundo mais justo e humano através do seu trabalho e de sua pesquisa. Obrigada por inspirar a mim e a tantas outras mulheres a ocuparmos corajosamente os espaços sociais que nos foram cerceados historicamente.

À Prof.^a Jaciara, por sua colaboração com todo o desenvolvimento desta pesquisa, desde a qualificação do projeto ao término desse trabalho. Obrigada por aceitar o desafio!

À Prof.^a Virgínia Leal, pela admiração que cresce em mim, por compreender, através do seu trabalho e do seu brilho no olhar, a incansável dedicação ao exercício docente e à defesa dos direitos humanos – lugar que me inspira a seguir adiante.

À Prof.^a Maria José Luna, por transformar a sala de aula em palco de encontros, descobertas, contradições e oportunidades para o diálogo – condição precípua para se compreender o humano em sua plenitude.

À Karla Monteiro, por receber com delicadeza e competência nossas demandas administrativas, transformando os fardos burocráticos em generoso acolhimento.

Aos colegas de turma, por ter aprendido com cada um, com cada uma, as expressões de singularidade que nos tornam tão diversos em nossas existências quanto semelhantes quando nos dispomos a compreender e integrar o mundo através dos diferentes saberes e experiências.

Vivemos, aprendemos, por vezes, estranhamo-nos; por fim, reconhecemo-nos “humanos, demasiado humanos”.

A Fernando Cardoso, pela delicadeza de sua amizade e de sua generosidade do coração; pelo apoio incondicional que recebi de você nos momentos mais tensos e difíceis dessa jornada. Minha profunda gratidão ao seu saber desprovido de vaidades e por sua presença, que sempre me envolve de confiança e alegria.

À Kalline Lira, por sua ousadia e generosidade que têm alma sertaneja; com você, aprendi a não temer o imprevisto, o inusitado; a seguir adiante em meio aos percalços e desafios. Muito grata, amiga, por sua inesgotável paciência e parceria.

À Gabriela Cavalcanti, por sua inteligência, irreverência e doçura!

A Paulo Valfredo, por me trazer tantos sorrisos e alegria naquelas horas em que o coração quase dava um nó.

À Patrícia Guarani, de quem aprendi a gostar devagarzinho... Hoje gosto tanto, tanto! Você é uma guerreira linda, que impulsionou minha coragem com lições de sabedoria e resiliência.

À Edjane Maria, por contar com sua amizade ao longo de todos esses anos, por abrir as portas de sua casa e de seu coração para acolher meu cansaço e impulsionar, com lições de coragem e determinação, a chegar ao final de mais um ciclo da vida.

À Fernanda Guerra, a Waldir Batista, à Danielly Barros e à Stephanie Scanone, por todo o incentivo e crença na minha capacidade de trilhar esse caminho.

À Célia Galvão, pela amizade que temos construído ao longo desses dez anos de saúde mental, por todo aprendizado sensível e humano que compartilhamos nas nossas conversas, digressões, leituras e, principalmente, pelo compromisso ético que divide comigo nas nossas ações profissionais.

À Irinéa Guilhermino, amiga, companheira solidária e sensível em todo o percurso dessa pesquisa. Com você, dividi angústias, dúvidas, descobertas. Divido agora a alegria de concluir este trabalho.

À Carmenes Tavares, amiga, irmã, comadre, que soube, corajosamente, transpor sua experiência de dor para me encorajar a chegar ao término desta pesquisa.

À Marcela Lucena, pela simplicidade com que partilhou comigo saberes e fazeres – tão necessários no início desta empreitada.

À Regina Lucena, por participar e me apoiar nos momentos mais significativos dessa trajetória, desde o processo de seleção à tessitura desta dissertação.

A Lauro Borges, o Benevides, por inspirar em mim a coragem de estar sempre revendo meus paradigmas. Minha gratidão por todo o aprendizado.

A Gabriel Lucena, pela disponibilidade e pelo compromisso ético em colaborar com a transcrição dos dados dessa pesquisa.

“Acreditar no mundo é o que nos falta: nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volumes reduzidos [...]. É no nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão ao um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo”.

Gilles Deleuze

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira em curso tem protagonizado um dos mais importantes movimentos de denúncia e ruptura com a violência praticada no interior das instituições psiquiátricas do país. Lutas sociais marcaram as pautas de reivindicação do movimento pela democratização e universalização das políticas de saúde, em contraposição a um regime civil-militar que ordenava, por meio de prisões, tortura e mortes o Estado brasileiro. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o movimento da Reforma Psiquiátrica introduziu, no campo da saúde mental, o debate sobre as violações aos direitos humanos da pessoa com transtorno psíquico e a segregação de sua existência social. A experiência brasileira recebeu influências do modelo italiano reconhecido como Psiquiatria Democrática e contou com a participação dos trabalhadores em saúde mental, denunciando práticas deploráveis na assistência em saúde mental e condições desumanas no tratamento aos pacientes. O fortalecimento do movimento de denúncia à violência institucional e à mercantilização da loucura passa a reunir pacientes de longa internação, além de familiares, e se amplia em direção à restituição da dignidade e da liberdade daqueles em sofrimento psíquico. É nesse contexto que a Lei nº10.216/2001 constitui-se como marco de garantias de direitos e de proteção aos que sofrem psicologicamente, formalizando a reorientação do modelo de assistência em saúde mental organizado em rede de base comunitária. O objetivo desse estudo é analisar as estratégias de organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) implementadas no Distrito Sanitário III/microrregião 3.3, na Região Metropolitana do Recife (PE). O foco da investigação será entender se as respostas articuladas em nível local para superação da violência asilar e para afirmação dos direitos humanos contribuem para o provimento de respeito e de cuidado nos serviços de saúde, na ênfase aos recursos pessoais, em detrimento da excessiva medicalização, da articulação do sujeito com suas redes informais (vizinhança, amigos, instituições comunitárias), da restituição dos laços familiares e de seu poder contratual nos espaços onde circulam pessoas e mercadorias. No estudo proposto, analisaremos o ordenamento de assistência em saúde mental e os seus principais componentes, conforme Portaria nº 3.088/2011, com enfoque qualitativo. Como método procedimental, optou-se pelo Estudo de Caso, selecionando, como sujeitos da pesquisa, usuários/as e familiares, utilizando-se para a coleta de dados entrevistas semiestruturadas.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Reabilitação Psicossocial. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The ongoing Brazilian Psychiatric Reform has played a major role in denouncing and breaking with the violence within the psychiatric institutions in the country. Social struggles have marked the agenda of claims from the movement for the democratization and universalization of health policies, in contrast with the civil-military regime, which ruled the Brazilian State by means of prisons, torture and deaths. Although contemporary to the Sanitary Reform, the Psychiatric Reform movement has introduced the debate about the violation of the human rights of the individual with mental disorder and his social existence segregation. The Brazilian experience has been influenced by the Italian model recognized as Democratic Psychiatry and has counted on the participation of those who work with mental health by denouncing deplorable practices in mental health care and inhumane conditions in the treatment of patients. Strengthening the movement to denounce institutional violence and the commercialization of madness begins to bring long-hospitalized patients and their families together, growing towards restoring dignity and freedom to those in psychological distress. In such context, Law n° 10.216/2001 is a milestone of guarantee of rights and protection to those who suffer psychically, formalizing the reorientation of the mental health care organized into a community-based network. The aim of this study is to analyze the organization strategies of the Psychosocial Attention Network (RAPS) implemented in Sanitary District III/micro region 3.3 in Recife's Metropolitan Region (RMR). The focus of the investigation is to understand whether the answers articulated at local level to overcome asylum violence and to reassert human rights contribute to providing respect and care in healthcare services by emphasizing individual resources at the expense of over-medication, of the individual's articulation with his informal networks (neighborhood, friends, community institutions), of the restitution of family ties and of the contractual power in the areas where people and goods circulate. In the proposed study, the mental health framework and its main components are analyzed according to Ordinance n° 3.088/2011, following a qualitative approach. As for the procedure, the Case Study method was chosen, users and their families being selected as subjects and semi-structured interviews being used for data collection.

Keywords: Human Rights. Psychosocial Rehabilitation. Psychosocial Attention Network.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CID	Código Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DSIII	Distrito Sanitário III
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
HEP	Hospital Evangélico de Pernambuco
HUP	Hospital Ulisses Pernambucano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RMR	Região Metropolitana do Recife
RPAs	Regiões Político-Administrativas
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SEP	Serviço de Emergência Psiquiátrica
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
ZEIS	Zona Especial de Interesse Social
ZEPA	Zona Especial de Preservação Ambiental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFORMA PSQUIÁTRICA: CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS E CONTEMPORÂNEAS	24
2.1	Desrazão, diferença, doença mental – a construção de um objeto	24
2.2	Loucura: a ideia que a define é a mesma que a legitima	27
2.2.1	Sociedade Industrial: afirmação do trabalho como valor moral e a inutilidade dos excluídos 30	
2.2.2	O nascimento do hospício: absolutização do poder/saber psiquiátrico	31
2.3	A contemporaneidade das reformas: entre o asilo e o saber psiquiátrico	34
2.3.1	Críticas à estrutura asilar: a “psiquiatria reformada”	36
2.3.2	Comunidade Terapêutica	37
2.3.3	Psicoterapia Institucional	38
2.3.4	Psiquiatria de Setor	39
2.3.5	Psiquiatria Preventiva	40
2.3.6	A Antipsiquiatria.....	41
2.3.7	Psiquiatria Democrática	42
2.4	Da Itália ao Brasil: experiências iniciais acerca da Reforma Psiquiátrica	44
2.4.1	Brasil: trajetórias da Reforma Psiquiátrica	45
2.4.2	Reforma Sanitária: coalizão de forças sociais na construção de um projeto coletivo de saúde	48
2.4.3	Articulação Nacional de Luta Antimanicomial: em foco, os movimentos sociais	50
2.4.4	Desinstitucionalizar: o ritmo da Reforma Psiquiátrica	53
3	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DE DIREITOS HUMANOS	57
3.1	Reabilitação psicossocial – origem, contrassenso e reconstruções na experiência da reforma psiquiátrica brasileira	58
3.2	As dimensões ética e política da reabilitação psicossocial – a desinstitucionalização	60
3.3	A Reabilitação Psicossocial como instrumento de promoção dos direitos humanos	62
3.4	A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como locus do cuidado, proteção e afirmação dos direitos humanos.	64

3.5	Redes sociais – recursos de promoção da saúde	69
3.6	O protagonismo das famílias em defesa dos direitos humanos	71
3.7	Reabilitação Psicossocial – “restituição, construção e reconstrução de direitos políticos e sociais”	75
4	FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	80
4.1	O objeto de pesquisa e seu campo de delimitação	80
4.1.1	O campo de estudo e sua RAPS.....	82
4.1.2	Delineamento da pesquisa.....	86
4.1.3	Instrumento de coleta de dados.....	87
4.1.4	Os sujeitos da Pesquisa	88
4.1.5	CrITÉrios para escolha dos sujeitos da pesquisa	90
4.2	Análise de Dados	91
4.3	Aspectos Éticos	92
5	A RAPS: SUPERANDO O MANICÔMIO?	94
5.1	Descrição da amostra da pesquisa	95
5.2	Análise de conteúdo e tratamento dos dados	101
5.2.1	Categoria Analítica 1: A RAPS e as intervenções na crise – ruptura com o paradigma manicomial.....	103
5.2.2	Categoria Analítica 2: A RAPS e sua gestão psicossocial – suas principais características	
	110	
6	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DIREITOS HUMANOS – OS ITINERÁRIOS DA RAPS	126
6.1	Categoria Analítica 3: Reabilitação Psicossocial e o Projeto Terapêutico Singular (PTS)	129
6.2	Categoria Analítica 4: Reabilitar para os direitos humanos	152
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
	REFERÊNCIAS	175
	APÊNDICE A	184
	APÊNDICE B	186
	ANEXO A	188
	ANEXO B	189
	ANEXO C	190

1 INTRODUÇÃO

O tema dos direitos humanos nos convida a refletir sobre a transversalidade com que atravessam as diferentes esferas de existência dessas, que foram historicamente sequestradas do prioritário direito à vida – as pessoas acometidas por transtornos mentais. Sob o paradigma fundado na exclusão/segregação, essa população foi submetida, ao longo de quase dois séculos, aos tratamentos mais degradantes e violadores que se possam ofertar em nome de um suposto tratamento para o sofrimento psíquico – o manicômio. Nesse lugar reservado à reprodução da doença, as singularidades se apagavam em esquemas institucionalizantes que ditavam normas, disciplinavam corpos e subtraíam palavras, que perdiam sentidos e significados, cerceadas por espaços restritivos, desligadas da vida que se projetava lá fora.

A “loucura perigosa”, que nos registros históricos tão recentes do Ocidente foi concebida como doença mental (FOUCAULT, 1984), atravessa a própria história da humanidade como extensões e variações de épocas. Surge explicitamente integrada ao cenário cultural Ocidental, punida por dogmas cristãos e recolhida junto a uma multiplicidade de diferentes prescritos pela ordem moral que a sociedade balizava como inúteis ao convívio social e à produção de bens que deviam gerar o acúmulo de riquezas.

Há, nessa complexa produção de um objeto isolado como patologia mental, a construção de uma ideologia psiquiátrica, que realiza no ser humano a ruptura com suas dimensões éticas, subjetivas e materiais. O manicômio, “lugar desumano e antiterapêutico”, representa essa intrínseca disposição para o abrigo seguro de uma verdade hegemônica, incontestável pela ciência – a produção da “desertificação dos sentidos, porque no deserto nada cresce” (SARACENO, 1999, p. 69).

Homens, mulheres e crianças foram destinados/as a esse deserto. Suas “patologias” seriam histórias que marcaram, irremediavelmente, a vida dos que ingressaram no hospital psiquiátrico por alcoolismo, epilepsia, prostituição, homossexualidade, insubordinação política, gravidez precoce, violência sexual, timidez, entre outras condutas humanas descritas como anomalias para a medicina psiquiátrica. As identidades eram sequestradas, a nudez era padrão, a fome e os eletrochoques produziam mortes e invisibilidade (ARBEX, 2013).

A interdição da subjetividade isolou seres humanos, retirando-os dos seus contextos sociais, rompendo laços familiares, afigurando-os às mazelas sociais condenadas pela ordem

moral e social. O parentesco com as culpas morais construiu para o sujeito em sofrimento psíquico o lugar da estranheza social e da exclusão (FOUCAULT, 1984).

A experiência brasileira de reforma psiquiátrica se destacou, nacionalmente, por marcar a transição do modelo hegemônico psiquiátrico para a introdução da Saúde Mental no sistema geral de saúde do país. No auge de um contexto reformista – em que a concepção ampliada de saúde (saúde como direito de cidadania e dever do Estado) promoveu profundas transformações na reorganização da assistência em saúde e no processo de participação popular –, acontecimentos importantes colocaram em pauta o tema da saúde mental como direito humano no debate do Brasil. Eventos como a 8ª Conferência Nacional de Saúde¹ e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental² foram determinantes para a inclusão do campo da saúde mental no novo ordenamento social e político do país (AMARANTE, 1995).

O reordenamento da política de saúde mental no Brasil, nos anos de 1980 e 1990, tinha como objetivo articular o princípio doutrinário da Constituição brasileira de 1988 – que, em seu art. 5º, institui grande parte dos Direitos Humanos Fundamentais, entre eles, direitos individuais e coletivos e garantias fundamentais – com as demandas apresentadas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que reúne pacientes das instituições psiquiátricas e seus familiares como protagonistas das manifestações e denúncias contrárias à violência institucionalizada do hospital psiquiátrico.

O movimento que se originou no bojo da luta dos trabalhadores em saúde mental, que conjugava reivindicações trabalhistas e recusa às práticas de exclusão e violência asilar na assistência psiquiátrica, pactuava com esses atores o compromisso que avançava para a desconstrução do modelo hegemônico asilar, ultrapassando o campo conceitual para lutar por novas práticas e modalidades de assistência em saúde mental.

Ao final do ano de 1988, já estava em curso a Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada na experiência italiana e reafirmada pelos diversos Encontros e Congressos ocorridos no Brasil, com apoio da sociedade civil e de organismos internacionais que

¹ Realizada de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília/DF, seu tema central foi: “democracia e saúde”. O evento contou com a participação de cerca de 4.000 pessoas, constituindo-se como marco histórico-conceitual do sistema de saúde brasileiro, promovendo a inserção da sociedade civil nos processos de formação das políticas de saúde e articulando a realização de diversas conferências específicas no país, entre as quais a Conferência Nacional de Saúde Mental. Seu relatório final se transformou em pilar fundamental da proposta da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <www.ebah.com.br/.../as-12-conferencia-nacionais-saude>. Acesso em: 22 dez. 2014.

² O II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru/SP, em 1987, foi um marco decisivo para a constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que tem como objetivo o fim dos hospitais psiquiátricos e de sua assistência ultrapassada, excludente e violenta. Sua proposta era a criação de serviços substitutivos em saúde mental (AMARANTE, 1995).

apoiavam a luta no campo jurídico-político e pela extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

Em 2001, com a aprovação da Lei Federal nº 10.216³, estava posto o desafio para toda a sociedade brasileira: os direitos dos sofredores psíquicos estavam regulamentados e os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico seriam organizados em rede e implementados em base comunitária, operados por equipes interdisciplinares e com vistas à promoção e à ampliação da cidadania desses sujeitos em seus contextos familiar e social.

A luta pela Reforma Psiquiátrica não se encerra na concretização dos dispositivos de saúde mental substitutivos à lógica excludente e estigmatizante dos manicômios; ela deve se construir continuamente nas garantias e na ampliação dos direitos civis e sociais previstos na Lei nº 8080/90⁴, que instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2010), que devem ser assegurados igualmente, evidenciando educação, saúde, trabalho, lazer, moradia, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência social.

O tensionamento resultante das políticas neoliberais e da reestruturação do capital financeiro, com rebatimentos na regressão dos direitos sociais adquiridos pelas classes subalternas, e a expansão da economia de mercado são concomitantes à democratização das políticas públicas do país e incompatíveis com o aprofundamento que se exige dos direitos humanos. A universalidade das ações governamentais públicas vai, paulatinamente, sendo substituída pela privatização dos serviços, pautados por critérios de seletividade no atendimento às demandas sociais (IAMAMOTO, 2007).

A precarização na oferta de ações e serviços e o desmonte progressivo do Estado, com medidas de terceirização e privatização dos serviços sociais, repercutindo em experiências do SUS de caráter desigual e descontínuo por todo o território nacional, reafirmam a adesão do plano governamental ao ideário neoliberal, em dissonância com os princípios constitucionais reafirmados no Sistema Único de Saúde (ROSA, 2003).

Para o universo em que estão construídas as políticas de saúde mental, nos territórios onde a circulação social dos usuários/as acontece, há desafios incomensuráveis a serem enfrentados nas dimensões macro e micro do cotidiano das populações, tanto na perspectiva de efetivação dos direitos quanto nas respostas às necessidades demandadas por esses direitos

³ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

⁴ Sancionada em 19 de setembro de 1990, instituiu o SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados pelos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Ressalte-se que iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. Disponível em: <www.portaleducacao.com.br>. Acesso em: 22 dez. 2014.

– sua inserção social, sua assistência e as conexões culturais e socioeconômicas das regiões de saúde. Isso resulta em uma situação na qual as populações mais excluídas na perspectiva de acesso a bens sociais e serviços públicos são aquelas mais violadas em seus direitos humanos (RECIFE, 2005; CAVALCANTI; LYRA; AVELINO, 2008).

Saraceno (1999) aponta, em vários estudos, que há evidências de uma relação entre o empobrecimento psico-sócio-afetivo e a cronificação dos pacientes com história de sofrimento psíquico, correlacionadas com um conjunto de variáveis ligadas aos contextos da vida familiar e comunitária e que não são intrinsecamente atribuíveis à doença.

Considerando os recursos de reabilitação psicossociais concebidos a partir das reflexões de Saraceno (1999) e propostos no modelo da Rede de Atenção Psicossocial implantado na cidade do Recife, coube-nos a preocupação de investigar as estratégias de ações reabilitadoras que estão articuladas com esses pressupostos e implicadas na reconstrução da cidadania e na (re)afirmação dos direitos humanos – inovadores, porque ocultados secularmente no intramuros dos manicômios e sob uma perspectiva ético-política que se funda em um aparato de base territorial e comunitária.

O interesse em pesquisar o modelo de atenção à saúde mental de base territorial, preconizado pela Lei Federal 10.216/2001 e referendada na Portaria nº 3.088/2011⁵, surgiu a partir da minha inserção como profissional com formação em Serviço Social na equipe interdisciplinar de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ⁶, localizado na zona norte da Região Metropolitana do Recife (RMR). A atuação neste dispositivo de saúde mental requereu meu comprometimento com os princípios éticos da profissão, que afirmam a defesa intransigente dos direitos de cada usuário das políticas e dos serviços sociais, em interseção com a liberdade, a equidade e a democracia. Ademais, minha inclusão na pós-graduação em Direitos humanos suplementa, assim, minha qualificação, aportando conhecimentos que articulam valores ético-políticos com a promoção dos direitos humanos nos mais diferentes contextos do campo da saúde mental – que, em seu novo ordenamento, preconiza a erradicação de toda forma de violação e tratamentos degradantes aos sujeitos em sofrimento psíquico.

⁵ Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

⁶ Os CAPS têm a missão de dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes em um dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico evitando internações e favorecendo o exercício de cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Em contraposição ao modelo hegemônico que prevalecia na rede hospitalar psiquiátrica pública e privada até os anos 1980, observa-se a expansão e a consolidação de uma rede de atenção psicossocial para o atendimento das pessoas com transtornos psíquicos de acordo com as ações e normatizações do Ministério da Saúde. Com isso, privilegiou-se uma rede pública, formada essencialmente por serviços extra-hospitalares, com ações circunscritas a territórios definidos por seus aspectos geográficos, culturais e socioeconômicos.

O CAPS, como dispositivo estratégico para a progressiva desinstitucionalização do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico (pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, pessoas em situações agudas e persistentes de crises psíquicas e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, em todas as faixas etárias), passou a se constituir como principal operador de resolutividade⁷ das demandas advindas de sua específica base comunitária e das interseções que deve realizar como serviço aberto territorial de atenção diária.

Estar inserida como profissional neste componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) me trouxe alguns desafios: realizar um trabalho com caráter interdisciplinar, o que significava promover um diálogo com outras disciplinas com o objetivo de ofertar um cuidado integral aos usuários; e reconhecer a complexidade e a diversidade desta rede, que se implementava cotidianamente entre os pontos de atenção⁸ e a vida da população, entremeada por suas particularidades relacionadas à cultura, às formas de organização, à comunicação e aos valores sociais.

A dinâmica do trabalho na Rede traduzia um esforço permanente de diálogo com as equipes de Atenção Básica⁹, importante articulador da RAPS, operacionalizando, através do cuidado centrado na família, um olhar para os sujeitos na perspectiva da integralidade, nas ações territorializadas, com vistas à superação do manicômio como centro do cuidado daqueles em sofrimento psíquico.

⁷ “Resolutividade corresponde a um dos princípios norteadores de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), [...] como fundamento de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipal, objetivando garantir a integralidade da assistência e acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2002).

⁸ Serviços de saúde componentes da Rede de Atenção Psicossocial, articulados, de base comunitária, que atuam na perspectiva territorial, adequando-se às necessidades dos/as usuários/as e seus/suas familiares (BRASIL, 2011).

⁹ A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

As ações conjuntas (interequipes de saúde) que realizávamos nas áreas de cobertura de nossa responsabilidade sanitária nos colocavam face às emergências das crises psíquicas que agora se manifestavam a céu aberto na comunidade, mediadas por uma base social injusta – lugares marcados pela pobreza e pelo acesso precário a bens públicos e sociais, marcadamente, os que se referem à educação, renda e habitabilidade.

Naquele espaço delimitado geograficamente, as respostas terapêuticas tinham que lidar com uma paradoxal inquietação: implementar uma rede de cuidados e também a sua capacidade de desenvolver ações de saúde em um espaço social mais amplo, tendo como cenário de nossas intervenções a perversa exclusão social destas pessoas.

A experiência do sofrimento psíquico nunca se apresentava dissociada da existência social e, nos registros de visitas ao campo, figuravam histórias inacabadas, imprecisas, permeadas pela não concretização de projetos terapêuticos singulares (PTS)¹⁰, *a priori*, elaborados a partir de sintomas psíquicos e suas prescrições medicamentosas.

Assim, o cotidiano do CAPS se inscreve na micropolítica dos serviços tecidos por uma rede que deve propor continuamente a ruptura com a segregação asilar, em interlocução com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que privilegiam um modelo horizontalizado nos atos de saúde, primando por princípios de descentralização, diálogo e participação da população por meio de escutas em um território mais vasto – para além dos muros das instituições hospitalares –, revelando, contudo, as tensões que emergem de uma nova “contratualidade”¹¹ desses sujeitos em inter-relação com as diferentes esferas da vida.

A existência de uma rede de saúde mental comunitária, concretizada por seus pontos de atenção, e minha participação na composição de uma das equipes cuidadoras me permitiram adentrar aos territórios das comunidades e observar suas peculiaridades expressas em suas configurações físico-sociais, as diferenças produzidas pelo quadro socioeconômico que se consolidou ao longo da história da cidade e o lugar destinado, nos espaços sociais, aos que sofrem psiquicamente.

Não distante das práticas impetradas nos séculos XVIII e XIX, em que a ordem médica prescrevia a deserção social para os “associais” e “insanos”, não era incomum

¹⁰ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2007).

¹¹ O termo contratualidade tem sido utilizado no campo da saúde mental como concepção de reabilitação psicossocial (SARACENO, 1999) ou como processo de restituir à pessoa com transtorno psíquico a condição cidadã que lhe assegure participar de trocas sociais e a ampliação de sua autonomia através de experimentações que modifiquem suas reais condições de vida, além de enriquecer sua subjetividade (KINOSHITA, 1996).

encontrar, na minha experiência profissional: pessoas encarceradas em seus domicílios porque o diagnóstico médico coincidia com seu grau de “periculosidade”; muitas famílias que ainda optavam pelo internamento psiquiátrico, declarando-se sobrecarregadas pela imprevisibilidade e pela violência com que se manifestam as crises psíquicas de seus parentes; e o acirramento da questão das drogas, sendo arbitradas pela exclusão e por medidas violentas e autoritárias, subvertendo os princípios da Reforma Psiquiátrica, que postula o enfrentamento a toda forma de opressão, crueldade e fragilidades que ameacem e violem os direitos humanos.

A experiência que será objeto desta pesquisa está circunscrita ao bairro de Casa Amarela, na cidade do Recife, que, nos anos de 1970 e 1980, protagonizou movimentos sociais importantes no que se refere às formas de organização coletiva e às conquistas sociais. Não obstante, na atualidade, convergem nesse/a território/área aspectos de uma urbanização desenfreada, guiada unicamente pelo mercado imobiliário, que tem como substratos o imperativo econômico, o desvalor histórico e cultural das ações coletivas e a manutenção de um dos maiores hospitais psiquiátricos da cidade – o qual funciona como porta de emergência à crise psíquica, contrariando o que prevê a legislação no que tange à sua extinção, consoante a expansão progressiva da rede substitutiva ao modelo asilar.

Na minha trajetória nesse campo da saúde mental, interrogava-me sempre, a cada visita ao território, a cada intervenção junto aos sujeitos em crise psíquica, se esta lógica territorializada e desospitalocêntrica de cuidado poderia interferir no cerne da vida social desses sujeitos em seus contextos de vida, produzir subjetividades em detrimento do apagamento das diferenças (antes confinadas, agora medicalizadas).

Este desafio está posto na construção de uma rede de saúde mental comunitária, que deve se contrapor ao manicômio, substituindo-o por ofertas importantes que se entrecruzam na garantia de acesso a serviços territorializados, abertos e disponíveis ao público; na responsabilização/singularização do cuidado em serviços de referência para os/as usuários/as e familiares; na cidadania efetivada pela capacidade de exercer direitos, de protestá-los ou de discordar do que está sendo proposto e, antes, de possuir uma rede gestora e protetora de direitos, que não selecione seu alcance categorizando a diferença, mas socializando um saber/fazer transformador para usuários/as, familiares, profissionais e território.

Desta forma, os pressupostos contidos no novo ordenamento de saúde mental, que surge em oposição às práticas totalitárias e violadoras, próprias das antigas instituições psiquiátricas, consistem na ressignificação do que se constitui o humano na experiência da loucura no contexto de regimes democráticos, tensionados permanentemente pela promoção

de direitos humanos e pelas práticas tradicionais de assistência à saúde mental, que ainda persistem em formas tão sutis quanto aviltantes de segregação.

Reafirmar o direito dos/as usuários/as à convivência sócio-familiar a um tratamento digno e singular e à livre circulação no território onde sua vida acontece, realizando trocas sociais nas mais diferentes propostas de uma convivência cidadã, repercute os princípios formulados e garantidos juridicamente nas principais legislações que aludem à saúde mental, tomando as ações em rede como diretrizes no combate à discriminação e ao preconceito de qualquer espécie.

Nesta perspectiva, buscamos respostas à seguinte questão de pesquisa: *de que forma as estratégias de reabilitação psicossocial construídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contribuem para superação do modelo psiquiátrico asilar e para afirmação dos Direitos Humanos da pessoa em sofrimento psíquico?*

A partir da contribuição da literatura de referência no campo das ciências sociais e da saúde mental, propomo-nos a alcançar os objetivos desse estudo, optando por uma abordagem exploratória com enfoque qualitativo, o que nos permitirá adentrar no campo de investigação empírica, ampliando o conhecimento acerca do fenômeno a ser estudado com novas leituras ou remodelagens conceituais.

A pesquisa foi desenvolvida no Distrito Sanitário III, com delimitação do campo na microrregião 3.3, em Recife, Pernambuco, com treze sujeitos, assim selecionados: sete usuários/as que frequentam os pontos de atenção da RAPS e seis familiares que acompanham seus parentes nos itinerários de cuidados da rede de saúde mental. Para obtenção dos dados, selecionamos a técnica de *entrevistas semiestruturadas*, a fim de apreender as percepções dessas pessoas quanto às mudanças implementadas pelo novo modelo, sendo, operacionalmente, gravadas, observando-se o anonimato das informações e sendo realizadas, individualmente, nos espaços dos pontos de atenção onde os sujeitos costumam receber atendimento pelas equipes profissionais de referência.

A seleção dos sujeitos participantes ocorreu por meio da apresentação, pela pesquisadora, do perfil esperado para os objetivos do estudo, aos profissionais de referência de cada ponto de atenção, solicitando a estes a indicação de usuários/as e familiares que poderiam participar da coleta de dados, além de propor a tais profissionais um convite pessoal para que também lhes fossem esclarecidos a finalidade e a dinâmica da pesquisa.

Os aspectos éticos foram salvaguardados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observando-se as normas legais e éticas contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê

de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE, de acordo com o processo do CAAE nº 33233214.4.0000.5208.

O texto da dissertação foi dividido em cinco sessões. Na primeira, fizemos uma reconstituição histórica da loucura e da construção ideológica da doença mental, utilizando os aportes teóricos de referência no debate acadêmico acerca da saúde mental. A partir de Foucault (1984), historiamos a construção da percepção da loucura em diferentes sensibilidades sociais, sua inclusão na ordem médica e a formatação em objeto patológico – a doença mental e sua exclusão social. Tomando como principal referência Amarante (1995), discorremos sobre as diversas experiências de Reforma Psiquiátrica ocorridas no mundo e a influência italiana nos rumos da assistência em saúde mental no Brasil e de sua reforma psiquiátrica na contemporaneidade. Descrevemos a transição ocorrida para o novo modelo de atenção à saúde mental e a mudança dos referenciais que deram substratos teóricos e práticos para essa iniciativa no país. Na segunda, discutimos a concepção da reabilitação psicossocial, desde sua origem aos dias atuais, em que ganhou importância como marco teórico-operatório da Reforma Psiquiátrica na reconstrução social do sujeito em sofrimento psíquico e na sua inclusão no projeto societário. Sob a luz da concepção teórica de Saraceno (1999), buscamos reconhecer no campo da saúde mental novos saberes e práticas que impliquem um cuidado comprometido com a assistência digna, solidária e contextualizada com os conflitos e as contradições de uma vida comunitária. Na terceira, apresentamos o percurso metodológico utilizado na pesquisa, as nossas escolhas procedimentais para apreensão do objeto desse estudo e a verificação de sua validade. Na quarta sessão, analisamos os percursos que usuários/as e familiares realizam em busca do cuidado ofertado na RAPS. Buscamos apreender de que forma as estratégias propostas para ofertar assistência em saúde mental nos diferentes componentes de rede contribuem para desconstrução dos aparatos manicomial. Verificamos como a organização dos serviços está articulada aos contextos de vida dessas pessoas, usuários/as e familiares, e como ela tem contribuído para a promoção da saúde e dos direitos humanos. Na quinta sessão, aprofundamos os pressupostos teóricos contidos nas categorias analíticas reveladas nos relatos dos sujeitos entrevistados, usuários/as e familiares, evidenciando nosso problema de pesquisa e as interseções com o cumprimento dos direitos humanos na Rede de Atenção Psicossocial do território de referência – a microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III.

Dessa forma, buscaremos demonstrar a partir de agora, através dos aspectos históricos e referências teórico-conceituais utilizadas nesse trabalho, como o processo de reabilitação psicossocial tem sido operacionalizada no âmbito da RAPS, analisando através de

nossos principais interlocutores, usuários/as e familiares, as diferentes estratégias que confrontam práticas manicomiais ainda vigentes no atual modelo de saúde mental.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSTRUÇÕES HISTÓRICAS E CONTEMPORÂNEAS

“Fome e sede eram sensações permanentes no local onde o esgoto que cortava os pavilhões era fonte de água. Nem todos tinham estômago para se alimentarem de bichos, mas os anos no Colônia consumiam os últimos vestígios de humanidade”.

O Holocausto Brasileiro – Daniela Arbex

Neste capítulo, faremos uma narrativa histórica dos processos de Reforma Psiquiátrica na contemporaneidade, desde a construção da doença mental como objeto de poder/saber ideológico de uma disciplina científica até o seu isolamento como procedimento terapêutico em instituições asilares. Discorreremos, também, sobre a psiquiatrização da loucura e as diferentes experimentações reformistas no período pós Segunda Guerra Mundial, face às novas questões colocadas no cenário internacional que enunciavam uma nova ordem preconizada pelos pressupostos da “liberdade, igualdade e fraternidade”, em contraposição ao absolutismo da instituição psiquiátrica. Por fim, faremos uma incursão na experiência italiana de Reforma Psiquiátrica como modelo de superação à hegemonia psiquiátrica asilar e em suas repercussões na reorientação do modelo de atenção psicossocial no Brasil, na organização de movimentos sociais em defesa da saúde pública e dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos.

2.1 Desrazão, diferença, doença mental – a construção de um objeto

A discussão sobre a Reforma Psiquiátrica não está adstrita a uma localização espaço-temporal e não se encerra no protagonismo dos movimentos que se organizaram internacionalmente contra as violações cometidas nas instituições manicomiais, que tinham como principal instrumento a objetificação dos corpos e a patologização da existência dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A partir da concepção de Barreto (2005, p.25), o termo “reforma”, utilizado para designar o processo que irrompeu com os pilares do saber psiquiátrico, “abarca mais do que a dimensão técnico-assistencial, [inclui] uma dimensão epistemológica e também uma dimensão cultural de reinscrição da loucura e de fundação de um lugar social para a diferença que ela encarna”.

Na trajetória histórica traçada em diferentes cenários - produzidos por mudanças econômicas, políticas, sociais, e por um saber médico que se constituiu hegemônico -, é possível compreender o lugar que foi destinado aos que, estrategicamente, foram catalogados como doentes mentais. Compreender a influência da medicina na organização política e social das cidades no século XVIII no Ocidente é fundamental para alcançar o significado da segregação e da criação dos hospícios naquele período. Os mecanismos de exclusão e de esquadramento dos sujeitos doentes obedeciam ao poder político concedido à medicina para “purificar” os espaços urbanos.

Dois grandes modelos de gestão de doenças/epidemias prevaleceram na história ocidental: o exílio e o isolamento. A experiência da lepra na Idade Média conjugava a exclusão com a purificação como meio de medicalização; os acometidos pelo “mal” eram banidos da cidade, a fim de purificar os que nela permaneciam. Com a peste, já na segunda metade do século XVIII, as medidas foram aperfeiçoadas com uma vigilância de caráter militar, que inspecionava, por meio do internamento, do isolamento, as condições de saúde dos indivíduos na perspectiva apenas de observar o estado de vida ou morte (PRANDONI; PADILHA, 2004).

O advento do grande internamento¹² se inscreve como baluarte de uma ideia cristã de salvação e expurgo tecida na Idade Média, que articulava a exclusão, na recém-desenvolvida ciência médica, como antídoto da pobreza - a qual deveria ser erradicada por se tratar de populações que “ameaçavam” a ordem social.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVIII [...]. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas, na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 1972, p.78).

¹² No século XVII, na França, “o grande internamento” designado por Foucault, tinha uma função social de caráter moral e punitiva e se constituía na solução encontrada para todos os “problemas” relacionados à desordem social. A indeterminação da loucura, tida como desrazão, levava a se considerar a condição moral dos que se rebelava contra ou extrapolava os padrões societários, como um estado patológico e, portanto, recolhidos ao internamento.

Prossegue, ainda, em seus escritos, Foucault, com a trajetória de circunscrição da loucura daquele século XVIII por meio de medidas de internação impostas aos “a-sociais” que tanto incomodavam a sociedade, dentre os quais estavam “doentes venéreos, devassos, ‘pretensas feiticeiras’, alquimistas, libertinos – e também, [...], os insanos” (FOUCAULT, 1984, p. 105). Os discursos médicos criaram uma verdade que promoveria o confinamento dos que suscitavam “estranheza” e “inutilidade”, em uma lógica de controle social pautado na retidão da moral e do trabalho.

Conforme a análise de Prandoni e Padilha (2004), as experiências do grande enclausuramento foram instauradoras das medidas político-econômicas que produziram diversas práticas fundadas no disciplinamento social. Lição esta apreendida com êxito por instituições atuais de internamento, que guardam e reproduzem em suas finalidades a punição mediada por práticas violentas, eleitas como tratamento eficaz ao sofrimento psíquico nas internações hospitalares, na pedagogia meritocrática e punitiva adotada por muitas escolas, no regime dos quartéis que formam seus contingentes para a aplicação da crueldade como contenção dos desviantes da sociedade atual.

Nessa perspectiva, dois fatos combinados no século XVIII culminaram com o nascimento do hospício: a dissensão entre loucura (desrazão) e o pensamento (razão) e, posteriormente, o início de uma sociedade industrial e seus padrões pautados por uma ética do disciplinamento e do trabalho. É próprio desse século o surgimento da psiquiatria, ainda incipiente, e o enclausuramento da loucura, o seu laboratório. Os princípios de regulação da sociedade dotavam a medicina como disciplina do poder/saber e o hospício como aparelho estatal de exclusão por excelência.

Nas experiências da loucura na modernidade, atualizaram-se saberes e práticas nas instituições psiquiátricas, as quais, para exercerem o domínio, necessitavam de corpos objetais em que intervinham, construindo um novo saber. A psiquiatria nasce antes experimentando a internação como medida política; o ócio, repudiado em uma sociedade que tinha como imperativo o trabalho e que punia com internação, pretos, pobres, estrangeiros e os sem-trabalho (vagabundos), tidos como insanos:

Esse gesto tinha, sem dúvida, outro alcance: ele não isolava estranhos desconhecidos, durante muito tempo evitados por hábito; criava-os, alterando rostos familiares na paisagem social a fim de fazer deles figuras bizarras que ninguém reconhecia mais. Suscitava o Estrangeiro ali mesmo onde ninguém o pressentira. Rompia a trama, desfazia familiaridades; através dele, algo no homem foi posto fora do horizonte de seu alcance, e indefinidamente recuado em nosso horizonte (FOUCAULT, 1984, p. 81).

O poder que emergia da recente especialidade da psiquiatria sustentava o disciplinamento social, necessário a um modo de produção industrial em ascensão. Como prática hegemônica, tal poder consolidou as bases de manutenção das estruturas manicomiais, banindo do horizonte social seres humanos com suas singularidades existenciais e suas prescritas incompatibilidades de pertencerem a um mundo assentado em bases totalitárias.

Prandoni e Padilha (2004, p. 636) acrescentam à discussão a questão da punição, que, no contexto da violência institucional, assume uma função social complexa. Os castigos adotados como forma de tratamento nas instituições psiquiátricas são mediadores do poder médico que se legitima como saber científico. Naquele contexto do enclausuramento, a submissão do corpo a procedimentos invasivos e violadores revelava a debilidade do poder vigente, que se sustentava pela força tirânica, submetendo e silenciando a loucura e o seu potencial de ‘periculosidade’ – doença cujos efeitos a medicina deveria neutralizar.

2.2 Loucura: a ideia que a define é a mesma que a legitima

Compreender o paradigma asilar em que esteve ancorada a Psiquiatria Tradicional nos convida a revisitar os tempos históricos, desde a Idade Média até a modernidade, em que a loucura foi sendo constituída em suas diferentes representações sociais – quando, ao final do século XVIII e início do século XIX, adquire um novo *status*, particularmente no Ocidente: o de doença mental.

A experiência da loucura no Renascimento é marcada pelo caráter mágico e religioso. A sensibilidade social do período, conforme Foucault (1984) conjugava a culpabilidade com a loucura para o conjunto de todos os comportamentos condenados pelos padrões sociais prevalentes à época.

Assim, condutas consideradas como profanação ao sagrado (com efeito, as que ameaçavam a ordem cristã vigente institucionalizada pela Igreja Católica) eram designadas e condenadas pela ética dominante regida por legislação rigorosa e punidas com castigos corporais e execuções públicas. Aos feiticeiros, mágicos, alquimistas, adivinhos da época, interditados sob o poder de uma eficácia simbólica que os reduzia à condição de portadores de intenções maléficas, com práticas enganadoras e ilusionistas, restou-lhes o *status* de insanos, ocupando o lugar de pertencimento ao domínio do mal, confinados no universo social. A loucura ainda não gozava do *status* patológico de doença mental, mas já figurava como erro,

conduta moral abominável que se traduzia pela confrontação ao sagrado, ante as perturbações do espírito e à ausência de piedade no coração (FOUCAULT, 1984).

Em seus escritos, Foucault registra que, desde a medicina grega, algumas experiências relacionadas com a loucura já a tomavam como patologia e a destinavam ao confinamento em leitos de hospitais, que o autor descreve como espécies de “jaulas” para contenção dos “furiosos”. Igualmente, as ideias religiosas proclamadas na Idade Média buscavam, também na medicina, justificações para legitimar a hierarquia eclesiástica que a Igreja Católica lutava por manter em oposição ao crescimento do protestantismo da época, encontrando nos episódios atribuídos aos fenômenos mágicos e religiosos a desventura da existência louca e adoecida.

[...] os médicos foram então convocados pelas autoridades eclesiásticas para mostrar que todos os fenômenos do êxtase, da inspiração, do profetismo, da possessão pelo Espírito Santo eram devidos somente (no caso dos heréticos, é claro) aos movimentos violentos dos humores ou dos espíritos. (FOUCAULT, 1984, p. 76).

As práticas médicas, mais pontuais naquele período, já construíam um discurso, que se torna posteriormente hegemônico, de que deveriam assegurar à experiência religiosa e à sua ordem reguladora a designação da doença mental como campo complexo de tratamento moral para todo o humano que se diferenciava da ordem social e dos seus estatutos. Isso, porém, não configurava ainda o nascimento da psiquiatria, o que só veio a acontecer no século XIX.

Nos séculos XVI e XVII, traça-se uma linha divisória entre a Razão e Desrazão: marcadamente, a institucionalização da loucura a partir da construção de uma verdade que pressupõe seu asilamento. Descartes suscitara que, na “produção dos sonhos” e do “erro”, reconhecia-se a existência da loucura, reservando-lhe o *status* da Desrazão:

Quando creio ter um corpo, posso ter a certeza de possuir uma verdade mais sólida do que aquele que supõe ter um corpo de vidro? Sem dúvida, pois, são loucos, e eu não seria menos extravagante se quisesse seguir o exemplo deles. Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento como exercício de soberania de um sujeito, que se atribui o dever de perceber a verdade, não pode ser insensato (DESCARTES, *Méditations*, 1, *Oeuvres*, Pléiade, p. 268 *apud* FOUCAULT, 1972, p. 45).

A fundamentação cartesiana concebe a loucura como desrazão e a inscreve no campo da racionalidade que passa a ser exilada por não mais pertencer aos domínios da verdade, emergindo como uma condição incapacitante do pensamento, um desatino, fora da razão. A partir de Descartes, a loucura é considerada uma desordem moral e patológica, incluída na pátria dos associáveis e segregada nas instituições de internamento. Não apenas um saber filosófico foi substrato para o definitivo enclausuramento dos loucos; no século XVII, já

proliferavam pela Europa as casas de internação, onde uma massa amálgama e homogeneizada era recolhida consoante à consciência jurídica que prevalecia nessas práticas.

O internamento representava a nova pátria dos pobres, dos ociosos, dos correccionários e dos insanos. O hospital geral surge como estabelecimento de caráter semijurídico e como símbolo do poder absoluto que, em sua estrutura asséptica e desumana, comportava a conjugação do estatuto ético, baseado em corrigir falhas morais, e dos recursos punitivos e violentos assegurados em sua utilização por uma direção que incorporava os poderes jurídico, policial e administrativo.

[...] o estabelecimento do homem de razão, que foi levado a cabo, sobretudo, a partir do final da Renascença, não se fez segundo um suposto progresso natural da raça humana, nem por meios do esclarecimento e da aceitação. Não foi sem violência e exclusão que a Razão se estabeleceu no cenário ocidental (SANDER, 2010, p.383).

Assim, a transição dos “errantes desatinados” da Renascença para os “insanos” que o Racionalismo determinou - jurídica e moralmente - certos indivíduos como incapacitados para a existência social, inaugura lentamente o paradigma da doença mental que aportará no século XIX, entrelaçando essa multiplicidade humana silenciada e banida dos cenários das cidades.

O estatuto científico construído pelas bases epistemológicas da psiquiatria ergueu os muros do enclausuramento, não apenas em suas estruturas físicas e arcaicas, mas igualmente na justificativa de uma verdade através do uso da força e da suspensão da vida dos sofredores psíquicos no campo das interações humanas e dos valores éticos e políticos, como aponta Kinoshita (2003, p. 154):

Na situação de internação, a violência se exerce fundamentalmente por subtração. Não há apenas confronto entre poder institucional e não poder, mas subtração internacional de poder, por parte da instituição, daqueles que são seus usuários, anulando sua violência, seus atos, seu discurso, sua contratualidade social através da redução ao sintoma. [...] Anulado por seu tratamento, o indivíduo, ex-sujeito, vai para o mundo sem poder contratual, sem possibilidade de poder de troca, marcado pela face do manicômio.

Ao tratar da violência simbólica que se manifesta para além dos muros do manicômio, Kinoshita (2003) procura refletir sobre as ameaças de exclusão postas no cotidiano dos que transpõem as violações e os abusos explícitos cometidos sistematicamente no interior dos manicômios, mas continuam aprisionados a um saber que legitima sua força e seu poder ao conceder liberdade para um mundo que reproduz relações desiguais pela divisão radical dos papéis – “os que detêm o poder e os que não o detêm” (KINOSHITA, 2003, p. 56).

2.2.1 Sociedade Industrial: afirmação do trabalho como valor moral e a inutilidade dos excluídos

A transição do Antigo Regime para a modernidade põe em evidência os paradoxos da liberdade tão aclamada pela Revolução Francesa. O trabalho consagrado como condição moral para a inserção no mundo social representava também uma maldição, que se perpetuava para além da condição servil e escrava a que estavam submetidas as populações errantes e desterritorializadas do século XIV – livres para o trabalho, mas incapacitadas para trabalhar nas formas prescritas naquela ordem vigente (CASTEL, 2012). Na emergência de uma sociedade pré-industrial, essa grande massa de miseráveis, disponíveis, porém não recrutáveis para os postos de trabalho, era alvo das intervenções repressivas e de exclusiva vigilância das autoridades, que temiam pela constante ameaça dessa franja marginal à ordem pública.

Como refere Castel (2012), os séculos XVIII e XIX despontam com o acelerado crescimento da utópica sociedade industrial. As questões sociais herdeiras de uma organização social se atualizam política e juridicamente na exploração do trabalho dos homens, no extrativismo agrícola e nas grandes propriedades privadas, por um mercado flexível e autorregulado, trazendo em si as promessas do progresso e da distribuição das riquezas nacionais.

A Revolução Industrial que alavancava o início da produção capitalista produzia novas tecnologias para o trabalho, criando máquinas substitutivas da mão de obra e produzindo relações injustas e violentas de trabalho, assim como “um exército de reserva”. O novo modo de produção ancorado por profundas contradições mantinha os trabalhadores presos ao estatuto social que vigorava naquele período: o trabalho, como condição obrigatória e moral de existência. No entanto, afunilava o ingresso ao mercado de trabalho, criando, também, necessidades especializadas que excluía massivamente grande parte desse contingente.

Esse aspecto na transição das relações de produção que confere uma nova forma de organização societária ressalta a sistematização da condição dos que estavam à margem dos postos de trabalho: “os vagabundos”. Por essa designação, qualificavam-se todos os indivíduos que não estavam vinculados a uma ordem do trabalho, portanto, sem quaisquer *status* e sem dignidade para usufruir de alguma proteção.

A pobreza e até mesmo a completa indigência não fornecem, absolutamente, títulos suficientes para se obterem os benefícios da assistência. São atendidos principalmente aqueles que não podem, por si mesmos, suprir suas necessidades, porque são incapazes de trabalhar. A desvantagem em sentido amplo (enfermidade, doença, mas também velhice, infância abandonada, viuvez com pesadas cargas

familiares), pode remeter a uma “causa” familiar ou social [...] assim como uma deficiência física ou psíquica) (CASTEL, 2012, p. 86).

A partir do século XVI, especialmente na Inglaterra, Castel (2012) se refere a uma jurisdição que passa a punir severamente, com prisões e execuções, a ociosidade, os sem-trabalho, os sem pertencimento a uma comunidade, os sem profissão. A desfiliação da ordem do trabalho e a não inclusão na economia vigente rompia o pacto social do Antigo Regime, baseado em valores morais que incluíam, além do trabalho, a religião e a família. Os deserdados dessa rede de sociabilidade são categorizados como ameaça à ordem pública por sua “inutilidade” e condenados ao trabalho forçado, quando levados às prisões, ou a circularem errantes em busca de uma ocupação. Nas sociedades pré-industriais, os/as loucos/as já configuravam um percentual estatístico significativo, misturados a tantos outros em condição de miséria e “dessocialização”.

No Brasil, homens e mulheres expulsos das relações de produção, que se estruturava através do regime colonial baseado na propriedade agrícola e produção de larga escala, vagavam em trabalhos esporádicos em que a mão de obra escrava se tornava inviável. Não escravos, pobres e desconfigurados socialmente, foram classificados como “vadios” os que estavam à revelia das elites que se ocupavam das atividades de interesse da Coroa Portuguesa. A vadiagem foi classificada nesse período como crime de contravenção, sendo punidos com detenção aqueles que não se enquadravam, segundo o Código Penal de 1890¹³.

Circunscrevem-se assim, sob as bases capitalistas, as representações hegemônicas das classificações de anormalidade subjetivadas pelo seu principal critério: a pobreza, tida como ociosa, criminosa, deficiente e irremediavelmente condenada ao confinamento por sua inutilidade social naquela nova ordem. A sociedade do trabalho estabeleceu o parentesco entre as culpas morais e sociais, aprofundadas ao longo do tempo como dispositivos de controle das desordens da sociedade, com a necessária exclusão dos “incapacitados para o trabalho”.

2.2.2 O nascimento do hospício: absolutização do poder/saber psiquiátrico

¹³ No Código Penal da República, sancionado em 1890, a vadiagem passa a ser definida como uma contravenção e pode ser condenado aquele que, segundo o famigerado artigo 399, deixar de “exercer ofício, profissão ou qualquer mister” com pena de prisão para este crime ou outros, considerados como passíveis de punição, como andar mendigando ou não ter endereço certo.

No decorrer do século XVIII, um novo cenário vai se consolidando face às transformações societárias a que o mundo assiste sob as determinações de um novo modelo econômico. Até a Renascença, a loucura estava confusamente universalizada em meio a tantas outras dessemelhanças humanas identificadas pelas legislações, que representavam a desordem, a periculosidade e a constante ameaça à ordem vigente.

O que vai se perfilando a partir desse período ressignifica o desatino, não mais adjudicado às teias dos “degenerados morais, vadios, fanáticos”, mas desarticulado daquilo que se entenderia como desvio, desrazão: “deixada sozinha e destacada de seus antigos parentescos, entre os muros do internamento, a loucura se constitui num problema – colocando questões que até então nunca havia formulado” (FOUCAULT, 1972, p. 417).

As sanções legais do internamento e as ideias iluministas que promoveriam a Revolução Francesa encontrariam seus desacertos na manutenção das cláusulas do enclausuramento. Se a ordem econômica privilegiava a acentuada produção nas engrenagens da industrialização, o aprisionamento relacionado com faltas morais precisava ser reduzido, favorecendo, assim, uma mão de obra livre de ser utilizada para as benesses das elites. O lema “Liberdade, Igualdade, Fraternidade”, em que a burguesia alicerçava seus interesses, não conjugaria “prisões” com o gozo dos direitos de “cidadania”. Assim, os alienados não poderiam simplesmente ser excluídos; seriam tratados, curados e reinseridos na sociedade, porém, isolados do convívio social pelo perigo que representavam.

Os princípios da Revolução pautavam-se, principalmente, no antropocentrismo e na defesa da ciência e da razão – tese pela qual se apoiará a psiquiatria –, atribuindo ao desatino, à desrazão, o *status* de doença mental e o asilo, conforme Amarante (1995, p. 491): “[...] espaço da cura da Razão e da Liberdade, condição precípua do alienado tornar-se sujeito de direito”.

Na França de 1790, as erupções iluministas sagravam na culminância da Revolução os direitos naturais e inalienáveis do homem, posto agora como livre e cidadão na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão¹⁴. Além disso, as ambiguidades relacionadas entre proteger a propriedade privada e proclamar a liberdade e a igualdade do povo estavam também circunscritas ao destino que se daria aos alienados. As prisões decretadas nas instituições criadas até então para a segregação estavam sendo libertadas, exceto aquelas efetuadas e condenadas por crimes ou loucura.

¹⁴ Este documento, que se tornou um clássico para as democracias do mundo contemporâneo, foi aprovado no dia 26 de agosto de 1789, pela Assembleia Constituinte, no contexto inicial da Revolução Francesa. Seus princípios iluministas tinham como base a liberdade e a igualdade perante a lei, a defesa inalienável à propriedade privada e o direito de resistência à opressão.

Em definitivo, com o desaparecimento do internamento, a loucura “solta e perigosa” é legitimada pela legislação: “A Lei 22.7.1791 reforça essa disposição, tornando as famílias responsáveis pela vigilância dos alienados e permitindo às autoridades municipais a adoção de todas as medidas úteis” (FOUCAULT, 1972, p. 420). O hospital para alienados ainda não existia, mas, entre os eleitos como escória da sociedade, os loucos permaneceram sem lugar, tecendo o fio amíúde da solidão e da estranheza que a violência manicomial pôde abrigar subsequentemente.

A modernidade inaugura a seleção necessária entre a pobreza produtiva e a miséria doente e indigente. A franca desarticulação entre as duas categorias alude às respostas de que a economia necessitava para sua organização, isolando a loucura definitivamente para alçá-la à categoria de doença mental; sua inutilidade se configura, assim, como o maior pressuposto para a transformação do internamento em asilo, espaço que foi sendo alicerçado e constituído pela conjugação, como refere Foucault (1972, p. 434), de “todos os gestos sociais e políticos, de todos os ritos, imaginários ou morais, que haviam conjurado a loucura e o desatino”.

A ambígua relação que se estabelece nesse período entre justiça e medicina institucionaliza a periculosidade dos insanos ao seu confinamento permanente; a admissão por meio de parecer médico e a autorização de um juiz organizam, em seus princípios apriorísticos da medicina, o hospital dos alienados.

Dessa forma, o hospício se estrutura em uma rede de saberes e práticas que reduz a experiência da loucura e suas singularizações às classificações científicas. O poder psiquiátrico vai se tecendo institucionalmente, estabelecendo a categorização e a caracterização das doenças mentais e, impondo por meio do tratamento moral, a relação que iria prevalecer entre médico e doente (CASTEL, 1978).

Phillip Pinel¹⁵ foi o primeiro a propor, no ramo da medicina, modificações no tratamento destinado aos alienados. Sintonizado com os ideais iluministas, Pinel preconizava o tratamento moral e o isolamento para as manifestações da loucura, propondo que esta seria resultado de “disfunções mentais”:

[...] Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los [...]. Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e os acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na doença mental (AMARANTE, 1995, p. 26).

¹⁵ Médico francês, considerado pai da psiquiatria, propunha o manicômio como instrumento de tratamento e cura, sistematizando as bases da psiquiatria. No século XVIII, Philippe Pinel propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e os transferindo aos manicômios destinados somente aos doentes mentais. Vários tratamentos e experiências são difundidos pela Europa.

É a partir das experiências pinelianas que se fundam as bases institucionais do hospital psiquiátrico, com discursos e práticas médicas que irão marcar profundamente a perpetuação da exclusão da loucura. Sob os cânones científicos e rótulos atribuídos conforme suas enfermidades mentais, os pacientes eram objetificados e a internação assegurava-se muito mais como instrumento de controle e poder do que propriamente como campo de experimentação e tratamento.

O saber médico construído acerca da loucura, através da coerção, da patologização e de uma verdade enunciada sem interlocutores, utilizou-se tanto do poder disciplinar quanto da compaixão piedosa, que ainda se evidencia em algumas de nossas instituições e práticas assistenciais.

2.3 A contemporaneidade das reformas: entre o asilo e o saber psiquiátrico

No cenário internacional pós Segunda Guerra Mundial, o mundo assombrava-se com os efeitos da barbárie nazifascista, com cerca de 50 milhões de mortos, aliados ao saldo de 12 milhões de pessoas forçadas a trabalhar como escravas, servindo às indústrias anexas aos campos de concentração. O genocídio promovido pelos nazistas de judeus, comunistas, crianças, insanos, homossexuais, ciganos, opositores políticos, entre muitos outros, apontava para um balanço das atrocidades cometidas contra a humanidade, impondo à comunidade internacional a cooperação para a resolução de todas as questões sociais, econômicas, culturais e humanitárias que eclodiam entre os séculos XIX e XX.

A despeito do liberalismo – calcado na concepção da pessoa em igualdade com seus pares, com enfoque moral na dignidade, liberdade e direitos inatos, preceitos estes que contribuíram para a Revolução Francesa e seus conclames de justiça e pela afirmação histórica e conceitual dos direitos humanos –, o mundo ocidental tardou a construir os regimes políticos que se pautavam por uma ordem jurídica baseada nos Direitos Humanos. A dizimação de milhares de eleitos pelo holocausto como inassimiláveis ao universo humano contradizia o arcabouço jurídico que proclamava os direitos universais em declarações e códigos, distantes, porém, das realidades sociais ainda marcadas pelas desigualdades e exclusões.

O século XIX despontou matizado pelo imperativo positivista que caracteriza as ciências naturais, tendo como modelo o ordenamento dos sujeitos. A psiquiatria, assim como

outros saberes do campo social, vai assumindo um caráter biologicista, focado em sintomas observados no homem e descritos objetivamente (AMARANTE, 1995).

A passagem sócio-histórica desse período marca não apenas a medicina como saber científico, como também a medicalização do hospital. Como instituição, o hospital vai perdendo sua face social e filantrópica para ser regulado pela ordem médica, que, através de discursos e práticas, apropria-se da loucura, transformando-a objetivamente em doença.

A ênfase nos tratamentos físicos atrelados a uma doutrina que relacionava distúrbios orgânicos às causas da loucura predominava nas práticas psiquiátricas e no desenvolvimento dos procedimentos terapêuticos que aliavam intervenções no corpo e a medicalização.

Foi em nome dessa nova verdade que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar no cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica. O manicômio não é mais um “instrumento de cura”. Nem instrumento. Passou a ser *locus*, apenas um lugar onde o louco está à mão, para submeter-se aos diversos ‘tratamentos físicos’ (PESSOTTI, 1996, p. 285).

O modelo pineliano passou a sofrer críticas contumazes, sobretudo, por representar a principal contradição com as bases societárias implantadas pela Revolução. As ideias iluministas de “liberdade, igualdade e fraternidade” não coadunavam com uma instituição fechada e autoritária. A liberdade, herdeira da lógica capitalista burguesa, configura a primeira reforma do modelo assistencial psiquiátrico: a colônia de alienados. Para Amarante (1995), as colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade.

O clima republicano em que se constituía o Brasil do final do século XIX destinou a gestão da assistência aos alienados ao primeiro órgão instituído para implantação dessas colônias – a Assistência Médico-Legal de Alienados –, cumprindo seus dois principais objetivos: a ampliação dos asilos e a afirmação jurídico-política da psiquiatria nacional. O órgão tratou de solucionar as críticas tecidas aos hospícios pinelianos pela sua superlotação e instaurou um campo de trabalho para o desenvolvimento de atividade agrícola com a fundação das colônias. As duas primeiras instituições com esse caráter, as Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, situadas na Ilha do Governador (Rio de Janeiro), foram criadas em 1890 para receber pacientes homens, que eram aproveitados para o cultivo de terras (AMARANTE, 1994).

Nas experiências subsequentes, consolidou-se a primeira distinção entre os pacientes categorizados como indigentes e os pensionistas. Os primeiros seriam transferidos para as colônias agrícolas, a fim de beneficiarem a exploração agrícola e outras atividades industriais;

e os demais seriam pacientes do Hospital Nacional, sendo-lhes oferecidas atividades não vinculadas às práticas agrícolas.

Foi sob as tensões de um país governado por um regime de exceção, instaurado com o golpe de 1937, que o então presidente Getúlio Vargas ampliou a assistência psiquiátrica física e terapêutica, optando por uma política centralizadora que priorizava a instalação de instituições psiquiátricas indicadas como necessárias às capitais dos estados. Venancio (2011, p. 44) faz referência a estes espaços, citando-os como eram reconhecidos naquele período: “serviço de higiene mental, hospital, colônias fora do perímetro urbano, hospitais-colônias (na falta de hospital) e seções para os delinquentes junto ao hospital, caso não houvesse um manicômio judiciário”.

Em seus estudos, Venancio (2011) ressalta que o projeto das colônias foi defendido por psiquiatras, que, à época, estavam à frente dos órgãos de assistência aos alienados, fazendo a defesa científica dessas instituições e de sua importância como recurso terapêutico de grande importância para o tratamento dos insanos. No que pesem a finalidade e os objetivos que pairavam nas críticas tecidas ao asilo pineliano, as colônias foram apenas o mascaramento da violência instrumentalizada pela ciência (posta a serviço de uma sociedade do trabalho), em boa medida, para atender aos reclamos da sociedade que se pautavam na superlotação, no confinamento e nas práticas tortuosas dessas instituições.

2.3.1 Críticas à estrutura asilar: a “psiquiatria reformada”¹⁶

Em uma análise histórica, a comunidade terapêutica (Inglaterra) e a psicoterapia institucional (França) estavam restritas às reformas em que se enfatizavam mudanças no interior do hospital. Acreditava-se no poder curativo e terapêutico da instituição, o que poderia ser incrementado a partir de sua humanização, com ênfase na democratização do que consideravam ser sua função social, a fim de que cumprisse sua missão original (ROSA, 2003).

Embora considerando a estrutura asilar cronificadora e adversa às funções sociais que deveria desempenhar naquele período, as críticas formuladas ao saber psiquiátrico esteve atrelado à reformulação do espaço institucional. Esses aspectos circunscrevem-se em condições históricas de escassez de mão de obra produzida pelos abalos da guerra; urgia a

¹⁶ Expressão proposta por Franco Rotelli para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade.

necessidade de recuperação dos lesionados nos campos de batalha, assim como a formação de trabalhadores disponíveis para o processo de produção econômica.

No percurso dos movimentos reformistas, o redimensionamento prático da assistência psiquiátrica fará suas incursões no espaço público, admitindo ser a comunidade um lugar de atuação da psiquiatria através dos seus recursos institucionais e humanos. Todavia, esse circuito terapêutico das inovações preconizadas pela psiquiatria comunitária e psiquiatria de setor permanecerá centrado no modelo hospitalocêntrico. No início da década de 1960, surgem os movimentos que irão se contrapor radicalmente às concepções médicas sobre a loucura, a violência asilar, instaurando rupturas importantes no aparato teórico e prático-científico da concepção vigente.

2.3.2 Comunidade Terapêutica

A expressão comunidade terapêutica surge em 1959, na Inglaterra. Maxwell Jones confere essa designação após vários experimentos em um hospital psiquiátrico fundamentados nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. As mudanças propostas por essa vertente configuravam o asilo sob uma nova reorientação que o tornava condizente com os princípios democráticos efervescentes na Europa. O denunciamento que surge no período pós-guerra chamava atenção da sociedade para a condição vivida pelos pacientes psiquiátricos institucionalizados. Situação só comparável aos campos de concentração que o processo de democratização iniciado na Europa não vislumbrava mais em seus cenários (AMARANTE, 1995).

A reestruturação institucional promovia mudanças administrativas, práticas e coletivas com a realização de grupos de atividades envolvendo técnicos, pacientes, familiares e a comunidade. A proposta do grupo como recurso terapêutico de redução dos danos “psicológicos, físicos e sociais” fundava-se em reparar os danos da guerra a um grande contingente daquela população segregada, estabelecendo uma tênue conjugação entre a reformulação do espaço asilar e a latente necessidade de recuperação de mão de obra que urgia da reconstrução nacional. Para Franco Rotelli (1994), a experiência inglesa propunha modificações importantes no interior do hospital, mas mantinha intocada a base da questão social em que se alicerçara o hospital psiquiátrico.

A crítica dirigida a esse modelo se baseia na dissociação entre a estrutura comunitária proposta com premissas que se opunham às estruturas autoritárias e hierárquicas do hospital,

sustentadas por um contexto irreal do que se experimenta no projeto societário. Ademais, a experiência de um novo processo de trabalho, envolvendo todos os atores sociais implicados na dinâmica funcional do hospital psiquiátrico, não questionava criticamente as raízes da segregação e da exclusão contidas no princípio fundante dessa instituição.

2.3.3 Psicoterapia Institucional

A experiência da psicoterapia institucional tem na França seu lugar privilegiado. Ela emerge a partir das experiências de François Tosquelles¹⁷, que iniciou seu trabalho na Espanha como médico psiquiatra do serviço de higiene mental do exército, utilizando psicoterapia para tratar dos enfermos e dos colegas médicos que faziam parte do serviço. Costumava recrutar leigos como “agentes de saúde”, evitando os colegas psiquiatras por entender que esses tinham fobia à loucura. O psiquiatra considerava que seus colegas receberam uma formação profissional que não os preparou para a instabilidade da guerra civil e para a emergência das crises psíquicas.

Tosquelles defendia que o trabalho que realizava “assemelhava-se a um coletivo terapêutico”. Posteriormente, essa corrente foi designada por psicoterapia institucional; em sua concepção, com forte influência marxista e lacaniana, acreditava no potencial terapêutico do hospital psiquiátrico. Sua atuação no Saint Alban, Hospital Psiquiátrico da França, em plena Segunda Guerra Mundial, fez torná-lo um campo de resistência ao nazismo (RUIZ, 2012).

Sua perspectiva terapêutica baseava-se na crença de que o hospital seria uma instituição doente, cuja patologia, segregar por meio de confinamento, produzia cronificação, inclusive, nos seus profissionais (RUIZ, 2012). Dessa forma, a corrente de caráter psicoterápico toma a instituição asilar como objeto de intervenção, passível de se transformar no lugar idealmente possível para o tratamento e o acolhimento das pessoas com transtorno psíquico. Nesse período, a psicanálise ocupa lugar de importância nas abordagens psicoterápicas, como receptáculo do mal-estar social que alcançava as individualidades expostas à degradação da guerra, passando também por um movimento que tenta introduzi-la nas instituições psiquiátricas.

¹⁷ Tosquelles nasceu em 1912, na cidade de Réus, ao sul de Barcelona, na região da Catalunha. Ali se formou em Medicina (1927-1935), especializando-se em psiquiatria.

Seu alcance como projeto de transformação do asilo manteve-se confinado ao saber psiquiátrico, adjudicando ao hospital a legitimidade da experiência que Birman (1992) considerou como “regulação do excesso”. Para ele, a instituição psiquiátrica continuava sendo lócus do controle e normatização da loucura, dos discursos e atos dos internados (*apud* AMARANTE, 1995, p. 34). A experiência, assim desenvolvida, estava atrelada a uma concepção de instituição como espaço que deveria ser transformado na sua vida intrapsíquica, para atuar como lastro das relações sociais e como campo de experimentações para os que sofriam psiquicamente.

2.3.4 Psiquiatria de Setor

A psiquiatria de setor configura-se em um período de redimensionamento das bases teóricas e práticas da psiquiatria, sem, contudo, constituir-se em ruptura total com o modelo asilar. Com ênfase no esquadramento do hospital psiquiátrico, desenha-se aí o que seria na década de 1960 o modelo da política de assistência psiquiátrica, adotado pela França, e o princípio da territorialização do modelo psicossocial pós-Reforma Psiquiátrica dos anos 1980, no Brasil.

A psiquiatria de setor consistiu na divisão geográfica e social do hospital. Os pacientes eram referenciados em pavilhões conforme sua origem geográfica, dando continuidade ao tratamento na comunidade. Já se experimentava uma terapêutica preventiva. Duas oposições se afirmam nessa política:

[...] resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda, seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e ‘pós-cura’. (AMARANTE, 1995, p. 35).

Apesar da relação instituinte de geografização social dos pacientes, o modelo preservava vínculos com o hospital psiquiátrico que continuava ofertando o tratamento. A extensão do cuidado pretendida na comunidade, com equipes de saúde oriundas do hospital, realizava simples transferência do dispositivo hospitalar para o território. O modelo apresentava algumas vantagens ao Estado francês, que via nas estratégias comunitárias uma forma eficaz de tratar as demandas de saúde mental decorrentes das convulsões sociais próprias do período pós-guerra. A implantação dos serviços representava um custo muito

maior que o funcionamento dos asilos, o que fez retroceder as decisões políticas para sua implementação.

2.3.5 Psiquiatria Preventiva

Na obra de Amarante (1995), encontramos a origem do preventivismo nos Estados Unidos (EUA), surgindo na década de 1960. Seu discurso aludia à prevenção e à cura de doenças mentais. O projeto americano de saúde mental foi decretado no governo de Kennedy e estava estreitamente alinhado com as preocupações governistas em administrar estatísticas crescentes de grupos desviantes, em confronto com as profundas transformações políticas, culturais e econômicas que aturdiavam a estabilidade hegemônica daquele país. A concepção de prevenção concedia à doença mental um novo *status*, fundado nos princípios da detecção precoce dos distúrbios e da promoção da saúde mental.

O projeto de psiquiatria preventiva é adotado pelas organizações internacionais de saúde (OPAS¹⁸/OMS¹⁹). Amplia-se por inúmeros países do terceiro mundo e instaura-se com a proposta de redução até a erradicação dos males que há muito atormentavam a sociedade – desvios, distúrbios, marginalidade. A comunidade, nessa perspectiva, representava o locus onde se deveria vigiar e detectar quaisquer suspeitas de um provável distúrbio mental.

Alguns aspectos importantes que marcam esse modelo podem ser elencados: 1) a intervenção preventiva deve ser realizada no meio comunitário, evitando o surgimento ou o desenvolvimento dos casos; 2) o conceito-chave da prevenção é a crise – conforme Amarante, “desvio”, conceito utilizado pela sociologia e antropologia para explicar a concepção de um comportamento tido como transgressor ou que, forçosamente, fere as normas sociais estabelecidas; 3) equipes comunitárias especializadas que, sob o respaldo de um saber

¹⁸ A Organização Panamericana de Saúde foi criada em 1902, na 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos, e tem por missão “orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas” (OPAS, 2007).

¹⁹ Organização Mundial de Saúde é a autoridade que dirige e coordena os assuntos de saúde dentro do Sistema das Nações Unidas. É responsável pela liderança sobre matéria de saúde global, por modelar a agenda de investigação de saúde, fixar normas e padrões, articular opções políticas baseadas em evidências, fornecer o apoio técnico aos países e monitorar e avaliar as tendências de saúde (OMS).

científico, aportam normas e valores éticos morais, selecionando os casos considerados suspeitos de enfermidade; e 4) o termo desinstitucionalização surge com o projeto preventivista para designar a gradativa desaparecimento do hospital psiquiátrico e o conjunto de medidas alternativas à hospitalização previstas no arcabouço do modelo (AMARANTE, 1995, p. 38-40).

De acordo com Birman e Costa (*apud* JORGE, 1997, p. 28):

É assim que a seleção Saúde-Doença, polarizados entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da 'Comunidade', que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões.

O preventivismo representou grande passo na organização de modelos assistenciais de saúde mental, oficiais e alternativos, constituindo-se como parâmetro prático e conceitual para o processo de desinstitucionalização desencadeado, originalmente nos EUA, em vários serviços alternativos à hospitalização. A reforma preventivista situa-se como marco referencial para a desospitalização e despsiquiatria; a primeira, concernente às medidas tomadas para reduzir os internamentos, e a segunda, operando a partir de diferentes disciplinas, limitando a atuação da psiquiatria e seu poder exclusivo sobre decisões diagnósticas e terapêuticas (AMARANTE, 1995).

No entanto, as práticas reproduziam certo caráter psicologizante que mantinha os pacientes dos hospitais psiquiátricos internados, enquanto surgia um novo contingente da população demandando tratamentos terapêuticos mentais. A passagem promovida do confinamento do asilo para uma assistência ambulatorial não resultou em desospitalização, mas no aumento de uma população contida pela medicalização e sob o controle e disciplinamento de suas mais variadas expressões de marginalidade.

2.3.6 A Antipsiquiatria

A antipsiquiatria foi um movimento que surgiu na década de 1960, a partir de um grupo de intelectuais e artistas que contestavam a estrutura manicomial, seus métodos terapêuticos, com principais fundamentos na Psiquiatria e Psicopatologia, e a violência e o abandono a que estavam submetidos os pacientes psiquiátricos. A experiência foi difundida ao longo de oito anos por um grupo de psiquiatras, destacando-se, entre eles, Ronald Laing,

David Cooper e Aaron Esterson do Hospital Psiquiátrico Público de Shenley, em Londres, Reino Unido.

O pavilhão Vila 21 desse hospital abrigava a experiência independente conduzida por estes profissionais com “pacientes não cronificados”²⁰ e jovens. Propunham uma ruptura radical com a racionalidade médica e os seus parâmetros científicos que postulavam o binômio loucura/doença mental desarticulado dos outros aspectos da experiência histórico-social (AMARANTE, 1995, p. 42-43). Sua contribuição perpassa e interroga o saber/poder psiquiátrico, colocando em xeque sua efetividade quanto aos diagnósticos e tratamentos e às suas práticas manicomiais. Polêmico e contestador, o grupo propõe mudanças no conceito da loucura, questionando a ordem vigente e suas instituições repressoras, tais como a família. Mayer afirmou ser a antipsiquiatria:

[...] movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente [...] veiculando um ideário ricamente polêmico. [...] A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula. (MAYER *apud* AMARANTE, 1995, p. 42).

A despeito dos outros modelos, a antipsiquiatria inaugura a ruptura mais radical com as verdades incontestes institucionalizadas da ciência e inicia processo crítico da instituição psiquiátrica e sua obsolescência – produzindo, assim, o que logo mais se adensará nas discussões sobre a desconstrução manicomial.

2.3.7 Psiquiatria Democrática

No que tange à sua expressividade, a França pode ser situada como importante referencial no bojo de reformulações das práticas psiquiátricas ocorridas na modernidade. Contudo, as experiências de países como Itália, Inglaterra, EUA e Brasil também marcam com suas singularidades, reciprocidades que se encontram relacionadas por marcos históricos comuns.

“A psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com doença”. Essa expressão do psiquiatra italiano Franco Basaglia traduz o que mobilizou a fundação da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), em Bolonha, em 1973, e suas articulações

²⁰ Nesse caso, o autor faz referência a pacientes jovens, considerados esquizofrênicos, que não haviam se submetido a nenhum tipo de tratamento e que participaram da experiência referida.

com diversas forças sociais a promover diversas denúncias contra a violência institucional prevaente nos hospitais. O foco do movimento residia no combate intransigente ao manicômio e na revisão do estatuto jurídico do doente mental. Não obstante as reestruturações empreendidas nas práticas psiquiátricas com a finalidade de humanizar os espaços asilares, o manicômio permanecia como instrumento de poder para excluir, tutelar e aprisionar a loucura e sua periculosidade.

Em Gorizia, cidade italiana da província de mesmo nome, da região de Friuli-Venezia Giulia, na década de 1960, Basaglia desenvolve sua primeira experiência de humanização de um hospital psiquiátrico, estrategicamente utilizando o modelo da comunidade terapêutica instituído na Inglaterra, que resguardava o caráter manicomial da instituição psiquiátrica. O modelo que postulava a humanização do manicômio através de uma gestão comunitária não aprofundava as contradições contidas nas práticas de controle social instituídas pela ciência psiquiátrica, mantendo, ainda, a cisão entre loucura e a complexa rede de relações sociais (AMARANTE, 1995).

A experiência provocou reflexões importantes. A principal delas consistia em avançar da crítica ao dispositivo institucional psiquiátrico como lugar possível de humanização, para sua superação, deslocando para o território da comunidade, a reinvenção das relações entre loucura, pluralidade, justiça e cidadania. Após um período afastado da Itália, o psiquiatra retorna, dessa vez, para a cidade de Trieste, desencadeando lá o que se considera na história de saúde mental uma das mais importantes experiências de ruptura com o paradigma asilar. Sua intervenção teórica interfere concretamente na desconstrução das estruturas psiquiátricas, propondo não apenas a desospitalização, mas a invenção de um novo campo de conhecimento em oposição aos saberes/práticas e discursos de objetificação da loucura.

Amarante (1995) aponta que o ano de 1971 marcou para o território italiano, com a chegada de Basaglia a Trieste, a desmontagem do aparato manicomial seguido por seus substitutivos – são implementados centros de saúde, atendendo às populações de suas áreas adstritas, residências para os usuários egressos dos hospitais que podem morar sozinhos ou acompanhados por equipes técnicas ou voluntárias. Outros dispositivos importantes foram potencializados com a finalidade de inserção social para os pacientes advindos do hospital; um entrecruzamento de produção artística e um incremento na economia da cidade ocuparam espaços antes inimagináveis no universo social e simbólico de uma nova sociabilidade que iniciava sua construção.

As duas experiências se constituíram para a sociedade italiana como lastro para a profunda transformação em que se consolidaria a assistência psiquiátrica do país. O projeto de desconstrução do manicômio empreendido por Franco Basaglia foi ampliado para além de questões restritas aos técnicos de saúde mental, ganhando apoio dos diversos segmentos políticos e sociais, formando alianças que foram capazes de revelar, em um cenário político mais amplo, as atrocidades cometidas, simbólica e concretamente, nas instituições psiquiátricas.

A mudança assistencial e paradigmática se efetivou com a aprovação da Lei Basaglia, de nº 180/1978, que foi determinante para a criação dos novos dispositivos de tratamento na comunidade. Assim, o *status* de periculosidade social depositado no louco foi, paulatinamente, sendo extinto com as mudanças sendo operacionalizadas a partir da vedação de novas internações e da construção de novos hospitais.

Tal experiência vai exercer influência decisiva nas propostas de reforma do sistema de cuidado ofertado aos que sofrem de transtornos mentais no Brasil. É o que veremos no tópico a seguir.

2.4 Da Itália ao Brasil: experiências iniciais acerca da Reforma Psiquiátrica

A vinda do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Brasil, em 1979, desencadeou uma série de denúncias sobre as condições desumanas em que viviam os internos nos hospícios brasileiros. O inspirador da Lei 180, que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália e foi protagonista da maior Reforma Psiquiátrica na rede pública daquele país, foi tomado por um sentimento de indignação ao presenciar na Colônia de Barbacena, Minas Gerais, cenas condizentes com um campo de concentração nazista (ARBEX, 2013).

A experiência de Trieste, palco histórico das transformações na assistência psiquiátrica, configurou-se como a mais importante reestruturação no campo da saúde mental na década de 1970.

No que se refere aos aspectos históricos, aquela experiência de transformação da assistência psiquiátrica e de superação do manicômio se consolidaria em uma nação recém-saída de um regime fascista e em processo de reconstrução social e econômica do segundo pós-guerra; nação cuja participação na Segunda Guerra Mundial teria sido devastadora, sobretudo por seu posicionamento a favor e posteriormente contra Hitler (PASSOS, 2009).

Essa conjuntura política favorecia a insurgência de movimentos constituídos por “trabalhadores da terra e as populações pobres meridionais”, que, pela primeira vez, exercitavam sua participação política de forma organizada (TEIXEIRA, 2011, p. 196).

Os fortes embates políticos em torno das grandes questões sociais que o país enfrentava, como o crescimento acelerado e perverso do processo de industrialização, aglutinavam sindicatos, partidos e lutas de movimentos identitários e urbanos, que fortaleciam reformas estruturais, principalmente no tocante à participação popular e ao reconhecimento dos direitos políticos e sociais. A construção de um Estado democrático italiano foi forjada e alimentada pelas forças populares e pelo operariado, que deram origem aos grandes partidos de massa (TEIXEIRA, 2011).

A crescente industrialização nas décadas de 1950 e 1960 e a crescente organização sindical no período deslocaram as discussões da saúde para a esfera das relações do trabalho, encontrando nas fábricas núcleos para o debate crítico sobre as necessidades de uma política pública garantidora da segurança e da prevenção de acidentes dos trabalhadores.

Mas foi em meio às discussões do operariado que surge a consciência sanitária e a demanda por um projeto reformador nacional. Em 1965, o serviço sanitário nacional começa a delinear, em seus pressupostos, a descentralização e a universalização dos serviços, o que seria o início da luta pela Reforma Sanitária no país, sendo aprovada apenas em 1978.

A discussão sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana teve como pressupostos as reformas administrativas e a formação dos Conselhos Comunaes, que antecederam a própria Reforma Sanitária. Em 1973, o Serviço Psiquiátrico de Trieste foi credenciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e considerado como referência mundial para o padrão de reorientação do modelo de assistência em saúde mental, à época sob a direção de Franco Basaglia (PALOSCHI, 2009).

O Hospital Psiquiátrico de Trieste foi fechado em 1976. Nesta época, a atenção em saúde mental já se encontrava organizada como rede territorializada. A Reforma Sanitária Italiana foi finalmente aprovada em 1978. É importante ressaltar que, diferente do processo desencadeado no Brasil, a Itália desenvolveu a discussão até a implementação de sua Reforma Psiquiátrica no campo estritamente único da psiquiatria pública. A assistência psiquiátrica já se constituía como ação pública e responsabilidade sanitária do Estado (PASSOS, 2009).

2.4.1 Brasil: trajetórias da Reforma Psiquiátrica

Experiências distintas marcam, historicamente, as trajetórias do Brasil e da Itália na reformulação dos seus modelos de assistência em saúde mental. Se, em 1978, a Itália já havia concretizado a experiência da Reforma e avançado, no que tange às garantias constitucionais que sustentariam a implantação do modelo antimanicomial, o Brasil ainda estava sob a égide hegemônica do asilo-manicomial.

Foi a partir da luta pela redemocratização da sociedade brasileira – iniciada no fim da década de 1970 e empreendida no campo da saúde pela organização de trabalhadores (entendidos aqui como profissionais de saúde) e usuários do sistema –, que se perpetrou a ampliação da consciência sanitária, compreendida por Berlinguer (1988, p. 197) como a “tomada de consciência de que saúde é um direito, mas, como esse direito é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”.

É com o Movimento da Reforma Sanitária que essa consciência passa a ser concretizada, com a interpelação do sistema de saúde vigente no Brasil, em seu caráter privatista, discriminatório e fragmentado, ancorado em uma lógica industrial-desenvolvimentista, implementada pelo regime autoritário então no controle do país (BERLINGUER, 1988). Esse novo espaço de atualização do projeto sanitário do país propiciou a emergência de outros atores importantes, o fortalecimento dos movimentos sociais e o protagonismo da luta pela Reforma Psiquiátrica.

Enquanto diminuía as internações psiquiátricas em Trieste, no território brasileiro houve uma grande expansão do modelo hospitalocêntrico, e, com efeito, o aumento significativo de indicações para internações a grupos cada vez maiores da população. A instituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no ano de 1966, marca profundamente as relações estabelecidas entre o Estado e a classe trabalhadora: o centralismo burocrático implementado pelos militares cria um sistema contributivo que resultava em um verdadeiro “*apartheid* social” entre os segurados do sistema médico e uma população indigente à deriva do sucateamento da rede pública.

Sob as determinações do capital financeiro internacional e de um governo militar, os seguros sociais representavam a delimitação entre a classe operária formal e os que estavam à margem dos postos de trabalho. Era condição essencial para os assalariados, por meio de contribuições, terem acesso às vantagens que pareciam favorecer a todos. No entanto, em seu conjunto, as medidas regulamentadas eram fragmentárias e discriminatórias, reproduzindo uma política social excludente e reprodutora das condições de classes (FALEIROS, 2006).

Com isso, cresceu o complexo médico-industrial. A política de assistência médica privilegiava a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos

próprios da Previdência Social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Essa configuração do modelo vigente de saúde pública tinha no setor privado sua principal clientela para a compra de serviços. Oliveira e Teixeira (1985, p. 211) apontam que, “em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 [eram da rede privada e] estavam contratados pelo INPS”. O regime autoritário era o agente regulador da sociedade. Foi sob a intervenção militar que se consolidaram as medidas de internação asilar com a privatização da assistência médico-psiquiátrica, o que condicionou o crescimento da demanda por esse tipo de atendimento. Crescia vertiginosamente a contratação de novos leitos em clínicas e hospitais psiquiátricos da rede privada conveniada (FONTE, 2012).

A “indústria da loucura”, que crescia vultosamente entre as décadas de 1960 e 1970, compatibilizava a lógica perversa do que preconizava a Constituição de 1967²¹, em seu art.163: as empresas privadas recebiam o estímulo do Estado para desenvolverem e explorarem, em caráter preferencial, as atividades econômicas. Dessa forma, os proprietários dos hospitais e das clínicas privadas tinham seus interesses protegidos e o Estado se mantinha como apoio e suplemento, assegurando o incremento dessas atividades. Conforme Fonte (2012), as clínicas contratadas não funcionavam condizentes com o caráter suplementar posto no texto constitucional, e, sim, integralmente às expensas do INPS, posteriormente assumidas pelo SUS.

Dessa forma, a fonte da receita era proveniente das internações psiquiátricas, remuneradas como diárias por cada dia do paciente interno. Nesse período, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH)²², que surge no contexto do golpe militar (1964), é ator relevante nos negócios da privatização e da exploração lucrativa na rede hospitalar. A proliferação da assistência psiquiátrica se transforma na maior fonte de lucros para os empresários do setor, que encontravam a viabilidade dos negócios na desresponsabilização do Estado, com a desqualificação de uma rede própria e a compra de serviços privados que prescindiam de tecnologia e recursos humanos qualificados (AMARANTE, 1995).

De acordo com dados apresentados por Amarante (1997, p. 166-167), o período que antecede o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira traduz a enfática produção da loucura:

²¹ Sexta Carta Magna do Brasil e quinta da República, a Constituição de 1967 reuniu os atos institucionais e complementares promulgados desde o golpe de 31 de março de 1964 e legitimou as ações do regime militar. Ela entrou em vigor em 15 de março de 1967, substituindo a Constituição de 1946, até então considerada a mais liberal da história do Brasil.

²² Fundada em 1966, a FBH representava o setor privado de prestação de serviços em psiquiatria [...]. Sua criação insere-se no contexto do golpe militar de 1964 e era exclusivamente formada por “empresários da loucura” – investidores na área de hospitais privados da psiquiatria (AMARANTE, 1995, p. 110).

Em 1977, houve 195.000 internações desnecessárias; entre os anos de 1973 e 1976, houve um aumento de 344% no percentual de internações psiquiátricas, os leitos psiquiátricos privados contratados subiram de 3.034 em 1941 para 55.670 em 1978, enquanto os leitos públicos variavam de 21.079 para 22.603; o número de hospitais conveniados aumentou de 100 hospitais em 1965 para 276 em 1979.

A FBH tinha em seus quadros a representação maciça dos donos dos “hospícios”, aglutinando os mais arcaicos setores da saúde. Na década de 1980, o projeto de privatização impulsiona outro mercado, atraindo o empresariado para as modalidades de medicina em grupo e seguro saúde, mais rentáveis que os serviços de psiquiatria. As doenças crônicas e degenerativas são banidas desses novos serviços, que seriam financiados pelos próprios usuários e por recursos públicos oriundos das contratações de procedimentos médicos; as doenças mentais, consideradas onerosas para esses segmentos, passam a ser, diretamente, de responsabilidade do Estado e, indiretamente, dos que estavam vinculados ao sistema previdenciário por contribuições trabalhistas, à mercê dos contratos/convênios que ainda se mantinham através do Ministério da Saúde.

Contudo, esses dois fatos provocam uma desestabilização das relações contratuais que a FBH mantinha com o Estado. A iminente perda de poder por parte dos militares e a diminuição dos lucros ameaçam a entidade, que passa a se organizar corporativamente em defesa dos interesses privados dos setores ligados à assistência psiquiátrica. A crise da entidade se articula com o crescimento da medicina em grupo, que passa a ocupar espaços importantes no que diz respeito à captação de recursos públicos, através da oferta de serviços pagos por procedimentos efetuados. Ressalte-se que, nesse período, os hospitais já davam sinais de decadência em suas estruturas deterioradas. No entanto, a manutenção do hospital psiquiátrico como única alternativa ao tratamento dos insanos se mantinha intocada.

A década de 1970 anuncia o limiar do processo de redemocratização no país. Ao final dessa década, já havia uma ebulição dos setores populares da sociedade manifestando suas reivindicações e denúncias contra o autoritarismo da ditadura e das práticas violadoras exercidas no interior das instituições asilares. O poder/saber psiquiátrico estava sendo questionado, sendo crescentemente alvo de críticas nos espaços que se constituíam para o debate e discussão sobre o privatismo da saúde e sua política discriminatória de acesso.

2.4.2 Reforma Sanitária: coalizão de forças sociais na construção de um projeto coletivo de saúde

Na concepção de Teixeira (2011), a Reforma Sanitária brasileira não se definiria por interesses específicos de alguns grupos. Transcenderia essas perspectivas por aglutinar, em sua formação ético-política, uma diversidade de segmentos da sociedade, entre indivíduos e entidades políticas e sociais articulados em torno de um projeto coletivo democratizante de saúde.

A injunção de um projeto neoliberal em emergência, disseminando seus drásticos efeitos de exclusão nos processos civilizatórios e um conjunto de forças sociais que se pautava na defesa de propostas políticas para um sistema de saúde único e universal, apontava para a nova correlação de forças que se instituía na arena de negociações das políticas públicas.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde transformou-se no evento político mais decisivo quanto aos rumos que tomaria a saúde pública no Brasil. Com efeito, o debate ali iniciado culminou com as deliberações que consensuavam o início da construção do SUS – Sistema Único de Saúde (MASSANARO, 2013). As universidades brasileiras abriram suas portas para esse movimento, levando para os departamentos de medicina preventiva e social as discussões sobre os problemas de saúde e a concepção de uma nova abordagem sobre o processo de saúde-doença, alcançando êxito no que tange à construção de um Estado Democrático de Direito.

Os conflitos, tensões e contradições que emergiam das discussões e de uma nova contratualidade entre movimentos profissionais e populares não impediram o avanço da proposta que se construía de um projeto alternativo de saúde regido por princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A alteração das práticas institucionais promovidas pela Reforma e albergadas no texto constitucional de 1988 definiu uma nova contratualidade entre os serviços de saúde e os usuários, assegurando novos instrumentos de avaliação, controle social e orçamentário, gestão participativa dos profissionais, entre outras importantes modificações que não se esgotam em um processo técnico-instrumental. Tais modificações devem, em princípio, romper continuamente com o modelo médico hegemônico que prevaleceu histórica e culturalmente nas práticas sanitárias do país.

Para Delgado (1992, p. 39), no campo da saúde mental, esse modelo hegemônico sustentou a ideia de invalidez das pessoas em sofrimento psíquico através da interdição e da compulsoriedade das internações, alimentando o estigma da “incapacidade” e da “periculosidade” nos intramuros das estruturas manicomiais.

Para o conjunto da sociedade brasileira, o movimento da Reforma Sanitária e seus conclames por uma política nacional de saúde justa e equânime representou a construção de um sistema universal e democrático, o SUS, que extrapola o direito de inclusão política e jurídica dos sujeitos. Propõe-se uma ação mais complexa: o enfrentamento das formas mais excludentes e violentas que se impõem sobre a diversidade/desigualdade social, cultural e política que formou, desde suas origens, o povo brasileiro.

O projeto de saúde coletiva para o país, expressão da organização do Movimento de Reforma Sanitária, não se restringia à efetividade da legislação que propunha um padrão administrativo e financeiro mediado por um pacto de descentralização de responsabilidades entre os entes federativos. Ele pleiteava uma reforma social que incluísse redistribuição de renda e a formulação de políticas públicas universalizantes, negociáveis com todas as esferas da sociedade.

2.4.3 Articulação Nacional de Luta Antimanicomial: em foco, os movimentos sociais

O Movimento de Luta Antimanicomial, maior expressão da luta pela Reforma Psiquiátrica, não se justapõe à Reforma Sanitária no que concerne à sua formação político-social. Surge nos anos de 1980 e na origem de suas discussões estavam os interesses de um conjunto de categorias profissionais vinculadas à assistência prestada nos hospitais públicos psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

No projeto da Reforma Sanitária, a aglutinação dos mais diversos segmentos da sociedade em torno de um projeto contra-hegemônico de saúde contestava o modelo de sociedade instituída, transcendendo os marcos corporativistas (TEIXEIRA, 2011).

A transição que se realizava da ditadura à redemocratização no país nesse período manteve as mesmas políticas econômicas que o regime conseguira implantar, utilizando estratégias repressoras e autoritárias (BÓRON, 1995).

As transformações em curso que se operavam com a força das mobilizações sociais por todo o país, sob o protagonismo desses dois importantes movimentos, colidiam com a implementação de políticas neoliberais nos contextos regional e mundial.

Como sujeito político de importância fundamental para a concretização de uma Política Nacional de Saúde Mental, a Luta Antimanicomial foi marcada por diferentes fatos políticos que se traduziam em um conjunto de denúncias ao manicômio e às reivindicações da classe médica por melhores condições de trabalho e por assistência à população.

A primeira crise no sistema público de saúde mental ocorre em 1978, desencadeada por uma série de manifestos que oscilava entre a urgência de um projeto de transformação psiquiátrica e uma pauta de reivindicações de interesses corporativos (AMARANTE, 1995). Seu estopim foi a deflagração de uma greve protagonizada por profissionais que atendiam nos grandes hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro vinculados à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)²³, resultando na demissão em massa de profissionais e estagiários. As denúncias, formuladas por três médicos bolsistas, revelavam as atrocidades cometidas dentro dessas instituições, angariando a adesão de profissionais de outras unidades, além do apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)²⁴.

A princípio, foi a conjunção das forças dos trabalhadores em saúde mental, especificamente médicos e residentes, que deu origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Como movimento social, o MTSM ganha importância no processo da Reforma Psiquiátrica por conseguir reunir diferentes setores da sociedade e organizações políticas representativas dos trabalhadores, usuários/usuárias e familiares dos serviços de psiquiatria, avançando com as denúncias contra os hospitais psiquiátricos públicos, que funcionavam como “redutos dos marginalizados” (AMARANTE, 1995, p. 55).

A pauta de reivindicações, proposta inicialmente e organizada em espaços não institucionais em que se reuniam os trabalhadores, traduzia os anseios trabalhistas pela regularização do vínculo empregatício dos bolsistas e pela redução da carga horária excessiva, além de traduzir as denúncias das precárias condições institucionais e de trabalho, que ganharam destaque com a cobertura da imprensa. No bojo desse movimento, já se construía uma crítica contumaz ao saber psiquiátrico no que se refere ao uso do eletrochoque e à cronificação do manicômio, além da publicização das constantes violações aos direitos humanos que ocorriam no interior dessas instituições: “agressões, estupros, trabalho escravo e mortes não esclarecidas” (AMARANTE, 1995, p. 52).

O ano de 1979 se torna um marco referencial no que tange à conjunção de forças sociais em defesa de um sistema público de saúde mental em bases democráticas e do fortalecimento das instituições representativas dos trabalhadores e das demais organizações articuladas aos movimentos sociais. No curso daquele ano, muitos acontecimentos

²³ Órgão do Ministério da Saúde que formulava as políticas de saúde mental em 1978 e teve sua atuação questionada e enfrentada por um grupo de profissionais e estagiários que deflagraram uma greve nas quatro unidades da DINSAM no Rio de Janeiro.

²⁴ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular, o direito universal à saúde.

convergir para a irreversível mudança paradigmática à qual o modelo psiquiátrico asilar deveria ser submetido, destacando-se a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença demarcadora para a Reforma Psiquiátrica brasileira de Franco Basaglia. O médico psiquiatra italiano, com sua denúncia pública, tocaria para sempre na ferida social produzida pela violência asilar no Brasil e, no mesmo período, a divulgação do documentário “Em nome da razão”, produzido pelo cineasta Helvécio Rattón na Colônia de Barbacena, citado por Arbex (2013, p. 219) como sendo o “golpe de misericórdia no modelo de psiquiatria exercido até então”. Por fim, a filiação ao Partido dos Trabalhadores, do então professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Paulo Delgado, que, em sua trajetória política, foi o mais importante legislador da Reforma Psiquiátrica no Brasil (MASSANARO, 2013).

As forças contra-hegemônicas da sociedade estavam reunidas em torno de uma experiência que cindia não apenas com a instituição total, o manicômio, mas com toda representação simbólica inscrita nas mais aviltantes formas de tratamento ofertado nesses espaços. É, sobretudo, por meio do engajamento de associações de familiares e de pessoas com longa história de internações psiquiátricas que o movimento amplia a importância da profunda ruptura que iria se consolidar no campo da saúde mental.

Duas experiências já se afirmavam no seio do movimento que iriam delinear seu caráter emancipador: a conjunção de atores que secularmente foram separados pela rigidez da ordem psiquiátrica e seu aparato instrumental e desumano – “grades, celas, excesso de medicação etc.” e a associação entre trabalhadores e pacientes, experimentando junto o protagonismo de uma “Sociedade Sem Manicômios” – lema que constrói a denúncia contra as violações, convocando toda a sociedade para reinventar suas práticas e saberes (SILVA, 2003, p. 94).

Para Silva (2003), o envolvimento desses atores e a existência de um movimento social com bases fundadas na pluralidade e democracia surgem como importante referência no desenvolvimento de uma aprendizagem social em que loucura e suposta normalidade podem ocupar espaços comuns de convivência.

O ano de 1992 marca os avanços de uma política inovadora do ponto de vista legislativo e social, no que diz respeito ao redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental. Vários estados brasileiros iniciavam o processo de progressiva substituição dos leitos psiquiátricos sob a determinação das primeiras leis estaduais em direção ao modelo de rede integrada de saúde mental (BRASIL, 2005).

Em 1993, com a instituição da Luta Antimanicomial, ampliaram-se os espaços de aglutinação dos usuários/usuárias em Encontros Nacionais específicos, além da participação em espaços institucionais de entidades comunitárias. A inserção desses sujeitos em fóruns comuns para todos os integrantes do movimento se transformou em um campo inovador e político, comportando questões éticas, técnicas, que desvelavam as contradições de uma convivência entre sujeitos com experiências sociais e culturais tão adversas quanto solidárias na desconstrução do aparato manicomial que envolve práticas e saberes.

Esse momento histórico, com repercussão significativa no campo dos direitos humanos, logrou, com êxito, a sensibilização da sociedade e o início das lutas pela Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. Em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/1989 no Congresso Nacional, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/ MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios. Foram doze anos de tramitação para que a Lei fosse sancionada.

Sendo um substitutivo do Projeto de Lei original, a Lei Federal nº10.216/2000, trouxe modificações importantes no texto normativo. Reconhecida por converter as práticas manicomiais em um projeto emancipatório para a experiência da loucura, preconiza o reconhecimento do sujeito com transtorno psíquico, através do seu acesso ao território social, bens, serviços e vida comunitária.

Quando da sua aprovação, enquanto projeto de lei na Câmara dos Deputados em 1990, a Reforma Psiquiátrica brasileira já havia iniciado suas primeiras experiências em São Paulo (1987) e Santos (1989). Inspirados pela experiência triestina, os novos serviços foram experiências pioneiras que contribuíram para a construção do paradigma de Atenção Psicossocial e como referência para elaboração da legislação (GULJOR, 2003).

Em 1991, o projeto de Lei da Câmara foi remetido e apreciado por dois relatores do Senado Federal e submetido à votação na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em 1995, com parecer favorável. Porém, foi rejeitado por duas vezes pelo plenário, recebendo várias novas emendas até a sua aprovação em 1999; após doze anos de tramitação, foi sancionado como Lei Federal no ano de 2001 (ARBEX, 2013).

2.4.4 Desinstitucionalizar: o ritmo da Reforma Psiquiátrica

A promulgação da Lei nº10.216 preconiza mecanismos claros e definidos para a concretização da Reforma Psiquiátrica, alinhada às novas diretrizes da política de saúde

mental sob a responsabilidade do governo federal, privilegiando o tratamento em base territorial (serviços comunitários). Algumas ações governamentais já sinalizavam para as grandes transformações estruturais que iriam se operar a partir do dispositivo legislativo:

Linhas específicas são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. [...] a rede de atenção experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (BRASIL, 2005, p. 08).

A rede substitutiva ao manicômio, constituída de seus diversos dispositivos – atenção à crise, residências terapêuticas, assistência psicossocial, centros para usuários em uso de álcool e outras drogas, ambulatorios e atenção básica –, vai se tecendo na gigantesca territorialidade brasileira, com suas características históricas, sociais e ambientais particulares. O desafio que irá permear continuamente a reconfiguração dessa política no interior da rede e os seus rebatimentos no planejamento das ações de saúde e nas relações de poder produzidas junto às populações adscritas nos diferentes espaços territoriais será o de alcançar, cada vez mais, o contingente da população que foi historicamente alijada da assistência digna em saúde mental.

A aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 apresenta em seus princípios doutrinários uma nova concepção na redivisão territorial e geográfica do país, a fim de operacionalizar ações de saúde e abolir as iniquidades nas ofertas de recursos e de serviços distribuídos desigualmente nos estados e municípios.

As bases do novo sistema de saúde de caráter universal foram tecidas a partir da Reforma Sanitária nos anos de 1970/1980, quando o movimento produziu um diagnóstico do quadro crítico em que se encontravam os setores responsáveis pelos serviços ofertados à população, com disparidades regionais que apontavam, principalmente, para o desperdício de recursos, fragmentação e baixa cobertura assistencial com irresolutividade das ações que não previam as singularidades e necessidades das diferentes regiões (GONDIM et al. 2008, p. 3).

Para a política de saúde mental, impôs-se fundamentalmente ao que Santos (2007, p. 150) se referia como “geografização da cidadania”, em que o autor alude a dois pressupostos que devem ser levados em conta quando se trata do reconhecimento de todos como cidadãos – “os direitos territoriais e os direitos culturais, entre os quais o direito ao entorno”. Experimentar o “comum” em uma rede microssocial por meio da vida na comunidade. Não mais o hospício, mas os dispositivos de socialização que operam ao ar livre e produzem coletividade e aprendizados de tolerância: a fila na padaria, o transporte público, o crédito na

barraquinha, as conversas com os vizinhos, dentre tantas outras formas de confrontar o encarceramento manicomial. É no território de saúde que as ações de saúde mental se complexificam e se constituem campo de aprendizado para as equipes de saúde e as populações que buscam os cuidados ofertados.

O que a Reforma Psiquiátrica abrigou em seu interior paradigmático é um novo modelo de assistência em saúde mental que promove em suas bases programáticas e estruturais as mudanças subjetivas essenciais ao desmonte manicomial. Muitos dos ideais desse movimento estão condensados nas reflexões de Bezerra (2007, p. 247), que tão bem enuncia essa proposta:

Mais do que buscar a aceitação de uma política assistencial, o desafio nesse campo é produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar olhar fundado numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida.

É justamente o sentido da desconstrução que aporta os pressupostos éticos contidos no processo de desinstitucionalização, por vezes compreendido como paradigma de encerramento da assistência hospitalar psiquiátrica para os serviços de base comunitária, apreendido paradoxalmente como oferta de desospitalização e desassistência.

A trajetória da luta contra as violações e desumanidades impingidas aos que experimentam uma existência marcada pelo sofrimento psíquico e com características especiais instiga a reversão de um construto que moldou o imaginário social a recusar a inclusão dessas pessoas.

A desconstrução, portanto, não perfaz apenas a remodelagem de dispositivos técnico-assistenciais; estes devem se ancorar em profundas transformações que confrontem a loucura e suas interfaces com uma sociedade restritiva, que constrói a diferença como aspecto inassimilável do humano, que cerceia a cidadania invalidando os recursos comunitários que devem competir para a reorientação de uma assistência singularizada pelos matizes socioculturais tão diversificadas de cada território.

Desinstitucionalizar (instituições, pessoas, comunidades, ideias e normatizações) convoca à contestação da cultura manicomial por meio de uma nova trama social que ultrapasse os discursos científicos de domínio hegemônico, repercutindo no investimento da dimensão subjetiva do sujeito com transtorno mental em articulação com seu entorno social e novas formas de contratualidade. Esse processo deve ser enriquecido continuamente pelo

debate público entre os diferentes segmentos da sociedade, constituindo-se campo privilegiado para a transversalidade de saberes e práticas e seus condicionantes político-assistenciais. Espaço para sustentação de uma lógica que subverte a simples tolerância e assimilação do Outro que se inclui não apenas pelos aparatos jurídico-institucionais, mas por uma sensibilidade social pautada por relações éticas que *cuidam* das diferenças, além de *acolhê-las* e *compartilhá-las*.

3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DE DIREITOS HUMANOS

“O valor, o mais precioso dos valores humanos, o atributo sine qua non de humanidade, é uma vida de dignidade, não a sobrevivência a qualquer custo”.

Amor líquido – Zigmunt Bauman

Na primeira sessão, introduzimos, historicamente, a construção da loucura no Ocidente, desde a Renascença até os dias atuais. Apresentamos o processo de objetificação da doença mental por um saber científico, a psiquiatria, e narramos como o isolamento social foi utilizado como recurso terapêutico central pelas instituições asilares. Discorremos sobre os principais movimentos reformistas do campo da psiquiatria ocorridos no período pós-Segunda Guerra e revisitamos a experiência italiana de Reforma psiquiátrica, que trouxe para o Brasil contribuições importantes para a reversão do modelo psiquiátrico asilar.

Nesta sessão, faremos, inicialmente, uma breve narrativa da origem da expressão “reabilitação psicossocial” e das práticas iniciais utilizadas por diferentes disciplinas instrumentalizadas por uma concepção funcionalista baseada na readaptação (das capacidades laborais e de sobrevivência) do paciente com *déficits* decorrentes de adoecimento. Discutiremos a dimensão política, cultural e social preconizada por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as suas estratégias reabilitadoras em ruptura com a dicotomia sujeito/doença mental. Posteriormente, abordaremos o processo de reabilitação psicossocial a partir da reorientação do modelo de saúde mental, como dimensão ética do cuidado ofertado na comunidade em suas múltiplas redes de negociação – casa, trabalho e rede social. Por fim, apresentaremos a concepção da reabilitação psicossocial como importante operador teórico-prático da Reforma Psiquiátrica inspirado por Saraceno (1999) como uma exigência ética que se contrapõe a toda forma de enclausuramento da vida.

Nesse contexto, a ideia de desinstitucionalização se constituiu como conceito de referência para tratarmos da desconstrução do paradigma asilar como processo que se instaura cotidianamente nas relações e experiências de convívio com a diversidade de existências que a loucura representa e a sua reinscrição no corpo social.

3.1 Reabilitação psicossocial – origem, contrassenso e reconstruções na experiência da reforma psiquiátrica brasileira

Eleger a reabilitação psicossocial como objeto de nosso estudo nos propõe um esforço epistemológico em evocar essa abordagem em suas diferentes matizes conceituais, desde sua relação intrínseca com o surgimento da terapia ocupacional à sua aplicação no campo da psiquiatria. Este percurso inicial orienta-nos na direção de uma perspectiva ética e na construção dos diversos sentidos produzidos e assumidos na concepção do novo modo de ofertar assistência em saúde mental na contemporaneidade.

O caráter polissêmico da palavra reabilitação já enuncia algumas questões no campo da saúde mental e suas repercussões sócio-históricas referentes ao processo de adoecimento e recuperação, sobretudo, dos que sofrem transtornos psíquicos. A palavra, bastante difundida na área da saúde, tem seu termo proposto em acepções verificadas no Dicionário Houaiss²⁵, como sendo:

Reabilitação (substantivo feminino); ação ou efeito de reabilitar (-se) [física, intelectual, moral, social, profissional, psicológica e materialmente]; recapacitação (...). 7. Rubrica: medicina, recuperação da forma ou função normal, após doença ou lesão. 8. Rubrica: Medicina: devolução do paciente, após lesão ou enfermidade, as suas atividades físicas e/ou mentais anteriores.

É recorrente identificar, no senso comum, o conceito de reabilitação como expressão vinculada à recuperação da funcionalidade adaptativa e ortopédica vastamente utilizada na legislação previdenciária no Brasil. Neste sentido, reabilitar tinha como fundamento recuperar ou readaptar a capacidade laborativa dos sujeitos, ressaltando-se, os que estivessem sob a vigência de um contrato de trabalho. Até 1944, a reparação da função laboral prevista na legislação cumpria-se por meio de cirurgias ortopédicas e sessões fisioterápicas. Em 1967, vigora a reabilitação profissional como programa de prevenção de acidentes pela Previdência Social, custeada pelas empresas. A partir dos anos de 1990, observam-se mudanças substanciais, tanto no que se referem às políticas adotadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), quanto ao perfil epidêmico das doenças ocupacionais com uma significativa incidência dos lesionados por restrições físicas pouco visíveis, tais como: Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e de intenso sofrimento psíquico (MAENO; VILELA, 2010).

²⁵ HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRACO, Francisco Manoel de Mello. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

No tocante ao nosso estudo, interessa-nos ressaltar que a reabilitação no campo da psiquiatria esteve sempre atrelada ao conceito de “ocupação”, como defendida por Pinel, quando propôs um tratamento moral, punitivo para os pacientes com transtornos psíquicos por meio da distração pelo trabalho. Mais recentemente, o termo reabilitação ressurge como recurso terapêutico para retomada da funcionalidade do sujeito e reversão ou eliminação das sequelas do adoecimento, dando origem à terapia ocupacional e adentrando por outros campos de atuação profissional, como serviço social, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia (SIDRIM, 2010).

A transição do tratamento moral para o modelo médico redimensionou a função punitiva que assumia inicialmente a reabilitação, para uma proposta de caráter adaptativo e educacional. No campo da saúde mental, isso significou a aplicação de uma abordagem orgânica funcional utilizada nos fenômenos psíquicos que os reduzia às doenças mentais, passíveis de serem tratadas através de técnicas específicas que buscavam recuperar *déficits* graves e funcionais dos sujeitos. O conceito de reabilitação psicossocial já estava presente no campo da psiquiatria desde 1985, através da concepção desenvolvida por uma renomada associação, a *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (IAPSRs), que tinha como objetivo o estudo e a disseminação de práticas reabilitadoras. Sua perspectiva se pautava na medicalização e no ensino de habilidades e técnicas que possibilitassem ao sujeito em sofrimento psíquico se adaptar ao ambiente em que vivia, cumprindo bem tarefas que exigiam concentração e harmonização com a própria vida (SIDRIM, 2010). A inserção e a recuperação pelo trabalho produtivo, além do enfoque na estabilidade clínica dos indivíduos, representavam uma perspectiva mais ampliada no que diz respeito aos resultados esperados em um processo considerado reabilitador.

Essas práticas, assumidas por um conjunto de disciplinas, revelavam um modelo hegemônico em que prevaleciam processos distintos; a terapia se ocupava do sujeito classificado como doente mental e a reabilitação psicossocial tentava devolver sua funcionalidade (SIDRIM, 2010). A dimensão ética desse processo passou a ser discutida quando ficaram perceptíveis os pressupostos acrícos, tecnicistas e reducionistas, que destituíam o adoecimento psíquico dos seus determinantes históricos e sociais. A singularização proposta nos programas de reabilitação negava as diferentes dimensões da vida humana – política, social, cultural e afetiva –, identificando apenas o aspecto biológico como indicador da sobrevivência, de necessidades naturais e de readaptação ao modo do fazer social que prevalecia.

Nessa perspectiva, o debate que ancorou o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sido conduzido para além da capacidade de formulação de políticas públicas de assistência em saúde mental e das garantias jurídicas e institucionais que ensejam a titularidade de direitos às pessoas com transtornos mentais. Discute-se a ressignificação de um lugar social para o sujeito em sofrimento psíquico, o que implica a revisão de saberes e práticas que legitimaram a doença mental como condição incapacitante do ser humano, justaposta às outras variáveis que concorrem para um padrão indigno de vida.

A complexa e multifacetada experiência de adoecer psiquicamente está ainda a exigir novos termos de uma contratualidade social que envolve a oferta de cuidado assistencial e terapêutico, assim como a desconstrução dos hospitais psiquiátricos, modelos paradigmáticos de supressão da vida e da liberdade. Seus efeitos não repercutem apenas no interior institucional, autorreproduzem-se no cotidiano da vida social que constrói um aprendizado de desprezo, intolerância e restrição de acessos e oportunidades na vida pública e familiar para com essas pessoas.

3.2 As dimensões ética e política da reabilitação psicossocial – a desinstitucionalização

O processo de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica vem se constituindo como um dos movimentos sociais mais emblemáticos que a sociedade brasileira tem experimentado no campo da saúde. A Reforma surge no horizonte de um paradigma racionalista que apostava na produção do conhecimento científico e do seu domínio sobre a vida social sob a orientação de rígidos preceitos morais. Sua trajetória não possui um traçado linear e consensual entre a diversificação dos atores sociais que, no final dos anos de 1970, estavam envolvidos com os debates críticos que questionavam a desumana oferta de assistência em saúde mental no país.

A resposta ética reivindicada por diversos setores da sociedade formulava críticas à estrutura psiquiátrica asilar; trazia à tona a denúncia de um conjunto de recursos técnicos e assistenciais disseminados institucionalmente por uma política que fomentava o abandono, o rompimento definitivo dos laços sociais e familiares dos pacientes psiquiátricos e os procedimentos terapêuticos que produziam mortes e violações. Os embates não se restringiam a pôr em xeque a capacidade reformista do Estado em transformar as instituições psiquiátricas em espaços humanizados. Tratava-se de um debate de amplitude nacional que demandava uma profunda transformação da ordem social, questionando o lugar da loucura e a dívida

histórica para com os direitos humanos dos que foram exilados do mundo social por seu adoecimento psíquico.

Nesse contexto, a ideia de desinstitucionalização foi sendo tecida paralelamente no mesmo período em que fervilhavam os movimentos sociais que lutavam pela redemocratização no país, conjugando-se às discussões sobre o significado do processo saúde-doença e à formulação de um sistema universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito de desinstitucionalização que foi sendo elaborado propunha a desconstrução do paradigma asilar em uma perspectiva ampla, complexa e multidimensional, que envolveria a invenção de novas modalidades de atendimento em saúde mental. Os princípios antimanicomiais que aqueciam as discussões estavam fundamentados na reversão do modelo cuja principal concepção era a separação rígida entre sujeito e objeto, teoria e prática, ciência e ética, loucura e razão (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007).

A abordagem desinstitucionalizante reconfigura o debate acerca da experiência da loucura, fazendo emergir um sujeito inserido no conjunto de suas relações históricas, sociais e culturais, sem mais reduzi-lo à compreensão simplista de uma disciplina. Nesse sentido, os modos de intervenção e reflexões desinstitucionalizantes se impuseram, por seu caráter ético e político, ao processo de desospitalização, necessário na desmontagem dos meios institucionais e supostamente terapêuticos que legitimam as desigualdades entre os que sofrem psiquicamente e os que perpetram, simbólica e materialmente, a violência nessas relações.

Em seu caráter ético e político, a desinstitucionalização propõe, essencialmente, a desconstrução de práticas instituídas em gestos, comportamentos e diagnósticos classificatórios para a doença que faz desaparecer o sujeito, subtraindo-o da vida coletiva e de suas instâncias intercambiáveis para o afeto com o Outro, os valores que se constroem em grupo, no trabalho onde se produz autonomia social e política.

Rotelli (1990) provocou uma discussão importante a esse respeito. Tratou dessa desconstrução do aparato manicomial, designando-a por “instituição inventada”, por se revelar, na base, contrária à normalização, tomando como objeto a existência-sofrimento do sujeito em relação à ordem social estabelecida. O autor, em seus aportes teóricos, aposta no processo de desinstitucionalização em que a reconstrução das pessoas como atores sociais seja o principal investimento do cuidado terapêutico ofertado. Em sua conceituação, considera que a maior engrenagem para o trabalho extramuros das instituições asilares são os serviços territorializados articulados com a vida cotidiana, com suas diferentes expressões de sofrimento e opressão.

3.3 A Reabilitação Psicossocial como instrumento de promoção dos direitos humanos

A reabilitação psicossocial assume um caráter conceitualmente complexo e implica a composição de diversos saberes na reconstrução do sujeito com sua história, com sua cultura e vida social. A funcionalidade instrumental, característica de outras abordagens reabilitadoras, detém-se na re aquisição da capacidade laboral de um indivíduo e na reparação de um *déficit* funcional, privilegiando a técnica em detrimento da capacidade ética e social do sujeito de se utilizar de todos os recursos relacionados ao seu universo social. No adoecimento psíquico, esse tipo de abordagem se torna secundária quando confrontada com as demandas complexas de quem é acometido por algum tipo de transtorno mental. Essa condição, quando associada a tantas outras variáveis que compõem o cenário da vida do sujeito, não é vislumbrada por meio de diagnósticos, prognósticos e prescrições medicalizantes. Estes recursos, dissociados do campo ético e social, não irão interferir na vida dos que ainda permanecem privados do direito à saúde mental ou, ainda, os que estão sob a égide da exclusão quando suas identidades estão vinculadas à insanidade, à estranheza, à periculosidade e à irresponsabilidade civil.

Esse patrimônio discriminatório, passível de tratamentos degradantes e humilhações tem sido, até os dias atuais, as principais motivações pelas quais a Luta Antimanicomial se originou e continua como bandeira do movimento pelos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Benevides (2007) elaborou um conceito relevante sobre direitos humanos, que por sua obviedade poderia se tratar de mais um apontamento posto nas cláusulas dos inúmeros tratados e declarações que evocam, garantem, promovem e protegem tais direitos. A autora enfatiza que:

Direitos humanos são aqueles comuns a todos, a partir da matriz do direito à vida, sem distinção alguma decorrente de origem geográfica, caracteres de fenótipo (cor de pele, traços do rosto e cabelo etc) da etnia, nacionalidade, sexo, faixa etária, presença de incapacidade física ou mental, nível socioeconômico ou classe social, nível de instrução, religião, opinião política, orientação sexual, ou qualquer tipo de julgamento moral. São aqueles que decorrem da dignidade intrínseca de todo ser humano. (BENEVIDES, 2007, p. 337).

No entanto, estes pressupostos se constituem marcas expressivas, cumprimento da exigência ética fundamental para se avaliar o quanto uma sociedade e seu sistema político efetiva seu processo democrático. Ao olhar para a população que durante os últimos dois séculos foi tutelada pelo hospital psiquiátrico, fica evidente que muitos dos que ainda se encontram em uma situação de ingresso precarizado ao mundo do trabalho, educação e saúde, ocorre pela ausência de estratégias e recursos adequados para o enfrentamento digno do

adoecimento psíquico. O que o manicômio produziu em cada individualidade, sequestrando a subjetividade e anulando cada singularidade, repercute no imaginário coletivo que se apropriou do objeto fictício – a doença mental (e a sua invalidez) adjetivada por uma cronicidade construída nas decisões que a define discriminatoriamente (SARACENO, 2011).

Na proposta ético-política e cultural da Reforma Psiquiátrica, a reabilitação psicossocial não se propõe como alternativa ao “escândalo manicomial” que foi enfaticamente publicizado pelos meios de comunicação e denunciado como lugar desumano e violador. A inclusão preconizada não irá se efetivar por uma simples transferência dos “enfermos mentais” dos insalubres e aviltantes hospitais psiquiátricos para espaços residenciais, serviços territorializados ou regresso para suas famílias de origem. E não é apenas o hospital psiquiátrico que cumpre essa função segregadora na vida dessas pessoas. Outras instituições da vida social podem reproduzir esse mecanismo com a mesma intensidade: a comunidade, a família ou, até mesmo, os novos dispositivos propostos pelo modelo de atenção psicossocial. O que diferencia o real investimento na re aquisição do poder material, afetivo e social que se reivindica como a afirmação de direitos e como resposta substitutiva ao modelo manicomial é a gestão das ações organizadas e efetuadas em rede. Como discute Saraceno (1999, p. 24), estas podem se evidenciar por serem “uma simples reprodução de uma lógica de controle e contenção como representar uma melhora real da qualidade do que se oferece ao paciente”.

O autor chama a atenção para os processos de reabilitação em que a normalização prevalece em detrimento da diversificação da norma. A criação de espaços em que a complexidade das experiências humanas de sofrimento é traduzida por diagnósticos e tratada por medicação corresponde à afirmação da inexistência da diversidade e das múltiplas possibilidades do sujeito ocupar seu espaço no mundo.

Para isso, Venturini (2010) conjuga desinstitucionalização e reabilitação como instâncias indissociáveis para a promoção de saúde mental, e a comunidade, lócus dos processos sociais que envolvem múltiplas redes de proteção, conexão e integração em um território humano, material e simbólico. Nesses espaços, diversificam-se ou se encerram todas as possibilidades do convívio com a experiência perturbante e desagregadora da loucura – a tessitura dos laços de solidariedade que se firmam como continente para o extenuante sofrimento mental e, por outro lado, o bloqueio comunitário, que se expressa na negligência e na desresponsabilização com o cuidado, ativando o estigma e a deserção social dessas pessoas.

Retomando as ideias principais da reabilitação psicossocial, o autor apresenta o que considera as três principais necessidades de uma comunidade na área da saúde, sem que

estejam compartimentalizadas, sob o risco de acentuarem a individualidade no sofrimento: a necessidade do tratamento que demandam respostas médicas; a resposta social e de assistência relacionada à moradia e ao trabalho; e, por fim, a questão existencial que consubstancia a experiência singular de cada sujeito referida à afetividade, à sexualidade, à autoestima e aos relacionamentos. Para Venturini (2010), estes últimos aspectos assumem um caráter relevante no cuidado ofertado, porque devem requerer estratégias que não estão codificadas institucionalmente e mobilizam recursos de reinserção social e reelaboração das redes relacionais. Refere, ainda, que as duas primeiras necessidades devem ser atendidas em um circuito assistencial que reúna organizações setoriais, mesmo que funcionem de forma separada.

O autor, em suas reflexões, enuncia um processo de desinstitucionalização/reabilitação que representa as próprias contradições contidas no tecido social em que políticas de cunho neoliberal, com acentuada ênfase no individualismo, desigualdades sociais e pobreza extrema conferem um funcionamento fragmentado entre redes sociais e instituições sócio-sanitárias.

3.4 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como lócus do cuidado, proteção e afirmação dos direitos humanos.

Na contemporaneidade, medicalizar é o recurso terapêutico que mais tem sido utilizado para enfrentar as rápidas transformações sociais que decorrem de uma sociedade global e complexa. O processo em curso do desenvolvimento das forças produtivas acelera profundas transformações na distribuição do poder, da riqueza e da cultura em todo o planeta. Para Bauman (1998, p.34), o avanço das inovações tecnológicas e científicas de uma sociedade pós-industrial aprofundou

A desregulamentação universal – a inquestionável e irrestrita prioridade outorgada à irracionalidade e à cegueira moral da competição do mercado -, a desatada liberdade concedida ao capital e às finanças à custa de todas as outras liberdades, o despedaçamento das redes de segurança socialmente tecidas e societariamente sustentadas, e o repúdio a todas as razões que não são econômicas [...].

O modelo perverso de desenvolvimento econômico produz uma nova sociabilidade fundada na individualidade e na acepção pós-moderna do “adoecer”, em que a cisão entre corpo e espírito reproduz uma relação de sintoma e cura materializada no conjunto de representações do sofrimento atribuído ao corpo que, nas camadas populares, designa-se por “doença dos nervos” (DUTRA et. al, 2006, p. 5).

Há uma intrínseca relação entre o adoecimento individual e a precarização das condições de vida processadas cotidianamente pela população nas formas aviltantes de negação às condições dignas e qualificadas de saúde e seus determinantes, que devem abranger “uma vasta rede de relações, uma ampla reflexão sobre a cidade, a cultura, os direitos humanos e a vida em comunidade, um entendimento elaborado sobre o trabalho, a moradia e a autonomia dos sujeitos” (MCDOWELL, 2014, p. 31). No entanto, a relação estabelecida entre esses aspectos e os fatores sociais, culturais, econômicos e políticos pouco se articulam nos processos decisórios e de planejamento das políticas públicas com a vida dos sujeitos.

A “doença mental” remete à sociedade uma dívida multidimensional. Foi através do seu enquadre patológico, dos laudos, pareceres médicos e interdição judicial que se enquadraram os sujeitos em sofrimento psíquico. Os aparatos construídos para normatização e disciplinamento da loucura institucionalizaram, por meio da violência, a supressão das subjetividades que se apagariam pela invisibilidade de suas existências, pelo empobrecimento repetitivo e degradante da vida manicomial e pela privação da mais trivial vida cotidiana.

Na contemporaneidade, a história continua. O cerco à loucura se atualiza. Não mais os loucos, delinquentes, prostitutas, mas os psicóticos, *boderlines*²⁶, usuários de *crack* e outras drogas. Novas formas, linguagens e competências que produzem a morte social de vários sujeitos (SARACENO, 1999).

Na reconstrução histórica do modelo de cuidado e atenção à pessoa em sofrimento psíquico, a luta empreendida a partir dos anos de 1970 por seu reconhecimento repercutiu na garantia da sua titularidade pública e jurídica aos direitos fundamentais, entre os quais, a liberdade – pressuposto fundamental da legislação atual que dispõe sobre o tratamento que terá como finalidade a reinserção permanente do paciente em seu meio (CARVALHO NETTO; MATTOS, 2005).

Saraceno (1999) afirma que a “deficiência”, referindo-se ao transtorno mental como dano, desabilitação, não é uma condição de incapacitação e impedimento do sujeito a uma vida social, mas o conjunto de respostas que a organização social oferta para reaquisição dos laços sociais e para participação efetiva no intercâmbio de experiências, acesso aos bens sociais de valores simbólicos e materiais.

²⁶ O termo deriva de “fronteiriço”, referindo-se ao limite entre um estado normal e um quase psicótico, assim como às instabilidades de humor. Disponível em: <www.psicanalisefocal.blogspot.com/2011/05/o-que-e-borderline.html>.

Nessa perspectiva, há que se considerar o lugar destinado aos reinseridos sociais, a essa leva de gente que atravessa os muros manicomial e ocupa casas, cidades, que demanda novos trajetos para sua cidadania em curso, das margens para o centro. A construção de uma corporeidade psicótica construída no modelo psiquiátrico hegemônico condena a uma “ausência de obra” – não há um nome, projeto pessoal, desejos, produção e regência da vida. A oposição ao empobrecimento humano dessa experiência perpassa o que indica Saraceno (1999, p.71), citando Basaglia: “[...] reconstruir histórias subjetivas, subjetivar espaços transformando-os em lugares de experiência, inventar recursos, produzir recursos, reformular direitos, desmascarar privilégios”.

Dessa forma, as transformações técnico-assistenciais propostas em uma rede de atendimento psicossocial alternativa à hegemonia do modelo manicomial só se revelará na prática como produtora de um paradigma psicossocial quando em interseção com os valores éticos e estéticos da condição humana. O objeto de cuidado é a existência do sofrimento na vida dos sujeitos, devendo as intervenções pautarem-se em ações inter/transdisciplinares como modo de se compreender a complexidade e a singularidade desses sujeitos imersos em uma trama de relações que requerem uma diversidade de oferta nas estratégias de tratamento.

A instituição de atenção à saúde mental passa a ser a rede intersetorial e suas repercussões na vida de todas as pessoas que sofrem e sintetizam suas existências na sobrevivência química da medicalização. Há que se fazer uma ruptura com esse padrão prevalente na contemporaneidade, investindo em redes potentes, cujos valores se constroem e se transmitem por meio de processos de grupalidade, de reinvenção do paradigma civilizatório. O desperdício da solidariedade aprofundado por uma sociedade que desconstrói subjetividades, individualizando-as e medicalizando-as, sinaliza para uma urgente retomada das estratégias de sociabilidade que privilegiem o coletivo (YASUI, 2013).

Na Política de Saúde Mental brasileira, algumas mudanças são propostas com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como forma de substanciar a ativação de mecanismos de proteção e inclusão aos grupos mais vulneráveis. Particularmente, as estratégias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso do *crack*, álcool e outras drogas remetem à ampliação da complexa rede de atenção em saúde mental que inclui o respeito aos direitos humanos, a garantia de acesso e a qualidade dos serviços prioritariamente de base territorial, o combate aos estigmas e preconceitos, a diversificação das estratégias de cuidado com ênfase na Redução de Danos, a assistência em rede de atenção

à saúde articulada em ações intersetoriais (com promoção da integralidade do cuidado ofertado), entre outras²⁷.

Nessa perspectiva, a Política de Saúde Mental prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, objetivando a superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos psíquicos e progressiva inclusão social. Em sua proposta de organização territorializada, a RAPS é formada por sete componentes:

- (I) **Atenção Básica** – caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que compreenda e proponha intervenções mais efetivas diante da situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2014).
- (II) **Atenção Psicossocial Especializada** – conforme a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados com função específica de serem um substitutivo às internações psiquiátricas, com oferta de cuidados à população adulta com transtornos severos e persistentes ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e de outras drogas e específico para a infância e adolescência. A Portaria define critérios para o atendimento populacional conforme abrangência geográfica e faixas etárias. Os CAPS cumprem a mesma função no atendimento em saúde mental, com características diferenciadas descritas no Artigo 3º dessa Portaria (Brasil, 2004).
- (III) **Atenção de Urgência e Emergência** – são pontos de atenção (SAMU192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de urgência e pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde), responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência/emergência das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental decorrente do uso abusivo de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).
- (IV) **Atenção Residencial de Caráter Transitório** – constitui-se por Unidades de Acolhimento (UA), serviço que deve funcionar por 24 horas – oferecendo acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo direito de moradia, educação e

²⁷ Essas ações estão contidas nas recomendações do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – que aconteceu em Brasília, de 27 de junho a 1º de julho de 2010 – e preconizadas no Artigo 2º da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

convivência familiar/social – destinadas para adultos, crianças ou adolescentes em situação de vulnerabilidade social ou familiar, encaminhadas pela equipe dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até 6 meses) (BRASIL, 2011).

- (V) **Atenção Hospitalar** – oferece retaguarda em Hospital Geral para usuários com transtornos mentais e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas, com internações de curta duração até a estabilidade clínica do usuário.
- (VI) **Estratégias de Desinstitucionalização** – projetos que visam a garantir às pessoas com transtorno mental em situação de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício da cidadania (BRASIL, 2011).
- (VII) **Reabilitação Psicossocial** – iniciativas de geração de trabalho e renda/ empreendimentos solidários/ cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

O acesso dos usuários/as e de seus/suas familiares deverá ser garantido através dos principais pontos de atenção, que preconizam a articulação e a integração da rede, ofertando o cuidado por meio de acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório Na Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em regime residencial; e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos.

Como processo social complexo, o que se propõe com essa estratégia em rede é envolver sujeitos implicados com a tarefa do cuidado e da escuta, atribuições que não estão adstritas às equipes profissionais, usuários e familiares, mas a tantos outros atores sociais que se evidenciam nesse processo. Há que se compreender esse novo paradigma como um campo aberto que extrapola os espaços burocratizados e repetitivos dos serviços de saúde, tidos como locais para tratar das doenças, e não das pessoas. Assim, uma multidimensionalidade de ações e de operadores de diversas categorias aponta para uma rede em que diversos recursos comunitários devem compor o território de acolhimento para as diversificadas sociabilidades existentes e as que estão por se construir (AMARANTE, 2007).

Saraceno (1999) e Fontes (2010) refletem em torno dos principais pressupostos do modelo de atenção e cuidado aos que sofrem psicicamente – a reinserção social, a referência a um conjunto de práticas que reabilitem psicossocialmente os sujeitos através da associação

dos seus vínculos sociais desenvolvidos no território em que vive, junto às instituições formais e informais da comunidade, às famílias e aos recursos potenciais que se estruturam no cotidiano da vida.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, esse entrelaçamento entre dispositivos de saúde, vida comunitária e a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos, estrutura-se na diversidade social, cultural e institucional dos contextos locais de cada município. Para Nicácio e Campos (2004), essa nova modelagem de assistência disponibilizada no contexto das políticas públicas locais de saúde mental está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a concepção de direitos humanos aprofundada na Constituição Federal. Elas reafirmam o que preconizava a Reforma Psiquiátrica: a construção e ampliação de redes e serviços que efetivem, em corresponsabilidade com seus diferentes atores, novas formas de cuidado aos que experimentam o sofrimento psíquico etc. Assim, essa rede preconizada como substitutiva ao modelo hospitalocêntrico deve confrontar o abandono e o desamparo produzidos na dinâmica hospitalocêntrica, ensejando um novo contexto relacional, pautado na liberdade e na afirmação de direitos.

3.5 Redes sociais – recursos de promoção da saúde

A configuração da promoção da rede de saúde mental em rede preconiza uma atenção singular ao indivíduo sem desarticulá-lo do seu lócus social, promovendo a saúde em um contexto territorializado e tomando o adoecimento como fenômeno articulado ao ambiente social. O cuidado em rede de promoção, proteção e prevenção da saúde cumpre com as diretrizes da Reforma Sanitária ao deslocar para a comunidade ações e serviços, assim como o planejamento da política de saúde.

A comunidade representa, assim, a confluência de todos os aspectos indicadores da saúde de uma população; suas redes formais e informais muitas vezes são os recursos necessários para o enfrentamento das crises que se manifestam nos acontecimentos mais difíceis no decurso da vida. A família, como rede de socialização primária, ocupa lugar de importância na reprodução social dos seus membros, protagonizando mudanças circunscritas às funções que irá representar na cultura de cada povo, nos padrões de relacionamentos sociais, na estrutura simbólica de cada sujeito (REIS *apud* VECHIA E MARTINS, 2006).

No campo da saúde mental, o papel requerido às famílias com membros acometidos por transtornos mentais perpassa historicamente pela relação que a sociedade estabelece com

a loucura. No modelo psiquiátrico, a ruptura do sujeito em sofrimento psíquico com seus mundos vitais trouxe como uma das mais emblemáticas consequências a sua exclusão, quase sempre definitiva, do convívio sócio-familiar.

Na atual conjuntura, a transformação do modelo assistencial traz para o foco do cuidado a família e uma rede sócio-sanitária de base comunitária, o que revela um desafio posto nas novas diretrizes da política: construir a oposição à violência e à desumanidade do manicômio, ofertando o cuidado em meio aberto, salvaguardando a vida e a dignidade dos que foram alijados da experiência humana de viver societariamente. Esse desafio confronta a fragilidade, a desproteção, a imprevisibilidade do adoecimento psíquico e as desiguais condições que materializam e se articulam à vida das famílias que são convocadas a responder pelas necessidades singulares e pelo tratamento digno dos seus membros com transtornos mentais. Soalheiro *apud* Vasconcelos (2012, p. 37) destaca alguns dos problemas emblemáticos que desafiam cotidianamente a vida dessas pessoas:

[...] na dinâmica do processo saúde/doença, as crises e melhoras nem sempre acontecem de forma previsível e compreensível, trazendo inseguranças e limitações à rotina doméstica, ao trabalho e aos relacionamentos familiares e afetivos; as crises trariam mudanças corporais inevitáveis, exigindo tempo, custos com o tratamento, medicamentos e pessoal de apoio; ressaltam-se, ainda, os efeitos previsíveis e os riscos de efeitos colaterais iatrogênicos dos remédios e de diversas formas de tratamento.

Esses aspectos podem ser acrescidos por outras questões relevantes apresentadas no estudo de Rosa (2003), quando afirma que a sobrecarga do cuidado é sempre requerida socialmente da mãe do sujeito enfermo, reproduzindo um papel que sempre lhe foi imposto na divisão social e sexual do trabalho. Ademais, as famílias das classes populares têm pouco poder aquisitivo, impossibilitando a contratação de cuidadores que possam alternar o cuidado ou criar outras estratégias de enfrentamento aos episódios de crise psíquica, em que se demanda um suporte social organizado para que se minimizem as consequências do esgotamento físico e emocional gerados nessa convivência.

Venturini (2010) chama a atenção para outras redes sociais existentes na comunidade que estão contidas nas estratégias de reabilitação psicossocial proposta na concepção de Saraceno (1999): as organizações políticas e culturais, de socorro mútuo e voluntário, os conselhos de moradores, as igrejas, dentre outros. O autor enfatiza as significativas relações que podem surgir com as pessoas que, na comunidade, prestam serviços de relevância no consumo diário: o barbeiro, o dono do bar ou da quitanda, entre tantos outros que circulam no território promovendo relações de confiança e solidariedade. Muitas vezes são esses recursos

que contribuem para ultrapassar os conflitos advindos da base familiar e para demonstrar o quanto as intervenções psicossociais extramuros podem se revelar tão reducionistas quanto o asilo, quando se restringem às respostas farmacológicas e psicoterápicas, ou ainda, ao confinamento doméstico.

Buss e Pellegrini Filho (2007) concordam que as políticas públicas com recorte territorial e abrangência populacional são fundamentais para a proteção da saúde individual e coletiva. A política de saúde mental se inclui como favorecedora da promoção de redes de apoio e fortalecimento das organizações comunitárias e participação das pessoas, especialmente os grupos mais vulneráveis, entre eles, os/as usuários/as da RAPS e seus/suas familiares.

Portanto, o êxito de um processo reabilitativo reside no estímulo para a realização de ações coletivas que interfiram nas condições materiais e psicossociais em que as pessoas vivem e provêm seu sustento, assegurando-lhes a participação ativa nas decisões da vida social e a contínua e gradativa diminuição das vulnerabilidades relacionadas com a suscetibilidade ao adoecimento psíquico.

Em contextos empobrecidos no que se refere à aquisição e acesso aos direitos sociais, a desigualdade não pressupõe apenas a hierarquização da condição de dignidade e valor conferido à vida de cada um. Ela confere também uma relação de objetualidade entre quem domina e quem deve ser subalternizado. Basaglia (2010) ressalta que a condição de adoecimento psíquico de um sujeito é marcadamente distinta quando examinamos quais os determinantes socioeconômicos que prevalecem em sua vida. Para ele, a doença demanda cuidados, mas a subtração do valor social do indivíduo é o que produz estigmatização, enfatizando que é o transtorno mental a única enfermidade que reproduz essa invalidação, mesmo quando se está fora da doença.

3.6 O protagonismo das famílias em defesa dos direitos humanos

É importante destacar, na trajetória que atravessa a Reforma Psiquiátrica brasileira, o relevante papel que cumpriram as famílias dos pacientes na luta antimanicomial nos anos de 1980. O MNLA ganhou amplitude e caráter de trabalhadores de saúde mental, para, posteriormente, contar com usuários e familiares como atores sociais centrais nas denúncias contra o tratamento desumano nos manicômios e, igualmente, reivindicar direitos de cidadania e tratamento digno.

O “Manifesto de Bauru”, primeiro documento oficial organizado por um grupo de trabalhadores no II Congresso de Saúde Mental, no ano de 1987, fundava a ruptura com a produção da loucura institucionalizada e convocava toda a sociedade e os movimentos sociais a lutarem contra o fim dos manicômios. O texto expressava uma vontade coletiva em desconstruir as estruturas opressoras da sociedade, invocando a destituição de todas as práticas manicomializadas inscritas nos tratamentos discriminatórios e tirânicos ofertados aos pacientes psiquiátricos, negros, índios, prisioneiros, mulheres, adolescentes confinados em instituições e operários de fábricas.

O novo projeto de saúde mental anunciado por um novo protagonismo social que reunia trabalhadores de saúde mental, pacientes psiquiátricos e suas famílias propunha alicerçar direitos humanos sob a concepção de uma sociedade baseada na justiça social, na reinvenção de um lugar social de dignidade para a loucura, construído em bases comunitárias através de uma rede de assistência de cuidado integral e na recuperação dos laços sociais e familiares.

As famílias que se inseriam na luta em oposição ao hospital psiquiátrico assumiam o compromisso com outros atores sociais na construção da proposta pela desinstitucionalização e pela reabilitação psicossocial da vasta população de longa internação que ocupava os “[...] 98.000 leitos psiquiátricos do país em 1982, [...] mantendo uma proporção de 80% de leitos contratados e 20% diretamente públicos” (PITTA, 2011, p. 4583).

Não foi sem tensões que a vigorosa presença desses atores contribuiu decisivamente para a ruptura da hegemonia psiquiátrica. Conforme Delgado (2011), a experiência de diálogo com famílias dos pacientes institucionalizados à época da discussão do projeto da Lei nº 10.216 revelou o desamparo e o temor para com a superação do modelo hospitalocêntrico por um grupo de familiares adversários da Reforma. Organizados em torno de associações que surgiam no interior das instituições psiquiátricas, temiam a extinção do que representava a única alternativa de tratamento a ser substituída por uma então desconhecida proposta de assistência psicossocial, que seguia avançando em sua construção. Para o autor, um desamparo compreensível face às ameaças originadas no interior dos hospitais psiquiátricos em que realizavam suas reuniões.

Os anos de 1990 foram permeados por incertezas e problematizações acerca dos pressupostos éticos que deveriam sustentar um projeto de tal magnitude para a sociedade brasileira. Permaneciam os embates a respeito da privatização dos recursos do SUS, que, ao final da década, ainda destinava 90% dos recursos financeiros da saúde mental aos hospitais psiquiátricos. As internações involuntárias careciam de uma nova regulamentação, em

conformidade com o Estado Democrático de Direito, e as respostas que as famílias de pacientes graves aguardavam quanto à assistência que lhes seriam prestadas, estavam sendo ainda elaboradas e discutidas (DELGADO, 2011).

Precedendo à institucionalização de um novo modelo de saúde mental pública, a regulamentação da Lei Orgânica de Saúde, em 1993, inaugurou uma perspectiva contemporânea de proteção social às parcelas da população socialmente vulnerabilizadas, tendo como um dos seus eixos “a indispensabilidade da família no cerne das políticas públicas destinadas à proteção e desenvolvimento dos cidadãos, seja como porta de entrada e adesão aos propósitos públicos básicos (saúde, educação, habitação, emprego), seja como parceira na condução destes mesmos serviços” (CARVALHO, 2009, p. 11).

Com a sanção da Lei nº 10.216/2001, a inclusão da participação das famílias de pessoas com transtornos psíquicos na assistência em saúde mental se definiu como escopo fundamental para implementação dos serviços substitutivos. Em seu Art. 3^o²⁸, a convocação das famílias no tratamento dos seus membros com transtornos mentais é clara e em consonância com todos os tratados, convenções e leis, em que família e comunidade ganham centralidade nas políticas de proteção social.

A investidora social desse dispositivo de Lei representa um avanço significativo, se considerado como essencialmente um dispositivo das políticas de saúde pública que deve beneficiar o sujeito de direitos, pessoa acometida por sofrimento psíquico, seja qual for a origem ou as circunstâncias do seu adoecimento, garantindo-lhe o direito ao tratamento digno e respeitoso. Ademais, o argumento político desse instrumento legal interfere cultural e socialmente nas respostas aplicadas em épocas anteriores, em que a reclusão em instituições psiquiátricas se dava como “medida de segurança” para a família e para a sociedade.

Para Silva (2010), o tratamento como medida de segurança no campo do Direito não tem caráter punitivo e o que deve prevalecer é sua função terapêutica. O autor considera que a mudança paradigmática da nova legislação de saúde mental consiste, principalmente, no foco do tratamento, que passa a ser ofertado no território, e no transtorno mental, reconhecido como uma questão de saúde pública e não mais de segurança pública (SILVA, 2010).

Ao analisar as transformações societárias introduzidas pela Constituição de 1988 na sociedade brasileira, Rosa (2003) aponta alguns aspectos relevantes que caracterizam o período de implementação e consolidação dos direitos consagrados na Carta, adversamente

²⁸ Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (BRASIL, 2001).

afetados por medidas recessivas que produziram desemprego em massa, impostas pelo credo neoliberal: o arrefecimento dos movimentos sociais, com fortes rebatimentos no movimento sindical, e a limitação dos gastos públicos na área social, com consequente sucateamento dos serviços públicos e privatização das empresas estatais. A minimização do Estado e a precarização das políticas públicas provocaram um forte abalo nas experiências do SUS que despontavam no país sob a égide da municipalização e do controle social. Assim, a reorientação do modelo de atenção psicossocial já nascia seriamente ameaçada pelos presságios políticos e econômicos que sinalizavam para a desassistência e abandono social dos/as usuários/as e suas famílias. Outros aspectos reforçariam a arena de tensões em que estariam envolvidos gestores das políticas públicas e as famílias – o crescimento dos grupos familiares chefiados pelas mulheres e uma maior inserção (em sua maioria, de forma precarizada) dessas mulheres no mercado de trabalho, com o agravamento das vulnerabilidades e da pobreza. A sobrecarga e o ônus da crise econômica refletem nas condições materiais e de reprodução social das populações mais pobres, repercutindo em precarização do cuidado domiciliar ofertado ao membro em sofrimento psíquico (ROSA, 2003).

Na crise que a sociedade experimenta em conceber os novos contextos familiares e o seu papel face à responsabilização do cuidado do sofredor psíquico, Silva (2007, p. 71) nos convoca a refletir sobre os dois lugares possíveis a que são remetidas as famílias quando em situação de assistência nos serviços de saúde mental – “culpada e responsável ou culpada e irresponsável”. O autor faz uma referência à forma como são designadas essas famílias nos serviços de assistência, quando convocadas a assumirem os cuidados dos seus membros enfermos psicicamente, e às condições humanas e materiais insuficientes para o cumprimento integral dessa tarefa. Silva (2007) atribui a essas abordagens traços caracteristicamente de um modelo tradicional ainda não superado, quando as famílias eram culpabilizadas tanto pelo adoecimento quanto pela desassistência de seus parentes.

O “paradigma moral” pelo qual as famílias lutaram para abolir da vida dos seus parentes segregados, conforme o autor, parece se reproduzir no julgamento profissional que decorre da compreensão de que as tramas psíquicas manifestas nas crises dos/as usuários/as são produzidas no espaço privado dessas relações, sendo para lá que devem ser devolvidas.

Como eixo da Atenção Psicossocial, Silva (2007) defende que o trabalho que deve ser realizado com as famílias não é mera opção ou alternativa aos dispositivos de saúde mental e das equipes profissionais. Antes, a instauração de relações confiáveis, vinculares dessas famílias com as equipes profissionais cuidadoras, que por sua vez, devem estar sensibilizadas

para reconhecer a sobrecarga e cansaço desses familiares que lidam com a complexa tarefa de cuidar de uma pessoa com transtorno mental. O autor faz referência à importância da cuidadosa tarefa dos agentes terapêuticos em identificar nos circuitos relacionais do sujeito com transtorno mental pessoas ou o grupo sensível que amplia suas possibilidades nos modos de expressar ou se organizar psiquicamente. E, para isso, não ocupam necessariamente, as posições tradicionais requeridas apenas das famílias no modelo de assistência psiquiátrica anterior, tampouco assujeitadas ao cerceamento de sua função cuidadora.

3.7 Reabilitação Psicossocial – “restituição, construção e reconstrução de direitos políticos e sociais”

Na perspectiva teórica assumida por este estudo, a reabilitação psicossocial consiste em um processo contínuo de transformação da sociedade, que, instaurado no campo da saúde mental, deve privilegiar como dimensões de tratamento a vida comunitária e o sujeito em sofrimento psíquico integrado às diversas instâncias que o reinscrevem na vida social. A reabilitação psicossocial implica a abertura de múltiplos espaços que requerem negociação entre os serviços propostos para assistência em saúde mental, os sujeitos com transtornos mentais, suas famílias e o entorno comunitário, formando, assim, uma emaranhada rede de relações em que circulam poderes reciprocamente contraditórios (BABINSKI; HIRDES, 2004).

A RAPS constitui o âmago desse conjunto de serviços, atores e tecnologias, que, incrustados aos contextos microssociais, podem questionar o paradigma vigente codificado na forma em que essas instâncias se articulam e se ocupam da doença mental ou, sob a perspectiva psicossocial, acolhem a existência do sofrimento mental como condição indissociável da vida do sujeito.

A organização dessa rede de saúde mental pode evidenciar as idiosincrasias de um novo modelo de assistência que preconiza a liberdade, a autonomia e a participação de todos os sujeitos com experiência de sofrimento psíquico. No entanto, vivenciar episódios de crises psíquicas resulta quase sempre em danos que interferem primordialmente nas instâncias relacionais dos usuários, subtraindo destes a possibilidade de convívio social. O adoecimento psíquico conjuga quase sempre o afastamento gradual e por vezes definitivo do sujeito com transtorno mental dos seus espaços de sociabilidade, tais como: restrição no acesso e permanência no trabalho, retraimento das redes familiares e sociais como consequência do

preconceito que paira sobre a doença mental e seu espectro de produtora de violência e agressividade, entre outras.

Posta dessa forma, a RAPS pode sinalizar para um processo de reabilitação psicossocial em curso que expressa às consequências de uma sociedade marcadamente desigual. As experiências de uma pessoa com transtorno mental que busca sua inserção nas áreas de afirmação social pode significar efetivas restrições no plano de desenvolvimento pessoal e social. Hirdes (2009), ao tratar da questão da cidadania e da inserção social das pessoas vulnerabilizadas pelo adoecimento psíquico, ressalta que, no Brasil, grande parte dessas pessoas está situada na “zona de desfiliação”, o que significa encontrá-las sem trabalho e vivendo sob a condição de isolamento social.

A experiência da não inclusão para os que são acometidos por transtornos mentais, quase sempre, está atrelada a um julgamento médico e/ou jurídico. O ato de interdição civil, baseado em pareceres médicos e dispositivos de lei, transforma em incapacidade para todos os atos da vida, toda desordem decorrente do que se designa “atos de loucura”, agravados por contextos sociais pobres e desiguais. As sanções legais e institucionais atualizam a tipificação da doença mental validando seu objeto: o louco infrator, a mulher medicalizada por sofrer violência de gênero, o adolescente em conflito com a lei, o desempregado que encontra no uso do álcool, crack e outras drogas a justificativa de seu fracasso social. Observa-se, nessas circunstâncias, a presença viva do manicômio, que se dissemina em práticas instrumentalizadas pela segregação, pela negação de direitos e violência.

Passetti (2012) expõe sua crítica aos serviços comunitários abertos de assistência à saúde mental, iniciativas que repercutiram no mundo através da Resolução 46/119 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que ressaltava o direito a não discriminação das pessoas com doenças mentais e a serem assistidas em meios abertos.

O lugar da loucura como enfermidade, agrupada a um conjunto maior das doenças e destinadas a espaços limites, ganha outra dimensão: está no próprio exterior como governo da saúde mental. Trata-se de uma operação sistêmica (um sistema aberto) orquestrada com as demais maneiras de controlar a céu aberto, que inclui os regimes de penas alternativas e políticas de tolerância zero para os chamados criminosos ou desencadeadores de pequenas incivildades, e que dão contornos a novos mapas sobre a vida, não mais a de sujeito de direito, mas a do vivo [...]. (PASSETTI, 2012, p. 108).

Acrescenta às suas reflexões que há uma nova institucionalidade para normalização das capacidades e saúde mental de cada um. A parceria entre a sociedade civil e o Estado flexiona o que se convencionou designar como capacidade democrática de o indivíduo se

governar. Assim, o autor dirige sua crítica aos postulados que afirmam que todos são considerados normais, com necessidades de meios que aperfeiçoem essa condição. Refere sua percepção sobre uma governança que se faz no dentro e no fora institucional por meio da medicação acentuada e das mediações de contenção aos “insuportáveis” da atualidade: os deficitários; os perigosos tidos como os vulneráveis (ou miseráveis).

Tratar da ferida aberta deixada por registros simbólicos e corporais, com acento na morte física e social de muitos seres humanos submetidos à ordem imperativa das instituições asilares, parece não se tratar de tarefa fácil e realizável na contemporaneidade. A ruptura proposta nos princípios desinstitucionalizantes da Reforma Psiquiátrica esbarra nos muros e barreiras manicomiais que vão sendo tecidas no dentro/fora institucional.

O modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, regulamentado no Brasil como campo de assistência em saúde mental, resguarda características inspiradas no modelo italiano, como também possui uma homogeneidade quanto às diretrizes que orientam a implantação de serviços abertos, o financiamento, a abrangência populacional e a composição de suas equipes técnicas profissionais. Essa homogeneidade, no entanto, não se estende às peculiaridades regionais que marcam as diferenças nos territórios de saúde, implicando uma diversidade política e cultural nas realidades locais. Dessa forma, oferecer cuidados em rede de saúde mental às tribos indígenas que vivem no estado do Amazonas, região Norte do Brasil, deve configurar experiência culturalmente diversa da articulação de estratégias de cuidado organizadas para uma comunidade ribeirinha localizada em pleno centro urbano de uma cidade como Recife, localizada na região Nordeste do país.

No que diz respeito às práticas de reabilitação psicossocial, suas contribuições se dão em um campo conceitual pouco coeso, que provoca leituras e interpretações conflituosas em meio às controvérsias que se constroem entre um modelo clássico e excludente sustentado por diagnósticos, tratamento, medicação e readaptação; e as novas intervenções comunitárias que postulam a ideia de participação com o aumento do poder social do sujeito em retomar a vida pública e construir suas próprias respostas aos desafios postos em uma dimensão democrática, civilizatória (GUERRA, 2004).

Faz-se necessário refletir sobre o que Pitta (1996, p. 20) põe em relevo: “quem se define como sujeito das políticas e práticas reabilitadoras?”. Qual é o alcance do processo de reabilitação psicossocial em uma sociedade que tem sua organização social expressa pelo crescimento exponencial do trabalho precarizado, subcontratação pela via da terceirização que conjuga a exploração humana baseada com a lucratividade das empresas privadas, subtraindo direitos sociais, concedentes do *status* de cidadania?

Com base nessa conjuntura, haverá um lugar social para a população sobrando e cronificada dos hospitais psiquiátricos? E, sob a preconização de cuidados e promoção de cidadania organizada segundo os princípios desinstitucionalizantes de uma rede psicossocial, como articular iniciativas que oportunizem inserção social, singularização das demandas constantes na vida de cada um? Como efetivar o cumprimento dos direitos humanos na vida de milhares de sujeitos que vão se tornando desnecessários às margens de uma sociedade desigual e intolerante com os seus diferentes?

A experiência brasileira de reinserção social das pessoas com transtornos psíquicos pela via do cooperativismo é a inovação mais recente que foi criada pela Portaria Interministerial nº 353/2005, instituindo o Grupo de Trabalho, Saúde Mental e Economia Solidária. Os princípios norteadores para essa perspectiva são pautados na autogestão, valorização das experiências em base comunitária e participação democrática, inclusão em redes solidárias de produção, consumo consciente e realização de Fóruns de Economia Solidária (BRASIL, 2006).

Como modo de produção alternativo à economia capitalista, essas práticas devem apontar para a construção de sentidos para o trabalho que se diferenciam da concepção que vigorava nas “Colônias de Alienados”, em que os pacientes eram submetidos ao trabalho para recuperação das desordens mentais em condição assemelhada à escravidão.

Ainda incipientes como experiências do campo da saúde mental, as cooperativas provocam o debate acerca da possibilidade de “recuperação da contratualidade” das pessoas com transtornos psíquicos, o que pressupõe, para Pitta (1996), reconstituir a possibilidade de ser aceito afetivamente, compreendido através dos vínculos construídos pelo trabalho, em uma sociedade em que prevalecem a desfiliação e a fragilidade dos laços sociais.

A autora assinala a diferenciação que vai se constituindo como arcabouço conceitual de uma prática. A reabilitação, embora tenha surgido no bojo de concepções funcionalistas e individualistas nas práticas da assistência psiquiátrica, tem sido integrada às políticas oficiais de saúde mental, propiciando aos/às usuários/as e familiares, que experimentam o sofrimento psíquico nas fronteiras do dentro/fora que demarcam suas vidas, novos itinerários e validação do Outro.

Pitta (1996) ressalta que a reabilitação psicossocial é uma proposição ética e responsável para com a vida e o cuidado requerido para com as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, suscetíveis de serem conformadas a uma rotina alienante, às práticas cerceadoras da liberdade e da autonomia e, quase sempre, materializadas por violações físicas e psicossociais.

Para ensejar a importância dos propósitos reabilitadores que orientam o novo modelo de atenção em saúde mental em contextos territoriais, desafiando uma ordem social que secundariza o humano e privilegia o econômico e o tecnológico como portais de desenvolvimento, a autora afirma: “Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996, p. 21).

A assistência em saúde mental atravessa um momento histórico em que os direitos das pessoas com transtornos mentais à proteção, ao tratamento digno e à vida comunitária, garantidos na Lei nº 10.216/2001 e afirmados em diversas declarações, emergem em uma sensibilidade social em que a dimensão humana desses direitos continua sendo negados. Os territórios de acessibilidade à vida local, onde o sujeito deve sustentar sua falta, “sua anormalidade e insuficiência humana”, atualiza-se em práticas compensatórias: um patamar sempre mínimo que sustenta o dano e as vulnerabilidades do sujeito “incapaz”. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) configura bem este contexto como mínimo social. Como direito, representa a possibilidade de reparação do dano decorrente da “incapacidade” desse sujeito de se incluir no mercado de trabalho e, para a família pobre, que requisita a incapacidade diagnosticada desse sujeito, representa o amparo social que permitirá uma sobrevivência mínima de todo o grupo familiar, igualmente excluído dos padrões de uma vida digna.

Instaura-se nessas configurações sociais do cotidiano o desafio que se impõe para um processo contínuo de reabilitação psicossocial: repensar a própria sociedade, seu ordenamento e as diretrizes das políticas que orientam um novo modelo de assistência psicossocial. Não é possível pensar novos serviços em uma rede de base comunitária articulada para o cuidado em saúde mental, se esta nova racionalidade estiver desarticulada da vida cotidiana e suas injunções – a violência, o mercado, as relações construídas pelos sujeitos para os enfrentamentos diários em seus contextos de vida. A demanda da população por respostas para o seu sofrimento ultrapassa a oferta de recursos técnico-assistenciais de uma Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, é o movimento da vida em um território comunitário que pode se constituir como fundamento para a construção de princípios éticos e políticos que devem reger as mediações psicossociais de um trabalho em rede.

4 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca”.

Paulo Freire – Pedagogia da autonomia

Neste capítulo, discorrer-se-á sobre o percurso metodológico traçado com o objetivo de compreender e desvelar o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III – Recife. Buscou-se, com a metodologia adotada, investigar em que medida a RAPS tem contribuído para a promoção dos direitos humanos dos/as usuários/as e familiares, articulada à concepção de reabilitação psicossocial compreendida aqui, conforme a conceituação de Saraceno (1999), como o itinerário que os/as usuários/as e suas famílias atravessam desde o cuidado ofertado pelas equipes de saúde no território às relações de trocas estabelecidas nas suas esferas de vida: rede social, trabalho como valor social e família.

Dessa forma, descreveremos o nosso objeto de pesquisa, apresentaremos o nosso campo de estudo e explicaremos os critérios de seleção dos nossos sujeitos e o método de coleta de dados.

4.1 O objeto de pesquisa e seu campo de delimitação

O modelo de saúde afirmado pelo SUS assegura, em seus princípios doutrinários, que “a saúde é um complexo sistema de determinantes sociais, ambientais e epidemiológicos” (SILVEIRA, 2010, p. 91), em contraposição ao modelo biomédico, que isola a doença e suspende o sujeito em suas múltiplas dimensões. Assim, faz-se necessário compreender o território em que uma população está circunscrita, juntamente com a infraestrutura de acesso e a oferta do sistema público de saúde e suas interlocuções com aspectos que ultrapassam as demandas sanitárias. Ao analisar a RAPS e as suas repercussões na intersubjetividade das pessoas em sofrimento psíquico, analisaremos também as estratégias de reabilitação

psicossocial e as suas contribuições na afirmação dos direitos humanos dos usuários/s e familiares a partir de um território de saúde ao qual estão vinculados.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial foi criada por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e contemplou algumas mudanças na Política de Saúde Mental, como forma de proporcionar mecanismos de proteção e inclusão aos grupos mais vulneráveis. Particularmente, as estratégias ampliadas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso do crack, álcool e outras drogas remetem à ampliação da complexa rede de atenção em saúde mental. Isso inclui o respeito aos direitos humanos, a garantia de acesso e qualidade dos serviços prioritariamente de base territorial, o combate aos estigmas e preconceitos, a diversificação das estratégias de cuidado com ênfase na Redução de Danos e a assistência em rede de atenção à saúde articulada em ações intersetoriais, com promoção da integralidade do cuidado ofertado.

Nessa perspectiva, o objeto de estudo desta pesquisa – o processo de reabilitação psicossocial sob a perspectiva dos direitos humanos – propõe um olhar sobre a RAPS como locus de reapropriação do sentido existencial produzido nas esferas individual, coletiva e institucional dos sujeitos em sofrimento psíquico. Neste sentido, a RAPS constitui o espaço concreto que deve ser constantemente atravessado por uma comunidade adscrita territorialmente, que estabelece trocas materiais e afetivas com os serviços de saúde e demais recursos comunitários, interagindo na construção de ofertas de acesso e cuidado em saúde mental.

A partir desse viés conceitual e das observações empíricas contextuais, o objetivo geral dessa dissertação é analisar as contribuições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III – Recife – PE, no processo de reabilitação psicossocial dos seus usuários/usuárias e familiares, quanto à promoção dos seus Direitos Humanos.

Este estudo se relaciona não apenas com as particularidades de uma microrregião de saúde de um distrito sanitário da cidade do Recife, mas deve apontar os fatores que influenciam o funcionamento da RAPS naquela região, investigando a contratualidade dos/as usuários/as e familiares com esta rede, assim como mudanças promovidas na vida destas pessoas por meio do acesso aos pontos de atenção daquele território.

O cuidado em rede de proteção, promoção e prevenção da saúde cumpre com as diretrizes da Reforma Sanitária ao deslocar para a comunidade ações e serviços, assim como o planejamento da política de saúde. A microrregião 3.3, e sua configuração de rede local, foram tomadas como unidade de análise, de maneira a nos possibilitar compreender o modelo

assistencial em saúde mental; compreender se este é coerente com a construção política, histórica e cultural que tem logrado a Reforma Psiquiátrica e, em que medida, ele rompe com o paradigma manicomial. Sendo assim, optamos pelo *Estudo de Caso* como método procedimental, já que ele, segundo Lakatos e Marconi (2009, p. 108) propõe estudar a vida comunitária em seu *lócus*, respeitando a dinâmica grupal que reúne diversos elementos que os associa solidariamente. Assim, o método resguarda o cuidado com a unidade concreta de um estudo e sua totalidade.

Alves-Mazzotti (2006), ao referir-se ao método de estudo de caso, acrescenta que na história e singularidade de cada caso está toda a complexidade de contextos que se entrecruzam em seus diferentes domínios – físicos, econômicos, éticos, estéticos, entre outros. Aponta, também, que há vários aspectos a serem compreendidos, exigindo uma análise mais abrangente, que permita evidenciar as várias conexões entre diferentes grupos, subunidades, e situações do campo a ser investigado que não são facilmente apreendidas.

No caso específico de nosso estudo, o método de estudo de caso contribuirá para a análise do modelo psicossocial de saúde mental e das suas várias instituições organizadas em rede, explorando esse fenômeno ainda pouco investigado e as suas características significativas na interface com o modelo psiquiátrico a ser superado. Em nossa unidade de análise, confrontamos a vida dos usuários/usuárias e seus/suas familiares assistidos/as pela RAPS da microrregião 3.3, a produção de saúde e suas estratégias de reabilitação psicossocial, que envolvem os seus contextos sociais e devem produzir rebatimentos na vida desses sujeitos e na (re) afirmação dos direitos humanos.

Especificamente, esse estudo se propõe a:

- Descrever a estrutura da RAPS na microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III e suas principais características;
- Identificar as práticas da RAPS da microrregião 3.3, que favorecem a inclusão/reabilitação psicossocial dos seus usuários/as e familiares; e
- Investigar, através das narrativas de vida dos usuários e familiares, a existência de ações de promoção dos Direitos Humanos articuladas entre pontos de atenção da RAPS e suas vivências.

4.1.1 O campo de estudo e sua RAPS

A Microrregião 3.3 possui algumas características que favorecem essa investigação. Ela está dotada de uma rede de atenção psicossocial estruturada com seus principais componentes, está localizada em uma das regiões mais empobrecidas da cidade e resguarda uma relação histórica como o início da reforma psiquiátrica em Pernambuco.

Conforme os dados apresentados no Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, a Microrregião possui uma população de 102.815 habitantes, distribuídos nos seguintes bairros: Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho e Pau Ferro, localizados nas colinas da periferia noroeste do município do Recife, sendo áreas que iniciaram sua ocupação na década de 1950. Situado na Zona Especial de Interesse Social (ZEIS)²⁹ de Casa Amarela e ocupado por construções de iniciativa das populações que ali fincaram suas moradias sem o concurso dos investimentos públicos em infraestrutura, esse território apresenta um conjunto de vulnerabilidades sociais, como as áreas com iminentes riscos de deslizamento das encostas nos períodos chuvosos (RECIFE, 2005).

Assim, como todo o desenho cartográfico do município, a microrregião é também reveladora dos aspectos contrastantes e desiguais nos padrões de vida ali encontrados. Conforme os estudos de Cavalcanti, Britto Lyra e Avelino (2008), ao construir os mapas de exclusão/inclusão socioambiental da cidade, a microrregião apresentou o bairro com o mais alto índice de exclusão socioambiental – a Guabiraba.

Não obstante possuir uma vasta área de preservação ambiental (ZEPA)³⁰, conhecida como “cinturão verde”, o bairro aparece entre os dez piores bairros nos índices de exclusão/inclusão, segundo as variáveis renda, educação, habitabilidade e socioambiental. Sua crescente taxa de crescimento populacional (4,46% ao ano) vem produzindo ocupações irregulares nas áreas de preservação, o que pode ser observado no uso intensivo das encostas e na devastação das áreas verdes para construção de moradias.

De acordo com os estudos de Cavalcanti, Britto Lyra e Avelino (2008), o índice que traduz o critério “habitabilidade” tem significativa importância nos mapas de exclusão da cidade, pois avalia o acesso da população aos serviços públicos como abastecimento d’água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Como referem os autores, os índices que indicam exclusão nas variáveis “infra-estrutura urbana” e “serviços públicos disponíveis”, quando

²⁹ São áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, surgidos, em sua maioria, espontaneamente, que deverão ser alvo de urbanização e regularização fundiária por parte do Poder Público (Lei Municipal nº 16.176/96).

³⁰ ZEPA - Zona Especial de Preservação Ambiental [...] - abrange as áreas verdes de uso público de recreação e lazer e compreende áreas com características naturais excepcionais de matas, mangues e açudes (RECIFE, 1995).

correlacionados com “renda”, “desenvolvimento” e “densidade habitacional”, repercutem diretamente na exclusão do domicílio. Neste caso, não apenas Guabiraba, mas Pau Ferro, Nova Descoberta e Passarinho são classificados como bairros de alta exclusão, considerando-se os determinantes da habitabilidade.

No mapa da exclusão/ inclusão, identifica-se que dos 94 bairros da cidade do Recife, 70 estão classificados na faixa da exclusão segundo a variável “renda distribuída por chefe de domicílio particular permanente”, que toma como referência o valor do salário mínimo escalonado de 0 (zero) a mais de 5 (cinco) salários mínimos.

O bairro de Pau Ferro, na amostra da Microrregião 3.3, é representante das contrastantes diferenças e desigualdades que demarcam a cartografia do Recife. Nesse bairro, a variável “renda” apresentou um percentual por chefe de domicílio particular permanente melhor que a média da cidade, 31,11%. Desses, 20% possuem renda acima de 5 (cinco) salários mínimos. Contudo, o percentual de excluídos apresentou um índice maior que a média da cidade, 61,11%. Esta área é caracterizada por edificações luxuosas em meio à pobreza circundante (RECIFE, 2005).

Ao examinar as principais variáveis de exclusão/inclusão no mapa da cidade, observamos a prevalência da Microrregião 3.3 em todos os índices de exclusão, através dos bairros supracitados. Há uma injunção de determinantes econômicos e sociais que incidem diretamente na vida da população adscrita nesse território e que demandam políticas públicas intersetoriais para o conjunto de vulnerabilidades que apresenta. A luta cotidiana da população – integrando-se por meio de prestação de serviços informais nos bairros que detêm alto índice de inclusão e que estão fronteiros com essa microrregião, tais como: Jaqueira, Aflitos, Casa Forte e Graças (RECIFE, 2005) – ilustra a segregação que se reproduz na interseção dos espaços urbanos.

Para Santos (2007), é na singularidade destes espaços mediados por aspectos socioeconômicos que vamos perceber com mais força o embate entre a permanência de uma economia arcaica e o choque da modernidade. Os bairros que formam esse conjunto micro territorial, alvo das ações de saúde planejadas e executadas localmente pelo poder municipal, destacam-se pelos níveis de média alta e alta exclusão no mapa municipal.

Neste cenário, configura-se uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cujas diretrizes estão dispostas na Lei Federal 10.216/2001 e na Portaria GM nº 3.088/ 2011, sendo priorizadas pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 – componentes da rede de atenção psicossocial, Microrregião 3.3, 2014.

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇOS
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Básica de Saúde (UBS) – (12 Unidades) ▪ Estratégia de Saúde da Família (ESF) – (27 Equipes) ▪ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – (3 Equipes)
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo II adulto – (1Unidade) ▪ CAPS AD (crack, álcool e outras drogas) Tipo II adulto – (1Unidade)
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SAMU 192 ▪ UPINHA (2 Unidades) ▪ Hospital Ulisses Pernambucano – Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP).
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	Há apenas uma unidade funcionando para todo o DSIII.
ATENÇÃO HOSPITALAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Evangélico (14 leitos para saúde mental) ▪ Hospital da Mirueira (39 leitos de desintoxicação distribuídos em 3 enfermarias)
ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Residência Terapêutica Mista (1)
ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	<p>Não verificamos a inclusão de usuários/as no Cadastro de Iniciativas de Inclusão pelo Trabalho (CIST)/ Ministério da Saúde.</p> <p>Não há, na microrregião do estudo, iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.</p>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental – SMS Recife.

O desenho da RAPS não corresponde a uma sinérgica articulação dos pontos de atenção que a compõem. O CAPS para atendimento das pessoas em crises psíquicas agudas e severas encontra-se há cerca de quatro anos em transição para o tipo III. Esse dispositivo objetiva oferecer atendimento 24 horas com acolhimento noturno, tratamento diário e continuado às pessoas acometidas por graves crises psíquicas e sofrimento psicossocial. Sua implantação foi pactuada pela gestão local e o Ministério da Saúde. No entanto, permanece

com funcionamento diário de 12 horas, impossibilitando a redução das internações cíclicas e atendimentos de urgência/emergência que muitos usuários/ usuárias e suas famílias continuam a buscar na única instituição que funciona como porta de emergência para o município, o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) do Hospital Ulisses Pernambucano.

O CAPS AD, que funciona como única referência para todo Distrito Sanitário III no tratamento para as pessoas com problemas relacionados com dependência de crack, álcool e outras drogas, permanece aguardando sua transformação para serviço 24 horas, que deve se adequar às seguintes características: acolhimento noturno, com leitos integrais (desintoxicação, observação, repouso, proteção e mediação em situações de conflitos) para atenção às situações de crise. A Microrregião ainda possui duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que funcionam com supervisão de um profissional de Enfermagem e uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para áreas que ainda permanecem sem cobertura da Atenção Básica e que possuem altos índices de vulnerabilidades, que, no caso específico da Microrregião 3.3, compreende os bairros de Nova Descoberta e Brejo de Beberibe (RECIFE, 2005).

Recentemente, a gestão municipal conseguiu pactuar a habilitação de quatorze leitos em hospital geral, o Hospital Evangélico de Pernambuco (HEP), que tem como diretriz fundamental seu funcionamento em rede com outros pontos de atenção. No entanto, essa inserção dos usuários/usuárias que necessitam desse cuidado tem sido um desafio para os serviços que se deparam com dificuldades relacionadas com as poucas vagas ofertadas. São vagas insuficientes para toda a demanda da rede, considerando que estes leitos se destinam ao atendimento do fluxo de todo o município.

4.1.2 Delineamento da pesquisa

A reorientação do modelo de saúde mental tem como principais pressupostos ético-políticos o cuidado focado nas pessoas, os processos de produção de saúde orientados por princípios democráticos, que preconizam a responsabilidade com participação de cada ator no sistema de cogestão, e o funcionamento em rede, sinalizando para a superação do isolamento dos serviços nos diferentes níveis de atenção e a inclusão dos sujeitos e coletivos implicados no processo de trabalho.

Articular o contexto sócio-econômico e cultural em que essa rede se configura com a vida dos sujeitos que até pouco tempo tinham como única alternativa de cuidado, o

manicômio, nos demanda um esforço teórico-metodológico de compreender nosso objeto de estudo: a reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, a pesquisa assume um *Enfoque Qualitativo*, que permite, no contexto da saúde, “[...] abordar fenômenos sociais complexos que envolvem desde comportamentos humanos, sentidos e significados atribuídos às experiências sociais e suas compreensões referidas às suas singularidades” (POPE; MAYS, 2006, p. 13-14). A complexidade com que se apresenta o nosso campo de estudo não se traduziria apenas em coeficientes numéricos. Ao desprezar os dados de natureza qualitativa da realidade, estaríamos ocultando as apreensões representadas por conceitos, valores, opiniões expressas pelos entrevistados que permitem um diálogo vivo e uma intrínseca aproximação entre realidade humana vivida socialmente, os sujeitos investigados e a captação das descrições/explicações ao problema da pesquisa.

Para compreender os fenômenos que se desenvolvem em nossa unidade de análise, concordamos com Minayo (1996), quando argumenta que no processo de pesquisa é necessário reter a explicação do particular para o geral e vice-versa. Para a autora, isso significa metodicamente buscar compreender a diversidade presente na realidade concebida como unidade de pesquisa, as conexões existentes entre suas várias instâncias e como se manifestam suas principais determinações, suas condições e os efeitos de causalidade.

Nesse sentido, fizemos um esforço teórico para desvelar a complexidade dos dispositivos que preconizam o paradigma psicossocial e alicerçam os princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo o território de saúde como totalidade parcial para expressão desse fenômeno. Esse movimento de reformulação do modelo de atenção à saúde mental deve produzir continuamente uma nova sociabilidade para as pessoas com transtorno psíquico, implicando estratégias de tratamento e convivência social em oposição às violações dos direitos humanos cometidas contra estas pessoas em instituições psiquiátricas.

4.1.3 Instrumento de coleta de dados

Considerando o universo a partir do qual selecionamos nossa amostra de pesquisa e a complexidade técnico-assistencial na oferta do cuidado aos que sofrem psiquicamente (organização dos serviços em rede, diferentes procedimentos terapêuticos e assistência interdisciplinar), optamos pela *entrevista semiestruturada* por se constituir como instrumento mais apto para a coleta de dados nas abordagens qualitativas, possibilitando um diálogo capaz de captar sentidos e significados do fenômeno pesquisado. Pope e Mays (2006) a definem em

dois objetivos: coletar informações que respondem aos objetivos da pesquisa e explicar como o conhecimento referente àquele fenômeno está narrativamente construído.

No contexto investigado, fazer uso de entrevistas semiestruturadas viabiliza o entendimento e a explicação do fenômeno em sua totalidade, cabendo à pesquisadora uma atuação mais consciente no processo de coleta dos dados (TRIVINOS, 2010). Assim, através desse instrumento, foi possível compreender a subjetividade enunciada na fala dos sujeitos informantes.

Minayo (2002, p. 57) refere-se à importância desse instrumento como técnica de comunicação verbal, em que não há neutralidade e tampouco a condução de uma conversa meramente despreziosa. As entrevistas possibilitaram, assim, uma interface entre a fala do sujeito e suas percepções sobre sua inserção na RAPS e as mudanças implementadas pelo atual modelo, contribuindo para a construção de uma produção interpretativa acerca do objeto da pesquisa articulada aos referenciais teóricos que embasam esse estudo.

Para tanto, construímos dois roteiros de entrevistas semiestruturadas sobre reabilitação psicossocial na RAPS – um elaborado especificamente para os/as usuários/as e o outro para os/as familiares. Buscamos apreender: 1) como se dá o processo de reabilitação psicossocial na vida dessas pessoas; 2) quais são os itinerários que estas percorrem para reconstrução de suas histórias; 3) como reafirmam seu protagonismo enquanto sujeitos nos pontos de atenção que frequentam e buscam o cuidado; e 4) como suas identidades estão sendo desinstitucionalizadas no cotidiano da comunidade em que vivem.

Realizamos as entrevistas nos pontos de atenção onde os/as usuários/as e familiares recebem atendimento e possuem algum vínculo com as equipes profissionais, a fim de evitar quaisquer constrangimentos que pudessem ocorrer durante a realização da entrevista. Este cuidado também proporcionou a observância do sigilo durante a conversa que pode ser realizada em sala reservada. Procedemos à coleta dos dados no período de agosto a novembro de 2014, com agendamento prévio, feito pelos profissionais de referência dos respectivos serviços de saúde.

4.1.4 Os sujeitos da Pesquisa

A luta protagonizada pelos direitos humanos ganhou uma expressão singular: para os/as usuários/as, a luta por inserção no mundo dos que estão vivos socialmente, do direito à cidade, ao trabalho, ao lazer, à educação, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos sociais fundamentais a uma existência digna; para os/as familiares, o combate às violações

perpetradas aos seus parentes nos locais de suposto tratamento – os hospitais e clínicas psiquiátricas.

Dar voz aos que foram silenciados e invisibilizados por uma verdade unívoca de um modelo da ciência que prevaleceu por quase dois séculos foi uma das motivações para focar a análise nos/as usuários/as e familiares da Rede de Atenção Psicossocial. Essa motivação excluiu de nosso recorte amostral os outros atores sociais que compõem a RAPS em sua dimensão técnico-assistencial: gestores públicos, equipes multidisciplinares compostas por médicos psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, farmacêuticos, entre outros.

A partir da configuração da RAPS, conforme a organização do sistema local de saúde da microrregião, já apresentada anteriormente nesse capítulo, elegemos um grupo de sete usuários/as vinculados/as aos diferentes pontos de atenção em que são atendidos/as regularmente. Da mesma forma, elegemos também sete familiares que realizam acompanhamento aos seus parentes nos pontos de atenção dessa mesma rede. Assim, a amostra da pesquisa teve a seguinte composição:

- 01 CAPS de transtorno mental adulto – 01 usuário/a e 01 familiar;
- 01 CAPS AD (álcool e drogas) – 01 usuário/a e 01 familiar;
- 01 Residência Terapêutica – 01 usuário/a e 01 familiar;
- 01 Ambulatório de Psiquiatria – 01 usuário/a e 01 familiar;
- 01 Equipe de Atenção Básica (PSF) – 01 usuário/a e 01 familiar;
- 01 Equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) – 01 usuário/a e 01 familiar; e
- 01 Consultório de Rua- 01 usuário/a e 01 familiar.

Inicialmente, tínhamos um total de 14 pessoas, entre usuários/as e familiares, subdivididos por pontos de atenção em amostras de dois representantes por cada segmento. Um caso peculiar merece ser destacado: em um dos pontos de atenção que elegemos para nossa amostra de familiares, não foi possível realizar a entrevista – o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Nessa residência, os moradores possuem os vínculos familiares rompidos por motivos relacionados ao longo período em que permaneceram em hospitais psiquiátricos. Apenas um morador tem um precário contato com um irmão, que se negou a conceder a entrevista, não sendo possível substituí-lo por outro representante do segmento por ser esta a única residência terapêutica da microrregião 3.3. Mantivemos os 07 pontos de atenção, mas nossa amostra final contou com 13 entrevistados.

Salientamos que os pontos de atenção referenciados são os mais expressivos em se tratando da atenção psicossocial. Constituídos em rede, vão desde a Atenção Básica até as diversas estratégias de atendimento às situações de acolhimento ao sofrimento psíquico, contando recentemente com os leitos dos hospitais gerais, previstos desde a regulamentação da Lei nº 10.216/2001.

4.1.5 Critérios para escolha dos sujeitos da pesquisa

Elegemos alguns critérios que estabelecessem alguns nexos entre a participação dos sujeitos na entrevista e os seus itinerários na RAPS, o que pode nos sinalizar um foco comum entre a fala e sua vivência. Entre eles, a permanência tanto dos/as usuários/as quanto dos familiares, por um período acima de um ano em um ponto de atenção onde esteja recebendo atendimento ou acompanhando seu familiar, respectivamente, sinalizando para um fluxo que deve ter percorrido para o cuidado longitudinal na RAPS.

Em relação ao critério de escolha dos sujeitos entrevistados no grupo dos/as usuários/as e no grupo dos/as familiares, optamos por demonstrar a complexidade de organização de uma rede de atenção em saúde mental e a forma como cada dispositivo acolhe as demandas por cuidado dos dois segmentos. Não estabelecemos uma correspondência de parentesco entre todos os entrevistados (usuários/as e familiares) porque objetivamos conhecer, de forma mais ampliada, as experiências de sofrimento e necessidades dos dois segmentos entrevistados; conhecer como estão sendo incluídas e contextualizadas nos diferentes dispositivos de tratamento e reabilitação da RAPS local. Na amostra da pesquisa, os diferentes componentes da RAPS constituem estratégias de cuidado, tratamento e inclusão progressiva de pessoas que vivenciam o grave adoecimento psíquico e suas consequências: importante dependência institucional decorrente de longas internações psiquiátricas; ruptura e/ou fragilidade de laços sociais e familiares relacionada com uso abusivo de crack, álcool e outras drogas; crises psíquicas severas e persistentes e moradia em situação de rua ocasionada pela soma de todos esses fatores associados.

Em se tratando de uma pesquisa que envolve pessoas com transtorno mental, estabelecemos alguns critérios, a fim de prevenir riscos ou danos a estes sujeitos durante sua participação. A seleção dos entrevistados levou em conta suas inserções na RAPS e nas diferentes estratégias de reabilitação psicossocial ofertadas, atendendo, assim, aos objetivos desta pesquisa.

Quanto aos sujeitos usuários/as, eles foram indicados pela equipe profissional de referência a partir dos seguintes critérios:

- usuários/as que estivessem com 18 anos de idade ou mais e gozando de sua estabilidade psíquica no momento de realização da pesquisa;
- vinculados há mais de 01 ano ao ponto de atenção que realiza seu tratamento;
- que tenham utilizado, através do fluxo de atendimento da RAPS, diferentes estratégias de cuidado em variados pontos de atenção; e
- que tenham utilizado a emergência psiquiátrica hospitalar e/ou vivenciado a internação psiquiátrica.

Quanto aos sujeitos familiares, eles também foram indicados pela equipe profissional de referência a partir dos seguintes critérios:

- que realizavam o acompanhamento de seu/sua(s) familiar(es) em um ponto de atenção da RAPS há mais de 01 um ano; e
- tenham participado em uma das estratégias de atenção à família (grupo família, conselho gestor) e/ou conselhos comunitários, grupos de convivência comunitária, conselho distrital, realizados na microrregião específica da RAPS;

4.2 Análise de Dados

Tendo em vista a escolha pelo enfoque qualitativo e pelos caminhos que esse tipo de investigação perfaz, ao traduzir por meio da análise dos dados coletados os aspectos históricos que configuram a singularidade dos contextos e dos atores envolvidos, usaremos como método de tratamento dos dados a Análise de Conteúdo.

Para Bardin (2009, p. 45), “a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através de mensagens”, suas técnicas visam transcender o nível do senso comum e da subjetividade que estão expressas nas entrevistas.

Ao buscar uma aproximação com o conjunto de enunciados que serão destacados nos textos analisados em consonância com as referências do marco teórico exposto, propomo-nos a fazer uma análise temática que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2009, p. 131). Ou seja, na perspectiva qualitativa, descobrir quais temas, expressões e palavras desvelam valores de referência que enunciam o modelo

produzido nos campos teórico e prático das intervenções psicossociais vivenciadas na RAPS e suas conexões com a existência de ações de promoção dos direitos humanos.

Tomaremos como referência em nosso estudo algumas categorias temáticas relacionadas com nosso aporte teórico:

- Atenção Psicossocial (palavras, expressões que remetem a familiaridade com o processo que vivenciam práticas reabilitativas através da RAPS);
- Paradigma asilar (frequência com que são atribuídas palavras, expressões correlacionadas com a cultura hospitalocêntrica manicomial);
- Reabilitação Psicossocial (regularidade de temas, expressões que enunciam a presença de programas e políticas que operam no território, inserção e circulação das pessoas com transtornos mentais nos espaços sociais, participação política e social na vida comunitária); e
- Direitos Humanos (descrição de mudanças na superação do estigma, discriminação sobre o plano individual, familiar e social).

4.3 Aspectos Éticos

Este estudo traz implícita uma questão que merece ser apresentada: o envolvimento da pesquisadora com o processo proposto para essa investigação. A compreensão da responsabilidade ética e a importância da produção científica que advirá do desenvolvimento desse estudo, além das contribuições que permitirão uma reflexão sobre uma prática viva, coloca-nos, também, a preocupação com a construção de uma condução coerente e de um olhar amplo no campo da pesquisa.

A condição da pesquisadora, também profissional da Rede de Atenção Psicossocial, aponta-nos para as conceituações de Lévi-Strauss *apud* Minayo (1996, p. 14), quando refere que “numa ciência, onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é parte de sua observação”.

Coube-nos propor cuidadosamente o enfrentamento desse desafio de pesquisa através da escolha pela utilização do método de tratamento de dados proposto por Bardin (2009), a Análise de Conteúdo. Consideramos ser esta uma estratégia que possibilita garantir a credibilidade da pesquisa, trabalhando com a articulação descritiva do que se encontra na superfície dos textos a serem analisados com a profundidade das características imbricadas em seus diferentes aspectos contextuais.

O projeto desta pesquisa foi analisado pela Divisão de Educação na Saúde/ Secretaria de Saúde/ Prefeitura do Recife, como pré-requisito para iniciar o processo de autorização da pesquisa de campo, e, concomitante, pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE, juntamente com as respectivas cartas de anuência assinadas pelas instâncias responsáveis pelas unidades de saúde selecionadas para a pesquisa.

Seguindo estritamente as normas da Resolução nº 466/ 2012 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo CEP/CCS e está sob o nº do CAAE 33233214.4.0000.5208.

Após a formalização da aprovação, a pesquisadora entregou presencialmente aos gestores responsáveis por cada serviço incluído na amostra, a proposta da pesquisa e as informações concernentes ao processo, solicitando o agendamento para execução da coleta de dados. Os participantes foram informados quanto aos objetivos e confidencialidade das entrevistas, que foram autorizadas por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 A RAPS: SUPERANDO O MANICÔMIO?

“Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material, há seis anos, me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura, deliro”.

Diário do Hospício – Lima Barreto

Ao apresentarmos o percurso metodológico no capítulo anterior, buscamos demonstrar de que forma as escolhas pelo método de pesquisa qualitativa e os instrumentos operacionalizados contribuíram para captar os processos contidos nas mediações de uma rede de saúde mental e suas interseções com a vida da população local desse estudo. Buscamos apreender as características particulares na organização, a oferta de serviços e as estratégias da RAPS local disponibilizadas aos seus/suas usuários/as e familiares.

Neste capítulo, pretendemos descrever a Rede de Atenção Psicossocial da microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III através dos seus interlocutores (os/as usuários/as e familiares) na perspectiva da reabilitação psicossocial como concepção de estratégias de cuidado contra-hegemônica, pautada pela promoção da saúde e dos direitos humanos nos diversos cenários da vida cotidiana – casa, trabalho e rede social (SARACENO, 1996).

A proposta de organização de uma rede de cuidados extra-hospitalares como processo social complexo redimensiona o modelo assistencial em saúde mental para uma abordagem abrangente, que envolve usuários/as, familiares, equipes profissionais e sociedade. Isso implica responsabilização dos gestores públicos em assumir e conduzir políticas públicas que não se esgotam na implementação dos recursos técnico-assistenciais. A proposta demanda uma ruptura que extrapola a extinção dos hospitais psiquiátricos e avança na direção de valorizar ações no território das comunidades, onde a existência humana se complexifica em suas diferentes manifestações de sofrimento.

Buscamos revelar nas falas dos sujeitos participantes da pesquisa quais os caminhos percorridos que afirmam a organização da RAPS como lócus de defesa dos direitos humanos e de enfrentamento ao isolamento e à violência que predominaram no modelo tradicional

psiquiátrico hegemônico a partir do século XVIII. Em nossas entrevistas, percorremos caminhos concretos e imaginários traçados pelos entrevistados, concedemos à escuta destes sujeitos um lugar privilegiado de reconstrução de histórias e analisamos na enunciação das palavras articuladas mensagens que nos indicam qual paradigma prevalece nas ações de cuidado ofertadas nessa rede, que tem lugar planejado na microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III – Recife.

Para melhor compreender o processo de reabilitação psicossocial vivenciado por usuários/as e familiares que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, os resultados da coleta de dados estão apresentados em dois formatos: *descrição da amostra da pesquisa*, com a caracterização da organização dos componentes da RAPS e dos sujeitos entrevistados segundo características sócio-demográficas (cor, escolaridade, idade, ocupação), e a *análise de conteúdo temática*, por meio da qual exploramos e discutimos a comunicação que subjaz latente na presença ou frequência com que os temas categorizados surgem nos relatos dos entrevistados.

Como discute Bardin (2009), para compreender as comunicações expressas nos conteúdos das mensagens, é necessário ir além dos seus significados imediatos, captando o que está obscuramente contido nas significações desses conteúdos que se repetem na fala de um sujeito e que é partilhado por outros.

A leitura crítica e atenta dos conteúdos das respostas de nossa entrevista semiestruturada foi fundamental para explorar as percepções dos sujeitos através das questões de pesquisa colocadas. Ressaltamos que não nos limitamos ao nexos lexical explícito nas mensagens, mas tentamos, na medida do possível, debruçar-nos também sobre os significados em conformidade com os temas atribuídos, especificamente relacionados ao campo da saúde mental.

5.1 Descrição da amostra da pesquisa

O universo da pesquisa de campo envolveu usuários/as e familiares que perfizeram diferentes itinerários na RAPS da microrregião 3.3. Eles são homens e mulheres que estão referenciados aos serviços de saúde identificados como pontos de atenção, na condição de receber atendimento em suas diferentes experiências demandadas pelo adoecimento psíquico.

A amostra final contou com a participação de treze entrevistados, representantes dos dois segmentos inseridos (usuário/a e/ou familiar) em sete pontos de atenção componentes da

organização da rede assistencial do sistema local de saúde, tendo sido escolhido para a entrevista um representante de cada segmento para cada ponto de atenção. Os pontos de atenção escolhidos para a pesquisa foram: a Estratégia de Saúde da Família (ESF); o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); o Serviço Residencial Terapêutico (SRT); o Ambulatório de Especialidades; o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II; o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); e o Consultório de Rua. Essas escolhas apoiam-se na importância que essas estratégias de cuidado possuem como instâncias de reabilitação psicossocial, focadas nas famílias e no entorno comunitário. A seguir, explicamos cada um desses pontos de atenção.

A **ESF**, na configuração da RAPS, é considerada uma área de grande importância na saúde mental, porque tem como foco o cuidado longitudinal³¹ às famílias no lugar onde vivem e se organizam, objetivando reverter o paradigma biomédico, centrado apenas na doença e no tratamento.

O **NASF**³² atua como equipe matricial³³, que objetiva ofertar retaguarda às Equipes de Saúde da Família, contribuindo para que as intervenções em saúde mental possam sobrepujar as intervenções complexas e medicalizantes por respostas junto à família, às pessoas em crise e a todos os atores sociais que compõem o cenário comunitário. A equipe dessa estratégia de cuidado é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando o trabalho dos profissionais das ESF's junto às populações adscritas aos territórios de suas responsabilidades. O objetivo é ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, fomentando uma maior resolubilidade e integralidade do cuidado aos/às usuários/as da RAPS, aumentando a capacidade de intervenção e respostas aos problemas e necessidades de saúde da população.

O **SRT** representa uma das grandes contribuições da reforma psiquiátrica para a superação do modelo asilar ainda hegemônico, na medida em que constitui importante estratégia de desinstitucionalização para os que viveram o claustro hospitalar e perderam os

³¹ Longitudinalidade: aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consistem, ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Poderia ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua”, entre o/a usuário/a e o profissional de saúde e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços.

³² O NASF foi instituído pela portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que prevê a responsabilização compartilhada entre equipes ESF's e equipe NASF no acompanhamento longitudinal às famílias de responsabilidade da Atenção Básica. Seu papel deve se instituir na qualificação e complementaridade do trabalho das ESF's.

³³ O matriciamento é uma forma de gestão em saúde que pode ser realizado por diferentes estratégias, porém, a porta de entrada da discussão e seguimento deverá ser sempre por meio da Estratégia de Saúde da Família. Baseia-se na interdisciplinaridade que transforma a prática tradicional, elevando o conhecimento dos profissionais entre si. O conceito foi proposto por Gastão Wagner de S. Campos para reorganização do trabalho em saúde através das interseções de saberes entre especialistas, objetivando transformar as relações hierárquicas e ofertar uma retaguarda assistencial fundada na concepção de cuidado integral de saúde.

vínculos familiares, ou, se os possuem, são indesejados na possibilidade de retornarem para suas casas. Nesse serviço, a proposta de reabilitação psicossocial deve se organizar em torno da construção de uma cotidianidade que conjugue autonomia e independência dos/as usuários/as nos afazeres mais simples do dia a dia: conhecer os vizinhos, circular na cidade, preparar alimentos, cuidar da casa, dividir despesas domésticas com outros moradores, ir à igreja, à escola, praticar alguma atividade física, entre outros.

O **Ambulatório de Especialidades** se constitui como um dispositivo a ser aperfeiçoado na rede de saúde mental e atenção básica. O modelo de atendimento permanece o de tipo tradicional, com atendimentos individuais similares ao modelo de saúde mental aplicado no setor privado. Há um largo espaçamento para o acolhimento e marcação de consultas para os novos usuários e pouca oferta para o atendimento via processo grupal e com familiares. A proposta deve ser uma alternativa para o cuidado de pessoas com quadros mais estáveis referenciadas pelos diferentes pontos de atenção, confluindo, assim, para uma melhor integração da RAPS.

O **CAPS AD (Álcool e Drogas)** ordena o cuidado junto com a atenção básica aos adultos, crianças ou adolescentes com necessidades decorrentes do uso abusivo de crack, álcool e outras substâncias psicoativas. São segmentos da sociedade que apresentam características desafiantes para a RAPS: um elevado grau de desfiliação dos laços sociais e familiares; vivência de segregação urbana e social e violência relacionada com criminalidade, exploração sexual e/ou tráfico de drogas; situação de desemprego de longa permanência e acesso deficitário a bens e serviços sociais e comunitários (VASCONCELOS, 2010).

O **Consultório de Rua**, como componente da RAPS, objetiva ofertar o cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas que se encontram em situação de rua, desvinculados dos serviços de saúde e com laços familiares rompidos ou precarizados. As ações privilegiam a redução de danos na perspectiva de promoção, prevenção e cuidados primários.

O **CAPS** na modalidade II em transição para a modalidade III atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves/persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, conforme a última portaria da RAPS. Na modalidade III, o atendimento deve ofertar hospitalidade diurna e noturna contínua, inclusive nos finais de semana e feriados.

Em relação aos entrevistados familiares, contamos com a participação de mães (04), filho (01) e esposo (01). Dos sete pontos de atenção possíveis para nossa amostra, elegemos quatro em que os entrevistados são parentes: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF),

Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Ambulatório de Especialidades.

Como afirmado anteriormente em nossa metodologia, o SRT de nossa amostra é a única unidade residencial da microrregião e, dos oito moradores, apenas um possuía vínculo familiar de forma muito precária com um irmão. Neste caso, não nos foi possível realizar a entrevista porque este se recusou.

Os três pontos de atenção com cujos/as usuários/usuárias e familiares – que não possuem entre si vínculos de parentesco – optamos por fazer entrevistas apresentam algumas peculiaridades que ensejam um processo de reabilitação psicossocial de maior complexidade. Esses pontos de atenção foram: o CAPS AD, que acolhe usuários/as em uso contínuo e abusivo de substâncias psicoativas, geralmente, com redes sociais ausentes ou muito precárias; o CAPS II, que acolhe os/as usuários/as em franca crise psíquica e com suporte familiar quase sempre bastante fragilizado; e o Consultório de Rua, que atua junto às pessoas em situação de rua que apresentam dependência química com laços sociais e familiares esgarçados ou rompidos. Apresentamos, abaixo, algumas tabelas com a caracterização dos perfis dos entrevistados.

Tabela 1 – Cor/Raça dos (as) entrevistados(as)

COR	Usuários		Familiares	
	N	%	N	%
Pardo/a	3	42,8	4	66,7
Negro/a	2	28,6	2	33,3
Branco/a	2	28,6	0	0
Indígena	0	0	0	0
Amarelo/a	0	0	0	43
TOTAL	7	100%	6	100%

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Tabela 2 – Escolaridade dos (as) entrevistados(as)

ESCOLARIDADE	Usuários		Familiars	
	N	%	N	%
Fundamental Incompleto	4	57,1	3	50
Fundamental Completo	2	28,6	1	16,7
Ensino Médio Completo	1	14,3	2	33,3
TOTAL	7	100%	6	100%

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Tabela 3 – Idade dos (as) entrevistados(as)

IDADE	Usuários		Familiars	
	N	%	N	%
0-19 anos	0	0	0	0
20-49 anos	6	85,8	1	16,7
50 anos ou mais	1	14,2	5	83,3
TOTAL	7	100%	6	100%

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Tabela 4 – Gênero dos (as) entrevistados(as)

GÊNERO	Usuários		Familiars	
	N	%	N	%
Masculino	5	71,4	2	33,3
Feminino	2	28,6	4	66,7

TOTAL	7	100%	6	100%
--------------	---	------	---	------

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Tabela 5 – Ocupação dos (as) entrevistados(as)

OCUPAÇÃO	Usuários		Familiares	
	N	%	N	%
Benefícios	3	42,8	1	16,7
Não trabalha	2	28,6	3	50
Serviços avulsos	2	28,6	0	0
Carteira assinada	0	0	2	33,3
TOTAL	7	100%	6	100%

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Podemos destacar, de acordo com as tabelas acima, as principais características de cada segmento participante. Em relação à cor, a maioria dos/as usuários/as (42,8%) e familiares (80%) se autodeclarou como pardo/a. Entre os/as usuários/as, dois/duas (28,6%) se declararam brancos/as e outros/as dois/duas (28,6%) se declaram negros/as. Entre os familiares, não houve quem se declarasse branco/a e dois/duas entrevistados/as (33,3%) se declararam negros/as. Quanto à escolaridade, em sua maioria, os/as usuários/as (57,1%) possuem o ensino fundamental incompleto, 28,6% concluíram o ensino fundamental e 14,3% afirmaram possuir o ensino médio completo. Quanto aos familiares, três (50%) possuem o ensino fundamental incompleto, apenas um/uma (16,7%) concluiu o fundamental e dois/duas (33,3%) cursaram o ensino médio. Referente à idade, 85,8% (N=6) dos/as usuários/as estão na faixa etária dos 20 aos 49 anos e apenas um/uma (14,2%) possui idade superior a 50 anos. No grupo dos familiares, um/uma (16,7%) tem entre 20-49 anos e cinco (83,3%) estão acima dos 50 anos. O gênero masculino foi predominante entre os/as usuários/as, perfazendo 71,4% dos/as entrevistados/as (N=5), e, no segmento dos familiares, 66,7% (N= 4) são do gênero feminino. Relativo ao quesito ocupação, três usuários/as (42,8%) afirmaram receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), dois/duas (28,6%) sobrevivem de trabalhos

avulsos e mais dois/duas declaram não exercerem nenhuma atividade remunerada. Para os familiares, três (50%) não trabalham, um/uma possui benefício (16,7%) e dois/duas (33,3%) possuem trabalho com registro em carteira.

5.2 Análise de conteúdo e tratamento dos dados

Para análise das entrevistas, utilizamos a técnica de análise de conteúdo baseada no trabalho de Bardin (2009), sistematizando nossos dados qualitativos através das categorias analíticas que elegemos segundo nossas hipóteses e nossos referenciais teóricos para interpretação das narrativas dos protagonistas desta pesquisa.

Dessa forma, propomos, assim, categorias que estão intrinsecamente relacionadas com nosso problema de pesquisa e com a preocupação de descobrir os “núcleos de sentido” (BARDIN, 2009, p. 133), que, através dos discursos, comunicam de que forma a RAPS está organizada e como propõe o cuidado articulado às estratégias de reabilitação psicossocial e à afirmação dos direitos humanos.

Nessa perspectiva, apresentamos nossas categorias analíticas, que foram norteadoras para análise do material obtido.

- **CATEGORIA ANALÍTICA 1: *Paradigma Asilar*** – entendida como concepção de assistência e respostas ao sofrimento psicossocial e tematizada pelos/as usuários/as em dois eixos: *atenção à crise* e *internação/tratamento baseado em consentimento livre e informado*. Nas falas dos familiares quanto a esta categoria, identificamos o eixo *percepção do processo de recuperação/reabilitação*.
- **CATEGORIA ANALÍTICA 2: *Atenção Psicossocial*** – entendida como recursos físicos e humanos que interagem com a Atenção Básica e o sistema sanitário, com a rede socioassistencial e a comunidade circundante. Nesta categoria, identificamos três eixos temáticos: *acesso à informação sobre uso/finalidade de medicação psicotrópica*, *oferta de cuidado longitudinal em rede* e *oferta de assistência integral na RAPS*. Os dois primeiros eixos temáticos são comuns tanto nas falas dos/as usuários/as quanto na dos/as familiares. O terceiro emerge nas falas dos/as familiares.
- **CATEGORIA ANALÍTICA 3: *Reabilitação Psicossocial*** – entendida como acesso ao tratamento e aos recursos disponibilizados pela rede de saúde local, às

oportunidades do cuidado e às trocas sociais formalizadas pelas redes social e familiar. Os eixos temáticos dessa categoria ficaram assim configurados: *projeto terapêutico*, *rede social/comunitária e familiar* e *contratualidade* foram tematizados pelos/as usuários/as. Os eixos temáticos *inserção e participação em grupo de discussão formação em saúde mental* e *gestão da saúde* estão contidos apenas nos relatos dos/as familiares.

- **CATEGORIA ANALÍTICA 4: *Direitos Humanos***, entendida como a promoção de ações articuladoras do cuidado no combate à discriminação, às violações e privação de direitos daqueles em sofrimento psíquico. Os dois eixos temáticos relacionados com essa categoria são: *contenção/apaziguamento das situações de crises* e *violações de direitos* e estão contidos nos relatos dos dois segmentos.

Assim como referido por Bardin (2009), partimos do tratamento cuidadoso do material (entrevistas) através de várias leituras e, em seguida, procuramos recortá-lo conforme as características de pertinência do conteúdo. Seguindo os objetivos analíticos traçados por nossas categorias, procuramos estabelecer as unidades de registro que surgem como temas-eixo, agrupando-as conforme a frequência e organização das narrativas em torno delas. As unidades de contexto irão servir como codificadores desses discursos, correspondendo exatamente aos trechos narrativos dos nossos entrevistados, que selecionamos imediatamente associados às unidades de registro, constituindo-se em fontes de compreensão da inferência entre as mensagens e os temas.

Em nossa pesquisa, fez-se necessária a contextualização das narrativas, que estão descritas no texto analítico, a fim de que sejam compreendidas em seus verdadeiros sentidos, o que nos foi requerido pelas características de nossa amostra. Realizamos uma análise da contingência de uma rede de saúde mental quanto às suas estratégias de promoção de direitos humanos, envolvendo os atores que se utilizam dos seus componentes para receber assistência, cujos discursos variam em suas dimensões, sem, contudo, comprometer a correspondência entre as variáveis de pertinência dos conteúdos e nossos referenciais teóricos.

A coleta de dados e o processo de transcrição das entrevistas foram realizados pela própria pesquisadora, cabendo registrar algumas dificuldades encontradas durante a realização dessa etapa da pesquisa: os sujeitos entrevistados, em sua maioria, são pessoas que evidenciaram alguns danos importantes de comunicação oral, ora se expressando na articulação das palavras, de difícil compreensão durante a escuta, ora nas frases curtas e

resumidas. Para esse estudo, as características identificadas durante a acolhida de suas falas reafirmam a condição à qual ainda estão subalternizados: subtração histórica do exercício da fala desfavorecida por longos períodos de confinamentos (internações) em instituições psiquiátricas, precária inserção nos seus espaços de sociabilidade conjugada à baixa escolarização, entre outras.

Optamos, deliberadamente, em não identificar os sujeitos usuários/as por seus diagnósticos, rótulos que, invariavelmente, associam suas identidades à doença. Assim, procuramos nos aproximar do modelo psicossocial focado na pessoa e sua singularidade, suas redes sociais, família e comunidade. Contudo, abordamos o tratamento que lhes são ofertados a fim de verificar quais as estratégias de cuidado assumidas pela RAPS nos seus diferentes componentes quanto à promoção de direitos humanos e da reabilitação psicossocial.

Aos sujeitos entrevistados foram atribuídos nomes fictícios, a fim de resguardar a privacidade dos/as entrevistados/as e a confidencialidade das informações coletadas.

5.2.1 Categoria Analítica 1: A RAPS e as intervenções na crise – ruptura com o paradigma manicomial

As entrevistas foram sistematizadas, buscando compreender quais as percepções que os/as usuários/as da RAPS têm em relação à assistência vivenciada e ofertada nos episódios de crise psicossocial. Nesse sentido, organizamos as unidades de registro do quadro analítico que se refere ao *Paradigma Asilar* em duas perspectivas. Para os usuários, as perspectivas foram: 1) Atenção à crise; e 2) Internamento/tratamento baseado em consentimento livre e informado. Para os familiares, as perspectivas desta categoria analítica foram sistematizadas da seguinte forma: 1) Atenção à crise; e 2) Percepção do processo de recuperação/reabilitação.

Tomamos como crise o conceito cunhado no cerne da Reforma Psiquiátrica que se opõe à ideia de patologização da vida e da medicalização do sofrimento humano. Nessa perspectiva, a transição do modelo asilar fundado na ordem psiquiátrica e segregadora para o modelo de base territorial implica a tessitura de uma rede de cuidados para homens e mulheres em sofrimento psíquico articuladas com as forças locais da cultura, da política, de seus problemas e de suas potencialidades, que repercutem diretamente no cotidiano de cada um. A concepção de crise construída em um modelo de ruptura com a normalização

medicalizante do sofrimento deve trabalhar com a ampliação desse conceito, associando-o à complexidade de respostas que demandam para o sujeito e seu entorno, sua rede social.

Amarante (2007, p. 83) discorre sobre a crise, ampliando esse conceito para uma concepção mais integral da vida do sujeito:

[...] [a crise psíquica é] o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado da diminuição de solidariedade de uns com outros, de uma situação de precariedade dos recursos para tratar uma pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. [...] trata-se de um processo social.

A RAPS da microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III apresenta em sua dimensão técnico-assistencial a organização de serviços (pontos de atenção) que configura uma rede de recursos físicos e humanos que propõem a reversão do modelo psiquiátrico asilar centrado na doença e exclusão. Não obstante esta oferta, nossos entrevistados, vinculados aos diferentes pontos de atenção dessa rede, mencionaram que o atendimento emergencial à crise ainda é realizado, majoritariamente, no Hospital Psiquiátrico Ulisses Pernambucano, popularmente reconhecido como Hospital da Tamarineira.

Atualmente, esse Hospital dispõe de uma ala de observação e regulação de leitos em que o atendimento à crise pode resultar em encaminhamentos para o hospital geral, para o CAPS, com retorno para residência ou internação psiquiátrica. Situações e pessoas diversas que compõem a amostra dessa pesquisa têm como resposta aos episódios de sofrimento e suas variações a padronização da atenção e a regulação da oferta na assistência pelo dispositivo hospitalocêntrico, o que sustenta seu caráter manicomial naturalizado.

A Portaria nº336/GM/MS³⁴, que regulamenta o CAPS, remete às suas atribuições como dispositivo de uma rede de cuidados: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002, p. 1). Nessa dimensão, podemos compreender que esse dispositivo tem importância estratégica junto a todos os outros componentes que constituem a RAPS, devendo atuar de forma sinérgica, conforme propõe a mesma portaria, como regulador da porta de entrada da rede assistencial.

³⁴ A Portaria nº336/Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, como serviços ambulatoriais diários, funcionando segundo a lógica do território (BRASIL, 2002).

Assim, percebemos uma uniformidade nas respostas de nossos entrevistados usuários/as, ao abordarmos a questão relacionada com a assistência ofertada na RAPS na ocorrência das crises.

Entrevistadora: Se lhe ocorrer uma crise, para qual serviço médico será encaminhado?

Ana: [...] meu marido precisa chamar a polícia ou a família mesmo me amarrar, aí eles me levam pra Tamarineira, pra emergência.

José: Eu fui pr'ali [referindo-se ao SEP/HUP], tomei uma injeção [...]. Mas, no outro dia, eu amanheci muito dopado e ainda consegui fugir do Ulisses. Fugi do Ulisses porque ia tomar outra injeção.

Divino: Aí chama o SAMU, o SAMU chama a polícia. Aí vem a ambulância e a polícia com a pessoa. Quando é pra Tamarineira, né?

Antônio: [...] eu fui encaminhado pra aquele hospital... Como é nome daquele hospital? É... a Tamarineira.

Os entrevistados, vinculados a distintos pontos de atenção, referem-se ao hospital como única resposta aos episódios de crise, sem que isso aponte para o que propõe a reforma psiquiátrica: a efetivação de políticas públicas locais e intersetoriais que consolidem a expansão de redes substitutivas e territoriais que visem à superação do paradigma asilar.

Na regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial está prevista a permanência do hospital psiquiátrico como componente da rede, podendo ser acionado quando essa se mostrar insuficiente ou em processo de expansão para operar como substitutiva aos leitos psiquiátricos. Por esse aspecto, podemos compreender que a RAPS pesquisada ilustra um dos grandes dilemas da Reforma Psiquiátrica: o convívio cotidiano com um grande hospital psiquiátrico na cidade como porta de emergência, presente historicamente no imaginário social como “lugar de doido”, produtor de estigma e segregação social.

O que justifica a permanência de um dispositivo hospitalocêntrico de atenção à crise paradoxalmente à organização de uma rede substitutiva que se efetiva estruturalmente? A fala de Sebastião, esposo de Ana, é emblemática das contradições da família que busca o cuidado, encontrando no hospital respostas para a agudização das crises psíquicas e no CAPS uma expressão de violência, apontando para o direcionamento de uma assistência em que o alvo das intervenções são os comportamentos desviantes.

Sebastião: [...] até hoje ela toma remédio. Tem progressão? Tem, porque pra o que ela era, hoje em dia... Com fé em Deus, eu tenho fé que ela vai ficar... Não

totalmente curada, mas liberta de internamentos, porque internamentos não existem mais. Hoje em dia, a gente leva a pessoa pra um lugar desse aí, aí ela me dá um remédio e manda embora, manda pra casa, não tem internamento [referindo-se à emergência psiquiátrica SEP/HUP]. O Sanatório não seria uma saída, mas em caso de crise, como ela fica agressiva demais e ninguém consegue segurar quando ela está no auge da crise... Sanatório era o melhor caso pra ela passar 15, 20, 25 dias, um mês, e, quando voltar pra casa, voltar tranquila. Pra jogar no CAPS, a senhora me perdoe, ali não só pensa em doente mental, têm drogado, não é isso? Drogados, drogadas, às vezes até assassinos. Eu já a levei pro CAPS passei um dia todinho e vi as agressividades dos outros. E eu não sei por que o governo brasileiro, ou foi o governo estadual, não sei, extinguiu quase todos os sanatórios.

O familiar descreve a tênue distância entre a doença mental e sua face social. Reclusos, urgenciados em suas “crises” em um manicômio, os sujeitos são catalogados como doentes mentais, desresponsabilizados por seus atos. Sob a inovação de um serviço aberto, comunitário, no CAPS, evidenciam-se as contradições sociais que se convertem em patologias. Cabe aqui refletir a partir das discussões de Basaglia (2010, p. 143), se os papéis que assumem os técnicos e psiquiatras nessas novas configurações da política pública de saúde mental não seria uma reedição dos “delegatários do poder”, em que estariam “sancionando, mais uma vez, uma exclusão social sob o título de doença?”.

Amarante (2007), citando Franco Rotelli, aborda a concepção de desinstitucionalização na dimensão da desconstrução dos aparatos manicomiais, referindo-se não apenas à presença física-estrutural das instituições psiquiátricas, mas, principalmente, ao conjunto de atos, procedimentos e saberes que legitimam o lugar da doença. Concorda com Rotelli ao considerar um “processo social complexo” que parte do princípio de que a simples reorganização dos serviços de atenção à saúde mental é insuficiente para romper com práticas hegemônicas centradas em diagnósticos e prioritariamente medicamentosas.

Como se verifica nas falas enunciadas pelos familiares, o CAPS, como principal estratégia de implementação da política de saúde mental, aparece secundarizado, em detrimento do hospital psiquiátrico. O enfrentamento das crises está ainda predominantemente sendo assistido na emergência psiquiátrica e o sofrimento é tomado como atos de agressividade que necessitam da contenção policial ou farmacológica.

Entrevistadora: Quando seu familiar está em situação de crise, quais providências são tomadas?

Severina: Quando ele está em crise que a gente não suporta, tem que chamar a polícia pra tirar, que ele é muito agressivo.

Josefa: Eu o levo aqui pra o Ulisses Pernambucano e de lá eles encaminham para o CAPS. Mas só que essa crise que deu agora foi muito forte e teve que internar.

Pedro: Porque a crise dela ela ficou muito agressiva, aí, nesse caso, eu tenho que levar pra Tamarineira. Porque lá eles vão ter um medicamento mais forte e, de início, pode até manter ela alguns dias, pra dar tempo ela ficar mais tranquila, que é pra depois eu possa levar ela pro CAPS. Porque quando ela está agressiva, fica muito difícil, porque na minha casa têm familiares e, a qualquer momento, a gente de costas, ela pode sacudir um objeto, pode pegar uma faca e vem contra a gente. Aí, desse jeito, sou obrigado a levar ela pra Tamarineira.

Sebastião: Bem, a gente... a primeira coisa que a gente faz é tentar acalmá-la e conciliar para que tomasse os remédios. Aí, de vez em quando, ela não tomava os remédios e a crise aumentava, e ela ficava muito agressiva e só podia tomar uma decisão: interná-la.

Lúcia: Ele tinha sofrido uma agressão na lateral do olho por colegas da escola. Eu fiquei angustiada, desesperada, porque, meu Deus, não tinha uma solução. Ia passando um carro da polícia na hora e ele [o filho] disse que se eu chamasse, ele corria. Eu sabia que não ia segurar ele. Eu percebi na minha pouca experiência que ia dar um problema nele, uma crise. Eu fiquei com medo que fugisse e voltei pra casa com ele, tranquei todas as portas e quando meu marido chegou já estava dando a crise. Ele fugia de casa, mandava a gente sair de perto dele para não nos agredir. Muitas vezes, entrava no quarto, esmurrava as paredes, saía com as mãos feridas, chorava muito. Ficava falando em vingança, ficava falando que preferia morrer a viver daquele jeito, dando trabalho. A gente sofreu um bocado. Aí, eu o levei para o CAPS, lá me informaram que não tinha médico naquele momento, que eu levasse ele para a emergência. Então, o levei pra Tamarineira. Eu sou meio medrosa assim [fazendo menção à ida ao hospital psiquiátrico para socorrer o filho], mas, tinha que enfrentar, não tinha outra pessoa para socorrê-lo.

Observa-se nos relatos de uma das entrevistadas, **Rosa**, que, ao se referir às providências tomadas em uma situação de crise do seu filho (usuário de crack e outras drogas), fala do desconhecimento face ao complexo cotidiano com essa experiência e do apelo por ajuda que a orientasse quanto aos cuidados a ser adotados.

Rosa: Olhe, eu tava por fora de tudo, eu não fazia nada, só esperava. Depois, eu procurei uma pessoa que me instrísse do que era que estava acontecendo, comecei a procurar uma pessoa para ajudá-lo [referindo-se à ajuda profissional do NASF].

Há, nesse relato, um entrecruzamento de dois aspectos que se destacam nas ações de organização da rede de cuidados de base comunitária. As demandas e necessidades das

peessoas com sofrimento pelo uso de álcool e outras drogas e de seus familiares, não foram devidamente incluídas no debate de revisão do modelo de atenção à saúde mental e incorporada nas concepções desinstitucionalizantes da reforma psiquiátrica. Outrossim, a expansão da RAPS, prevista para a abordagem dos/as usuários/as de drogas não se restringe aos pontos de atenção psicossocial, incorporando, também, instituições privadas – por vezes, vinculadas a denominações religiosas que reproduzem a reclusão e segregação social do modelo manicomial. As Comunidades Terapêuticas (CT), como são reconhecidas essas instituições, possuem princípios que regem suas atuações, flagrantemente contrárias à Lei nº 10.216, baseadas em internações compulsórias e violações de direitos das pessoas em tratamento.

Nas entrevistas realizadas, podemos destacar nos relatos de uma familiar e de um usuário referências à internação, seja em CT ou em hospital psiquiátrico, como recurso recorrente utilizado por estes atores quando nas situações em que decorreu o uso de álcool e outras drogas.

Entrevistadora: Como percebe o processo de recuperação do seu familiar?

Rosa: [...] houve avanço, sim, porque ele já está com oito meses de internação. Ele usava muitas drogas, agora, já diminuiu, já que ele passou esses oito meses. Ele usa, mas usa menos, não é?!

Entrevistadora: Quando da sua passagem no hospital, você recebeu informações sobre o porquê da necessidade de internamento?

José: Sim, eu sabia. Eu ia tomar uma injeção, um “mata leão”. Mas eu fugi dos policiais, eles não souberam me amarrar, não. Eu fugi amarrado mesmo do Ulisses.

Na contextualização, cada um fala da interseção tratamento/internação. **Rosa**, como mãe de um usuário, só consegue conceber o processo de recuperação do seu filho quando se refere ao período que ele ficou recluso em uma CT. Bastante medicalizado, ela atribui a diminuição do uso intensivo das drogas à internação. **José**, em suas recorrentes crises por uso abusivo de drogas, conhece apenas um caminho – a emergência psiquiátrica para suas contenções. O curto trecho de sua fala suscita um cenário onde a organização da RAPS concorre com a existência de um hospital psiquiátrico em que o código de referência cultural na cidade é a periculosidade daqueles que apresentam rupturas sociais que põem em xeque a validade das respostas em rede. Daí, a presença do aparato policial como extensão da violência institucional.

Em face do posicionamento dos dois entrevistados abaixo, **Amaro e Divino**, podemos constatar que a passagem de ambos em instituições segregadoras traz para a realidade dados que reafirmam a objetualidade a que são submetidos, ainda que os caminhos percorridos tenham sido diferentes. O primeiro tem em sua trajetória a presença das equipes NASF e ESF e, ainda que não tenha sido vítima da intervenção da polícia, as ofertas de reclusão têm sido uma constante em seu tratamento. Isso remete às abordagens profissionais reducionistas dirigidas apenas ao usuário em “crise”, com propostas simplistas para tratar uma história pessoal que vai se construindo paralelamente às suas graves perdas relacionais (família, trabalho, estudos, amigos). **Amaro** desconhece internação psiquiátrica em seu itinerário de cuidado, mas menciona, ao menos, três comunidades terapêuticas em que esteve confinado. Não consegue fazer uma diferenciação crítica quanto às intervenções a que tem sido submetido.

Entrevistadora: Você já passou por alguma internação psiquiátrica?

Amaro: Não, não. [...] eu passei no Manassés (CT) e na outra clínica, eu esqueci o nome... passei em outras duas clínicas e no Atitude.

Divino consegue fazer uma crítica ao modelo tradicional psiquiátrico por experienciar incontáveis internações e conhecer bem os recursos que transformavam seu alcoolismo em doença mental, reduzindo sua singularidade ao determinismo da racionalidade biológica.

Divino: [...] Deus me ajude e eu não volte mais a beber e nem dar nenhum problema na minha cabeça. E o tratamento aí do Ulisses Pernambucano é muito ruim porque eles não tratam as pessoas com dignidade, eles fazem o que querem com as pessoas. Como na época [referindo-se a década de 2000] que eu entrei, até choque eu levei. Disseram que era pra “melhorar da mente”. Agora é que não estão dando choque, mas porque a imprensa deu em cima. Encaminham o pessoal pra fazer tratamento em casa e aqueles que são..., que comem merda, ficam aí presos.

A condição dele assemelha-se ao que Saraceno (1999, p. 62) apresenta em suas discussões a partir das referências basaglianas sobre a condição institucionalizante do manicômio:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo impulso pessoal, o ter dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que – exatamente por isso – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um.

Dentro desse contexto da RAPS, as recorrentes internações e os procedimentos utilizados para contenção das crises denotam as dificuldades dos usuários e familiares em encontrar alternativas à psiquiatrização dos atendimentos, ainda caracterizados pelo ingresso coercitivo na instituição, pela contenção policial, que relaciona “periculosidade” ao sujeito em crise e pela gestão da “doença” com aplicabilidade gerida pelo poder médico-psiquiátrico.

Na análise de Saraceno (1999), a concepção de manicômio não reside nas horas ou nos anos em que se permanece dentro de um pavilhão, mas no ocultamento dos recursos e saberes de um território onde vive uma população. A prevalência desse cuidado psiquiatrizado vai subtraindo as possibilidades de antever “capacidades e desejos” que, muitas vezes, estão implícitos na vida das pessoas e do território.

5.2.2 Categoria Analítica 2: A RAPS e sua gestão psicossocial – suas principais características

Através dessa categoria analítica, procuramos reconhecer, através das falas dos usuários/usuárias e familiares, quais seriam as principais características da RAPS como modelo de atenção psicossocial substitutivo ao modelo asilar. Nesse sentido, buscamos organizar as unidades de registro do quadro analítico referente à *Atenção Psicossocial* em três perspectivas identificadas nas falas dos usuários/usuárias: 1) Acesso à informação sobre uso/finalidade de medicação psicotrópica; 2) Oferta de cuidado longitudinal em rede; 3) Oferta de assistência integral disponibilizada na RAPS. Quanto aos familiares, foram identificadas apenas as duas primeiras perspectivas.

É importante enfatizar que a mudança de paradigma no cuidado proposto às pessoas com transtornos mentais e suas famílias tem sido construído, historicamente, através da organização de diferentes atores sociais que protagonizavam a luta pela promoção de um novo cuidado ao se lidar com o sofrimento psíquico e as diferentes necessidades decorrentes do adoecimento no cotidiano (AMARANTE, 1995).

O processo que enveredou pelas denúncias ao modelo manicomial e às suas práticas segregadoras e violadoras dos direitos humanos já repercutia mundialmente quando, no Brasil, a Declaração de Caracas (OPAS/OMS, 1990) passou a vigorar como marco legal, da qual o país é também signatário. Este documento, resultado da mobilização de profissionais de saúde mental e do campo dos direitos humanos, organizações, associações e lideranças da

área de saúde dos países latino-americanos ali representados, aborda os princípios que norteariam as políticas de saúde mental e a construção do modelo de atenção substitutivo. Realçaremos alguns desses princípios que estão em consonância com nossas preocupações de pesquisa e correlacionados com um mandato social que deve assumir uma RAPS no contexto de vida de seus/suas usuários/as e familiar:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde [...] permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade;
2. Que a reestruturação da assistência na região implica em revisão crítica do papel hegemônico do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: (a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; (b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam o cumprimento e (c) a capacitação de recursos humanos em saúde mental e psiquiatria deve fazer-se para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, p. 2).

O que este documento preconizava era um conjunto de práticas que iam se constituindo a partir do incômodo lugar que ocupavam trabalhadores de saúde mental, pacientes e familiares no hospital psiquiátrico e a inventividade de um novo modelo de atenção à saúde mental consoante com a progressiva superação do manicômio.

Como esboçamos no primeiro capítulo, a experiência italiana de desconstrução dessa instituição de segregação social trouxe para a experiência brasileira aportes fundamentais para o processo de implantação da reforma psiquiátrica. Para Franco Basaglia, o grande formulador de um pensamento original em relação às transformações a serem deflagradas para a superação do manicômio, não seria suficiente a extinção da estrutura física do hospício, mas, principalmente, de seu arcabouço teórico, que sustentava o conjunto de saberes e práticas que ordenavam institucionalmente o lugar da exclusão (AMARANTE, 2007).

Nas experiências iniciais italianas desenvolvidas pela Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional as modalidades terapêuticas desenvolvidas com pacientes, familiares, técnicos e outros atores sociais não defendiam “o fechamento do hospital”, e, sim, a diversidade de estratégias que serviriam de ponte para a compreensão social de que era possível superar o claustro da loucura (AMARANTE, 2007).

A dimensão técnico-assistencial, referida por Amarante (2007) e retomada por Yasui (2010), revela-se na prática como produtora de um paradigma psicossocial quando em interseção com os valores éticos e estéticos da condição humana. O objeto de cuidado é a existência do sofrimento na vida dos sujeitos, as intervenções devem pautar-se em ações

inter/transdisciplinares como modo de compreender a complexidade e singularidade desses sujeitos.

Sendo assim, imersos no contexto dos itinerários de cuidados dos/as usuários/as e familiares da RAPS da microrregião 3.3, analisamos quais foram os recursos que estavam sendo potencializados em termos de transformação/inação da atenção psicossocial que traduzem uma gestão da saúde em oposição à gestão de procedimentos, esta tão característica do modo asilar. Recorremos aqui a um quadro analítico proposto por Yasui (2010, p. 110), em que apresenta os elementos que julga essenciais para compreensão da transição de um modelo para o outro.

Quadro 2 – Principais características do modelo psiquiátrico e da atenção psicossocial

	Modelo psiquiátrico	Atenção psicossocial/ Novo modelo assistencial
Objeto	Simple doença mental	Complexo existência-sofrimento
Pressuposto Teórico-conceitual	Campo das neurociências	Campo transdisciplinar
Estratégia de intervenção	Isolamento e predominantemente biológica	Predominância da diversidade e da invenção
Agente(s) de cuidado	Médico	Coletivos
Lugar do cuidado	Hospitalização	Rede e intersetorialidade
Prática social	Exclusão/violência	Inclusão e solidariedade

Fonte: YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, 2010.

Ao longo da análise dos nossos entrevistados, utilizaremos os postulados sintetizados pelo autor, que buscou explicitar em seus estudos as características de um processo que pode ser nomeado de ruptura paradigmática. Ao mesmo tempo, aludimos tais características às

perspectivas elencadas em nossas unidades de registro, contextualizadas segundo a lógica de organização de uma rede de cuidados em saúde mental. Abordarmos a questão do uso da medicação em nossas entrevistas por considerá-la como variável importante para analisar as estratégias de intervenção da RAPS e como pressuposto da revisão crítica à instituição psiquiátrica. Afinal, a resposta farmacológica se instituiu como estratégia social para o enfrentamento das questões sociais que adentram os serviços públicos cotidianamente.

Se nos séculos XVIII e XIX, a docilização dos corpos era operada por meio de práticas invasivas e violentas e pelo isolamento social da loucura, que visavam tratar das inadequações sociais e desvios comportamentais que revelassem diferenças. No século XX, a descoberta dos psicofármacos, nos anos de 1950, impõe um novo trajeto à medicina psiquiátrica. A aliança entre medicina e indústria farmacêutica faz surgir no cenário mundial o vultoso crescimento da lucrativa produção das novas drogas neurolépticas, que prevalecem como principal dispositivo de tratamento ao indiferenciado sofrimento humano.

Se no modelo psiquiátrico hegemônico a internação manicomial subtraia do sofrimento psíquico sua face humana, não menos importante são as consequências da medicalização crônica e generalizada no modelo psicossocial. A indeterminação do uso continuado da medicação proposto nos novos serviços de saúde mental se contrapõe à complexidade e singularidade de respostas requeridas na vida de cada sujeito, preconizadas pela atual Política de Saúde Mental, apoiada nas diretrizes da RAPS – oferta de cuidado integral, com diversificação de estratégias de cuidado e participação dos usuários e seus familiares.

No conjunto dos componentes da RAPS que representam nossa amostra, os/as usuários/as e familiares que perfazem itinerários diferentes em busca do cuidado trazem em seus relatos a diversidade de suas histórias e encontram como resposta a dosagem normalizadora da medicação.

As narrativas a seguir revelam qual o objeto eleito na rede de cuidados para reconhecer a singularidade expressa na complexidade envolta de cada caso.

Entrevistadora: Você conhece as medicações que toma, sabe para que servem?

Maria: Conheço, [mas não] sei pra quê serve, não.

Entrevistadora: Você utiliza algum tipo de medicação?

Amaro: Utilizo. Dois tipos.

Entrevistadora: Você tem informações sobre essas medicações? Para que servem?

Amaro: Tenho sim. Amitril é pra depressão; Clonazepan é pra dar sono, é pra dar sono, eu acho...

Os dois sujeitos, durante a entrevista, relatam fazer uso abusivo de crack e outras drogas. **Maria**, com baixa escolaridade, perdeu a guarda de sua primeira filha e a segunda entregou para doação. Recorre à prostituição para compor renda familiar. Vive com a avó, o pai e um irmão, que também é usuário de drogas. **Amaro** completou o ensino médio e, no período da coleta de dados, informou que estava há um mês desempregado, morando sozinho, após a esposa ter decidido pela separação levando junto as duas filhas, em decorrência do grau de dependência que ele apresentava pelo uso do crack. Os pais, idosos, moram ao lado da sua residência e são convocados pela equipe de saúde a participarem do tratamento.

Através das vivências de **Maria** e **Amaro**, é possível demonstrar que o modelo hegemônico se reproduz na patologização da existência-sofrimento. Os dois entrevistados são enredados e medicalizados face às suas trajetórias de segregação. Ao se referirem ao uso da medicação que lhes foram prescritas, dão indícios de terem sido alijados do processo de tratamento, o que revela na pesquisa um importante aspecto – a supressão do seu protagonismo no tratamento, da capacidade de produzir respostas para a própria vida. A resposta simplificadora da medicação se opõe a um dos principais fundamentos da atenção psicossocial: o desenvolvimento de práticas que objetivem a superação das relações institucionalizantes de tutela e de cronificação, substituindo-as pela potencialização dos recursos comunitários locais integrados com a rede de saúde e a vida das pessoas (BRASIL, 2002).

Na atenção psicossocial, o termo “responsabilizar-se” tem uma repercussão direta no “cuidado” com a pessoa, o que implica a escuta e o interesse por sua vida e seus problemas, ampliando-se para uma rede de relações que envolvem os que cuidam, as equipes profissionais, os familiares, entre tantos outros atores desse complexo processo social. Sobre isso, Amarante (2010) reflete que a escuta adequada com orientações que envolvam os sujeitos na construção das soluções e encaminhamentos parece sinalizar um esforço contra a administração de doenças em que prevalece a velha fórmula de atendimento “médico-doença”.

Ainda em relação ao uso da medicação, abordamos os outros entrevistados usuários/as através da mesma questão utilizada para obtenção dos relatos anteriores de **Maria** e **Amaro**.

Entrevistadora: Você tem informações sobre a medicação que utiliza e qual a finalidade?

João: O medicamento? Eu não me lembro do nome, não. Mas tá bom pra mim. Serve pra controlar os nervos, acho que é pra cabeça, pra dar apetite, disposição.

Antônio: Pra quê? Eu não sei. Mas eu tomo Halolperidol, Carbamazepina, Cinetol. Eu tomo esses três.

José: Não. Rivotril eu já tomava desde quando eu tive uma depressão em 2003 até 2006. Tive três depressões seguidas, muito fortes, aí eu sempre tomei. [...] eu não tinha psiquiatra, nem psicólogo que eu fazia consultas, aí eu tinha que ir na emergência psiquiátrica mesmo.

Divino: A finalidade que os médicos falam que é pra memória, que eu não posso parar; é pra eu dormir, relaxar.

Ana: O Haldol, segundo o que minha psiquiatra dizia, ele controla minha crise, porque, sempre que eu me internava, eu ia pro Haldol.

Reitera-se nas falas a prevalência do poder médico, uma associação entre o uso dos psicofármacos e um aprendizado da a-criticidade, da passividade que aniquila o poder de conhecer, decidir e até protestar sobre os procedimentos/intervenções que estão sendo ofertados/as, características do assujeitamento às práticas manicomialis. Os relatos revelam uma linearidade compatível com o modelo biomédico – respostas baseadas em causa-efeito em detrimento da diversidade/complexidade que corresponderia ao processo de adoecimento de cada um dos sujeitos (SARACENO, 2011).

Antônio, 22 anos, reside com os pais em um bairro da microrregião que, nos últimos quatro anos, têm recebido um significativo investimento em seus equipamentos sociais – possui uma Academia da Cidade e um extenso Parque de lazer, cultura e esportes recém-construídos, associação de moradores e uma Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência. Apesar da pobreza circundante nas áreas de encostas, tem uma família organizada, que sobrevive de um pequeno comércio localizado na própria residência. Aos 18 anos, foi espancado gravemente por colegas da escola ao sofrer ameaças, tendo que interromper o ano letivo e traduzir sua dor em uma emergência psiquiátrica. Foram várias entradas no SEP para conter suas “crises” e uma passagem pelo CAPS que, ao término do tratamento, o remeteu à Atenção Básica.

Quando indagado sobre sua alta do tratamento e para onde havia sido encaminhado, sua resposta foi:

Antônio: Encaminharam-me pra cá [UBS], pra eu pegar remédio aqui. Venho com a receita, pego o remédio e vou pra casa.

A fala do entrevistado faz referência à Atenção Básica, mais especificamente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada próximo à sua residência e que deveria favorecer sua inserção no território por meio de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde. A Atenção Básica é um importante recurso de rede no que concerne à garantia do cuidado singularizado do sujeito na comunidade e o usufruto dos diversos recursos de saúde mental. Se o argumento da reforma psiquiátrica tem sido a defesa de um modelo psicossocial, territorializado, que se articula entre os pontos de atenção e lugar de produção de novas formas cuidado, podemos apreender nessa narrativa a simples transferência burocrática da responsabilidade sanitária pela demanda.

A adscrição ao território remete ao processo de trabalho que envolve ampla comunicação entre os atores – trabalhadores, usuários/as, familiares – para construção de um projeto terapêutico que ultrapasse o simples acesso à medicação.

Conceber o território não mais como delimitação geográfica para fins de planejamento das ações de saúde, mas como a proposição de uma intervenção horizontalizada com o conjunto dos seus aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais pressupõe a interdependência entre três grandes cenários: casa, trabalho e rede social. Como discorre Kinoshita (1997, p. 73):

O território para o serviço é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas visando enriquecê-lo e expandi-lo.

Outro entrevistado, **Divino**, também expõe no seu discurso como se processa a sua alta do ponto de atenção ao qual está vinculado, o que possibilita verificar qual a intersecção com a RAPS para continuidade do seu cuidado. O usuário tem 45 anos e, em seu relato, afirma frequentar o CAPS de Álcool e Drogas há dez anos por uso abusivo de álcool. Revela já ter passado por sucessivas internações e, com base no exposto abaixo, tem-se a percepção de que o Hospital Psiquiátrico figura no circuito do modelo psicossocial, como articulador da continuidade do “cuidado”.

Divino: Tenho mais de 18 entradas aí na Tamarineira, no Ulisses Pernambucano. Conheço a Doutora. Aí, foi ela que passou a medicação pra mim, tudinho. Aí, depois ela me afastou daí, disse que eu ia receber minha medicação no ambulatório. Aí, me

passou pra lá. Aí, eu comecei a fazer o meu tratamento no ambulatório, depois eu abandonei. Bebi umas canas e fui internado de novo no Ulisses Pernambucano e, de lá, me encaminharam pro Hospital Geral, que lá faz tratamento psiquiátrico também. Aí, me encaminharam para o CAPS AD, de novo.

O entrevistado revela em sua narrativa esse circuito que vai de sua passagem cíclica do hospital para os pontos de atenção em uma diversificada rede de prestação de serviços, sem, contudo, ofertar respostas para a vida do usuário. Um processo que exige a insistente reconstrução das condições e possibilidades para o sujeito se reapropriar do seu projeto de vida a partir de experiências reinventadas com sua comunidade, família, trabalho, ou seja, uma nova contratualidade nos distintos espaços de sua sociabilidade.

Na comunidade onde vive, **Divino** recebe o apelido de “louco”. Em sua vida laboral, passou pelas experiências de trabalhar como faxineiro, zelador e manobrista e por um longo período de desemprego que coincidiu com o acometimento de uma tuberculose. Posteriormente, retornou ao mercado de trabalho como ascensorista, mas a reincidência da doença e o uso de bebida alcoólica o afastaram novamente do trabalho. Conduzido para o CAPS AD, fala que recebeu o seguinte diagnóstico:

Divino: Mandaram-me vir pra o CAPS AD – eu cheguei ao CAPS tuberculoso (eu estava muito fraco na época). Aí, disseram que era por causa da bebida e [porque] eu não me alimentava.

Em seguida, o entrevistado nos descreve o seu tratamento, negando o procedimento da alta:

Divino: Não, a gente não recebe alta, passa de uma modalidade pra outra. Como eu estava no intensivo, de manhã e de tarde, [...] depois mudei de oito até o meio dia. Depois do almoço a gente ia embora, aí, já ia com a medicação da noite pra tomar. Aí, quando era no outro dia, a gente retornava. Quando era final de semana, a gente recebia medicação pra tomar sábado e domingo. Aí, voltava na segunda e começava de novo. Aí, passa para o semi [semi-intensivo – modalidade de atendimento no CAPS], que é [por] duas vezes ou três vezes por semana que a gente vem. Aí, passa pela psiquiatra; a psiquiatra passa a medicação que a gente recebe para o mês. Aí, a gente vem, pega para passar quinze dias, quando termina, a gente vem e pega os outros quinze dias. Aqui no CAPS AD a psiquiatra faz assim.

O processo de reabilitação psicossocial discutido por Saraceno considera que as pessoas carregam consigo um patrimônio (de riscos ou proteção), que são as variáveis

conectadas à vida de cada um, informando o quão complexo e indivisível é um sujeito para além de uma simples classificação diagnóstica, que o reduz a uma simples doença mental. **Maria**, ao falar do seu processo de alta e encaminhamento na RAPS, apontou para essa questão, revelando na sua fala uma característica do CAPS que trata dos transtornos mentais:

Entrevistadora: Quando você recebeu alta, recebeu apoio de algum serviço?

Maria: Fui encaminhada pro CAPS. Quando eu saí da Tamarineira, eles me trataram. Eu já estava bem, já. Eles [o CAPS] não ficam com bêbado nem drogado, eles ficam com a pessoa surtada. Eles [bêbados e drogados] ficam ali, na Tamarineira. Mesmo assim, tem que esperar vaga, leito. Aí, quando eles me pegam bêbada ou drogada, aí eles me pegam e me levam pra Tamarineira. Aí, lá, eles aplicam uma injeção em mim; eu digo que é pouca, mando eles aplicarem outra pra eu ficar normal.

A entrevistada está vinculada ao CAPS que trata dos transtornos mentais graves e persistentes e, em sua fala, persiste o paradoxo de sua identidade – o seu acesso à RAPS é pela via do hospital psiquiátrico, onde é atendida porque chega bêbada e drogada. No CAPS, essa condição é separada nitidamente pelas categorias “desvio” e “doença”, ainda que não estejam claramente definidas como procedimentos da rede, mas as circunstâncias que Maria experimenta ao fazer seu itinerário em busca do cuidado lhe colocam no lugar da doença, uma vez não encontrando um lugar social para sua transgressão.

Para **João**, o hospital se materializa no espaço-tempo-lugar em que transcorre sua vida no Serviço Residencial Terapêutico (SRT), importante recurso de desinstitucionalização da RAPS. Aos 62 anos, o entrevistado só conheceu a liberdade até os 17 anos, quando iniciou sua peregrinação pelos hospitais psiquiátricos da cidade. Em sua fala, relaciona quase todas as instituições em funcionamento até a reforma psiquiátrica iniciar sua implementação em Recife. Sua primeira internação ocorreu após o falecimento de sua genitora e, segundo ele, resultou de um entendimento entre seu pai e seu padrinho. Em sua narrativa, a internação teria sido uma tentativa de livrá-lo do ócio:

Entrevistadora: Mas o senhor sabia por que estava se internando?

João: Não, sabia não. Sabia por que estava sem fazer nada em casa. Aí, um padrinho meu que trabalhava na Rede ferroviária encontrou e se entendeu com meu pai e arrumou esse internamento pra mim. Estou com cinquenta e poucos anos...

Como ponto de atenção, a SRT configura-se como dispositivo estratégico para reabilitação psicossocial das pessoas com histórico de longa permanência em hospitais

psiquiátricos e deve estar inserida na comunidade a fim de possibilitar o restabelecimento das trocas sociais do usuário com seu entorno social. Objetiva recuperar a cotidianidade que o manicômio subtraiu através da massificação da vida, do controle rígido sobre o tempo, que deixa de existir simbolicamente por não ter mais importância nas atividades costumeiramente humanas. O esquema diagnóstico/medicação, presente na SRT, mantém o conjunto de debilidades sociais produzidas e inquestionáveis do hospital correlacionadas com a doença – o sono é quimicamente tratado, o paladar é desprovido do prazer e das escolhas, a diversidade apagada pela imposição das normas e os afetos são tolhidos em um não-lugar em que singularidades são desprezíveis.

O entrevistado, ao ser questionado sobre como se processava sua alta nos hospitais em que permanecia por longo tempo internado, admitiu não haver intervalos nessas permanências. O trecho final de sua mensagem abaixo irá corroborar com sua fala posterior, quando se refere à sua existência cindida por recursos institucionais de modelo fechado. **João** não diferencia a vida no hospital de uma moradia em residência terapêutica.

Entrevistadora: Qual era o lugar em que você ficava internado?

João: Eu ficava na Clínica Santo Antônio, no Sanatório Recife, no HPP (Hospital Psiquiátrico de Pernambuco).

Entrevistadora: E, quando saía, recebia alta, voltava para onde?

João: Eu não saía, era de um para outro. Minha vida é mais em hospital.

O SRT da RAPS está adscrito a um bairro localizado em outra microrregião. A justificativa da gestão municipal para a disparidade dessa escolha geográfica se pauta na falta de imóveis para locação na época de sua implantação. A distância da RAPS de referência resulta em certo isolamento das ações do território. Durante o processo de coleta de dados, não podíamos deixar de observar, *in loco*, algumas situações na residência de nossa amostra, que nos remeteu às questões enunciadas por Saraceno, ao tratar de um dos eixos da reabilitação psicossocial – o habitar.

A nossa chegada ao SRT foi recepcionada por uma profissional cuidadora que detinha todas as chaves da casa. Às dez horas da manhã, todos os moradores estavam deitados, havia um silêncio que parecia falar da falta dos gestos concretos de pessoas que convivem e realizam trocas diariamente. Ao conhecer os diversos cômodos da casa, um deles nos chamou atenção: na dependência onde são guardadas as medicações, havia também frutas armazenadas. Havia ali a vigilância normativa do hospital: alimentos e medicamentos são

trancados para que os moradores não tenham acesso por fazerem “mau uso”, segundo os profissionais cuidadores daquele espaço. O compromisso da reabilitação na perspectiva de funcionamento de um SRT como componente da RAPS compreende a ativação da cidadania por meio da conquista concreta da casa (material) – que, por vezes, pode estar representada apenas por “estar” em um lugar que possibilita uma precária ou quase nula contratualidade ou relacionada com seu pertencimento ao espaço, o habitar.

A casa, segundo Saraceno (1999), pode ser a confluência desses dois paradigmas: reaprender a usar os espaços, aumentando gradualmente o poder contratual, quiçá, abrindo portas, usando as chaves que podem representar material e simbolicamente a propriedade do espaço em que se vive, recebendo as pessoas; e reaprender com as experiências cotidianas de conflitos a exercitar seu patrimônio de riscos e proteção, construindo o alargamento de sua rede social da casa para a vizinhança, do mercadinho à livre circulação nas ruas, na cidade.

João declarou em suas narrativas o empobrecimento que a vida manicomial lhe transmitiu e que se reproduz ao morar em um local que guarda iniludíveis características do hospital psiquiátrico. Quando lhe perguntamos com quem morava, ele divagou na ambiguidade que guarda consigo. Sua primeira resposta é o registro que traz em sua memória de ter habitado uma casa junto com sua família até sua adolescência, mas, quando nos referimos à sua atual moradia, ele afirma morar no hospital.

Entrevistadora: Com quem o senhor mora?

João: Eu moro com meus irmãos. Eu não tenho pai e mãe, não.

Entrevistadora: Mas, hoje, o senhor mora com quem?

João: Hoje? Eu estou morando no hospital. Mas, quando eu sair do hospital, vou pra casa do meu irmão.

Na continuidade da conversa, o entrevistado refez o itinerário da casa onde morava com sua família até o período da adolescência, repassando-nos informações precisas e acertadas de como chegar lá. Muitas vezes, demonstrou certa confusão entre seu passado e o tempo presente, indício de que a existência de um serviço residencial territorial não garante necessariamente a desmontagem da instituição total³⁵. A saída do hospital para uma casa pode não significar ruptura com a racionalidade psiquiátrica, se os espaços permanecem não

³⁵ Paulo Amarante (2010) faz referência em sua obra ao sociólogo Erving Goffman, reconhecido por se dedicar à análise das instituições, especialmente ao asilo psiquiátrico, a cujo modelo faz uma crítica contundente, comparando-o com outras instituições que utilizam os mesmos mecanismos de controle e violência, tais como asilos para velhos, prisões, orfanatos, centros de recuperação, entre outras com as mesmas características de abrigo dos indesejáveis sociais, designando-as de instituições totais.

lugares, se a subjetividade dos usuários/as continua sendo empobrecida por abordagens descontextualizadas daquilo que as condições concretas de vida podem lhe oferecer.

Nos relatos de **José** e **Ana**, observamos, através dos itinerários diferentes que percorreram na RAPS, a não sujeição a um enquadramento clínico pautado em medicalização, entretenimento nos serviços e supressão da autonomia e poder criativo.

José é usuário de drogas, vinculado ao Consultório de Rua e passa por um processo de tratamento baseado na redução de danos, tendo frequentado os CAPS AD de duas microrregiões e se utilizado da emergência psiquiátrica para os momentos de “crise”. O entrevistado construiu uma saída adversa ao proposto normativo do tratamento. Ao tratar do seu processo de alta e dos encaminhamentos que recebeu para continuidade do seu cuidado na RAPS, ele se posiciona:

Entrevistadora: Quando você recebe alta do tratamento, pra onde é encaminhado?

José: Eu não sei, eu ainda não levei alta, eu mesmo dei minha própria alta. Na minha vida, eu tive que organizar outras coisas. Eu mesmo tive que descobrir uma coisa: que nem tudo na vida, a gente pode ficar nas mãos dos médicos, nas mãos dos profissionais. De vez em quando, a gente mesmo tem que fazer nossas próprias decisões.

Ana passou por quatro internações psiquiátricas, conforme seu discurso, concluídas. Não conhecia a rede de atenção psicossocial. Sua contenção às crises passava por sua admissão no Sanatório Recife, instituição que fechou suas portas no ano de 2012. A continuidade do tratamento se dava por meio da medicalização:

Ana: [...] quando eu estava em tratamento [referindo-se ao internamento], [em] todo final de semana eu voltava pra casa, botava a medicação no bolso, muita medicação. Levava no bolso pra tomar três vezes por dia, manhã, tarde e noite.

Sua peregrinação entre hospitais, consultas psiquiátricas e o desconhecimento da origem do seu sofrimento que culminava nas crises, provocaram na usuária o desejo de refazer seu itinerário. Traz em seu relato o paradoxo de ouvir do seu médico psiquiatra que não era louca, mas, sofria de transtorno bipolar. Incompreensível para ela e para o psiquiatra, que não conseguia transpor seu diagnóstico médico para desvendar uma experiência subjetiva que **Ana** trazia em seu sofrimento existencial. Não ser louca, mas ter um diagnóstico de uma doença significava a homologação de uma verdade justificada e legitimada pela ciência, mas não esclarecia para ela o esgarçamento dos seus laços sociais que a cada crise projetava-se no

marido, que a conduzia com a polícia para o internamento, e na filha, que a olhava com medo e vergonha. Objetificada, **Ana** vivenciava sua exclusão através do estigma de uma doença cuja maior expressão era sua interdição social.

Ana: Quando eu saí da consulta, eu perguntei para o pastor da minha igreja o que eu tinha. Ele disse que não falaram, mas que ia pesquisar tudo na internet e me passar. E tudo que ele pesquisou batia, não é? E eu reconheci que não sou louca, mas tenho um transtorno, tenho uma doença, não é? E, pra mim, foi muito difícil aceitar no momento, porque eu não queria aquilo, mas aceitei mesmo numa boa. Tomar a medicação nas horas certas, correr atrás de uma psicóloga. Queria alguém pra me ajudar, pra me controlar nas minhas crises.

A usuária prescindiu da articulação da rede de cuidados e, apesar disso, optou por uma prática desmedicalizada, caracterizada pela escuta em um espaço ambulatorial onde se encontra há cinco anos sem episódios de crises e internações. Suas idas têm sido cada vez mais espaçadas. Sua frequência ao serviço é agora mensal. Acolhimento e responsabilidade são conceitos importantes para uma rede que se propõe como psicossocial e substitutiva; no entanto, é também fundamental para a inversão da lógica assistencial na saúde o processo de articulação dos seus dispositivos de cuidado. De que forma se dá o acesso para os usuários e famílias? Qual a porta de entrada? O acesso só se fará por meio de encaminhamentos de um serviço para o outro? Há filas de espera? E como é acolhida a demanda espontânea? (YASUI, 2010). **Ana** é um caso emblemático para se avaliar a potencialidade criativa e acessível de uma rede de cuidados.

O que podemos levar como aprendizagem e inventividade de recursos no campo da saúde mental e da reabilitação psicossocial? Como se tece uma rede de cuidados capaz de produzir um lugar social para a loucura e novas possibilidades de existir na diferença? Guerra (2004, p. 93) afirma:

Há sempre uma possibilidade de construção de resposta por parte do sujeito, mais ou menos precária, mais ou menos capaz de provocar enlaçamentos. Seguir essa resposta tomando-a como marca do estilo do sujeito nos ensina também que, por ela, o sujeito é sempre responsável. Além disso, a construção de enlaçamentos sociais não obedece a regras nem a padrões ideais ou normativos, mas, antes, ao efeito que provoca no texto da cidade e de seus moradores.

Mas, no conjunto da amostra, é possível perceber que as estratégias prevalentes ainda são respaldadas por um modelo hegemônico, resultando em um alijamento dos/as usuários/as e familiares do processo de participação social e política. A particularidade subjetiva que cada

um traz recebe um precário investimento no conjunto das políticas públicas; por isso, o retrocesso de algumas práticas violadoras dos direitos humanos, paulatinamente, estarem assumindo um caráter público legitimado pela inserção e financiamento na rede SUS e SUAS, como no caso emblemático das CT.

Na comunidade, a figura do agente comunitário de saúde é emblemática quando se trata da priorização e da inclusão no atendimento das pessoas e famílias que apresentam maior complexidade do cuidado e apresentam maior risco pessoal e social. **Lúcia**, em seu relato abaixo, foi a única familiar a citar a presença desse profissional quando vivenciou a crise psíquica do seu filho. A condição paradoxal da agente, profissional de referência na cobertura da área e vizinha do usuário, promoveu um diferencial na condução do caso. A presença desse profissional articula recursos fundamentais para o cuidado em saúde mental: a relação de vínculo já estabelecida no cotidiano e, como membro de uma organização sanitária, dissemina na comunidade o acesso da população a todos os recursos que estão garantidos pelo SUS, além de reivindicar os que não estão disponíveis. O agente de saúde cumpre um papel importante no desmonte do manicômio, colaborando com a redução das internações e com a excessiva medicalização praticada pela população em face de tantos outros infortúnios que repercutem em adoecimento psíquico: eventos suicidas, homicídios, violência simbólica e institucional, entre outros.

Nas entrevistas com os familiares, é perceptível que a cumplicidade que a família estabelecia com o hospital, a fim de mitigar seu sofrimento, hoje se atualiza na relação pela demanda por medicação.

Entrevistadora: Quando se encerra o tratamento nesta unidade de saúde, como se dá continuidade ao tratamento do seu familiar? Quais são os outros lugares que seu familiar recebe atendimento/tratamento?

Severina: [É] na Policlínica que eu vou pegar remédio pra ele, porque elas disseram que, quando tivesse alta, eu tinha que ir lá com ele pra pegar remédio e ser acompanhado por alguma pessoa de lá.

Lúcia: Eu o levo para a Policlínica, o ambulatório. Mas lá é de três em três meses, de quatro em quatro meses, depende [referindo-se às vagas ofertadas]. Mas a doutora lá do posto entrega as receitas e a gente fica pegando o remédio [no ambulatório]. A agente de saúde mora em frente da minha casa e me ajudou muito. Quando ele [o filho] não queria comer, não queria levantar da cama ao acordar e nem falar com ninguém, ela vinha e conversava com ele. Era com ela que conseguia se comunicar.

Entrevistadora: Quando sua mãe recebe alta nesta unidade de saúde, como você dá continuidade ao tratamento dela?

Pedro: Pronto, aí, ela volta para o posto perto do Parque e lá ela é assistida pela psiquiatra dela. Tem o dia da consulta, aí eu a levo pra consulta, a médica conversa com ela e passa uma nova receita; se precisar de uma mudança no medicamento, ela muda, e é feito esse serviço.

Entrevistadora: Quando sua esposa recebia alta do hospital, como vocês davam continuidade ao tratamento?

Sebastião: Quando Ana recebia alta do hospital? Com o medicamento que o médico passava lá.

Assim como na vida dos/as usuários/as, os/as familiares também necessitam vivenciar o processo de desinstitucionalização. Seus itinerários na RAPS são sempre coincidentes com a dos parentes que acompanham para o atendimento. O automatismo com que realizam a tarefa, por vezes, não lhes favorece um exercício de criticidade em face da oferta tão limitada dos recursos de rede. Cotidianamente, o cuidado com a saúde mental de seu familiar se transforma em fardo ao entrecruzar a responsabilidade pelo cuidado do Outro com a necessidade de provisão da vida.

A microrregião 3.3, reconhecida no Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife (RECIFE, 2005) como uma das maiores áreas de exclusão da cidade, é marcada por muitas desigualdades que reproduzem desvantagens de oportunidades nas categorias trabalho, renda, escolaridade e outras variáveis que repercutem diretamente na discriminação do acesso a bens e serviços públicos e na precária inserção das pessoas que não importam para o sistema produtivo.

Assim, a relação estabelecida entre determinantes sociais e os fatores políticos, econômicos e culturais pouco se articulam nos processos decisórios e de planejamento das políticas públicas com a vida dos sujeitos. A própria organização dos espaços territorializados da microrregião já se constituem como segregadores. A loucura e a escassez de recursos socioculturais, muitas vezes, confundem-se, exigindo uma maior complexidade na organização da rede.

A vida na comunidade torna-se empobrecida quando se trata de buscar alternativas para reapropriação do território como lugar de produção de vida, de circulação e encontros, da diversidade e da diferença através da ocupação e utilização dos diferentes recursos. O isolamento social imposto pelo acirramento da banalização da violência nas periferias produz

um esgarçamento das redes solidárias que se teciam nas comunidades, desencorajando a construção de projetos mais coletivos e a convivência comum da população.

Nas narrativas dos familiares, as opções de sociabilidade, de cultura e lazer se resumem às idas à igreja. O relato de **Lúcia** caracteriza bem essa realidade:

Entrevistadora: E os profissionais sugerem espaços onde vocês possam se divertir, fazer esportes?

Lúcia: Oferecem. Aqui mesmo onde moramos é rico em espaços de lazer. Tem a praça do bairro [e] tem o Parque que foi construído há pouco tempo. Agora, é a tal coisa, o tráfico não deixa. Fica muita gente misturada.

Entrevistadora: Como assim, misturadas?

Lúcia: Gente que fuma drogas, essas coisas! Aqui onde moro estava ficando difícil, além do problema do meu filho, o ambiente estava muito pesado. A polícia sempre passando por aqui. O rapazinho aqui do lado da minha casa foi morto, outro fugiu. Aí a polícia fez uma varredura na área, agora está mais tranquilo. O ambiente aqui é pesado, eu tenho vontade de frequentar o novo parque do bairro, mas estou esperando as coisas melhorarem. Então, eu o levo pra igreja. Ele gosta e canta desde os 10 anos de idade. Agora, ele está ficando assim: esquecendo a letra do hino. Mas, eu sei o que é. A doutora psiquiatra me falou que a tendência é meu filho ir ficando esquecido, “definhando”³⁶.

Apenas um familiar citou a única oportunidade que sua mãe, usuária de um CAPS, teve de participar de uma oficina de artes. Outra entrevistada alegou não gostar de sair de casa. Há lugares para prestação de serviços relacionados com a gestão de procedimentos para cuidar da “doença”. No entanto, a gestão de saúde que deve afirmar a vida em suas diferentes dimensões nem ao menos é expressa por relatos. Resta-nos indagar: quais as estratégias de acesso aos serviços de saúde articulados com o compromisso pela defesa e produção de vida? Ou estaríamos diante de recursos existentes, mas ocultados pela tecnocracia que exaustivamente contabiliza leitos, atendimentos, procedimentos que se autorreproduzem no mecanicismo diário das práticas de saúde?

Saraceno (1999) faz uma instigante reflexão sobre o modelo de saúde mental territorial, no qual a rede de lugares, das relações formalizadas pelos próprios cidadãos/cidadãs e os recursos comunitários são, quase sempre, desvalorizados e desperdiçados em detrimento da rotina burocratizante dos serviços, frequentemente avaliada

³⁶ Expressão popular que se refere à perda gradativa das habilidades motoras, intelectuais e de sociabilidade.

por planilhas que expressam quantitativos de procedimentos de “saúde”, que se transformam em atos administrativos.

6 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DIREITOS HUMANOS – OS ITINERÁRIOS DA RAPS

“[...] porque no atravessamento do território geográfico com o território existencial somos obrigados a fabricar mundos”.

Antônio Lancetti – A clínica paripatética

Na sessão anterior, buscamos demonstrar como os/as usuários/as e familiares enunciam, através de suas narrativas, o paradigma em que estão inscritas as estratégias de cuidado em rede de saúde mental para as demandas do sofrimento psíquico na microrregião deste estudo. Examinamos, também, a organização dos seus dispositivos de atenção psicossocial e os recursos humanos em interrelação com sua rede territorial de assistência quanto à reversão do modelo psiquiátrico asilar e à ampliação da cidadania da população referenciada naquele território.

Nesta sessão, abordaremos as práticas referentes aos processos de **Reabilitação Psicossocial** e de **Direitos Humanos** desenvolvidas na RAPS. No que se refere à **Reabilitação Psicossocial**, a partir das narrativas dos/as usuários/as e familiares, buscamos identificar se a organização dos serviços de saúde mental e o processo de trabalho desenvolvido por equipes profissionais concorrem para uma concepção integral de saúde mental na produção de cuidado desses sujeitos. Refletimos em que plano institucional se assentam as propostas do sistema sanitário local com relação à vida comunitária e seus recursos, com as singularidades de cada usuário/a, e às possibilidades de respostas dialogadas e orientadas por caminhos tão diversos quanto às demandas dos sujeitos.

Na análise dos dados, propusemo-nos a identificar a horizontalidade de negociação dos projetos terapêuticos, isto é, se os mesmos foram elaborados com a participação dos sujeitos em consonância com os recursos e as competências dos pontos de atenção articulados

com diversos saberes e estratégias que promovem ações extramuros das instituições no território. Algumas perguntas nortearam nossa análise: quais foram os recursos comunitários acionados que geraram conflitos e alianças capazes de contrapor a hegemonia da normalização psiquiátrica para os que sofrem psicicamente? Observa-se o protagonismo das famílias como sujeitos sociais na participação e construção das estratégias de cuidado a partir das contradições da organização social?

Analisamos também a categoria *Direitos Humanos*, considerando que o processo de reabilitação psicossocial pressupõe a saúde, de maneira geral, e a saúde mental como valor universal que repercute no acesso aos recursos indispensáveis a uma vida digna. É, acima de tudo, por meio da reconstrução da história do sujeito mediatizada por um conjunto de práticas sociais que é possível contemplar o lugar reservado para a diversidade, a diferença e as diferentes expressões do sofrimento psicossocial.

Nas narrativas, investigamos quais as expressões de violações dos direitos humanos e de cidadania que se entrecruzam na categorização dos sujeitos como objetos de classificação patológica e nas condições desfavoráveis a que estão postas no cotidiano dessas pessoas. Além disso, analisamos quais as interseções discriminatórias que demarcam o território da RAPS como lócus do cuidado e também das expressões de exclusão por diferenciação e hierarquização social.

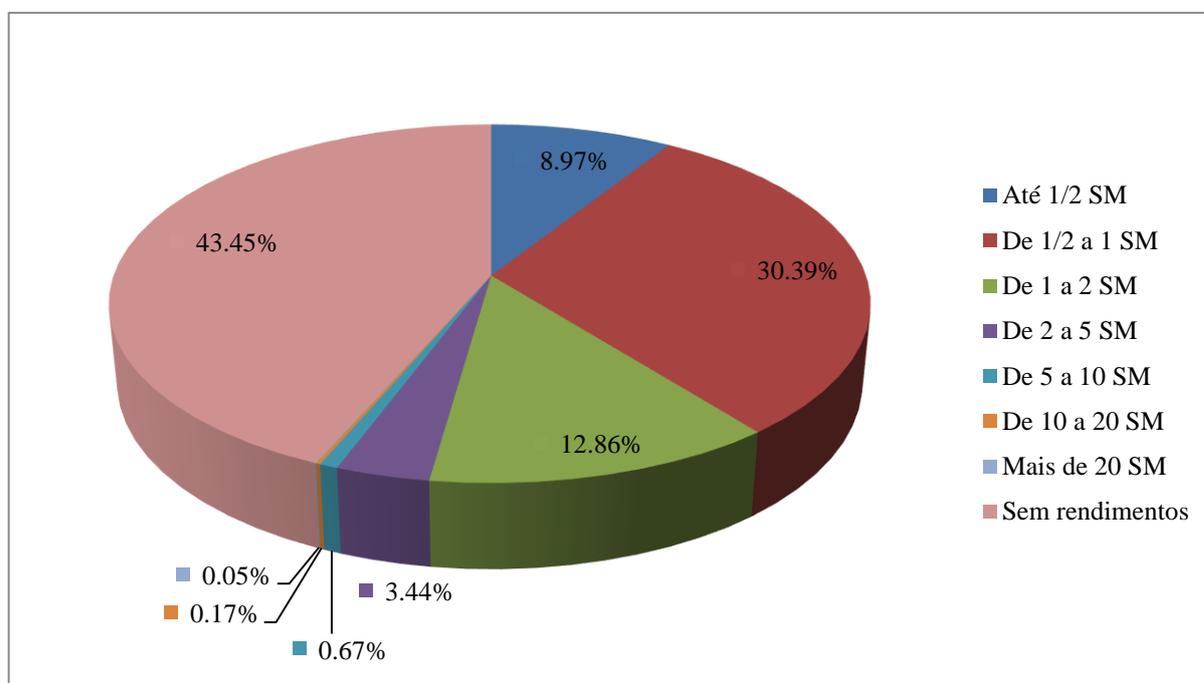
Um dos objetivos do capítulo foi identificar em que medida a enfermidade mental configura um modo peculiar e normalizador das diferenças que se alojam na pobreza, no desemprego, na baixa escolarização, na precária inserção em um território circundado por iniquidades e privilégios geograficamente hegemônicos, identificados em nosso campo de estudo.

Como analisado anteriormente, os bairros que compõem a microrregião 3.3 do território de saúde da RAPS estão inclusos no mapa de alta exclusão do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife (RECIFE, 2005), demonstrados pelos indicadores relacionados com renda, desenvolvimento educacional e habitabilidade. Entre eles, Nova Descoberta, Guabiraba, Passarinho e Brejo da Guabiraba ocupam o *ranking* dos 10 piores bairros do Recife. São nesses itinerários, marcados por profundas desigualdades, que transitam os atores desta pesquisa.

As famílias reconhecidas como extremamente pobres no município estão incluídas no Cadastro Único através do Plano Brasil Sem Miséria³⁷, do Governo Federal. O principal critério para habilitação nos programas de transferência de renda pauta-se na renda familiar de até um quarto do salário mínimo³⁸ *per capita*, e, por conseguinte, o perfil de cada membro desses arranjos e características dos seus domicílios. Em abril de 2014, havia 225.504 famílias cadastradas em Recife. Dessas, 125.070 são beneficiárias do Programa Bolsa família (PBF) – o que representa 21,66% da população do município, conforme cobertura cadastral do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), em maio de 2014.

Conforme o Censo Demográfico de 2010, a população da microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III era de 110.552 habitantes. Desse universo, 93.038 dos habitantes que têm idade acima de 10 anos estavam distribuídos em faixas de rendimento nominal segundo o critério do valor do salário mínimo vigente naquele ano: R\$ 510,00. O Gráfico 01 mostra a distribuição de renda na microrregião 3.3.

Gráfico 1 – Renda per capita - microrregião 3.3



Fonte: BRASIL, IBGE, 2010.

³⁷ O Plano Brasil Sem Miséria é um Programa do Governo Federal direcionado às famílias que vivem em lugares extremamente pobres, cuja renda é inferior ou igual a R\$ 70 por pessoa.

³⁸ O valor do salário mínimo vigente no ano de 2014 era de R\$ 724,00.

O acesso à renda é um fator imprescindível a uma vida digna, principalmente, por corresponder ao acesso às políticas públicas e à distribuição de riquezas. Na microrregião pesquisada, a renda aparece como um indicador importante para demonstrar as disparidades em sua distribuição, condicionando os processos de diferenciação social e produzindo o fosso das desigualdades e pobreza em suas múltiplas dimensões. A conjunção desse indicador com outros aspectos socioeconômicos já apresentados nesta pesquisa permitem elucidar as imbricações entre o território e a sucessão de rupturas na relação dos sujeitos em sofrimento psíquico e a sociedade.

6.1 Categoria Analítica 3: Reabilitação Psicossocial e o Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Nessa categoria analítica, em relação aos/às usuários/as, identificamos duas unidades de registro (BARDIN, 2009): 1)Projeto Terapêutico; e 2)Rede Social/Comunitária e familiar. Quanto aos familiares, identificamos duas unidades de registro: 1)Inserção e participação em grupos de discussão e formação em saúde mental; e 2)Gestão da saúde.

No campo da saúde mental, o processo de reabilitação psicossocial assume um caráter ético, político, cultural e social. Este pressupõe que todas as propostas técnicas que se tornam diretrizes para a política de saúde mental devem ter como princípio, os sujeitos em sofrimento psíquico que invocam reconhecimento e cidadania. Os atos de cuidado com o sofrimento psíquico implicam responsabilização por parte de todos os envolvidos na rede, com a complexa e singular existência humana e a conseqüente reelaboração das condições dessa existência e sua pertinência à vida social.

Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) representa um importante instrumento de cuidado individualizado e de elaboração das necessidades de saúde, que valoriza a singularidade do sujeito e incorpora uma construção coletiva envolvendo comunidade, equipes de saúde, usuário/a e familiares, pressupondo equidade e participação. Para Yasui (2010), o PTS é um recurso inescapável para construção de novos territórios existenciais para quem teve na internação um dispositivo centrado na doença mental, na exclusão e na invalidação social do sujeito. Nisso persiste o grande desafio da reabilitação psicossocial: superar as medidas segregadoras para propor um conjunto diversificado de respostas que alcancem a vida de cada um em meio às intempestivas crises psíquicas. Trazer à

existência dos sujeitos que sofrem psiquicamente a possibilidade de se integrarem à vida social, experimentando nos atos e encontros do cotidiano, conflitos e dissensos que provocam profundas alterações do imaginário social em relação à loucura.

A partir dessa compreensão, analisamos as narrativas que expressam nas práticas sociais da RAPS a correspondência entre o modo psicossocial de assistência em saúde mental e os projetos construídos com a prioritária participação dos/as usuários/as e familiares. Do contrário, os projetos terapêuticos serão apenas mais um documento a ser arquivado no prontuário, constando dos trâmites burocráticos de admissão dos sujeitos aos serviços ou uma relação de expectativas estimadas para a vida do outro, sob a ótica dos profissionais.

A ideia que norteou a construção da RAPS é a de que os pontos de atenção (unidades de atendimentos) não sejam produtores de procedimentos exclusivamente médicos ou psicológicos, mas, sim, espaços em que se oferta o cuidado integral articulado à vida comunitária, ao modo de vida do/a usuário/a em interface com família, rede social, trabalho e, sobretudo, com sua participação. Na história de **Ana**, o seu PTS foi instrumento fundamental para desconstrução das estratégias manicomiais, principalmente quando estava em franco sofrimento psíquico:

Entrevistadora: De que forma você tem participado do seu tratamento?

Ana: Tenho [participado] já faz cinco anos. A primeira médica foi a doutora X, passei por três internamentos com ela. Faz cinco anos que estou em liberdade da prisão [referindo-se ao hospital psiquiátrico]. Foi no mês de outubro [em] que eu estava tendo alta, passei o dia das crianças internada; aí, na outra semana eu tive alta. Eu cheguei aqui [referindo-se ao ponto de atenção] porque eu dizia: “Meu Deus, queria tanto alguém pra conversar...”. Porque, quando a gente vê os problemas dentro de casa, principalmente a bebida do marido, aí, começa a crise. Quando eu via aquela tempestade, eu já estava internada. [...] sempre eu tive o pensamento em uma psicóloga. Fui para a Policlínica perto da minha casa e passei três meses lá, com a psicóloga. Era psicóloga em grupo [...]. Aí, passava aqueles 15, 20 minutos e encerrava. E, aí, não aguentei mais, saí de lá. Aí, eu me lembrei de um cartãozinho que eu tinha da outra policlínica. Fui lá e perguntei: “Tem psicóloga? Tem como arrumar um atendimento individual? Como eu faço pra marcar?”. J é a menina da secretaria, uma pessoa ótima; e, aí, perguntei pra ela, que respondeu: “Tem, só que não tem vaga”. Eu contei meu histórico de vida pra ela, que se interessou e me disse: “Olha, Ana, vou conversar com uma profissional muito boa e, conforme o que ela me disser, eu ligo pra você vir aqui de novo”. Eu esperei duas semanas e nada de ligação. Aí, eu fui lá de novo: “J, e aí?”. Ela, J, respondeu: “Ela está aqui hoje, vou pedir que ela converse contigo”. A doutora Y falou: “Vou atender meus pacientes;

se ela esperar, converso com ela”. Quando terminou os atendimentos dos pacientes, eu entrei e conversei um pouquinho e ela disse: “Olha, se você tiver paciência para ficar vindo ao encaixe, porque agora eu não tenho vaga, eu fico com você”. Aí eu disse: “No encaixe? Como vou saber se é pra vir?”. Ela disse: “Eu ligo pra você”.

Entrevistadora: Quais as escolhas você que tem feito para sua recuperação (na sua vida social, na saúde, emprego, educação)?

Ana: Hoje, minha vida está bem. Depois dos internamentos, eu nem falava dentro de casa e depois das crises sempre vêm as depressões. Eu me isolava mesmo, parecia que o mundo lá fora não existia. Já faz cinco anos que estou com a doutora Y, ela me ajudou bastante, apesar dos preconceitos continuarem. Passei um bom tempo vindo para o atendimento de 8 em 8 dias. Depois, quando eu estava muito atarefada, pegando faxinas, combinamos de 15 em 15 dias. Eu nunca vi uma doutora tão especial e que tem contato com o paciente. Quando ela tem uma reunião, ela liga pra gente avisando com antecedência. Ela mudou minha vida de tantas formas, não é? Hoje, voltei a trabalhar. Trabalhar, não, eu faço “bicos”. Porque não é carteira assinada, não é? Sou diarista. Aí eu fiz assim: escolhi esta profissão porque me permite fazer bem aquilo que sei. As pessoas gostam.

Que lugar estaria reservado para Ana após anos subsequentes de espoliação de sua subjetividade no hospital psiquiátrico? Moradora de uma das regiões mais empobrecidas da cidade, com laços familiares esgarçados pelas recorrentes crises e pela violência das suas contenções, sua loucura ia se inscrevendo na cena pública como condição invalidante do ser humano. A entrevistada conseguiu ultrapassar a fronteira simbólica do lugar predefinido para sua vida encontrando no ponto de atenção ao qual está vinculada. Na narrativa da usuária, há um destaque à profissional que lhe ofertou acolhimento e assumiu a responsabilidade do cuidado singularizado, estabelecendo o vínculo necessário para uma relação de confiança e continuidade do tratamento, sem que fosse necessária a intervenção violenta do aparato manicomial. Seu PTS foi sendo construído ao longo do tempo, possibilitando a valorização dos seus aspectos singulares e reconhecimento social. Certamente, a instituição do modelo de uma rede substitutiva favoreceu a diminuição da distância contida entre o direito de inclusão e a elaboração do cuidado especializado experimentado por Ana, possibilitado pela mediação de um profissional que lhe ofertou suporte psicossocial.

Ao tratar do processo de desinstitucionalização, Saraceno (1999) destaca a importância de variáveis que operam a favor da contratualidade no processo de reconstrução da história dos sujeitos, a exemplo do acesso irrestrito aos recursos que possibilitam laços sociais e engajamento na vida comunitária. Para o autor, a dupla conceitual

“reabilitação/desinstitucionalização” se opõe a toda prática que se restrinja ao interior das instituições, ainda que nomeada como substitutiva. Se as estratégias organizadas se fundam na dissociação do sujeito e, ao ser tratado, o/a usuário/a é isolado/a dos espaços de sua sociabilidade – onde se produzem conflitos, dissensos, onde se vivem os antagonismos, as histórias pessoais e coletivas –, nega-se a possibilidade de “reabilitar o contexto” (Rotelli *apud Saraceno*, 1999).

Destacaremos duas variáveis apresentadas por Saraceno (1996), referidas à esfera macro do processo reabilitador – se o serviço (aqui designamos por ponto de atenção) potencializa os recursos existentes na comunidade ou se reduz aos procedimentos institucionais e de que forma os/as usuários/as recebem estímulos a vivenciarem em suas comunidades suas trocas sociais.

Para a mesma questão do nosso roteiro, acima apresentada, identificamos nas falas dos outros entrevistados, questões relevantes quanto às perspectivas de reabilitação, que, quando analisadas, caracterizaram práticas limitadas por uma rede institucional em que a participação dos/as usuários/as e familiares parece obedecer a uma ordem que reproduz alguns mecanismos asilares. Um dos entrevistados, ao ser questionado sobre sua participação no tratamento, demonstra não ser copartícipe, não conseguindo transpor a experiência de longa permanência que vivenciou sobre a tutela do hospital psiquiátrico, fazendo uso das medicações indicadas pelos médicos sem questioná-las.

Entrevistadora: João, como tem sido seu tratamento?

João: É igual a qualquer um mesmo. Dando a receita, qualquer remédio eu tomo. Comigo não tem esse negócio de escolher remédio pra tomar, não.

Ao ser abordado sobre sua rotina no cotidiano, **João** recupera uma das ideias fundamentais da reforma psiquiátrica – práticas reabilitadoras alicerçadas na esfera comunitária com o imprescindível engajamento do sujeito com transtorno mental. O usuário se utiliza do espaço da fala na entrevista para reivindicar seu espaço existencial, sua inclusão na vida coletiva mesmo sob o patamar de “riscos e proteção” que envolve a reconstrução de sua trilha pessoal.

Entrevistadora: Além dos remédios, você faz alguma outra atividade?

João: Minha atividade aqui é nenhuma, porque tem quem faça. Pra ir à padaria comprar um pão, faxina, tem duas moças que ajuda[m], e eu vivo parado aqui.

Entrevistadora: E quando você quer fazer suas compras pessoais (por exemplo: um perfume, um sapato, uma roupa)?

João: Isso aí eu não compro, não. Nunca saí pra isso, não.

Entrevistadora: E quem compra suas roupas?

João: Ele quem traz, quando aparece [referindo-se ao irmão, que, por ocasião da coleta de dados, recusou-se a participar].

Entrevistadora: E quando é que ele aparece?

João: Quando ele bem quer, ele traz uma roupa, uma bermuda, uma camisa, mas é difícil. Ele traz mais o dinheiro, mas ele não me entrega, não [referindo-se ao seu Benefício], porque eu tenho vício de beber.

No decorrer da entrevista, **João** problematiza o seu “vício de beber”, “desvio” este que foi a principal causa de sua internação e perdura no seu confinamento em um SRT. Estaria, então, **João** reparando uma falta moral ou buscando um tratamento pautado pela reabilitação psicossocial? As residências terapêuticas são moradias inseridas nas comunidades destinadas ao/à cuidado/reabilitação psicossocial, dispositivo estratégico para desconstruir o manicômio na vida das pessoas que permaneceram internadas por um longo período em hospitais psiquiátricos. Nesse caso, o gerenciamento integral da vida de **João** pelo serviço implica a manutenção de esquemas com características manicomial e priva-o da liberdade e da autonomia, o que parece ser irreconciliável com os princípios da reforma psiquiátrica.

Nas falas que se seguem dos/as usuários/as, é possível perceber a ausência de estratégias que potencializem o protagonismo dos sujeitos. A desmontagem do aparato manicomial parece não corresponder à participação dos/as usuários/as e familiares nas escolhas e decisões quanto à construção do seu PTS:

Entrevistadora: Quais as escolhas que você faz na sua vida que ajudam em sua recuperação?

Maria: Eu lavo roupas, arrumo a casa, faço comida, lavo pratos. Faço serviços em casa. Eu não saio pra canto nenhum. Não tenho amigos, só aqui no CAPS, porque ninguém quer conversar comigo. Não me dão atenção e, quando dão, é pra rir de mim.

Entrevistadora: E do tratamento você participa?

Maria: Dos grupos com meu médico. O meu médico tem tirado muita coisa da minha cabeça.

Antônio: Atualmente estou tomando meus remédios direitinho, tomo na hora certa. Graças a Deus, não deu mais crises. Elas estão sendo controladas. [...] estou pensando em fazer faculdade.

Divino: Tenho participado colaborando com as medicações e com atividades físicas, quando tinha técnicos. Aí, depois começaram a faltar os técnicos. Aí, começou a ter só uma TR [Técnico de Referência], dois médicos e pronto!

José: Fico mais em casa, faço meus afazeres dentro de casa. [...] procuro, o máximo possível, estar dormindo. Curto muito dormir, descansar a cabeça e somente.

Sendo assim, os lugares expressos por nossos entrevistados em suas narrativas trazem à discussão importantes questões na busca pelo cuidado em saúde mental na perspectiva do paradigma psicossocial – a mudança das relações de poder entre instituições e pessoas. A prevalência dos recursos da medicação, da conduta médica e das propostas de “entretenimento³⁹”, no interior dos pontos de atenção, sinaliza para uma acentuada ênfase no paradigma doença/cura. Qual a dimensão construtora da RAPS que sobrepõe ao tratamento ofertado, a singularização das diferenças e o destacamento de espaços que possibilitem o posicionamento crítico em face das questões sociais produtoras de mais sofrimento na vida dos sujeitos?

As perspectivas de inserção social que estão postas no exterior das instituições não oferecem respostas para as demandas de uma população que convive diariamente com a falência da organização social, que, na microrregião 3.3, revela-se nos aspectos contrastantes e desiguais dos padrões de vida ali encontrados. Há uma injunção de determinantes econômicos e sociais que incidem diretamente na vida da população adscrita nesse território e que demandam políticas intersetoriais para o conjunto de vulnerabilidades que apresenta.

Antes de analisar propriamente a rede de atenção psicossocial sob a luz dos pressupostos da reabilitação psicossocial, objeto do presente estudo, é necessário avaliar de que forma as circunstâncias sociais que se inscrevem historicamente na cidade do Recife estão associadas à crença de que a pobreza e a loucura são experiências lamentavelmente irremediáveis. No que diz respeito à pobreza, dados da realidade social do município, divulgados nos Relatórios Sociais do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS, 2014), apontam para a persistência da pobreza e das desigualdades sociais que impactam objetivamente no conjunto de condições da saúde de uma população. Já no que se refere à loucura, esta ainda é vista, no imaginário social, como uma condição de periculosidade e ameaça à ordem social. Isto fica constatado nas narrativas que mencionam recorrentemente os atos policiais que envolvem contenções violentas e o desconhecimento de que o outro, em sofrimento, é também sujeito de direitos.

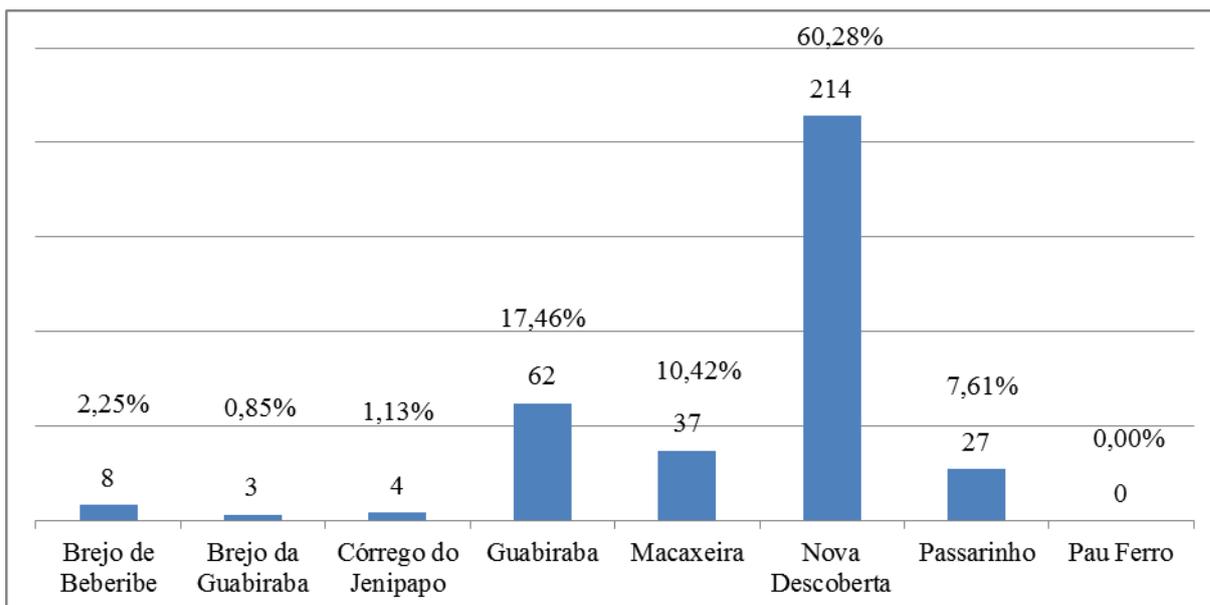
³⁹ O termo “entretenimento” é utilizado na obra de Saraceno (1999) como definição para o que ele considera a principal característica da psiquiatria – manter dentro, ou seja, dentro do hospital e de tudo que representa a prática manicomial; os pavilhões fechados, as celas e as faixas para contenção, acrescentando ainda, o “dentro” da solidão, da miséria e da violência. Nesse sentido, se refere também aos tantos outros recursos utilizados no novo modelo de atenção psicossocial que podem reproduzir o “manter dentro” se utilizados formalmente sem a devida avaliação, indiferentes e raramente úteis para contribuir com a evolução e a vida do usuário/usuária.

Conforme dados do Censo Demográfico de 2010, apresentados nos Relatórios Sociais dos municípios brasileiros, a população do município do Recife era igual a 1.537.704 habitantes, dos quais 100.354 estavam em situação de extrema pobreza –, ou seja, famílias cuja renda *per capita* era inferior a um quarto do salário mínimo⁴⁰ por pessoa. Desses, 1.894 indivíduos extremamente pobres apresentavam alguma deficiência mental/intelectual (MDS, 2014). Os dados não revelam o percentual de pessoas que possuem transtornos mentais e se encontram em situação de vulnerabilidade social no município. A ausência dessa estimativa pode ocultar a real necessidade e a prioridade para ampliação das ações em rede de saúde mental comunitária, corroborando com a progressiva e urgente extinção do modelo asilar que persiste na assistência da urgência/emergência em hospital psiquiátrico.

Recorremos aos dados de atendimentos realizados no Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Ulisses Pernambucano (SEP/HUP) – referentes aos meses de janeiro a julho de 2014 – para demonstrar a demanda por assistência à crise psíquica na microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III e a sua interseção com os determinantes sociais desse território, com o funcionamento da RAPS e sua oferta de estratégias de cuidado. Apenas nos primeiros sete meses de 2014, o SEP realizou 1.090 atendimentos do Distrito Sanitário III; da microrregião 3.3, foram 364. O Gráfico 2 mostra a distribuição desses usuários, por bairros, na microrregião.

Gráfico 2 – Quantidade de usuários atendidos no SEP de acordo com os bairros da microrregião 3.3

⁴⁰ O valor dessa amostra foi calculado tendo como valor de referência o salário mínimo de 2010, de R\$ 510, 00.



Fonte: Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP)/ Hospital Ulisses Pernambucano (HUP), 2014.

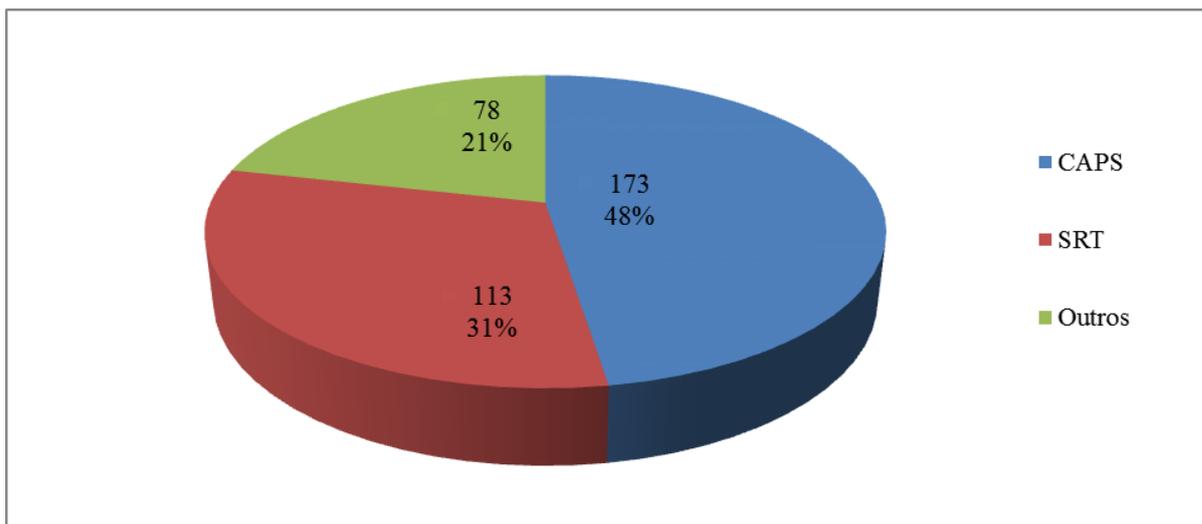
Conforme o gráfico acima, os bairros com mais usuários atendidos no SEP são Nova Descoberta e Guabiraba, que estão no *ranking* dos 10 bairros com piores indicadores sociais do Recife. Nova Descoberta ocupa a oitava posição dentre os bairros mais excluídos e populosos. Em relação ao índice de inclusão/exclusão socioambiental, é o terceiro colocado, e todos os bairros que fazem limites com seu entorno também ocupam a faixa de exclusão. Guabiraba figura entre os cinco mais excluídos em relação à renda, à educação e à habitabilidade (CAVALCANTI; BRITO LYRA; AVELINO, 2008). Evidenciaram-se nesses dados uma interseção determinante. Os bairros prevalentes no aspecto de desassistência em saúde mental da microrregião 3.3, medida pela demanda recorrente de urgência às situações de crises, são, proporcionalmente, os que possuem desigualdades significativas em relação à renda, à infra-estrutura comunitária, ao desenvolvimento educacional, dentre outros fenômenos sociais que se interligam, produzindo a demarcação dos territórios de exclusão da cidade.

Escoda et. al (2013) ressaltam que municípios que apresentam um quadro crônico de desigualdades sociais, como o caso do Recife, ainda que as ações programáticas de saúde abarquem um significativo percentual de cobertura para a população, têm alcance limitado quanto à reversibilidade dos indicadores que revelam os determinantes estruturais dessas desigualdades. Embora os mecanismos que produzem as diferenças sociais sejam de responsabilidade de outros setores, a intervenção sobre as políticas sociais e econômicas

constituem campo privilegiado para o enfrentamento das iniquidades de saúde e da pobreza adicional ocasionada pelas condições materiais e psicossociais adversas.

Ainda conforme os dados do SEP/HUP, os principais serviços que encaminham usuários da microrregião 3.3 estão apresentados no gráfico a seguir.

Gráfico 3 – Origem dos encaminhamentos ao SEP



Fonte: Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP)/Hospital Ulisses Pernambucano, 2014.

Importante verificar no Gráfico 3 que os serviços que mais encaminham ao atendimento no SEP são os principais pontos de atenção da RAPS para a nova Política de Saúde Mental do Brasil, que preconiza a substituição dos manicômios por serviços territoriais e comunitários, como os CAPS e as residências terapêuticas. Há de se pensar em que medida esses serviços recebem incentivo público e ocupam a pauta das questões prioritárias do planejamento das ações de saúde mental no município.

Alguns dados apresentados no Relatório Social do MDS (2014) podem ser utilizados para refletir sobre o diagnóstico socioterritorial do Recife, permitindo compreender o patamar de desigualdades conservadas historicamente na cidade:

- Do total dos extremamente pobres no Recife (100.354), evidencia-se uma prevalência de mulheres nos percentuais do Cadastro Único (55%), o que deve refletir a prevalência também do papel social requerido da mulher frente à provisão do cuidado e responsabilidade com a família;
- Dessa população, verifica-se que 73% se identificam como pretos e pardos, demonstrando as relações entre raça e pobreza no Recife; e

- Das pessoas com mais de 15 anos em extrema pobreza, 10.872 não sabiam ler ou escrever, o que representa 17,5% dos extremamente pobres nessa faixa etária – dentre eles, 6.255 são chefes de domicílio.

Esses dados são reveladores de que a renda só aporta significado e valoração social às populações empobrecidas quando associados a todos os outros indicadores que determinam em seu conjunto a relação direta com o direito humano à saúde e a produção de vida – o acesso à justiça social por meio de recursos elementares como alimentação, educação, saneamento, oferta de assistência à saúde equânime e diversificada para todas as formas singulares de existência humana. Em concordância com os fundamentos teóricos de Saraceno (1999), não se pode prescindir dos recursos sociais na proposta de desinstitucionalização esculpida na experiência italiana de reforma psiquiátrica e empreendida no Brasil sob a força dos movimentos sociais.

Saraceno (1999) acena para a valorização da desinstitucionalização, apontando para o que, de fato, importa nesse processo: a restituição da subjetividade do sujeito através da “posse de recursos para trocas sociais” que oportunizem alternativas possíveis de recuperação do seu poder de construir respostas para a própria vida e assunção das consequentes responsabilidades. Essa condição só se faz possível no horizonte conflituoso da vida social, desvelando as cadeias que negam ou restringem o acesso de algumas parcelas da população aos bens sociais, mantendo-as sob o imperativo das carências e pobreza desvalida.

Como se constrói a paradoxal via, no plano social, da assistência em saúde mental com base comunitária, possibilitando o conceito ampliado de saúde? Como reconhecemos os nexos entre ser atendido em um dispositivo de saúde e os enlaçamentos desse cuidado com a vida, possibilitando autonomia, dignidade e a equiparação de oportunidades e solidariedade?

Por se tratar de uma concepção civilizatória e democratizante, Saraceno (2006) explicita as consequências mais importantes no processo de reabilitação psicossocial – o alcance de todos os atores que têm participação sobre os atos de saúde: todos os profissionais, usuários e todas as famílias dos usuários e, finalmente, a comunidade inteira.

Saraceno (1999) enfatiza que o processo de reabilitação psicossocial deve mobilizar as forças coletivas por meio de recursos associativos de oportunidades de valorização da experiência da vida comum em um dado território, sustentada por uma ativa participação política dos sujeitos. Martins (2012) discute que a noção de família compreendida como rede primária se constitui como elemento fundamental para organização de programas territorializados. Para o autor, a concepção de rede familiar que sugere um sujeito individual,

mas de natureza coletiva, ultrapassa o conceito atual de família utilizado como referência para o cuidado domiciliar ofertado em base comunitária dos programas de saúde. Assim, importa ressaltar que, em sua análise, Martins (2012) se refere à importância da compreensão de como são tecidas as relações que aproximam, física e emocionalmente, grupos e pessoas. Quais são os conflitos culturais e psíquicos que determinam a produção de alianças e pactuações que transcendem o âmbito privado familiar, estendendo-se para outras configurações relacionais favorecedoras de novas associações solidárias na vida comunitária.

É possível evidenciar essa perspectiva associativa e solidária na vida de **José**, quando o abordamos sobre sua participação na vida comunitária. Ele passou quase a metade de sua vida morando em um bairro localizado em outro distrito sanitário do Recife, onde estabeleceu vínculos de amizade e a cujo território se reconhecia pertencente, quando sua mãe resolveu mudar de endereço para a atual microrregião em que vive.

Entrevistadora: Atualmente, você participa de alguma atividade em sua comunidade?

José: Eu tenho 27 anos e só fiz até a 8ª série. Não consegui estudar, não. Eu me matriculei esse ano, fiz um esforço pra ir lá à escola, ainda procurei meus documentos na secretaria. Mas eu não consegui, parei mesmo na oitava. Eu estudava em uma escola [de] que eu gostava muito lá no bairro onde eu morava. Quando minha mãe me tirou de lá e veio morar pra o lado de cá, eu não consegui estudar em canto nenhum e não fiz mais amigos. Eu sou um cara só.

No atual modelo de atenção psicossocial, o território surge como ideia central em contraposição aos hospitais psiquiátricos arquitetados para o isolamento de seres humanos indesejáveis ao convívio social e confinados a uma distância “segura” dos centros urbanos, como forma de proteger do perigo que representavam àqueles que podiam usufruir da livre circulação na cidade. A palavra território, em si, já enuncia algumas contradições. Um território pode significar uma demarcação de espaços socioespaciais ou geográficos, a delimitação de propriedade ou gerenciamento de sistemas locais de saúde para fins de planejamento, ou, ainda, constituir-se de significados simbólicos que se refiram à sujeição e à dominação.

Acrescentaríamos, segundo a concepção de Santos (2002), que o território pode significar um conjunto de sistemas que envolvem a complexa interdependência entre instituições, pessoas, lugares e suas interconexões com a história, a cultura, a economia e os sistemas jurídico e político. Sua teorização se torna fundamental para compreender em que bases e pressupostos se firmam os princípios que norteiam a reforma psiquiátrica, as práticas

da rede substitutiva e os cenários comunitários com seus legados históricos, culturais, sua diversidade e sua singularidade.

Na organização do fluxo de atendimento das demandas, processo de trabalho e articulação entre pontos de atenção, organizações locais e população, o território pode ser considerado base para organização da rede de saúde local. Para Nicácio (1994), a responsabilização que enseja esse processo perpassa pela atenção à crise e à conjunção da prevenção, tratamento e reabilitação como instâncias indissociáveis.

Assim, apoiados nas formulações de Saraceno (1999), concebemos essa rede de saúde mental comunitária como lócus de intervenções que devem ser orientadas por proporem modificações nas variáveis relacionadas com o empobrecimento material e simbólico da vida em seus contextos microssociais (rede social, familiar e comunitária). Em seus estudos, o autor aponta a relevância de pesquisas que evidenciam que os fatores desencadeadores da cronicidade das doenças mentais estão, intrinsecamente, associados a esses recursos que se constituem em fatores de riscos e proteção.

Ao tratarmos os dados referentes a esses recursos, buscamos identificar como os/as usuários/as estão incorporados no cotidiano da vida comunitária e os fundamentos da desinstitucionalização/reabilitação na regência das ações de saúde na atenção psicossocial.

Na narrativa de **Divino**, reconhecemos o sentido de pertencimento ao território em que vive. Seu desvalor pessoal não lhe subtraiu a capacidade crítica de avaliar uma liderança comunitária segundo sua experiência enquanto morador do local. Se nos lugares que frequenta para tratamento é considerado um “crônico” – a contar pelo número de internações a que foi submetido –, em sua comunidade, ele se inclui como pessoa dotada da capacidade de debater a legitimidade representativa de um líder.

Entrevistadora: Você é incentivado a participar da vida de sua comunidade? Você recebe assistência/apoio dos profissionais que lhe atendem para estar junto de sua família e de seus amigos quando deseja?

Divino: Na minha comunidade, na realidade, não tem gente pra incentivar a gente a fazer nada. Só tem um líder comunitário lá, que não presta que só puxa pro lado dele. A gente não tem uma melhora de nada. Ele só faz enrolar. Agora, quando chega essa época de política, aí vai abraçando a gente, enganando, e não faz nada, só faz pedir voto.

A história de **Divino** é permeada por uma série de fracassos pessoais e sociais; do acometimento de tuberculose concomitantemente ao afastamento do seu emprego, atividade

que ele considerava fundamental para sua vida porque recebia o reconhecimento das pessoas por desenvolver bem suas competências, atestou-lhe dor e tristeza.

Divino: Trabalhava de faxineiro, zelador, aí depois eu fiz um conhecimento com um rapaz que era gerente do Bradesco. Ele me mandou fazer um teste pra trabalhar como ajudante de motorista [...]. Passei três anos e oito meses trabalhando no Bradesco. [...] na época, eles vendiam aquelas feiras básicas, eu comprava pra pagar quando recebia dinheiro. O dinheiro atrasava, eu xingava, reclamava. [...] Eu sou aposentado, mas não queria ser aposentado; se fosse por mim, eu queria estar trabalhando, na ativa. Todo mundo achava bonito meu serviço.

Sua capacidade de se implicar e construir respostas para o seu campo social era experimentada no momento em que assumia suas despesas pessoais com seu próprio salário, mantendo um círculo de amizades que o auxiliava nos enfrentamentos diários do seu cotidiano. Após o adoecimento, a sua condição de “incapacidade” para o trabalho lhe concedeu outro *status* – “portador de uma ausência da obra”. Expressão utilizada por Saraceno (1999, p. 74) para designar a condição do sujeito quando se interrompe em sua trajetória a capacidade de reproduzir para um sistema capitalista. Restou-lhe transportar sua “ausência da obra” nas internações e no uso contínuo da bebida e medicações.

O seu projeto terapêutico exigiria uma complexidade bem maior em sua formulação – sua heterogeneidade deveria estar consoante com os desafios de invenção de novos espaços de singularização, potencializando os recursos que o usuário aciona de sua história pessoal.

Quando analisamos a narrativa de **João** em relação à inversão da lógica de cuidado, do hospital para a comunidade, identificamos uma oposição aos princípios instauradores da Atenção Residencial da RAPS. O entrevistado reafirma uma condição que ainda não transcendeu o aprendizado de alienação e sujeição à ordem manicomial, ainda que esteja residindo há cerca de quatro anos em um dos principais componentes de reabilitação psicossocial da rede, o SRT.

Entrevistadora: E, hoje, com quem você mora?

João: Eu estou morando no hospital [referindo-se ao SRT].

Entrevistadora: Mas aqui você recebe incentivo para participar da comunidade? Por exemplo, conhece os vizinhos?

João: Aqui eu não conheço ninguém, não me junto com ninguém. Não saio daqui pra canto nenhum, nem falo com ninguém aí na frente [referindo-se aos vizinhos do entorno comunitário]. É somente do quarto pra sala ou quintal.

O entrevistado foi posto a viver na cidade – ao seu redor, residências, comércio, transporte público e a possibilidade de cruzar as ruas, estabelecer um contato social com todos os atores inclusos nesse cenário. Mas as estruturas do manicômio parecem permanecer implícitas para ele, que não consegue ampliar sua capacidade de se relacionar com o mundo, e explícitas no serviço que o mantém no lugar da doença.

O enclausuramento de **João** no SRT exprime dois aspectos importantes na RAPS. Por um lado, que sua dimensão terapêutica reproduz a rotina hospitalar, transformando-se em um espaço desospitalizante, sem, contudo, efetuar a proposta política produzida pela Reforma Psiquiátrica, que deve articular as ações técnicas e o projeto societário. Por outro, que uma rede institucional sem o cuidado ético com o usuário, que desconhece seus valores, desejos e saberes, pode ser tão danosa quanto o hospital psiquiátrico.

Entrevistadora: E diversão? Você gosta de algum tipo de diversão?

João: Não, não gosto de certas diversões, não. Carnaval mesmo, eu não gosto. Eu gosto mesmo é de São João, Quaresma.

Entrevistadora: E você vai à festa de São João?

João: Não tem pra onde ir, não é? Não vou porque não tem pra onde ir. Eu passo no hospital mesmo.

Novamente, o entrevistado faz referência ao hospital. A narrativa de **João** expressa um não-lugar, de onde não conseguiu sair – pressuposto do desinvestimento dos recursos da rede em seu processo de reinserção social. Yasui (2010) descreve os espaços de reabilitação psicossocial como lugares de alcance da demanda social dos usuários. Não há uma pré-definição para a tomada de responsabilidade com o cuidado; ele pode ser ativado em diferentes possibilidades, especialmente na vida do usuário.

Maria, ao se referir em sua narrativa ao significado construído sobre vida comunitária e familiar e sua participação nesses cenários, apresenta-nos múltiplos elementos do seu processo de subjetivação, com a implicação de algumas variáveis relacionadas com sua vida no território da RAPS.

Maria: Eu moro com minha avó, que está em cima de uma cama e da cadeira de rodas; moro [também] com meu irmão e meu pai. Meu irmão não serve pra nada porque ele é usuário de drogas. Só que é muita briga dentro de casa, aí, eu fico nervosa. Eu não aguento viver dentro de casa...

A entrevistada reside em uma das áreas de encostas da cidade, região também marcada por suas vulnerabilidades relacionadas com o tráfico de drogas. O envolvimento do irmão

com o uso de drogas e um episódio de prisão, relatado por Maria durante a entrevista, não configuram apenas um problema vivenciado por sua rede familiar, mas a projeção do uso da cidade nas formas de fixação e acessibilidade a bens materiais e simbólicos. São contextos pobres, inseridos dentro do espaço urbano, porém, cindido por regulações sociais mediadas pelo acesso ao consumo mercadológico.

As novas clivagens identitárias e diferenciações sociais vão se construindo à guisa das distâncias que se evidenciam nas edificações luxuosas e privativas que surgem a cada dia na paisagem da cidade, criando muros de proteção ao potencial “perigo” que circula por fora. O enclausuramento das comunidades pobres vai se conjugando à precarização dos serviços públicos básicos, ao aprofundamento da violência e a desresponsabilização do Estado em nome da modernização da economia.

A família que **Maria** apresenta em sua narrativa vai revelando as demandas contemporâneas para uma rede de saúde mental. A “invalidez” da avó, a “inutilidade” do irmão e sua condição estigmatizada pelo adoecimento psíquico, além da restrita circulação entre o CAPS e os programas de prostituição que a usuária afirma realizar, falam de uma segregação que prescinde do aparato manicomial.

No encontro que realizamos para a entrevista, **Maria** revelou estar acometida por sífilis, aguardando os encaminhamentos da equipe para iniciar o tratamento. O sorriso demonstrava uma arcada dentária deteriorada por cáries. Diz-nos que deixou de frequentar a escola porque acredita que seu problema [referindo-se ao sofrimento psicossocial] interfere na sua aprendizagem.

Um dos principais atributos da Reforma Psiquiátrica e das prerrogativas do trabalho em rede de atenção psicossocial é a relação com a pessoa e suas múltiplas necessidades e com a complexidade de um território, que expõe suas vulnerabilidades, confrontando-as com as respostas medicalizantes ofertadas à usuária. Sua prescrição médica baseada na generalidade descritiva do Código Internacional de Doenças (CID) parece escapar do conflituoso contexto social e familiar que **Maria** experimenta todos os dias.

A despeito de uma rede comunitária destacada por tantas convulsões sociais, no território comunitário em que transcorre o cotidiano de **Ana** identificamos em suas narrativas que, à medida que o manicômio foi sendo desconstruído de sua vida, ela pode fazer uso dos recursos que lhe concedem realizar trocas sociais, possibilidades de contratualizar com diferentes esferas relacionais e materiais.

Entrevistadora: Quando você quer se divertir com sua família, quais são os lugares que frequentam hoje?

Ana: Geralmente, eu saio mais para o trabalho. Meus passeios no final de semana é para a igreja, cinema (eu vou de vez em quando, raramente eu vou com minha filha e meu marido, ele não gosta de sair muito, não). [...] às vezes eu saio com minha comadre, vou numa praia, vou num shopping. E vou muito passear agora para comprar, não é?

Segregada da vida social durante tanto tempo pelo desvalor a que o diagnóstico psiquiátrico lhe atribuiu, a usuária encontrou condições de participar do processo de trocas sociais. A usuária ainda sofre com a afirmação de sua diferença por gestos e palavras em cenas do seu cotidiano, que repercutem em sinais que considera de uma possível “crise”.

Ana: Sábado mesmo eu estava feliz: eu ia participar do coral da igreja e estava bem feliz. Mandei fazer uma saia lilás com uma blusa branca. Só que a saia a mulher fez toda errada e eu sou meio chata pra roupas. Eu gosto de tudo bem certinho. A saia ficou toda mal feita e apertada e eu fui reclamar. A costureira disse que não ia consertar mais. Quando virei as costas pra ir embora, ela foi e disse pra minha irmã: “tua irmã é uma doida”. Só que eu escutei aquilo, voltei e perdi a cabeça. Disse a ela que não era louca. Podia ser louca, mas, não roubava o dinheiro dos outros, não fazia as coisas mal feitas. Pronto, aí, ela começou a me chamar de doida, doida, doida, bem alto, pra todo mundo ouvir e eu fiquei tão envergonhada, fui tão desesperada pra casa, chorando muito. Aí, eu percebi que estava tendo uma crise...

A percepção da costureira, diante do posicionamento de Ana em reivindicar a entrega de um serviço conforme havia solicitado e pelo qual estava pagando, estava intrinsecamente relacionada com a produção de valor pré-definida no campo social para uma pessoa com história de transtorno mental e internações – “receber o atributo de ‘doente mental’ enuncia-se simultaneamente a sua negatividade, esta enunciação invalida ou torna negativo este valor pressuposto, anula-se o seu poder de contrato” (KINOSHITA, 1996, p. 55).

Para **Ana**, viver isso em sua comunidade resultou em sofrimento baseado agora não mais em um diagnóstico médico que lhe desapropriava dos seus gestos humanos e do seu direito de exercer cidadania. A entrevistada narrou a conflitante e complexa tarefa de desconstrução do manicômio que sobrevive em um imaginário social que aprisiona pessoas em rótulos estigmatizantes, construídos com a própria história da cidade. Sob a intervenção profissional ética e cuidadosa, implicada com a vida de **Ana** no território, foi possível ampliar sua capacidade de produzir respostas para sua existência pluridimensional. O episódio não

repercutiu em nova internação. Os recursos ativados pela usuária foram resultado da potencialização de sua autoestima e autonomia desenvolvida ao longo do seu tratamento, contrariando, assim, um invariável destino social para o adoecimento psíquico e a exclusão no contexto comunitário em que vive, marcado pela construção estigmatizante ao louco.

Ao investigar sobre os percursos das famílias entrevistadas, nos caminhos do cuidado e da reabilitação, buscamos identificar em suas narrativas quais são os espaços ofertados na RAPS que se transformam em instâncias de acolhimento e de novas aquisições objetivas e subjetivas para se lidar com o sofrimento e com os conflitos advindos da relação com um familiar adoecido psicicamente.

Entrevistadora: Você participa de alguma atividade de grupo em que discute o transtorno mental e a saúde mental?

Severina: Não, não. Só assisto mesmo aqui [referindo-se ao CAPS]. Tem assembleia. Mas, sobre lá [referindo-se à ESF], não tem nada.

Josefa: Só participo aqui no CAPS. Toda terça-feira tem reunião [referindo-se ao grupo família].

Rosa: Já, com doutor W lá na associação [associação de moradores]. Tinha um grupo que as mães, os pais e os filhos, quando queriam, e que eram usuários de drogas, discutiam sobre isso.

Lúcia: Já participei lá no CAPS, na sexta-feira [referindo-se às reuniões do grupo família]. Eu não vou dizer que eu ia todas às vezes, mas nas poucas vezes que eu ia fiquei muito preocupada porque tinha gente com dez, quinze anos internadas lá. Parecia até que era a casa deles.

Entrevistadora: Internadas? Como assim?

Lúcia: Assim, não são internadas 24 horas, mas, aquelas que estão piores passam o dia. Dependendo do caso, eles [os profissionais] podem diminuir para um dia, dois dias, meio expediente. Depende do caso.

As atividades mencionadas pelas famílias entrevistadas são estratégias de inclusão com participação no modelo de atenção psicossocial. O “grupo família” e as “assembleias” são espaços destinados às trocas e negociação de oportunidades, lugares onde se exercitam novas formas de sociabilidade através da escuta, do acolhimento e da construção de cidadania na vida social. Inscritas nos projetos políticos-institucionais singulares, não devem configurar apenas como atividades programáticas dos respectivos pontos de atenção; antes, devem assegurar o reconhecimento dos recursos presentes nos circuitos relacionais e sociais dos sujeitos.

As duas primeiras entrevistadas são frequentadoras assíduas dos pontos de atenção. Seus familiares realizam tratamento há um longo período nesses locais. **Lúcia** parece apontar para esse problema da “longa permanência” de alguns/as usuários/as em um serviço que se propõe substitutivo ao hospital psiquiátrico. Em sua fala, estão presentes resquícios de uma institucionalização que abriga em seu imaginário, designando a permanência dos usuários nos novos dispositivos de “internação”, ao mesmo tempo em que correlaciona com as formas de modalidades do tratamento⁴¹, explicando o período de permanência para cada caso. A sua apreensão sinaliza para uma preocupação com a relação que pode haver com a institucionalização e a gravidade da “doença”. Nas narrativas desses familiares, é possível observar a perda do sentido previsto pelo projeto de reabilitação psicossocial para os espaços de envolvimento na elaboração de estratégias coletivas de cuidado. As dificuldades em lidar com os episódios de crises dos familiares ao longo dos anos parecem sinalizar para um intenso sofrimento que afeta também a própria saúde dos membros da família que se responsabilizam pelo cuidado, conforme seus relatos durante a entrevista.

Entrevistadora: Você ainda vai às reuniões da associação de moradores?

Rosa: Não fui mais, não é? Não sei se acabou ou se ainda tem... Foi muito sofrimento por causa dele mesmo [do filho]. Depois que tive um Acidente Vascular Cerebral (AVC), não ando bastante.

Entrevistadora: Além do tratamento médico, psicológico, que alternativas são ofertadas a vocês que favorecem a recuperação de sua esposa?

Sebastião: A gente tem atividade religiosa. [...] porque ela vai pra igreja e leva o remédio, aí sempre com a fé nele, e eu acho que a fé em Deus é tudo. De vez em quando tem uma recaída, mas não é como antigamente. Quando eu a via começar a falar muito alto, eu já dizia, “eu já vi esse filme antes”. Eu já sofri demais, porque não sofre só o paciente, sofre a família toda. E, talvez, a família sofra mais do que o paciente; o paciente sofre, mas não sabe o que está fazendo e a família sofre sabendo como a pessoa está. Às vezes, quando ela saía pelo mundo, a gente só encontrava com dois, três dias depois. A gente sem saber onde ela estava, [n]o mundo do jeito que está...

⁴¹ Conforme a Portaria nº 336/2002, os Centros de Atenção Psicossocial podem atender em três modalidades: *intensivo* - quando a pessoa se encontra em grave sofrimento psíquico com ruptura ou precarização dos vínculos sociais e familiares, necessitando de assistência diária e contínua da equipe profissional; *semi-intensiva* - em que a pessoa pode ser atendida até 12 dias no mês, quando a desorganização psíquica diminui e as relações sociais vão sendo retomadas, mas em que a pessoa ainda necessita de ajuda profissional para recuperar sua autonomia; *não-intensivo*: a pessoa não necessita de cuidado contínuo e diário para sua reinserção no território e redes sociais, mas pode ser atendida até três vezes por mês no dispositivo. Todos esses atendimentos podem ser realizados no domicílio do/a usuário/a, se necessário.

Pedro, filho de uma usuária de “longa permanência” de um CAPS, teve muitas dificuldades em conciliar a ideia de cuidar da mãe fora dos muros do hospital. O compromisso que devia assumir em se deslocar diariamente nas idas e vindas à unidade de saúde mental o fez protagonizar muitas discussões com a equipe profissional e apresentar resistência em aceitar o cuidado extra-hospitalar. Paulatinamente, foi percebendo que, diante das modificações dos percursos implementadas pelo novo modelo de atenção, já não podia pactuar com o hospital a tutela integral do seu familiar. O liame entre o ponto de atenção e o hospital foi mantido por **Pedro**, oportunizado pelas recorrentes crises da mãe e as portas abertas da emergência psiquiátrica funcionando como componente da RAPS. Quando indagado sobre sua participação nos grupos de discussão sobre saúde mental, foi reticente:

Entrevistadora: Você participa de algum outro grupo que discute sobre saúde mental, algum que seja na comunidade, na vizinhança?

Pedro: Não, não. Os contatos que eu tive sempre foram aqui no CAPS e com o pessoal da Tamarineira [referência ao Hospital Ulisses Pernambucano, onde funciona a emergência psiquiátrica da cidade].

Na ocasião da entrevista, esse familiar sinalizava uma pactuação com a equipe profissional do CAPS, pois é nesse local que sua mãe passa a maior parte do tempo, quando não está internada no hospital psiquiátrico. Atualmente, além desse tipo de serviço, há a alternativa do Hospital Geral para internações.

Conforme algumas observações da equipe profissional, ao indicar sua participação na pesquisa, o critério utilizado foi sua circulação entre o hospital psiquiátrico, o CAPS e o ambulatório – aspecto que o torna um bom conhecedor do fluxo da RAPS. Por outro lado, segundo relatos de profissionais, suas crises de intolerância no serviço por ser responsabilizado pelo cuidado com a mãe, angariaram a antipatia de alguns componentes da equipe técnica do serviço que o consideraram negligente com esse cuidado e com os acordos institucionais.

As novas configurações familiares distanciam-se do modelo de família nuclear, com motivações empreendidas em um contexto sócio-econômico específico. Contudo, no campo da saúde mental, isso não representa a ruptura com os laços de cumplicidade que famílias e hospital psiquiátrico mantiveram ao longo da história. A subserviência à instituição hegemônica respondia à necessidade de mitigar, ainda que temporariamente, o sofrimento e os conflitos advindos da relação com um familiar adoecido psiquicamente.

Nas falas dos entrevistados, é possível identificar sinais dessa relação para com os serviços que ofertam hospitalidade diária. O compromisso presencial de participar das reuniões semanais ajuda a dividir a sobrecarga da responsabilidade e, muitas vezes, da frágil condição de cumprir esta complexa função. As famílias referenciadas na microrregião, em sua maioria, transitam entre o desemprego ou o precário mercado informal de trabalho, o que agrava ainda mais as vulnerabilidades de um membro familiar que sofre de transtornos mentais – condição que exige algumas especificidades no cuidado.

Analisamos, sob a perspectiva da RAPS, quais os lugares em que as orientações recebidas contribuem para capacitá-los no cuidado com seu familiar.

Entrevistadora: Você recebe orientações que ajudam a cuidar do seu familiar? Em que lugar recebe estas informações?

Josefa: Recebo na reunião da Mariana [referindo-se ao grupo família, porém fazendo menção ao nome fictício da profissional que o conduz]. Ela fala que a gente tem que cuidar do paciente, e, graças a Deus, em casa, a gente o trata bem mesmo, ele é bem cuidado.

Lúcia: Graças a Deus, somos bem orientados porque a gente recebe a ACS do posto [PSF]. O psicólogo e a assistente social também visitam nossa casa [profissionais do NASF].

Pedro: O CAPS é um lugar que me ajudam realmente, eles me ajudam, eles conversam comigo, está entendendo? O que eu proponho, de acordo com o que eles acham que está certo, eles aceitam. Então, hoje o CAPS é um lugar de direito; com isso, me sinto bem ajudando minha mãe.

Sebastião: De jeito nenhum. No dia que, Deus o livre, acontecer uma crise, eu vou correr pra onde? Pro SUS, pro CAPS? Porque o primeiro atendimento é aí!!!

As principais estratégias de cuidado da RAPS, o CAPS, o NASF e a Atenção Básica, aparecem nas falas dos familiares. No entanto, os intercâmbios que devem ser estabelecidos entre esses pontos de atenção para o cuidado dos/as seus/suas usuários/as e dos familiares não estão revelados nesses relatos, como característica de uma lógica organizativa de rede. Não é possível identificar uma intercessão dos diferentes saberes entre os profissionais que compõem as equipes dos serviços citados no que se refere aos cuidados ofertados. Contudo, essa construção em rede parece se processar nas ações que vão cumprindo com as diretrizes de responsabilidade sanitária do sistema local de saúde, necessitando o investimento nos objetivos de reabilitação/desinstitucionalização com novos arranjos de sociabilidade.

Se, antes, a função cuidadora era cerceada no hospício e os vínculos familiares eram, quase sempre, rompidos definitivamente, o novo modelo de atenção psicossocial parece negligenciar uma das mais importantes investidas da Reforma Psiquiátrica: as famílias como importante recurso da RAPS, sua organização social e participação em espaços de formulação e decisões no âmbito das políticas de saúde mental.

Um dos objetivos pactuados na *I Reunião Regional de Usuários e familiares de Serviços de Saúde Mental*⁴², realizada em Brasília no ano de 2013, está dirigido ao empoderamento desses sujeitos na avaliação de qualidade e da garantia dos direitos humanos nos serviços. Os espaços destinados a esse propósito na RAPS indicam empobrecimento do ponto de vista do debate e inclusão nas tomadas de decisões referentes ao planejamento e à implementação das diretrizes da Política de Saúde Mental no território.

A IX Conferência Municipal de Saúde da cidade do Recife, realizada com a participação de gestores, trabalhadores, usuários e familiares, deliberou ações de saúde prioritárias para o município constantes no Plano Municipal de Saúde para o período 2010-2013 relativas à Política de Saúde Mental. O documento aponta para a superação do modelo de assistência e financiamento fundado no hospital psiquiátrico e a respectiva expansão e efetivação da rede comunitária de saúde mental substitutiva implementada por dispositivos especializados e pela atenção básica. Define como priorização a garantia de ações de reabilitação psicossocial articuladas com a implantação de Centro de Convivência, redimensionamento do ambulatório de especialidades e a transformação de três CAPS II, de funcionamento diurno semanal, para CAPS III, de atenção contínua com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Aperfeiçoar o fluxo de referências dos encaminhamentos dentro dos Distritos Sanitários e assegurar o acesso aos medicamentos necessários: essas são as diretrizes principais para o cumprimento das ações previstas para o redimensionamento da RAPS.

Nas narrativas, identificamos que todas essas ações ainda não foram implementadas e o que podemos identificar foi a passividade crítica no posicionamento dessas pessoas. Este parece ser indício importante de que um dos atributos do processo de reabilitação – participação modificadora das regras do jogo, em espaços viabilizados para as trocas permanentes de competências e interesses – não têm sido garantida ou, ao menos, potencializada nos grupos institucionais.

⁴² O Encontro foi uma convocação da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e Ministério da Saúde do Brasil, com o objetivo de promover o intercâmbio de experiências pessoais e institucionais sobre a autonomia e protagonismo dos usuários e familiares da região das Américas.

A narrativa de **Severina** reflete a demanda de uma família por respostas às necessidades preconizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde – a Atenção Básica. Sua narrativa enuncia a saúde como direito humano, a necessidade fundamental de que ações e serviços devem se complementar em todos os níveis de atenção na promoção, proteção, tratamento e reabilitação das condições de vida e da saúde da população.

Entrevistadora: E você participa de algum grupo junto com seu filho, além do CAPS, que fale, discuta, sobre saúde mental?

Severina: Não, não. Que o posto de lá não está servindo pra nada, até meu remédio de pressão!... Deram-me um papelzinho com a marcação da consulta, eu fui. Eu estava tomando o remédio e fiquei com a pálpebra do olho tremulando. Aí, eu parei, não estou tomando mais nada e a doutora não está aí. E não tem previsão pra ela voltar, não. Eu tenho uma menina que é especial e ela está com uns carocinhos, não sei se é brotoeja ou alergia. A menina não quer fazer as “partes” [referindo-se à área pubiana], não quer cortar as unhas. E ela só faz engordar, engordar. Eu não sei o que faça. Eu moro numa ladeira, a casa é lá em cima, tudo ladeira e não temos como nos deslocar. Eu estou numa sinuca, viu?

Severina realiza vários percursos na RAPS. Acompanha o filho com transtorno mental em uma das unidades de saúde mental e possui outra filha com necessidades especiais, que, segundo sua descrição, requer alguns atendimentos domiciliares em função das condições que a singularizam – obesidade, déficit cognitivo e moradia de difícil acesso, em local aonde o transporte público não chega. **Severina** queixa-se da descontinuidade do seu próprio atendimento na UBS, relatando um problema específico no uso que faz da medicação anti-hipertensiva e a ausência do profissional que lhe atendia. Ela registra o desconhecimento quanto ao período do seu retorno e revela a falta de recursos instrumentais que a orientem quanto ao que fazer na falta de respostas para uma assistência integral e resolutiva, que considere suas necessidades contextualizadas com as condições que estão postas no seu cotidiano.

A entrevistada, através de sua narrativa, conseguiu integrar aspectos importantes que falam da complexidade de uma rede de cuidados e dos recursos disponibilizados para o cumprimento dos princípios constitucionais na vida da população. Mas não consegue, porém, fazer uma crítica ao atual sucateamento da rede pública de saúde e à desresponsabilização do Estado com o compromisso técnico e político em relação às políticas públicas e ao cumprimento das ações expressas no Plano Municipal de Saúde.

Severina é analfabeta e sobrevive do Benefício de Assistência ao Idoso e ao Deficiente, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)⁴³, do qual sua filha é beneficiária. Relatou estar lutando agora para conseguir “aposentar” o filho, que tem transtorno mental. Suas idas ao CAPS para o acompanhamento do seu filho ao tratamento é um desafio diário. Descer a íngreme ladeira que dá acesso à sua casa não é uma tarefa simples, principalmente nos dias em que seu filho está em crise e se nega ir ao serviço. Seu marido realiza trabalho avulso como ajudante de pedreiro e, quando não tem serviço, assume o cuidado com a filha em casa, enquanto **Severina** acompanha o filho ao CAPS. Sua participação no grupo família é também uma forma de garantir o vínculo com a instituição e de participar das festas e passeios. Nos registros anteriores da fala de **Lúcia**, mãe de um usuário, ela nos relatou a existência de equipamentos de lazer em sua comunidade. No entanto, a frequência a tais espaços é limitada, em decorrência de uma suposta ameaça representada pela presença de pessoas que utilizam o local para o uso de drogas. Apontou, como outros familiares, o espaço da igreja que frequenta como ponto de apoio para a sociabilidade de sua família.

Entrevistadora: Na igreja existe algum espaço em que vocês discutem saúde mental?

Lúcia: Nada sobre isso. Tem igreja que tem o “social”, não é? Mas lá é assim: a gente vai, cultua, tem a parte do louvor [e], quando termina, vamos embora. Então, pra ele não ficar com a mente vazia porque não é de ter amigos – por causa do ambiente em que vivemos somos muito restritos –, vamos à igreja, que é um ambiente sadio e tem a palavra de Deus.

Os relatos dos entrevistados, contextualizados em um cotidiano tão comum na microrregião 3.3, apresentam aspectos que definem um processo de reabilitação psicossocial que está a exigir novos termos de contratualidade social, conjugando mecanismos de participação e interlocução públicas de formas variadas com os sujeitos mais interessados – usuários/as e familiares. É necessário aumentar a capacidade de reafirmar direitos políticos, legais e sociais. Conforme Yasui (2013, s/p), “nenhuma rede de atenção psicossocial funcionará enquanto não criarmos redes de conversação, de grupalidade”.

⁴³ Trata-se do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas), no valor de um salário mínimo destinado ao idoso com mais de 65 anos e pessoa com deficiência. Para ter direito ao benefício não é necessário ter contribuído para a Previdência.

6.2 Categoria Analítica 4: Reabilitar para os direitos humanos

O Estado brasileiro, ao definir sua responsabilidade na reorientação do modelo de assistência em saúde mental, assumiu o compromisso em proteger, garantir e promover os direitos humanos de todas as pessoas que sofrem com transtornos mentais e psicossociais. O estigma e a discriminação com suas raízes históricas têm submetido essas pessoas cotidianamente ao aviltamento dos direitos, que têm sido insuficientes para remover as barreiras sociais e atitudinais que afetam diretamente o cotidiano de suas vidas.

Para os que sofrem psiquicamente, a igualdade formulada em leis e tratados não corresponde às idiossincrasias de suas necessidades em um mundo que uniformiza seus diferentes segmentos e que oferta desigualmente às pessoas com deficiências o acesso à saúde, ao emprego, à educação e à participação efetiva na vida pública.

Nesta parte, analisa-se a nossa última categoria: a reabilitação para os direitos humanos. O conteúdo dessa categoria é regido por duas unidades de registro que marcam as falas dos/as usuários/as: 1) Contenção/apaziguamento das situações de crise; e 2) Violações de direitos.

Buscar o cuidado na rede de atenção psicossocial pode significar a materialização da experiência da exclusão através do diagnóstico psiquiátrico – uma velha fórmula do modelo biomédico que se reproduz fora do hospício. Ou, ainda, essa experiência de exclusão pode significar uma situação de crise, em que a atenção oferecida se operacionaliza por meio de contenções cruéis e degradantes, com o uso da força policial, e também pode significar uma emergência psiquiátrica que preserva os moldes tradicionais de atendimento. A permanência do Hospital Psiquiátrico no coração da cidade é a força simbólica mais viva e retroalimentadora do lugar da segregação social, destinada a invalidar, culturalmente, a presença dos/as usuários/as no território.

A fim de analisarmos os recursos de rede utilizados nas intervenções psicossociais, contidos no manejo e nas formas de acolhimento às crises psíquicas no território, identificamos nas falas dos/as usuários/as algumas expressões de violência que sustentam a supressão da liberdade, baseada na compulsoriedade e na premissa de periculosidade que se materializa no sujeito que vivencia o sofrimento.

Entrevistadora: Quando em situação de crise, como costumam fazer sua contenção?

Maria: Geralmente, é a polícia que me pega, porque eu fico gritando no meio da rua. Fico agressiva com as pessoas porque eu fico escutando vozes, aí, dá vontade de bater nas pessoas, de matar todo mundo. Porque eu só penso que vão me fazer mal.

Antônio: Seguravam meus braços para trás, porque, quando dá crise em mim, eu ficava a ponto de bater. Não com murros, mas com tapas.

Divino: Na realidade, quem me trazia era a polícia, porque a gente, mesmo quando dá a crise, não lembra o que faz, a gente esquece.. [...] aí, chama a SAMU, a SAMU chama a polícia. Aí vem a ambulância e a polícia com a pessoa. Quando é pra Tamarineira, não é? Eles seguram, amarram a gente por trás, bota a algema e traz a gente na ambulância. Algemado. Eu até gritei dizendo que não era ladrão, não era marginal pra sair daqui algemado, não.

Ana: [...] se o surto não tiver controle e meu marido precisar chamar a polícia, ou a família mesmo me amarrar, aí, eles me levam pra Tamarineira, pra emergência.

José: Os policiais. Eles me levam à força.

São recorrentes nesses episódios respostas que se articulam sempre com o modo manicomial de se acolher um sujeito em sofrimento: o circuito contenção policial-hospital psiquiátrico-território funciona como dispositivo emergencial e culturalmente aceito pela população; os métodos utilizados assemelham-se às torturas praticadas, classicamente, nos hospitais psiquiátricos. A condição de sofrimento psíquico é tomada, indiscriminadamente, como experiência ameaçadora, que remete ao perigo da aproximação relacional. A truculência da polícia surge no horizonte da lei para intervir e restabelecer a ordem pública e como referência de deslocamento para a emergência psiquiátrica, ratificando a correspondência construída historicamente entre loucura e conduta marginal.

Nas experiências relatadas pelos entrevistados, as diferentes e complexas situações existenciais recebem a mesma condução – a resposta que aniquila subjetividades, transformando dor e sofrimento em uma ocorrência policial. Nas práticas de contenção às crises, preservadas na RAPS com características de violações, identifica-se uma forte oposição aos princípios pelos quais a Reforma Psiquiátrica construiu seu ideário de transformação civilizatória de sociedade. Assim expressa Bezerra Júnior (1992, p. 113):

Trata-se não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomiais ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos.

Na organização da rede de atenção psicossocial, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) está incluído como estratégia de atenção à urgência e à emergência. No entanto,

citado por um dos entrevistados, o serviço só funciona na RAPS para o atendimento de usuários/as em crise psíquica, apoiado por uma viatura da polícia militar. Este aspecto emerge como um dos grandes obstáculos para afirmação de uma condição cidadã para essas pessoas, ressaltando o impacto negativo dessas intervenções públicas como atos explícitos de discriminação e negação da diferença. Resiste nesses mecanismos a perpetuação da violência institucional que transfigura o manicômio para o mundo exterior, para a vida social, em que a doença mental permanece como justificativa inalterada para todas as contradições que povoam os territórios existenciais e sociais dessa região de saúde.

Outra discussão se coloca em relação à emblemática presença de um grande hospital psiquiátrico nesse território. Amarante (1994) advertia sobre a necessidade de transformação verdadeira da instituição psiquiátrica, referindo-se ao conjunto de saberes, administrações, leis, regulamentos, recursos materiais e relação médico-paciente que se ocupa apenas da doença. A relação, assim estabelecida, oculta e negligencia as relações de poder do componente de classe que os diferencia, a rede institucional em que estão imersos.

Ana, ao relatar sobre suas experiências de crise, retoma um episódio que viveu dentro do hospital, esse mesmo hospital que permanece em funcionamento nos dias atuais, localizado na microrregião.

Ana: Em um dos internamentos, quase que eu morro. Uma paciente quase me matava me dando muitos socos na minha cabeça. As enfermeiras não fizeram nada. Fui reclamar porque queria dormir e tinha tomado minha medicação e elas disseram: “vai dormir e deixa de chateação”. Aí, a paciente veio por trás e me apertou o pescoço, me jogou no chão. Outra paciente foi que me ajudou. E aconteceu o quê? A psiquiatria subiu no pavilhão, me segurou e amarrou. A outra paciente dizia na cara da doutora: “quando ela dormir vou matá-la”. Eu falei: “doutora, eu vou morrer, não deixa. Se ela acha que estou errada porque reclamei, amarre-a também pra ela não me matar”. Não fizeram nada, continuei amarrada e pedindo a Deus que me salvasse daquele lugar. Os enfermeiros que ficam amarrando os pacientes me amarraram bem forte. Eu nem tinha reagido, deitei na cama e me amarraram bem forte, que as unhas foram ficando roxas. Eu via muitas coisas erradas lá dentro.

O relato parece sair das páginas de um registro datado do século XVIII, mas se trata de uma realidade que se autorreproduz na microrregião, franqueada pela ausência dos dispositivos de atenção à crise, previstos na legislação e no planejamento das ações de saúde municipal. Amarante (1994, p. 151) afirma: “Qualquer vocação terapêutica colocada no

‘território’, com a presença do hospital psiquiátrico, continuaria a reproduzir este tipo de lógica”.

Confrontando a capacidade instalada dos recursos técnicos-assistenciais da RAPS, sobrevive uma rede de psiquiatrização que se articula, sobremaneira, com um território e suas vulnerabilidades sociais e com a falta de prioridade da agenda política municipal em consolidar o processo da reforma psiquiátrica em sua perspectiva de desinstitucionalização. Seus efeitos não se traduzem apenas na desassistência e na banalização do sofrimento infligido aos/às usuários/as e suas famílias – que buscam o cuidado e o amparo psicossocial às crises na emergência psiquiátrica – mas, sobretudo, na cisão que se efetiva com o adoecimento e a condição de sujeitos de direitos. A capacidade contratual, qualidade do acesso aos recursos simbólicos e materiais que se produzem nas trocas sociais, sofre restrição nos espaços de circulação da cidade, na medida em que se assegura o “hospício” para o louco e não se constrói um lugar social para as diferenças. Identificamos nos registros das falas a constatação de que a RAPS está imbricada com o funcionamento do hospital psiquiátrico, impescindindo dessa instituição para o referenciamento nas situações de crises psíquicas. Por isso, a violência praticada desde a remoção dos/as usuários/as ao atendimento realizado no SEP configura o precário funcionamento da assistência ofertada em rede. Em nossos itinerários de pesquisa na RAPS, saltavam aos nossos olhos observadores algumas cenas com as quais nos deparamos ao realizarmos nossa coleta de dados em um dos pontos de atenção. Por um curto período, estes locais se transformaram em pontos de encontros com famílias e usuários/as que aceitaram fazer parte da pesquisa.

A nossa chegada em um dos pontos de atenção coincidiu com a chegada de uma ambulância do SAMU e, junto com ela, uma viatura da polícia. Enquanto aguardávamos na recepção, um rapaz com cerca de trinta anos descia da ambulância acompanhado por um senhor que o amparava pelos braços. Enquanto o profissional paramédico detalhava na recepção a condição do sujeito para o possível acolhimento, compreendemos as razões da sua contenção “policialesca”. Sem acompanhamento psicossocial e sem o uso da medicação psiquiátrica há aproximadamente seis meses, o rapaz começou a apresentar sinais de agitação e a família recorreu à polícia para removê-lo, temendo que se tornasse agressivo. O usuário mal se colocava em pé e mantinha a cabeça baixa, demonstrando sonolência. Enquanto isso, os dois policiais se mantinham a postos, caso houvesse necessidade do uso da força. Houve, então, um pedido do SAMU à equipe: que houvesse a renovação de sua prescrição medicamentosa.

Neste episódio, alguns aspectos merecem destaque e, para isso, tomamos algumas reflexões de Benevides (2007) quanto à concepção de direitos humanos. A abordagem do sujeito em sofrimento psíquico no território de saúde que analisamos afronta a dimensão ética proposta como fundamento da Reforma Psiquiátrica no horizonte dos direitos humanos. Em sua discussão, a autora aponta para uma violência que se reveste de uma invisibilidade relativa por meio dos atos de humilhação, de supressão da liberdade e de constrangimento a que são submetidas as pessoas durante esse tipo de intervenção. Reportamo-nos ao paradigma manicomial e encontramos, na cena, a presença desses elementos que são banalizados no tratamento à pessoa com transtorno psíquico, mesmo sob o paradigma psicossocial. A exclusão a que está submetida subverte sua face social em doença mental, que ainda é categorizada como perigosa.

O recurso do SAMU, utilizado na ação, é estratégia prevista para prover o cuidado, a proteção e a promoção da dignidade humana em situações de crises. Entretanto, a pactuação da presença policial é a negação do modelo psicossocial e a medida indicadora dos valores que sustentam um projeto de sociedade e suas concepções de dignidade e direitos humanos.

As formas de contenção às crises psíquicas no território de nossa investigação reafirmam estratégias de exclusão e desrespeito aos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica e de sua interpelação no campo da luta pelos direitos humanos.

A entrevista com **Ana**, a usuária revela o quanto esses episódios institucionalizam o sofrimento psíquico, conjugando-o a uma condição estigmatizante, incompatível com a vida em comunidade.

Entrevistadora: Como você percebia o preconceito durante seu adoecimento?

Ana: [...] Tinha dia que eu ia amarrada para o tratamento médico, a polícia me levava. E depois de um dia, eu estava bem, eu voltava para cuidar da minha casa e ver meu marido. Todo mundo me olhava como uma louca, não é? Porque eu saía daquela forma e ficava muito envergonhada. Aí, eu não saía de casa; só saía quando tinha uma necessidade de fazer uma feira.

Em um documento que se tornou histórico, a Carta de Bauru⁴⁴, o lema da reforma psiquiátrica, “Por uma sociedade sem manicômios”, conclamava o conjunto da sociedade para repensar os termos do contrato social e as suas diversas formas de oprimir e violar os direitos humanos. A insurgência do movimento incorporava uma luta contras as opressões

⁴⁴ Primeiro manifesto público pela extinção dos manicômios, organizado pelos trabalhadores de saúde mental durante a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em dezembro de 1987, em Bauru/São Paulo.

multifacetadas da sociedade e disseminadas nas estruturas de reclusão para crianças e adolescentes nas instituições carcerárias para adultos infratores com transtornos psíquicos, na discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.

Esses aspectos, de caráter histórico e estruturante da sociedade, atualizam-se no cotidiano dos que sofrem psiquicamente com novas modelagens de uma confusa sociabilidade, que revalida a doença mental em todas as outras formas de indigência.

A partir dessas considerações, buscamos responder como se traduzem as questões sociais relacionadas com as violações de direitos humanos na vida dos/as usuários/as e familiares e suas interseções com o território.

Entrevistadora: No último ano, você passou por alguma situação constrangedora ou humilhante, em local público ou privado, em decorrência do transtorno mental?

Maria: Eu estava na rua, porque eu mesma tinha dado minha alta, porque eu vi a dificuldade dentro de casa - minha mãe precisando de dinheiro pra comer. Aí, eu vi aquilo e fui embora pra rua arrumar dinheiro [referindo-se aos programas que faz em um dos pontos de prostituição da cidade]. Tem um tal de T, o apelido dele é T lá no bairro onde fico. Onde ele me vê, me espanca. Ele é policial e me disse que eu era muito braba porque eu lhe disse que tinha problema. Aí ele disse: “Eu também tenho problema. Está vendo essa arma aqui? É pra matar!”. Aí, me deu uma cabeçada e uma tapa na minha cara, mas não me levou presa. Aí, outra vez, ele me pegou, bateu em mim de novo e disse que só ia sossegar quando me visse morta ou presa. Eu respondi: “Mas eu nem roubo nem tráfico, como vou ser presa?”. Aí não me levou presa, não.

A tipologia da violência que submeteu **Maria**, nesse episódio, ao vilipêndio de um policial que subverteu a ordem de sua função (a segurança pública) por atos agressivos e de intimidação, é uma clara demonstração de que a violência de gênero é uma das variáveis importantes no adoecimento psíquico. A situação de violência experimentada por **Maria** não é um fato isolado no universo feminino, principalmente, na cidade do Recife. Em 2012, a capital ocupou a sexta posição entre os maiores índices de violência contra a mulher no Brasil. Conforme o Mapa da Violência⁴⁵, os índices apontavam que, de 100 mil mulheres, 7,6% eram mortas anualmente na cidade. O registro que **Maria** faz para essa pesquisa não se transformará em uma notificação de agravo praticado contra as mulheres, que deve ser realizado pelo gestor de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e a subnotificação de dados subtrai as possibilidades de prevenção e erradicação desse tipo de violência. O adoecimento

⁴⁵ O Mapa da Violência foi elaborado pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Congresso Nacional no ano de 2012, em Brasília/Distrito Federal.

psíquico nas mulheres, muitas vezes, é uma consequência do ciclo de violência a que são submetidas no cotidiano. No caso dessa usuária, a denúncia se torna um ato sem efeito diante do poder institucional de quem a praticou e sua voz é descredenciada pela sociedade por ser prostituta e acometida por um transtorno mental. No relato da entrevistada, identificamos seu enclausuramento no território, produzido por relações de submissão a uma ordem social apartadora, representada pela instituição policial. A mesma instituição presente nas intervenções às crises em que **Maria** precisa ser contida é utilizada pela família como recurso para lidar com o irmão que faz uso de drogas.

Maria: Sábado, eu ia entrando em crise. Eu senti que ia entrando em crise porque meu irmão quebrou o banheiro [referindo-se ao comportamento heteroagressivo manifestado pelo irmão]. Meu pai chamou a polícia porque meu irmão tem problema. O policial chegou, entrou e eu fui logo dizendo que não aceitava a polícia. Ele empurrou meu irmão [...]. Só que, ao invés de levá-lo pra Tamarineira, levou pra delegacia de roubos. Fotografou ele, eu não achei isso certo. Meu pai solicitou a viatura pra levar ele pra Tamarineira. A polícia agiu [de maneira] errada e a população disse que meu irmão era desordeiro.

As violações que **Maria** experimenta têm uma interface com sua função social, o lugar de sua intersubjetividade – construído com as intempéries da pobreza da família e da comunidade –, que reproduz um discurso validado socialmente: a afirmação de uma “desordem” que pertence ao campo da moralidade, dos comportamentos desviantes, a-sociais.

Maria só cursou até o 6º ano do ensino fundamental e não conseguiu concluí-lo. Seu irmão, até o 4º ano, também inconcluso. Ela se autodeclara parda e, ao se referir ao irmão, diz ser negro. Segundo ela, a tez de sua pele é muito escura. Essa característica deve se entrecruzar com os julgamentos da comunidade, relacionadas com a cor da pele e a falta de “ocupação”. A interrupção do processo de desenvolvimento educativo se deu também junto com a perda de sentido para uma experiência de alteridade e valor social na própria comunidade onde vive com sua família.

Se comparada com a expressão “manicômio” postulada no discurso do movimento de Luta Antimanicomial, a experiência de **Maria** remete ao “deserto humano, ético e material”, vivenciado igualmente na concretude simbólica e material dos hospitais psiquiátricos, caracterizado pelo cerceamento da liberdade, pelo empobrecimento dos recursos sociais e afetivos e pela exposição subalternizada do corpo e da saúde psíquica ao domínio do outro.

As prerrogativas de cuidado na RAPS implicam pensar o território com suas contradições com outras redes tecidas informalmente ou em desalinho. Venturini (2009) chama atenção para a organização social das cidades, falando sobre os muros invisíveis que impõem um verdadeiro *apartheid* aos diferentes e revelam o descumprimento dos direitos humanos. Suas reflexões são uma convocação a se pensar a cidade e os lugares não inscritos para as crianças, o deficiente físico, o dependente de drogas, o idoso etc.

O autor constrói uma ideia de cidades invisíveis, trazendo à tona o quanto desconhecemos os lugares destinados às pessoas que sofrem de “uma doença mental formalmente reconhecida e aquelas que sofrem de ‘outras’ condições de vulnerabilidade psicossocial, geradas pela pobreza, pela violência, pela insegurança e pelo abandono, pela emigração forçada, pela exclusão” (VENTURINI, 2009, p.205). Assim, notam-se as similaridades que povoam a vida dessas pessoas, geradas pelas diferenças acentuadas por desigualdades sociais – estigma, discriminação, violação de direitos.

A concepção de desinstitucionalização que Venturini (2009) discute remete não apenas os nós de uma rede assistencial para cuidar da pessoa com transtorno psíquico e seu processo de reabilitação psicossocial, de re-ligação com sua comunidade (cidade), mas, reciprocamente, essa comunidade se reabilitando por meio de políticas que reafirmem o acolhimento de todas as diferenças, ou, contrariamente, que favoreçam sua recusa e exclusão.

Nos episódios ocorridos nos espaços públicos, narrados pelos entrevistados, observa-se o quanto a cidade enunciada pelas atitudes, pelos gestos e palavras dos seus habitantes é segregadora. A periculosidade dos loucos e insensatos, na contemporaneidade, incorpora novos personagens – os/as usuários/as de drogas. A razão contemporânea tenta limpar a cidade compulsoriamente, e, não sendo efetivamente possível dar conta de uma multifacetada questão social que se entrelaça ao consumo abusivo de álcool, crack e outras drogas, toda existência desviante que ameaça a “cidade privada” transforma-se em patologia (VENTURINI, 2009).

Assim, **Amaro** relata o que considera sua experiência de constrangimento e humilhação em espaços públicos.

Entrevistadora: Quais os lugares que você costuma frequentar se quiser se divertir, encontrar amigos, participar de algum grupo ou se reunir com a família?

Amaro: Poxa, eu saio muito pouco de casa. A gente vai para a margem da sociedade. É muito difícil para um usuário de drogas estar convivendo com outras pessoas, principalmente se é usuário de crack. Infelizmente, por ser usuário de

drogas, nos afastamos de todo mundo. Se eu disser que tenho um lugar pra frequentar... Eu não vou pra festas, não tenho amigos.

É possível apreender no relato de **Amaro** o mesmo tratamento discriminatório e estigmatizante destinado aos que foram deserdados da circulação na “cidade privada”, referida por Venturini. A condição de usuário de drogas já o tipifica, institucionalmente, pela segurança pública, como um ser que deve ser banido dos espaços públicos destinados aos que se distinguem, social e economicamente, em uma cidade que construiu suas bases em espaços materializados por uma arquitetura hierarquizante, da colônia aos dias atuais.

O outro entrevistado, **José**, tem 27 anos, só estudou até o 9º ano do ensino fundamental e não possui experiência profissional, tampouco registro em carteira. Ele é morador de um bairro incluído no Atlas de Desenvolvimento Humano (RECIFE, 2005) com a mais alta exclusão de renda associada à exclusão socioambiental. Conforme os dados, o usuário está incluído no maior grupo de habitantes da área, segundo faixa etária (25- 29 anos). O desemprego e as drogas são os fatores de alto risco e de vulnerabilidade social para a população local.

Entrevistadora: No último ano, você passou por alguma situação constrangedora que complicou sua vida, deixando-o em condição humilhante por ser usuário de drogas?

José: De vez em quando, acontece. Certa vez, eu estava vindo da casa de um amigo meu que mora aqui, perto da Praça da Jaqueira. Os policiais me abordaram e bateram bastante em mim em uma rua escura. Eles me batiam e mandavam olhar para frente. Eu caí. A pessoa sem nada e sendo humilhada. E, muitas vezes, a gente não pode fazer nada.

O episódio narrado apresenta uma injunção – **José** circulava no bairro com o metro quadrado mais caro da cidade, em que os chefes de domicílio que ali residem possuem renda acima de 15 salários-mínimos. Nesta região, as edificações luxuosas criam uma cerca simbólica da divisão sócio-espacial da cidade, sendo administrada com zelo pela gestão pública, que oferta serviços públicos e infra-estrutura de qualidade, além da garantia do policiamento ostensivo. Introduce-se aí a questão emblemática da segurança pública. O bairro de origem do entrevistado desponta nas estatísticas diárias como um dos mais inseguros e violentos. Embora participante de um componente da RAPS, o Consultório de Rua – dispositivo comunitário que privilegia os cuidados à saúde de pessoas em situação de rua com

necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, respeitando suas singularidades e contextos de vida –, **José** permanece segregado socialmente.

O tratamento social dispensado tanto a **Amaro** quanto a **José** são termômetros que conferem às desigualdades de suas inserções na vida pública a complexidade de um território que vai se constituindo historicamente, resguardando características que deram origem às suas demandas sociais e produzindo novas tensões e contradições no contexto sociocultural, político e econômico.

O enclausuramento de **Amaro** não contrasta com o desejo de **José** de circular livremente. Os dois vivenciam o mesmo “bloqueio comunitário”: o primeiro, fazendo opção pelo isolamento doméstico, uma vez que seus laços sociais foram praticamente rompidos em consequência do uso de drogas; o segundo, por experimentar em sua circulação pela cidade o estigma que o diferencia da normatividade social permitida. São questões que o sistema de saúde, não conseguindo produzir respostas para os processos sociais vivenciados desses sujeitos, trata, individualmente, com o recurso da medicalização (VENTURINI, 2010).

Na entrevista, **José** se coloca criticamente, analisa a necessidade de investimento no dispositivo de referência para o atendimento dessa demanda, o CAPS AD. O dispositivo vem sofrendo um sucateamento, perdendo sua importância como espaço de singularização do cuidado, que pode ser compreendido pelo viés do que está regulamentado como política nacional de atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas. A possibilidade do uso de internações involuntárias e compulsórias por meio das Organizações Sociais (OS) é um retrocesso nos avanços já consolidados, historicamente, pela reforma psiquiátrica brasileira. Tendo vivenciado experiências de tratamento em dois pontos de atenção em diferentes microrregiões, o usuário consegue transmitir as razões de sua não adesão às propostas terapêuticas ofertadas. Sua narrativa pode ser uma releitura do que Saraceno (1999) considera entretenimento.

José: No CAPS [em] que eu estava, algumas atividades pararam de acontecer. Assim, oficina de artes. Por isso que deixei de frequentar. Eu frequentei por um bom tempo. Eu fui pra lá por conta própria, eu fui “na moral”, sem abstinência nenhuma, nem de remédio. Cheguei lá, pronto, pensei que fosse outra coisa. Só teve mais conversas e algumas conversas com psicólogas. Pra mim, não foi muita evolução. Eu busquei minha própria evolução. Mas o CAPS podia evoluir mais. Certa vez, houve um pequeno desentendimento entre eu e um senhor lá, por falta disso [das atividades]... Por causa do conflito, eu levei uma suspensão, mas, se tivessem outras atividades, se estivéssemos jogando ou em outras “distrações”, isso não teria

ocorrido. Em outro momento, escutaram nossas propostas para tentar melhorar algumas coisas. Pensamos em atividades com sessões de filmes, propomos e levamos filmes, mas não teve. Muitas vezes isso aí me entristeceu pra eu não ir mais lá. Não fui mais pro CAPS, nem pra nada. Eu fiquei sendo atendido só pela psiquiatra. Pelo menos, eu tinha a prescrição para pegar meus medicamentos.

Várias interseções conjunturais contribuem para que o relato do usuário enuncie muito mais que sua própria insatisfação com o serviço: a) as políticas neoliberais que sustentam a privatização dos serviços com o fomento dos recursos públicos, com prejuízos evidentes na rede psicossocial, que homogeneíza e fragmenta suas práticas no interior de suas instituições; b) a deterioração social em par com as desigualdades expressas na microrregião, repercutindo diretamente nas rupturas do sujeito com o seu contexto; e c) respostas simplistas nas práticas de atenção à saúde mental, que se naturalizam no dia a dia dos serviços, reproduzindo os mecanismos reducionistas e segregadores do manicômio, com desperdício de oportunidades que assegurem direitos humanos e sociais.

Aos que sofrem de algum transtorno mental o dispositivo da Lei, por si só, representa um firme argumento de defesa contra a degradação humana a que a institucionalização da loucura submeteu estas pessoas historicamente. Contudo, não assegura práticas éticas, assim como propõe a reabilitação psicossocial quando afirma ser a comunidade o lócus do cuidado para uma existência em sofrimento. Como ressignificar a violência que submete **Maria** à expropriação do seu corpo, ao adoecimento psíquico e ao abuso de poder institucional que a desqualifica? Como ser sujeito de direitos no dia a dia, quando **Severina** tenta sobreviver com a renda de um mínimo social para sustentar o desemprego do marido, o filho com transtorno psíquico e a filha com *déficit* mental? E a vida no território comunitário? Está à espera de **João** que teve sua subjetividade sequestrada no asilo e permanece enclausurado em um serviço psicossocial?

Entre tantos outros relatos colhidos para essa pesquisa, caberiam tantas outras perguntas que aproximem a referência ética que está a se construir pelas diretrizes políticas de um novo modelo de saúde mental e os fundamentos dos direitos humanos baseados em relações de cuidado e equidade para salvaguardar a vida. A invenção de outras práticas humanas reinscreve, para além de códigos e ordenamentos, os diferentes modos de existência que requerem da vida sua potência criativa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar esta pesquisa, gostaríamos de registrar algumas anotações introdutórias. A primeira é que os resultados de nossas análises são referentes a uma realidade específica: o processo de reabilitação psicossocial que se desenvolve em uma rede de atenção psicossocial de uma microrregião da cidade do Recife. Tratando-se de um estudo de caso, debruçamo-nos sobre as características complexas e particulares desse fenômeno local, procurando contribuir com uma compreensão mais ampla, que pode se circunscrever no universal, ou mesmo contestar uma concepção largamente aceita sobre a doença psíquica como correlata de periculosidade e de ameaça à vida em comunidade.

Assim, propusemo-nos a realizar esta pesquisa, presentificando em nossas análises essa população que, por séculos, foi silenciada e deserdada socialmente. Em oposição ao discurso que nomeou de doença mental a loucura, priorizamos a voz dos que podem traduzir o sofrimento psíquico em experiência humana – usuários/as e familiares da microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III - Recife. Transformamos em linguagem e comunicação a vivência singular e coletiva dessas pessoas, imersas em um território de conflitos e tensões, permeadas por uma rede de assistência em saúde mental em confluência com todos os elementos da vida na comunidade.

Trouxe-nos muitas inquietações o fato de a pesquisadora atuar em uma equipe interprofissional, a partir de um componente de uma rede de cuidados em saúde mental (a RAPS) que se propõe a efetivar, progressivamente, o deslocamento da assistência às pessoas em sofrimento psíquico do hospital psiquiátrico para a lógica do território comunitário.

Realizar um trabalho em interlocução com os diferentes dispositivos da rede preconizada na Portaria nº 3088/2011 e ofertar o cuidado em meio à diversidade e às peculiaridades que apresentava a vida da população circunscrita territorialmente deram origem a questionamentos relacionados aos principais objetivos do novo modelo de atenção psicossocial: a superação do modelo psiquiátrico hegemônico e a promoção dos direitos humanos do sujeito com transtorno mental.

Os novos dispositivos extra-hospitalares inseridos no cotidiano da comunidade nos permitiam reconhecer que nossas intervenções e respostas terapêuticas eram insuficientes em face de um cenário social que se revelava para além dos muros concretos do manicômio: famílias ainda optando pelo enclausuramento domiciliar e por internações psiquiátricas nas

situações de crise psíquica dos seus parentes; a intrínseca relação entre as situações de crises e suas contensões violentas; a excessiva medicalização sobrepujando a potencialização dos recursos territoriais; a pobreza circundante agravada pela falta de renda, pela inexistência de uma moradia digna e pela baixa escolaridade da população; e, ainda, o alastramento da questão das drogas concorrendo com as diferentes medidas de exclusão social que o atual contexto sociopolítico e econômico favorece.

Durante o processo de análise, buscamos evidenciar a correlação entre nosso campo empírico e os aportes teóricos de referência. Assim, as categorias analíticas eleitas proporcionaram o desenvolvimento de temáticas que emergiam das falas de nossos entrevistados, trazendo novas perguntas e significações para a experiência de viver sob o signo da doença psíquica em um território demarcado pela assistência e pela responsabilidade de uma rede de saúde mental. Analisamos como as estratégias de cuidado com o sofrimento dos/as usuários/as e famílias da RAPS estavam articuladas com o cumprimento dos direitos humanos.

Verificamos como essas estratégias se articulam à vida da população local e como as famílias buscam e encontram o cuidado nas situações de crises psíquicas de seus parentes. Como está organizada a oferta de assistência em rede, de forma a cumprir o que preconiza o novo modelo psicossocial – a ruptura com o paradigma manicomial e com todos os atos de violações que inscrevem a loucura como doença ameaçadora, perigosa e incapacitante.

Nas falas dos/as nossos/as entrevistados/as, tanto usuários/as quanto familiares, aparecem com relativa frequência os atendimentos às crises realizados majoritariamente na emergência do SEP/HUP. Guiados pelos ditames estabelecidos nos instrumentos legais⁴⁶ que garantem a transformação do modelo de atenção à saúde mental, identificamos a persistência de características ainda manicomiais na atenção à crise.

A RAPS local, a contar pela configuração dos seus componentes, disponibiliza uma boa oferta de recursos técnico-assistenciais, o que parece não assegurar a desconstrução do aparato manicomial que sobrevive com o funcionamento de um hospital psiquiátrico operando como componente de atenção à crise na rede. A conduta médica e a medicalização é a terapêutica ofertada na emergência psiquiátrica aos que chegam em franca crise psíquica, seja pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, seja por sofrimento decorrente das questões materiais e/ou subjetivas. Esse aspecto expõe uma contradição aos princípios da Reforma Psiquiátrica: a extinção da instituição psiquiátrica implica a sua progressiva substituição por

⁴⁶ Lei nº 10.216/2001, Portaria GM/MS nº 336/2002 e Portaria GM/MS nº 3088/2011.

leitos integrais em hospitais gerais e pelo CAPS 24 horas, cujo maior desafio é o acolhimento noturno.

Esses dispositivos, previstos na Portaria nº 3.088/2011, são de importância fundamental para a consolidação da RAPS, pois devem funcionar com internações breves, em articulação com toda a rede cuidados e com o projeto terapêutico de cada sujeito. Contudo, a microrregião analisada neste estudo continua acionando permanentemente o hospital psiquiátrico, tendo como justificativa a insuficiência de implantação de sua Rede de Atenção Psicossocial.

Problematizamos o desinvestimento da política de saúde mental municipal, que vai se afastando das determinações construídas em conjunto com o coletivo formado em defesa do SUS, desde a Reforma Sanitária até a luta empreendida pelo MNLA. O movimento se afirmava, principalmente, por convocar a sociedade a desconstruir toda prática manicomial que se abrigava nos pressupostos difundidos por ideias de punição, segregação e não inclusão exercidas contra alguns segmentos da sociedade, entre os quais: os loucos, os negros, as mulheres, as crianças e os indígenas.

O lema “Por uma sociedade sem manicômios”, bandeira de luta do movimento, repercutiu enfaticamente no campo da saúde mental, provocando importantes debates acerca das garantias e da ampliação de direitos daqueles que foram secularmente subtraídos de sua sociabilidade e designados por insanos e perigosos – os sujeitos em sofrimento psíquico. A condição subjetiva dessas pessoas foi, sobremaneira, silenciada e submetida à instrução pragmática de uma única disciplina: a psiquiatria.

É inegável que o modelo de atenção psicossocial proposto por diferentes segmentos da sociedade civil nos anos de 1980, afirmando-se depois como política pública que incorporou as necessidades e a integralidade do sujeito em sofrimento psíquico e sua inserção na comunidade, já enfrentava, naquele período, as intempéries de um Estado mínimo gerido pelos interesses do mercado. O sucateamento e racionalização dos serviços públicos de saúde, operando pela preservação do poder e de interesses privatistas, são algumas das facetas desta conjuntura sociopolítica que se impõe sobre a rede de saúde, desqualificando seus serviços e ações. Esses aspectos denotam a morosidade com que a política de saúde mental lida com a transformação efetiva do modelo, mantendo uma instituição privada a expensas dos recursos públicos como porta de emergência de uma rede pública de saúde mental.

Assim, destacamos em nossas análises outra questão importante, que está conjugada ao funcionamento do Hospital Ulisses Pernambucano. A instituição psiquiátrica possui um legado histórico na cidade que reafirma no imaginário da população o lugar social destinado

ao louco. O Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, já recomendava agilidade na reorientação do modelo psicossocial com pressupostos básicos de inclusão social e habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Se o território sóciogeográfico é fundamental para aproximação com a vida da população e por uma assunção sanitária responsável pelo planejamento das ações de saúde, é possível constatar na organização da RAPS da microrregião do estudo uma contramarcha nas principais orientações da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, prescindir do hospital psiquiátrico não diz respeito apenas ao cumprimento de uma diretriz para implementação do plano de organização de uma rede de saúde e seus dispositivos. A concepção teórica-operacional da Reforma Psiquiátrica propõe a superação do manicômio, garantindo, através da política de saúde mental, uma ampla discussão com a sociedade através de ações intersetoriais que articulem a educação, a saúde, a assistência social, a habitação, o poder judiciário e a atenção/proteção às vítimas de violência. Na RAPS local, estas ações estão longe de resultarem de uma articulação em rede, prevalecendo uma dissociação de condutas ainda centradas no modelo médico.

Como pudemos constatar na pesquisa, o adoecimento psíquico é uma condição humana suscetível de um conjunto de condições materiais e subjetivas. Benedetto Saraceno expôs essa questão em seus estudos, advertindo quanto à estreita relação entre doença psíquica, sua cronicidade e as intervenções que se reduzem em diagnósticos focados em alterações biológicas/comportamentais.

A atenção psicossocial preconizada na concepção reabilitativa de Saraceno, ao tomar a história do sujeito e do seu cotidiano como pressuposto de um novo olhar para o cuidado social, envolve repensar os recursos que estão postos para uma nova sociabilidade que se contrapõe ao isolamento e à segregação de uma “existência” doente.

Na área de estudo, o quadro de adoecimento psíquico da população local, que converge para recorrentes entradas na emergência psiquiátrica, reflete um contexto social determinado pela prevalência de baixa escolarização, ausência de renda, precárias condições de habitabilidade e elevada segregação urbana. Assim, observamos que operar mecanismos de inserção social no território da comunidade revela a escassez de recursos básicos para a provisão de uma vida digna. Para os/as usuários/as, esta escassez significa uma pobreza adicional associada a uma existência quimicamente tratada pelo uso ininterrupto da medicação, cujos efeitos colaterais se estendem à perda gradativa da autonomia, da capacidade de se comunicar e de exercer tarefas triviais no dia a dia. Para os familiares, a

precarização da vida representa o âmago do problema para quem precisa prover os cuidados para um familiar mentalmente enfermo e com necessidades singulares no seu tratamento.

A diversificada oferta de dispositivos assistenciais da RAPS local tem uma forte atuação psicofarmacológica, evidenciando-se nos relatos dos dois segmentos entrevistados (usuários/as e familiares). É comum o tratamento estar associado ao uso e à dispensação das medicações nos pontos de atenção. A medicação, recurso largamente utilizado, perde a relevância como coadjuvante no tratamento, configurando como única variável terapêutica importante, não sendo possível identificar o início e o fim do tratamento. O processo de alta é descrito como ato determinado pelo/a próprio/a usuário/a, o que no sistema de saúde é designado por abandono do tratamento. Em outras situações, a alta é revelada como transferência de um ponto de atenção para outro, seguidas das devidas prescrições medicamentosas como única pactuação possível para manutenção do cuidado em rede. Esses resultados se apresentam muito próximos de uma sistemática medicalização da vida, cronificada pela utilização de estratégias reducionistas, pouco atentas às complexidades e subjetividades do sujeito em sofrimento psíquico, distantes da ampliação responsável dos direitos adquiridos por essa população e garantidos na atual Política Nacional de Saúde Mental.

Ações em rede que envolvem os diferentes dispositivos, desde os Centros de Atenção Psicossocial, a Atenção Básica, até os leitos de atenção integral, devem sobrepujar as características meramente clínicas de cada caso, que, assim vistos, terminam por consumir ações terapêuticas baseadas em diagnósticos de doença/cura. Tal diagnóstico constitui um contrassenso à concepção de saúde defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, adotada como princípio constitucional e como prerrogativa de universalização e implementação/consolidação do SUS. O cuidado integral e equânime implica a incorporação da igualdade de acesso aos serviços e do direito à diferença vivenciada nas redes de relações sociais que se formam em torno da cultura do/a usuário/a, dos recursos familiares formados por laços consanguíneos e/ou vinculares, da rede de instituições formais e informais que se organizam no entorno comunitário.

Cabe-nos a preocupação com a elevada tendência do uso de psicofármacos no atual modelo da RAPS. Verificamos haver uma inversão das internações psiquiátricas compulsórias e, invariavelmente, definitivas, que ocorriam nos grandes asilos e hospitais colônias e marcaram a assistência em saúde mental até o século passado, pela manicomialização química da contemporaneidade. Tão institucionalizante quanto o enclausuramento em hospitais

psiquiátricos, a medicalização é massificadora e traduz sofrimento em rótulos de doenças, cria dependência e afastamento da vida laboral e comunitária, dado o seu grau de entorpecimento.

Como estratégias de contenção às situações de crises psíquicas, a medicação aparece também conjugada às contenções físicas realizadas a céu aberto no território, mas, não sem contar com o reforço policial. O SAMU é um dos componentes da RAPS para realização de ações de urgência/emergência; no entanto, sua atuação só se faz em conjunto com a força policial, em uma flagrante atualização contemporânea da associação da periculosidade atribuída à experiência da doença psíquica. Famílias e usuários/as são submetidos/as à constrangedora situação de vivenciar uma remoção para a emergência do hospital psiquiátrico. As narrativas são explícitas ao descreverem estes episódios: uso da força, algemas, desqualificação do Outro em sofrimento e desrespeito aos direitos humanos.

Os desafios que se impõem nas respostas da rede para situações que produzem dor e muito sofrimento para estes sujeitos perpassam o anacronismo das instituições que atuam nessa perspectiva, impondo o poder da violência institucional e arbitrando um tratamento degradante. Acrescentaríamos a reprodução do preconceito, difuso na sociedade por meio do aniquilamento público do Outro por sua condição vulnerável, relacionada ao seu adoecimento e das famílias, que possuem o aprendizado manicomial reverberando em seu cotidiano ao lidar com as situações de crises.

Foi contra o arbítrio da violência e da truculência dos tratamentos psiquiátricos que os movimentos sociais e de direitos humanos mobilizaram intensamente toda a sociedade, até culminar na regulamentação da Lei nº 10.216/2001 – marco jurídico que definiu toda a reorientação do modelo psicossocial. A persistência desses episódios, banalizados por uma orientação institucional, dão-nos conta que muito ainda há por se fazer em se tratando das práticas que expressam uma gestão manicomial, uma vez que há algo no gesto, regulado por instituições da rede, que repercute na validade de sua intenção.

Viver a liberdade de pertencer a um território e de transgredir, através de um modo de existir tão particular, a normatividade que rotula e gerencia os gestos humanos no campo social pode significar, de fato, um processo emancipatório para todos aqueles que vivenciam a opressão e a discriminação infligidas à sua diferença, o que pode se evidenciar de diversas formas. As desigualdades econômicas, sociais e culturais e a ausência ou insuficiência de acessibilidade/mobilidade, quando expressas em comum com as diferentes clivagens de geração, gênero, raça/etnia, orientação sexual, entre outras especificidades, podem conter a pluralidade que redimensiona a existência de quem sofre um transtorno mental.

Portanto, ainda que muitos descompassos, reforçados por decisões governamentais descomprometidas com um desenvolvimento social inclusivo, marquem o retrocesso histórico de muitos avanços conquistados em Declarações, Leis e Portarias Ministeriais que consolidaram uma nova forma de assistir e cuidar das pessoas com sofrimento psíquico há, ainda, uma acentuada esperança na institucionalidade da RAPS.

A diversidade humana só pode ser reconhecida quando homens, mulheres e crianças pertencem a um coletivo. O combate às discriminações e injustiças, quando incorporadas nas políticas públicas, responsabiliza o Estado a promover condições de igualdade e se constitui como base para o planejamento social. A existência de uma rede de cuidados em saúde mental, ainda que desarticulada, já provoca um debate que envolve trabalhadores, usuários/as, familiares e outros segmentos da sociedade, exigindo um esforço coletivo em questionar o manicômio que se impõe na vida de cada um.

As demandas que chegam aos pontos de atenção nunca estão desarticuladas de um contexto social, requerendo respostas mais ampliadas e complexas. A própria RAPS tem, em sua configuração, dispositivos específicos para acolher uma população crescente que se destaca, não só na microrregião do estudo, mas em todo o país – os/as usuários/as de crack, álcool e outras drogas. As demandas chegam acompanhadas por desfiliação social e familiar, baixa escolaridade, perda de sua inserção social no trabalho, entre outras questões que impactam negativamente a vida do sujeito. Situações que estão a exigir resolutividade nas respostas em rede por envolverem os agravos clínicos relacionados ao uso abusivo e à dependência de substâncias psicoativas e à segregação social a que são submetidos/as, principalmente, os/as usuários/as de crack, muitas vezes, encontrando na rua o lugar de moradia.

As estratégias ofertadas na rede do estudo se apresentam ainda ineficazes em face da grave e complexa exclusão social em que os/as usuários/as se encontram. E, na falta de um debate ampliado com toda a sociedade e da escassa oferta de atenção especializada na rede, a conduta, registrada nas falas dos entrevistados, permanece atrelada/submetida à ordem médica e terapêutica medicamentosa. A diversificação posta na oferta de cuidado se restringe aos atendimentos cíclicos na emergência psiquiátrica, dissociados dos espaços de sociabilidade destes/as usuários/as (comunidade, família, trabalho). Como alternativa à pouca oferta especializada na rede, as Comunidades Terapêuticas (CT) estão incluídas para o atendimento dessas pessoas, na modalidade de internação compulsória e de longa permanência. Percebemos estas instituições como uma reedição da “indústria da loucura”, que, nos anos de 1970, cresceu vertiginosamente com o aumento das internações psiquiátricas em clínicas

privadas, obtendo sua lucratividade à custa dos recursos públicos da saúde. As CT's são, em sua maioria, instituições privadas de caráter religioso, que impõem seus dogmas durante a assistência ofertada e cometem diversas violações de direitos aos/às usuários/as e seus/suas familiares, verificadas por inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2011 em todo o país⁴⁷. Diversas irregularidades foram constatadas e que condizem com a desconstrução dos pressupostos que orientam as políticas públicas, em especial, as que estão formuladas e regulamentadas para a defesa dos direitos humanos e para proteção das pessoas com sofrimento mental.

Quando apontamos essa questão a partir de nossas análises, queremos apresentar outra preocupação que merece ser posteriormente aprofundada e devidamente incluída na pauta da agenda pública de saúde mental: o adoecimento psíquico e a deterioração cognitiva de crianças e adolescentes em uso abusivo de crack, álcool e outras drogas associada a outros agravos importantes (famílias em situação de extrema pobreza, abuso, violência, abandono). Esse problema tem sido anunciado diariamente pelos canais midiáticos de forma sensacionalista, sem, contudo, ser enfrentado de forma responsável e qualificada pela sociedade e pelas autoridades governamentais. Observamos esse aspecto ao identificarmos a ausência de um Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) na RAPS do estudo e, em todo o município do Recife, a existência de uma unidade de saúde mental infantil para realizar toda a cobertura populacional, requerendo um estudo sobre o impacto da insuficiência da rede de cuidados articulada intersetorialmente para essa população específica.

A reorientação do modelo de saúde mental, previsto em Lei e em diversas portarias ministeriais, é guiada por princípios, diretrizes e ações que se comprometem com a implementação de uma rede de dispositivos comunitários de saúde, abertos e territorializados. Organizada no campo do planejamento da micropolítica, essa rede deve se configurar em uma ampla conexão entre todos os atores e suas redes sociais, uma integração com outras políticas sociais e, prioritariamente, um novo campo de produção de novas subjetividades. De acordo com a expressão inspirada por Franco Rottelli, um processo social complexo, que ultrapassa o campo legislativo e a concretude de novos arranjos institucionais. Dizem respeito à “existência sofrimento” do sujeito com transtorno mental e o lugar social que lhe tem sido destinado no projeto societário e uma transformação social mais ampla que realize a transição paradigmática do modelo psiquiátrico para a atenção psicossocial. São perspectivas marcadamente enunciadoras do conjunto de valores que prevalecem em uma sociedade. O

⁴⁷ Conselho Federal de Psicologia (CFP). Relatório 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2 ed. CFP: Brasília – DF, 2011.

primeiro modelo, o psiquiátrico hegemônico, caracteriza-se pela centralização no objeto patológico (a doença mental) e no tratamento que reduz o sujeito a sintomas e diagnósticos, a esquemas medicamentosos associados ao isolamento social. Esses aspectos pressupõem a violência, que se materializa na forma com que a sociedade lida com os diferentes modos de existência, retroalimentando um imaginário social que atribui ao doente mental o estigma de perigoso e ameaçador – uma ideia dissociada das mazelas cotidianas que compõem o universo social dos usuários/s e seus grupos familiares.

O modelo de atenção psicossocial, pactuado pelo projeto da Reforma Psiquiátrica, norteado por conceitos de responsabilização, oferta diversificada e singularizada dos atos de cuidado, acolhimento e convivência comunitária, deve desalojar a loucura das práticas produtoras de violações e do totalitarismo de uma única disciplina. No trabalho de Benedetto Saraceno encontramos a crítica ao manicômio, não apenas como um espaço institucional segregador e desumano, mas como reprodução de uma ideologia fundada no cientificismo racional da psiquiatria incorporada nas práticas assistenciais, mesmo àquelas consideradas inovadoras. O manicômio resiste à derrubada dos muros institucionais, persiste mesmo com o esvaziamento dos pavilhões psiquiátricos, que, no início do processo da atual Reforma Psiquiátrica, foi designado por desospitalização.

Com referência a essa transição, tão cara ao início da implementação da Reforma Psiquiátrica, é importante apontar as residências terapêuticas (SRT) como dispositivos emblemáticos para a reconstrução da tessitura social, tão necessária para os que foram condenados à privação da liberdade em razão do objeto construído pela psiquiatria: a doença mental e sua periculosidade.

A ideia das residências terapêuticas, inseridas nas comunidades e tendo como continente a organização da RAPS local, representa uma das estratégias de significativa importância no processo de reabilitação psicossocial das pessoas egressas de longas internações psiquiátricas. As residências terapêuticas devem promover uma ruptura ideológica e cultural na cidade ao desconstruir os nexos entre um modo de vida doente, a incapacidade, a periculosidade, a tutela e a vida cotidiana na cidade. A liberdade, como pressuposto ético do cuidado para com estas pessoas marcadas pelo abandono e pela ausência de referências sociais e familiares, desafia a RAPS a construir um novo relacionamento destes/as usuários/as com o entorno comunitário e a promover a reaprendizagem de coordenação da própria vida nos atos triviais do cotidiano. Tal reaprendizagem passa pela tessitura de redes próprias de sustentação e suporte ao sofrimento, transcendendo as respostas simplistas do manicômio baseadas em medicação e normatividade rígida.

Podemos realçar, através da entrevista realizada na própria residência terapêutica da microrregião, que há um processo de inserção social estagnado nesse dispositivo. O cenário que encontramos no local ilustrou bem a fala do entrevistado daquele serviço – a letargia da medicação pairando no ambiente em que as chaves da casa e os alimentos ainda são tutelados por um profissional cuidador. A rotina massificante no intramuros da residência não favorece a reconstrução de uma nova subjetivação, de um novo jeito de viver. Confrontar o estigma e o preconceito que se difundem nas ruas do bairro através da experiência do convívio diário vai se tornando uma possibilidade esquecida enquanto estratégia de ação/intervenção de um novo modo de produzir novos sentidos para a vida. A desospitalização, enquanto projeto de desmonte de uma rede privatista e hegemônica de hospitais psiquiátricos, cumpriu, por meio da implantação de residências terapêuticas no território, uma etapa fundamental no processo da Reforma Psiquiátrica. A desinstitucionalização constitui, assim, um processo concomitante a este objetivo. Revela-se no acesso ao campo dos direitos e no exercício do protagonismo desses sujeitos, que se realiza na criatividade e na inventividade do dia a dia de quem se implica nesse cuidado, a rede cuidadora. Um novo olhar para o sujeito e sua complexidade – seus desejos em conexão com todos os recursos que a vida pode lhe ofertar, inclusive, seus “riscos e proteções”. Negar esta experiência é se contrapor à proposta ética e política que está a se construir no cotidiano de todos os serviços da rede, aliás, com todos os seus recursos: usuários/as, famílias, trabalhadores, gestores, vizinhança, instituições e uma rede de informalidade que só tece seus laços, afetivos e materiais, quando incorporada à dimensão cuidadora da produção de saúde.

No início da transformação do modelo de saúde mental no Brasil, foi necessário abrir os portões, quebrar os ferrolhos e cadeados, arrancar as portas das celas fortes e proibir os eletrochoques que impediam o contato de homens, mulheres e crianças com o mundo exterior, submetidos à ordem aviltante do paradigma asilar. Isso ocorreu na primeira intervenção brasileira de uma clínica psiquiátrica privada, a Casa de Saúde Anchieta, realizada em 1989, na cidade de Santos, São Paulo, pela prefeitura e secretaria de saúde, representadas respectivamente, por Telma de Souza e David Capistrano⁴⁸. A experiência deixou uma marca histórica nos rumos da assistência em saúde mental no país. O gesto intervencionista marcava

⁴⁸ Telma de Souza, advogada e professora, santista, foi a primeira mulher a assumir um mandato de prefeita na cidade de Santos, São Paulo – cargo que ocupou de janeiro de 1989 a dezembro de 1992. Militou pela anistia política e foi fundadora do Partido dos Trabalhadores em sua cidade. Davi Capistrano, médico sanitário pernambucano, foi seu secretário de saúde nesse mesmo período do mandato municipal e, posteriormente, eleito sucessor de Telma de Souza na prefeitura de Santos, contribuindo, significativamente, com a organização da saúde pública no país, causa a que dedicou uma boa parte de sua vida.

a intransigente oposição ao depósito humano, que aprisionava, em meio aos ratos e à sujeira, seres humanos. Era o início da transformação do modelo de saúde mental no Brasil.

Hoje, a reorientação do modelo está em curso, ancorada na transitoriedade de um sujeito que se reconstrói em um novo cenário: casa, rua, bairro, cidade, rede social e trabalho. Instâncias inseparáveis de sua sociabilidade e trocas sociais. A instituição passa a ser o território livre da comunidade. Nesse pressuposto, está contida a dimensão de uma prática reabilitativa, que, no modelo psicossocial, não se encerra com uma boa cobertura sanitária dos serviços previstos na organização da rede e instalados na comunidade. A microrregião do estudo é um espelho dessa distribuição. Com seus pontos de atenção procedendo, burocraticamente, à tão sonhada inserção social dos “sem razão” em uma sociedade cujo modelo privilegia o consumo, a competitividade e o descarte apressado de todas as coisas e pessoas, as (des)razões do sofrimento da população contido nesses pressupostos da modernidade vão se tornando de distante alcance para uma rede técnico-assistencial. Com efeito, o processo de inserção social que tem sido implementado pela RAPS, se mostra ineficaz em aplacar a tristeza, o fracasso social, o recuo social diante das barreiras da inclusão e as violências cometidas em nome de preceitos fundamentalistas que reafirmam um não lugar para toda forma plural e diversa de existir. São essas demandas explicitadas nas histórias de vida relatadas em nossas entrevistas, que ainda são tratadas como doenças e medicalizadas.

O “processo social complexo”, remetido tantas vezes por Paulo Amarante nos debates que construíam a trajetória da Reforma Psiquiátrica, permanece atual, dadas as circunstâncias políticas e sociais que demarcam a vida das populações empobrecidas em um perverso desenvolvimento econômico do modelo capitalista, caracterizado pelo desemprego em massa e pela acessibilidade precária aos meios de emancipação social, tais como: educação, como plano de desenvolvimento social, e saúde, como promoção da qualidade de vida e dos direitos humanos.

Como protagonistas no cenário de ebulição de uma militância que lutava pela redemocratização no país, pela universalização da saúde e pelo combate às violações de direitos humanos nos anos de 1980, os/as pacientes psiquiátricos/as e seus/suas familiares se destacaram no engajamento político em prol de uma nova assistência em saúde mental. Em nossa pesquisa, não há um destacamento quanto à participação desses sujeitos em espaços da RAPS que promova grupalidade, politização e reflexões críticas quanto aos desafios inerentes ao campo da saúde mental.

Esse aspecto aponta para a perda gradativa do vigor que animava os movimentos sociais nos anos de 1980, em especial, o MNLA, que, mesmo assim, resiste em algumas

idades do país fomentando o debate pós-reforma. Nas falas dos/as entrevistados/as, principalmente dos/as familiares, observamos a fragilidade dos espaços coletivos de trocas sociais, que, no passado, reunia e organizava politicamente estes segmentos e agora vai cedendo lugar às idas às igrejas que, em suas doutrinas de caráter (neo-) pentecostal, asseguram a cura, o exorcismo e a prosperidade financeira. Não nos aprofundamos nessa questão no presente estudo, mas consideramos importante ressaltar esse aspecto que nos leva a pensar sobre como o manicômio se faz presente nessas práticas religiosas quando atribuem ao sofrimento psíquico a designação de doença manifestada por forças demoníacas. A promessa de cura é seguida pela anulação da busca pelo cuidado e pelo tratamento digno e os cultos religiosos podem estar a mitigar o sofrimento das famílias, que, diante das crises de seus parentes, apelam para as práticas exorcistas. Seria uma sobreposição da função exercida pela arcaica instituição psiquiátrica? Enquanto a RAPS, com seus dispositivos abertos e comunitários, permanece com suas propostas intramuros, burocratizando seus procedimentos, as abordagens que apregoam a intolerância com as diferenças seguem ampliando suas ações para as populações desassistidas psicossocialmente.

Não pretendemos esgotar, nessa investigação, o debate acerca de tão complexa e instigante questão que aportou nosso objeto de estudo. Mas reiteramos sua importância no campo dos direitos humanos, ousando nos colocar a serviço do conhecimento crítico que deve produzir um enlaçamento com a defesa e salvaguarda da vida e com novas práticas comprometidas com as reais transformações que um modelo de saúde preconiza como direito humano.

Sendo assim, propomos o cuidadoso e compromissado acesso aos resultados desse trabalho de pesquisa por gestores, profissionais das diferentes disciplinas, usuários/as, familiares e militantes dos direitos humanos. Por todos/as que integram a rede humana, “fabricando novos mundos” na produção do cuidado em rede de saúde mental e no reconhecimento do quanto ainda há por se fazer diante das violações cometidas nos manicômios, que sobrevivem nos gestos, olhares, palavras e verdades que se absolutizam na lentidão de nossas decisões e iniciativas.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos do estudo de caso. **Caderno de Pesquisa**, Rio de Janeiro, Universidade Estácio de Sá, v. 36, n. 129, p. 637-651, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 4. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente** – outras histórias para a loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 4. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de Atenção do Rio Grande do Sul. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.4, n. 13, p. 568-576, out-dez, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luiz A. Reto e Augusto Pinheiro. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO, Jubel. **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2005.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Org. Paulo Amarante. Trad. Joana Angélica D' Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Trad. Mauro Gama; Claudia M. Gama. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BENEVIDES, Maria Victoria. Direitos humanos: desafios para o século XXI. In: SILVEIRA, Rosa Maria Godoy et al (Org.). **Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos**. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BEZERRA JR, Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BERLINGUER, Giovanni, et al. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **O dilema da Reforma Sanitária brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 1988. p. 195-207

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada - notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.71-90.

BÓRON, Afílio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, Emir (Org). **Pós-neoliberalismo**: as políticas do Estado democrático. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1995.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), v.17, n.1, p. 77-93, 2007.

BRASIL. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Constituição (1967)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://acervo.oglobo.com/fatos-historicos/constituicao-de-1967-suprimiu-liberdades-individuais-legitimou-regime-militar-101169187#ixzz2qtjNTT3p>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 jan. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 jan. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm>. Acesso em: 05 jan. 2014.

BRASIL. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 05 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF: MS, 2012. Disponível

em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas modalidades e normatiza possíveis ações. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Relatórios de informações sociais**. Brasília-DF: MDS, 2014. Disponível em: <<http://www.brasilsemiseria.gov.br/municipios>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado na Conferência Regional de Saúde Mental de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Saúde Mental e Direitos Humanos**: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados 10**, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, março, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 13 abr. 2014.

CARVALHO, Maria do Carmo Brandt. A política de assistência social: novos desafios. São Paulo. **Seminário de Assistência Social: novos desafios**, 2009. Disponível em: <<http://debates.fundap.sp.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

CARVALHO NETO, Menelick; MATTOS, Virgílio de. **O novo direito dos portadores de transtorno mental**: o alcance da Lei nº 10.216/2001. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. p. 22-23.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Trad. Iraci D. Poleti. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2012.

CAVALCANTI, Helenilda; LYRA, Maria Rejane; AVELINO, Emília. **Mosaico Urbano do Recife**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ)/ Prefeitura do Recife, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Loucura, ética e política: escritos militantes. In: SILVA, Marcos Vinicius de Oliveira. **O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 84-111.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. In: KINOSHITA, Roberto Tycanori. **Notas para o Seminário novembro de 2002**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. P.153-158.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela**: modelos de interação entre a psiquiatria e a justiça na conjuntura da luta pela cidadania plena e reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2002.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros**, Rio de Janeiro, vol.63, n.2, p. 114-121. 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **Revista O social em questão**, Rio de Janeiro, ano XV, n. 28, p. 187-198, 2012.

DUTRA, Denise Silveira et al. Doença dos nervos: sentidos e representações. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, v.26, n.1, p. 4-11, 2006.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino et al. Seletividade assistencial reforça desigualdades sociais e produz iniquidades sociais. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, n.1, v.13, p. 52-62, dez. 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política do Estado capitalista**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FONTE, Eliane M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, UFPE, Recife, v. 1, n. 18, p.1-20, 2012.

FONTES, Breno Augusto S. Maior; FONTE, Eliane M. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica no Brasil, Angola e Portugal. Recife: Editora Universitária, 2010. In: Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstruem suas vidas, p. 355-388.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. Trad. José Teixeira Coelho. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT. **Doença mental e psicologia**. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1984.

GUERRA, Andrea Máris Campos. Reabilitação no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica (PUC), v.II, n. 2, p. 83-96, jun., 2004.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território de saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de. et al. Território: ambiente e saúde. **O território da saúde: a organização e a territorialização**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 237-255.

GULJOR, Ana Paula Freitas. **Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. 2003. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, Universidade Luterana do Brasil, v.14, n. 1, p. 165-171, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho de dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária mental**. 1997. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

KINOSHITA. Notas para o Seminário Nov. 2002. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MACDOWELL, Pedro. Coletivizando direitos. In: Viramundo – Boletim (in)formativo, em formatação e desformatação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, n.4, ano 2, maio-junho- julho, 2014.

MAENO, Maria; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. Reabilitação profissional no Brasil: elementos de uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v.35, n. 21, p. 87-99, jan-jun, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas S/A, 2009.

MARTINS, Paulo Henrique. **La decolonialidad de América Latina y La heterotopía de una comunidad de destino solidário**. 6 capítulo. Buenos Aires-Argentina: Ediciones CICCUS Estudios Sociológicos Editora, 2012.

MASSANARO, Heloiza H. M. Almeida (Org). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

MIRANDA, Ary Carvalho de, et al. **Território: ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. In: O território da saúde: a organização e a territorialização.

MONTALLI, Lilia; TAVARES, Marcelo. Família, pobreza e acesso a programas de transferência de renda nas regiões metropolitanas brasileiras. **Revista brasileira de estudos populacionais**, São Paulo, v.25, n.2, p.211-231, julho-dezembro, 2008.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, Universidade de São Paulo USP, v. 1, n. 2, p.71-81, maio/ago. 2004.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra; FORTUNATO, Maria Lucinete. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Revista Vivência**, Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN, n.32, semestral. 2007.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

PASSOS, Isabel C. Fritche. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Revista Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica PUC, v.13, n.1, p. 89-99. 2001.

PALOSCHI, Joana. Instituto Franco Basaglia. **Revista Insieme** [on-line]. Curitiba: SOMMO Editora, 2009. Disponível: <<http://www.insieme.com.br/portal/rss.php>>. Acesso: 17 jan. 2014.

PASSETTI, Edson. Loucura e transtornos: políticas normalizadoras. **Revista Ecopolítica**, São Paulo, Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC), v.2, p. 98-115, 2001- 2012.

PESSOTTI, Isaías. **O Século dos manicômios**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. In: O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje?.p. 19-26.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra C. de Souza. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, n. 4, p.633-640, out./dez., 2004.

RECIFE. **Atlas Municipal de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/dados-estatisticosindicadoresdemograficos>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

RECIFE. **IX Conferência Municipal da Cidade do Recife/ Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br>. Acesso em 02 ago. 2014.

ROSA, Lucia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 149-169.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: Nicácio, Fernanda (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RUIZ, Valéria Salek, et al. François Tosquelles, sua história no campo da reforma psiquiátrica/desinstitucionalização e suas pistas para abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2013. Disponível em: <www.c-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/essue/current>. Acesso em: 01 mar. 2014.

SANDER, Jardel. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Revista Sociedade & Psicologia**, Florianópolis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, n. 2, p. 382-387, mai./ago., 2010.

SANTOS, Boaventura de Souza. Poderá o direito ser emancipatório? **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra (CES), Centro de Estudos Sociais, n. 65, p. 3-76, 2003.

SANTOS, Milton. **O espaço cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SARACENO, Benedetto. A cidadania como forma de tolerância. **Revista Terapia Ocupacional**, Universidade de São Paulo (USP), v. 22, n. 2, p. 93-101, maio-ago, 2011.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Williams Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As representações sociais da reabilitação psicossocial**: um estudo sobre os CAPS. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

SILVA, Haroldo Caetano. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança**. Goiás: Ministério Público/Centro de Apoio Operacional de Defesa do Cidadão, 2010.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira. A família na psicose. **Revista Intensa**, Salvador, Universidade Federal da Bahia UFBA, ano I, n.1, p. 70-77. 2007.

SILVEIRA, Paulo Henrique Miranda. **Programa Saúde da Família**: uma discussão sobre o modelo de atenção básica à saúde. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/ Editora Massangana, 2010.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, ABRASCO, 2011.

TRIVINOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. – 19. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Condições históricas, desafios e estratégias para uma reforma psiquiátrica**. In: LOBOSQUE, Ana Marta. Caderno de Saúde Mental – A Reforma Psiquiátrica que queremos por uma Clínica Antimanicomial. Belo Horizonte: ESP- MG, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica**. São Paulo: HUCITEC Editora, 2010.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Revista Estudos de Psicologia**, São Paulo, Universidade Católica de Campinas v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006.

VENANCIO, Ana Tereza A. Da colônia agrícola ao hospital colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p.35-52, dez. 2011.

VENTURINI, Ernesto. A cidade dos outros. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, Universidade Federal Fluminense (UFF), v.21, n. 2, p. 203-222, maio-ago, 2009.

VENTURINI, Ernesto. **O caminho dos cantos**: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, Universidade Federal Fluminense (UFF), v.22, n. 3, p.471-480, set-dez, 2010.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, Silvio. **Encontro Nacional da RAPS RECI-PRÓ-CIDADE na diferença**. Curitiba, 4 a 6 de 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS - PPGDH
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “**A Reabilitação Psicossocial e a Afirmação dos Direitos Humanos da Pessoa em Sofrimento Psíquico: um estudo da Rede de Atenção Psicossocial**”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Sandra Valéria Borges de Lucena**, residente à Rua das Gardênia; 252 – Rio Doce – Olinda – PE – Cep.: 53150-570 - Telefone(s): (81) 98293289/86625902 (inclusive ligações à cobrar); – e-mail: lucena.sandra@hotmail.com e está sob a orientação do Profº Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos, Telefone: (81) 97575669; e-mail: gustavo.gomesdacosta@yahoo.com.br .

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Iremos pesquisar e analisar, de que forma a Rede de atendimento em saúde mental contribui para melhorar a qualidade de sua vida na comunidade (vizinhos, amigos, sua circulação no bairro), com sua família e no trabalho. Faremos esse estudo por meio de uma entrevista em que você responderá questões sobre os cuidados com sua saúde, a assistência que recebe da Rede de Saúde Mental, sua vida social e familiar.

A sua participação como voluntário/a na pesquisa iniciará na data agendada para a entrevista e terminará ao concluirmos e esclarecermos todas as perguntas do roteiro de entrevista, o que se fará em (2) duas ou, no máximo, (3) três visitas.

RISCOS: a pesquisa, através da entrevista, poderá provocar o risco de constrangimento aos voluntários/as ao responder às questões abordadas e, ao se fazer o registro de falas não consentidas. Como forma de minimizar o constrangimento, a entrevista será individual, realizada em espaço reservado no serviço de saúde de sua referência para preservar o sigilo dos conteúdos.

BENEFÍCIOS: a pesquisa reconhece a importância das contribuições dos voluntários/as para elaboração desse estudo que poderá, através dos resultados, colaborar com a melhoria da Política de Saúde Mental e da defesa dos direitos humanos dos usuários/as e familiares nos espaços da comunidade, nos serviços de saúde e em todas as políticas sociais públicas que devem construir a Rede de Saúde Mental.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas,

fotos), ficarão armazenados em pastas de arquivos e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora **Sandra Valéria Borges de Lucena**, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

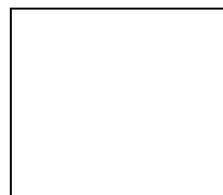
Assinatura da Pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “**A Reabilitação Psicossocial e a Afirmação dos Direitos Humanos da Pessoa em Sofrimento Psíquico: um estudo da Rede de Atenção Psicossocial**”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data: _____

Assinatura: _____



Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário/a em participar:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO PARA ENTREVISTA/ USUÁRIOS-USUÁRIAS

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

1. Você tem participado do seu tratamento? Quais são as escolhas que você faz para sua recuperação (áreas sociais, médicas, de emprego, formação)?
2. Com quem você mora?
3. Você é incentivado a participar da vida de sua comunidade? Você recebe assistência/ apoio dos profissionais que lhe atendem para estar junto de sua família, amigos, quando deseja?
4. Quais os locais você costuma frequentar para se divertir, encontrar amigos, participar de grupos, reuniões? Sua família participa também nesses momentos?
5. Como realiza suas compras pessoais – roupas, sapatos, perfumes...?

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1. Você tem informações sobre a medicação que utiliza e qual a finalidade?
2. Quando você recebe alta do tratamento, para onde é encaminhado? Como se dá a continuidade dos seus cuidados com a saúde?
3. Quais os serviços de saúde que costuma frequentar para tratamento dentário, uma virose, dor de barriga...?

PARADIGMA ASILAR

1. Se lhe ocorrer uma situação de crise, para qual serviço médico será encaminhado?
2. Quando da sua passagem no Hospital, você recebeu informações sobre o porquê da necessidade de internação e de tratamento? Ao receber alta, você contou com alguma rede de apoio?

DIREITOS HUMANOS

1. Quando está em situação de crise, como costumam fazer sua contenção?
2. No último ano, passou por alguma situação constrangedora, humilhante, em local público ou privado em decorrência do transtorno mental? Em que local?
3. Você participa de alguma atividade ou grupo na comunidade (político, religioso, cultural) em que se discutem os direitos das pessoas com transtorno mental?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA / FAMÍLIA

1. Quando seu familiar está em situação de crise, quais providências são tomadas?
2. Como percebe o processo de recuperação do seu familiar? Em sua opinião, tem havido progresso no tratamento?
3. Você participa de alguma atividade de grupo que discute o transtorno mental e saúde mental?
4. Você recebe orientações que lhe ajudam a cuidar do seu familiar? Em que lugar recebe estas informações e quais são?
5. Quando encerra o tratamento nesta unidade de saúde, como dá continuidade ao tratamento do seu familiar? Quais outros lugares seu familiar recebe atendimento/tratamento?
6. Os profissionais de saúde oferecem informações sobre opções sociais, religiosas, culturais, de lazer que gostaria de participar com seu familiar?
7. Você participa de algum outro espaço/grupo junto ao seu familiar que tem transtorno mental?

ANEXO A – Termo de uso de dados



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao/à pesquisador/a **SANDRA VALÉRIA BORGES DE LUCENA**, o acesso aos dados de (prontuários / de base de dados de pesquisa / de banco de dentes etc) do CAPS Espaço Azul, na Atenção Básica, na Residência Terapêutica, no NASF 4, no CAPS Álcool e Drogas (AD), no Consultório de Rua e no Ambulatório de Psiquiatria para serem utilizados na pesquisa: **SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enquanto espaço para a (re)afirmação dos direitos humanos, que está sob a orientação do Professor Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos.**

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Porém a pesquisadora só estará autorizada a coletar os dados no serviço após a aprovação do Comitê de Ética e posteriormente a confecção da CI de autorização da Secretaria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Recife, 30 de junho de 2014.

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEU/ES/SS/PCR
Matrícula nº 87.635-5

ANEXO B – Carta de anuência

**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Sandra Valéria Borges de Lucena** mestranda em direitos humanos da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no CAPS Espaço Azul, na Atenção Básica, na Residência Terapêutica, no NASF 4, no CAPS Álcool e Drogas (AD), no Consultório de Rua e no Ambulatório de Psiquiatria, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Direitos humanos e saúde mental: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enquanto espaço para a (re) afirmação dos direitos humanos.", sendo orientada por Gustavo Gomes da Costa Santos.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

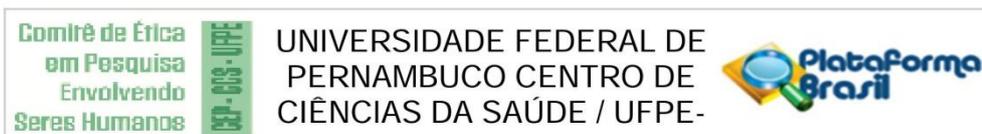
Recife, 27 de junho de 2014.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho (SECTES/SSPCR)
Matrícula nº 87.655-5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) enquanto espaço para a (re) afirmação dos direitos humanos

Pesquisador: SANDRA VALÉRIA BORGES DE LUCENA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33233214.4.0000.5208

Instituição Proponente: Centro de Artes e Comunicação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 728.804

Data da Relatoria: 24/07/2014

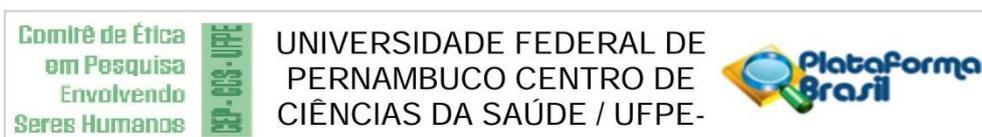
Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado em Direitos Humanos CAC/UFPE apresentado por Sandra Valéria Borges de Lucena com o título DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: Rede de Atenção Psicossocial(RAPS) enquanto espaço para a (re) afirmação dos direitos humanos sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos.

Objetivo da Pesquisa:

Constituem objetivos da pesquisa: i.Geral: Analisar as repercussões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na Microrregião 3.3, do Distrito Sanitário III – Recife - PE, no processo de reabilitação psicossocial dos seus usuários/usuárias e familiares, quanto à promoção dos seus Direitos Humanos; ii.Específicos: a) Descrever a estrutura e a organização da RAPS na microrregião 3.3 do Distrito Sanitário III e suas principais características; b) Identificar as práticas da RAPS da microrregião 3.3, que favorecem a inclusão/reabilitação psicossocial dos seus usuários/ usuárias e familiares; e c) Investigar a existência de ações de promoção dos Direitos Humanos articuladas entre pontos de atenção da RAPS e a vida dos usuários/usuárias e familiares, através de suas narrativas.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 728.804

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente refere que a pesquisa, através da entrevista, poderá provocar o risco de constrangimento aos voluntários/as ao responder às questões abordadas e, ao se fazer o registro de falas não consentidas, mas que como forma de minimizar o constrangimento, a entrevista será individual, realizada em espaço reservado no serviço de saúde de sua referência para preservar o sigilo dos conteúdos. Quanto aos benefícios afirma a importância das contribuições dos voluntários/as para elaboração desse estudo que poderá, através dos resultados, colaborar com a melhoria da Política de Saúde Mental e da defesa dos direitos humanos dos usuários/as e familiares nos espaços da comunidade, nos serviços de saúde e em todas as políticas sociais públicas que devem construir a Rede de Saúde Mental. Ainda declara que as informações da pesquisa serão confidenciais e armazenadas sob sua responsabilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa procurará responder à indagação: De que forma as estratégias de reabilitação psicossocial construídas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contribuem para superação do modelo psiquiátrico asilar e para afirmação dos Direitos Humanos da pessoa em sofrimento psíquico? Apresenta consistente revisão da literatura, a se expandir quando da elaboração do relatório final, e como metodologia, descreve: o estudo será de enfoque qualitativo, baseado em POPE e MAYS, 2006, e procedimentalmente estudo de caso baseada em Lakatos e Marconi(2009). Os instrumentos serão: pesquisa documental e bibliográfica, e entrevista semi-estruturada aplicada junto à 14 sujeitos (usuário e familiar) escolhidos por amostragem representativa no território do Distrito Sanitário III. Os dados registrados e transcritos passarão por análise de conteúdo (Bardin) temática: Atenção Psicossocial, Paradigma asilar e Reabilitação Psicossocial. Para garantir a credibilidade da pesquisa, já que ela trabalha com os usuários, realizará dois encontros com interlocutores acadêmicos, além dos encontros com a orientadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proponente apresentou todos os termos exigidos para pesquisa envolvendo seres humanos: Autorização de uso dos dados por gerente da PCR, Termo de Uso e Confidencialidade, TCC, TCLE.

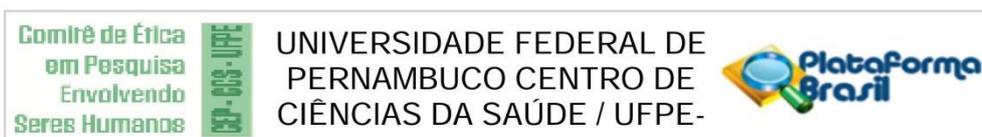
Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 728.804

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 25 de Julho de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br