



**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Sérgio Arouca**



**Rupturas e encontros:  
desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

**S i l v i o   Y a s u i**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Amarante**

Rio de Janeiro

2006

SILVIO YASUI

Rupturas e encontros:  
desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Ciências na área de Saúde.

Orientador: Dr. Paulo Amarante

**Rio de Janeiro**

**2006**

## Agradecimentos

São tantos e para tantas pessoas. Para não correr o risco de esquecer de alguém, agradecerei pelos locais por onde andei...

Aos amigos de Mogi da Cruzes que marcaram o início de minha trajetória, aos professores que muito me ensinaram e, especialmente, aos pacientes do Hospital Psiquiátrico de Itaquaquecetuba, onde aprendi os meus primeiros passos.

Aos amigos e companheiros de trabalho do Juqueri. Dias difíceis, mas inesquecíveis.

Aos eternos amigos do CAPS Luiz Cerqueira, onde vivi os melhores anos de minha vida profissional.

Aos muitos amigos que encontrei nessas andanças por tantos lugares, que me ensinaram como este país é lindo em sua diversidade.

Aos amigos de Assis: da UNESP, da Direção Regional, do CAPS. Eternamente grato pela acolhida.

Aos meus alunos e estagiários de ontem, de hoje e de amanhã, que ensinam a me renovar sempre.

Aos meus amigos do Rio de Janeiro, da ENSP, do LAPS. Das tardes discutindo, aprendendo. Muito do que está nesta tese nasceu destes intensos encontros.

Ao CNPq e a UNESP por me possibilitarem cursar o doutorado em um lugar tão distante de minha casa.

A Paulo Amarante a minha gratidão pelas oportunidades de vida que me proporcionou ao me aceitar como seu orientando e a me convidar para tantas atividades importantes.

As minhas sobrinhas Júlia, Roberta e Verônica, por fazerem parte de minha vida.

A Heloisa, meu amor e minha gratidão por tudo.

## RESUMO

O presente estudo aborda a Reforma Psiquiátrica brasileira tendo como eixo de análise quatro dimensões postuladas por Paulo Amarante que a caracteriza como um Processo Social Complexo. Na dimensão jurídico-política, que aqui renomeamos como política, através de uma análise do percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, propõe-se destacar as tensões e conflitos decorrentes das ações dos diferentes atores sociais que provocam e interrogam a relação entre Estado e Sociedade. Na dimensão epistemológica, busca-se estabelecer uma relação entre a transição paradigmática das ciências, tal como proposto por diversos autores críticos da racionalidade científica moderna, e a ruptura epistemológica em relação à psiquiatria tradicional, presente nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Ao propor a construção de um novo olhar sobre a loucura, sobre o sofrimento psíquico, a Reforma Psiquiátrica aponta para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo semelhante à produção de conhecimento a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica. Na dimensão técnico-assistencial propõe-se realizar uma análise dos principais conceitos que norteiam a produção de cuidados dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aqui entendido não apenas como um serviço, mas como uma estratégia que produz uma ruptura com o modelo assistencial hegemônico. Na dimensão sócio-cultural, busca-se apresentar as possibilidades de se obter uma transformação no processo de formação de profissionais, principais agentes responsáveis pela construção de um novo lugar social para a loucura, por meio de uma reflexão sobre o trabalho que desenvolvo na Universidade com estagiários e profissionais recém-formados. Na conclusão deste trabalho apresentamos a hipótese de que, por sua complexidade, diversidade e abrangência, a Reforma Psiquiátrica não pode e não deve ser confundida com uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou de mudança nas instituições. Sua natureza é mais ampla. A Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. Um processo que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, produz uma ruptura com os modelos hegemônicos e busca inventar dispositivos diferentes de cuidado diversificando ações, tecendo uma rede com o território, inventando formas de sociabilidade, produzindo valor social, construindo uma ética, insistindo em sonhar com um outro mundo possível.

Palavras-chave: saúde mental; reforma dos serviços de saúde; mudança social; serviços de saúde comunitária.

## ABSTRACT

This research describes an approach to Brazilian Psychiatric Reform where focus the analysis axis on Paulo Amarante's four dimensions for characterizing Psychiatric Reform as a Complex Social Process. Amarante's first dimension is concerned with the judicial-political dimension (renamed here as the politic dimension) and the historical Psychiatric Reform path. With these dimension one can point out tensions and conflicts of participants' actions and thereby call into question the relationship between government and society. Amarante's second dimension is epistemology, where the aim is to establish a relation and a parallel between paradigm transition in science – as purposed for many critical authors from the perspective of modern rational science – and the epistemological rupture in traditional psychiatric. The third dimension focuses on technical assistance. The aim is to create a map and an analysis of the CAPS's principal concepts of health care production. Here, health care does not simply refer to the health care services, but is viewed as a strategy that produces a rupture within the hegemonic assistance model. At the fourth, social-cultural dimension the aim is to present the possibilities of creating a transformation in the professional's training process by examining the mainly responsible for the construction of a new social place for madness. The question is explored through reflection about the author's work developed at the university with students and new professionals. This research shows that the hypothesis of the Psychiatric Reform, for its complexity, diversity ah recovery, can not be taken as the transformation of the structure of health care services or as change in the institution. Its nature is much more amplified. Psychiatric Reform is a civilizing process. It is a process that, in the daily encounter with those who suffer – sometimes those who suffer intensely – produces a rupture with hegemonic models and thereby invents different modes of care by diversifying actions and connecting with the territory, thereby inventing possibilities for sociability, social values, and ethics which, in turn, creates the possibility of another world.

Key words: mental health; health care reform; social change; community health services.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>MOVIMENTO SOCIAL E POLÍTICA PÚBLICA: DESAFIOS DA DIMENSÃO POLÍTICA DA REFORMA PSQUIÁTRICA.....</b>	<b>20</b>
INTRODUÇÃO .....	20
REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSQUIÁTRICA: MOVIMENTOS SOCIAIS .....	23
ORIGENS DA REFORMA PSQUIÁTRICA .....	26
ANOS 80: A REFORMA PSQUIÁTRICA EM UM TEMPO QUE NÃO PÁRA.....	32
OS ANOS 90: REMANDO CONTRA A CORRENTE DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REFORMA .....	45
O NOVO MILÊNIO: DESINSTITUCIONALIZAR A REFORMA PSQUIÁTRICA.....	56
PARA NÃO CONCLUIR.....	63
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>A REFORMA PSQUIÁTRICA E A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA.....</b>	<b>67</b>
INTRODUÇÃO .....	67
RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA .....	69
RACIONALIDADE CIENTÍFICA MÉDICA .....	73
RACIONALIDADE PSQUIÁTRICA.....	76
CRISE DO PARADIGMA CIENTÍFICO DA MODERNIDADE .....	82
COMPLEXIDADE E O PARADIGMA EMERGENTE.....	88
<i>Todo conhecimento científico-natural é científico-social.....</i>	<i>91</i>
<i>Todo conhecimento é local e total.....</i>	<i>92</i>
<i>Todo conhecimento é autoconhecimento.....</i>	<i>93</i>
<i>Todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum.....</i>	<i>94</i>
A REFORMA PSQUIÁTRICA E A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA.....	95
CONCLUSÃO.....	101
<b>CAPITULO 3</b>	
<b>CAPS: ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS.....</b>	<b>105</b>
INTRODUÇÃO .....	105
CUIDAR: A ESSÊNCIA DO NOSSO COTIDIANO .....	109
TERRITÓRIO.....	116
RESPONSABILIZAÇÃO.....	122
ACOLHIMENTO.....	128
NOTAS SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL.....	134
PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL E A DIVERSIDADE DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS.....	139
CRIAÇÃO DE UMA REDE INTERSETORIAL DE CUIDADOS.....	144
COTIDIANO E O TEMPO.....	148
PARA NÃO CONCLUIR .....	151
<b>CAPITULO 4</b>	
<b>NA TERCEIRA MARGEM DA UNIVERSIDADE: MUDAR É DIFÍCIL, MAS É POSSÍVEL.....</b>	<b>152</b>
INTRODUÇÃO .....	152
À UNIVERSIDADE, O SUS, AS CONTRADIÇÕES E MUDANÇAS POSSÍVEIS.....	154
OS CURSOS DE PSICOLOGIA.....	162
A TERCEIRA MARGEM DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNESP-ASSIS.....	166
A TERCEIRA MARGEM SAÚDE MENTAL: ESTÁGIOS E APRIMORAMENTO.....	169
<i>Oficinas terapêuticas – será arte, trabalho, inclusão?.....</i>	<i>171</i>
<i>Programa de Aprimoramento Profissional.....</i>	<i>177</i>
CONCLUSÃO.....	180
<b>CONCLUSÃO</b>	
<b>PLANTADORES DE SONHOS: A REFORMA PSQUIÁTRICA É UM PROCESSO CIVILIZADOR.....</b>	<b>185</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>196</b>

# INTRODUÇÃO

## Morte e vida Severina

João Cabral de Mello Neto

### O RETIRANTE EXPLICA AO LEITOR QUEM É E A QUE VAI

— O meu nome é Severino,  
não tenho outro de pia.  
Como há muitos Severinos,  
que é santo de romaria,  
deram então de me chamar  
Severino de Maria;  
como há muitos Severinos  
com mães chamadas Maria,  
fiquei sendo o da Maria  
do finado Zacarias.

Mais isso ainda diz pouco:  
há muitos na freguesia,  
por causa de um coronel  
que se chamou Zacarias  
e que foi o mais antigo  
senhor desta sesmaria.

Como então dizer quem fala  
ora a Vossas Senhorias?  
Vejamos: é o Severino  
da Maria do Zacarias,  
lá da serra da Costela,  
limites da Paraíba.

Mas isso ainda diz pouco:  
se ao menos mais cinco havia  
com nome de Severino  
filhos de tantas Marias  
mulheres de outros tantos,  
já finados, Zacarias,  
vivendo na mesma serra  
magra e ossuda em que eu vivia.

Somos muitos Severinos  
iguais em tudo na vida:  
na mesma cabeça grande  
que a custo é que se equilibra,  
no mesmo ventre crescido  
sobre as mesmas pernas finas  
e iguais também porque o  
sangue,  
que usamos tem pouca tinta.

E se somos Severinos  
iguais em tudo na vida,  
morremos de morte igual,  
mesma morte severina:  
que é a morte de que se morre  
de velhice antes dos trinta,  
de emboscada antes dos vinte  
de fome um pouco por dia  
(de fraqueza e de doença  
é que a morte severina  
ataca em qualquer idade,  
e até gente não nascida).

Somos muitos Severinos  
iguais em tudo e na sina:  
a de abrandar estas pedras  
suando-se muito em cima,  
a de tentar despertar  
terra sempre mais extinta,

a de querer arrancar  
alguns roçado da cinza.  
Mas, para que me conheçam  
melhor Vossas Senhorias  
e melhor possam seguir  
a história de minha vida,  
passo a ser o Severino  
que em vossa presença emigra.

Dos muitos modos possíveis para se iniciar uma tese, optei por um caminho pouco usual: a poesia. Não sou nordestino, embora tenha por eles uma boa dose de admiração. O que tenho em comum com o início deste belo poema de João Cabral de Mello Neto é que sou filho de imigrantes e desejo me apresentar e introduzir este trabalho. Um trabalho que tem este sentido de alguém que se movimenta, que transita, se desloca em busca de algo. Severino foi à busca do mar e encontrou a pobreza, a morte, a dor, mas também a esperança no espetáculo da vida; vendo-a desfiar seu fio que teimosamente se fabrica; vendo-a brotar em uma nova vida que explodia, ainda que franzina, ainda que de mais uma vida Severina.

Já este que fala, com certeza, não tem este suave dom da poesia, ainda que para contar das coisas duras da vida, mas tem a teimosa persistência dos que caminham. E como somos muitos os caminhantes nas veredas destes sertões, de muitas sinas e destinos, e se me permitem a ousadia e certo excesso, gostaria de apresentar o meu caminho, daquele que em sua presença emigra.

Comecei a me interessar pelo campo da saúde mental, em 1976, no segundo ano do curso de psicologia, quando tive a oportunidade de realizar um estágio voluntário em um hospital psiquiátrico. Conheci cedo a dura realidade da instituição psiquiátrica, dos maus-tratos, do abandono. Um dos primeiros pacientes que tive contato me marcou profundamente. Era um senhor de uns 45 anos, com uma bela voz. Estava ensaiando uma pequena peça de teatro e solicitei a ele que fosse o narrador da história. De pronto, pegou o microfone, empolou a voz e fez uma bela narração. Perguntei-lhe o que fazia antes de ser internado e ele me contou que era locutor de uma importante rádio de São Paulo. Estava a quase um ano internado. O motivo: alcoolismo. Ele assegurava que estava bem que já podia e queria sair, mas o “doutor” não autorizava. Soube, mais tarde, que esse era um procedimento comum nos hospitais psiquiátricos, manter os pacientes alcoolistas, pois, em abstinência, eram excelentes para as tarefas cotidianas do hospital e acabavam sendo utilizados como mão-de-obra barata. Percebi com a peça de teatro, que aqueles a quem se nomeavam loucos, doidos, doentes mentais, etc, eram pessoas interessantes, agradáveis, com histórias de vida intensas que apesar das crises que apresentavam vez ou outra, mantinham um contato pessoal e afetivo. E que precisavam de pouco: serem reconhecidos e respeitados. Essa experiência marcou profundamente minha vida. Ainda que de uma forma não muito clara, decidi ali com o que gostaria de trabalhar.

Logo que sai da faculdade, entrei no mestrado em Psicologia Social na PUC, em 1980. Pretendia realizar uma pesquisa sobre a representação social da loucura em uma cidade que tinha um grande hospital psiquiátrico. Questões imponderáveis me impediram de continuar. Mas ficou a vontade de retomar, um dia, a pós-graduação.

Ao final de 1983, assumi a função de psicólogo no Departamento Psiquiátrico II, nacionalmente conhecido como Hospital Psiquiátrico de Juqueri. Meu primeiro contato foi com o diretor clínico do hospital que me contava sobre os diversos e diferentes projetos que estavam iniciando, um pouco para me seduzir com um deles, chamado projeto “Lar Abrigado”, que acabei por integrar. Aquele foi um importante encontro. Havia uma expectativa de diversos médicos para que eu fosse trabalhar com os residentes, aplicando testes projetivos e realizando psicoterapia nos pacientes por eles indicados, como forma de ampliar as discussões clínicas psiquiátricas. Embora pressionado, o diretor clínico sustentou minha escolha em trabalhar no Lar Abrigado. Começava ali uma trajetória profissional, a qual me remeteria à construir/inventar uma forma diferente de atuar.

Aqueles eram tempos diferentes. Um governo estadual eleito democraticamente, um sanitarista como Secretário da Saúde. Vários profissionais recém-contratados, imbuídos do espírito de trabalhar para mudar e transformar. O clima de mudança e participação estava presente, e muito, na cena brasileira naqueles anos. Em 1984 houve a campanha das Diretas-Já, que resgatou nossa capacidade coletiva de participação em eventos políticos grandiosos. Depois, veio a eleição indireta de Tancredo Neves e a sua morte. Então assumiu seu vice, José Sarney, dando início à Nova República.

A lembrança mais viva que trago na memória daqueles anos é a excitação pela possibilidade concreta de mudar a história: do lugar que trabalhava, de minha cidade, de meu estado, de meu país. Aquilo que antes era sonho, parecia próximo, real e concreto. Eram os tempos da Constituinte. Os atores da Reforma Sanitária lutavam pela conquista do direito à saúde, pelo estabelecimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tempos da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que teve como consequência a realização, no ano de 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Tive a oportunidade de participar daquela Conferência de Saúde Mental e de presenciar, em seus bastidores, as articulações para a organização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado no mês de dezembro do mesmo

ano na cidade de Bauru, em que participei ativamente. Um Congresso também histórico pelo nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial – marcado pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios” e pela escolha do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Todos esses eventos apontam para um importante processo que, iniciado no final dos anos setenta, ganha impulso e legitimidade no início dos anos 80: a Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um movimento de muitas faces: a das inovadoras experiências institucionais, dando seus primeiros passos; a da legitimidade como política pública, começando a ser assumida pelo Ministério da Saúde, com a I Conferência Nacional; a de movimento social, com o Movimento da Luta Antimanicomial, congregando diferentes atores, usuários, profissionais, familiares, simpatizantes.

Como disse, havia naqueles anos um clima que nos convocava a participar ativamente das mudanças nas diferentes dimensões de nossa existência.

No ano de 1987, deixei, compulsoriamente, o trabalho no Juqueri e comecei em um novo serviço de saúde mental que surgia naquele ano: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Esta mudança marcou profundamente minha vida profissional.

Os primeiros meses de trabalho no CAPS foram intensos. Assim como eu, vários outros profissionais estavam chegando e em condições parecidas: foram afastados de projetos em que se destacavam. Foi um espasmo autoritário de início do governo estadual. O CAPS conseguiu ser o que é, apesar da política de precarização do trabalho na saúde implementada pelo Governo Estadual naqueles dias. Mas o que importava era que estávamos assumindo um importante projeto, colocando em prática a possibilidade de construir um serviço de cuidados às pessoas que apresentavam sofrimento psíquico, prescindindo do hospital psiquiátrico. Foi uma inesquecível experiência de construção coletiva.

Em 1989, foi publicado o primeiro livro da coleção Saudeloucura, da editora HUCITEC, que traz um texto de minha autoria, no qual realizo algumas reflexões sobre aqueles primeiros anos do CAPS.

Em função do caráter inovador de nosso trabalho, fomos convidados a expô-lo em dezenas de eventos pelo país. De Aracajú em Sergipe à Santa Maria no Rio Grande

do Sul, passando pelo Rio de Janeiro e pelas mais importantes cidades do Estado de São Paulo. Apresentávamos e discutíamos a possibilidade de se construir um novo serviço de saúde mental, não apenas em Congressos oficiais e formais, mas em dezenas de encontros informais com as equipes de saúde de municípios. Guardo a agradável lembrança de horas e mais horas de conversas, de trocas de experiências, de certa sensação de estar semeando idéias sobre a possibilidade de transformação.

Estes convites tornaram-se mais intensos a partir de 1992, com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, da qual participei como delegado eleito na Conferência Estadual de São Paulo. Aquela Conferência consolidou uma política oficial de mudança assistencial. O trabalho que desenvolvíamos no CAPS ganhou reconhecimento e legitimidade, transformando-se, assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, em marcas registradas de serviços de saúde transformadores.

Ao final de 1994, tomei uma importante decisão em minha vida. Cansado da vida estressante da cidade de São Paulo, das horas perdidas no trânsito, da violência urbana, da poluição, resolvi mudar-me para o interior de São Paulo. Em 1995, trabalhei como assessor de saúde mental da Unidade de Saúde Mental de Penápolis-SP, onde juntamente com a equipe, reorganizamos o atendimento e implantamos um CAPS.

Por imperativos imponderáveis do destino, fui cursar o mestrado na UNESP de Assis, retomando aquele antigo projeto, e terminei o ano como docente daquela Universidade e como articulador das ações de saúde mental na Direção Regional de Saúde de Assis (DIR VIII).

Comecei este trabalho criando um fórum regional de articuladores municipais de saúde mental, o Colegiado Regional de Saúde Mental. Além de ser um espaço para troca de experiências entre os diferentes profissionais, o Colegiado possibilitou um reconhecimento, por parte dos gestores de saúde, da importância das ações em saúde mental, das questões e dificuldades inerentes ao nosso campo e, também, da legitimação do papel do articulador municipal.

Eu percorria os municípios da região, para dialogar com os profissionais buscando contribuir para a construção/invenção de ações de saúde mental que rompessem com o tradicional modelo de atendimento centrado em consultas psiquiátricas ou psicológicas e mais nada além. Pude auxiliar na implantação de oficinas terapêuticas e de CAPS em diversas cidades.

No papel de articulador, ajudei a organizar eventos para o dia da luta antimanicomial com a participação e cooperação de diversas outras instituições (UNESP, CRP, Secretarias Municipais de Saúde). Pode-se afirmar que estes eventos já fazem parte do calendário, senão oficial, ao menos informal, das atividades da saúde daqueles municípios.

Mensalmente, participava do Colegiado Estadual de Saúde Mental, reunião realizada em São Paulo, com a participação de todos os articuladores das Direções Regionais do estado. Foi um espaço para trocas e democratização das informações em âmbito estadual. Também foi espaço onde se discutia as supervisões de avaliação dos serviços de saúde mental, notadamente dos hospitais psiquiátricos, com vistas ao credenciamento junto ao SUS. Isto me possibilitou conhecer a realidade assistencial de praticamente todas as importantes cidades do estado de São Paulo. Pude perceber o quanto o processo da Reforma Psiquiátrica era distante da realidade de muitos profissionais. As questões que encontrei em diversos lugares me remetiam ao tempo que trabalhava no Juqueri: a internação como terapêutica exclusiva e compulsória; estruturas hierarquizadas e centralizadas na figura do médico; predominância do tratamento medicamentoso; intolerância em relação às crises dos pacientes; ausência de alternativas assistenciais e equipes queixosas sempre prontas a culpabilizar o outro por suas “carências”. Essas andanças me provocaram inúmeras questões, especialmente no que se refere ao trabalho das equipes.

Ao mesmo tempo em que atuava na Direção Regional de Saúde, desenvolvia atividades de docente na UNESP. Esta duplicidade durou entre outubro de 1995 e fevereiro de 2000, quando passei a me dedicar exclusivamente à universidade. Mas não abandonei os trabalhos e a pesquisa no campo da saúde mental e da saúde coletiva, que continuo a desenvolver, especialmente por meio das atividades de supervisão de estágios dos alunos do curso de psicologia.

Desde 1996, comecei a colaborar com a equipe técnica do ambulatório de saúde mental de Assis, discutindo e implantando uma modificação na rotina de cuidados, transformando-o em um CAPS. Atualmente, os estagiários oferecem aos pacientes que freqüentam diariamente o CAPS uma diversidade de atividades por meio de oficinas expressivas, de lazer, esportivas e culturais. Realizamos – estagiários e supervisor – semanalmente uma reunião de integração com a equipe técnica, além das atividades necessárias para a consolidação de uma associação de usuários e familiares.

Em 1999, defendi minha dissertação de mestrado com o título de “A construção da Reforma Psiquiátrica e seu contexto histórico”. Em 2002, ingressei no curso de doutorado em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, com um projeto de pesquisa intitulado “Transformação ou reprodução: o cotidiano da atenção psicossocial”. Em 2004, modifiquei a idéia original, tendo como novo título “Da negação do manicômio à afirmação da vida: o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica” e apresentei ao exame de qualificação.

E assim chegamos a este momento.

Espero não ter cansado o leitor com essa extensa apresentação de minha biografia. Poupei-o de relatar outros tantos encontros (e desencontros) que produziram efeitos, sentidos, emoções, pensamentos, e constituem a matéria-prima da minha existência. Matéria essencial para compreender o caminho que escolhi para este trabalho.

Heitor Villa-Lobos tornou famosa uma frase: “faço músicas como quem manda um bilhete para a posteridade”. Escrevo aqui sobre um processo social amplo e complexo, nomeado de Reforma Psiquiátrica, que tem se construído graças ao trabalho de centenas de protagonistas, de Severinos, como este que ousa assim escrever. Falar em processo é falar de algo que continua no tempo, que nos transcende. Quero fazer deste trabalho um legado para a posteridade, contando que “os nossos dias eram assim”<sup>1</sup>.

Ao iniciar o doutorado tinha em mente um projeto de pesquisa que, ao longo dos últimos dois anos, foi se modificando, de uma pesquisa de campo para uma reflexão sobre diferentes temas da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa que inicialmente havido planejado, não contemplaria de forma satisfatória estes temas. Isso me levou a considerar a possibilidade de realizar tal tarefa em ensaios distintos, mas que convergem, cada qual a seu modo, para a conclusão sobre o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica.

Para Tobar e Yalour (2001) o ensaio:

[...] envolve uma tomada de posição diante de um tema ou objeto de meditação. Explicita a subjetividade de seu autor e o compromete. É um exercício crítico de procura, e o que se procura são maneiras novas

---

<sup>1</sup> Referencia a música “Aos nossos filhos” de Ivan Lins e Vítor Martins, cantada na voz de Elis Regina.

de olhar as coisas. Por este motivo, o ensaio é sempre exploratório. Ensina a ver e convida a olhar de outra forma. Mas apenas consegue ver a paisagem quem transita pelo caminho ou a percorre (Tobar e Yalour, 2001, p. 24).

Com este trabalho tenho a humilde pretensão de convidar o leitor a olhar para a Reforma Psiquiátrica com os olhos de quem, há mais de 20 anos, tem trilhado os caminhos da saúde mental pública. A implantação da Reforma Psiquiátrica se intensificou nos anos 90 com novas instituições surgidas da capacidade de invenção dos atores sociais, especialmente, os trabalhadores de saúde mental os quais transformaram sua prática cotidiana, criando novos paradigmas assistenciais. Esse processo foi marcado não apenas por meio da luta pela transformação do campo da assistência, mas se estendia e compreendia a luta pela transformação da sociedade.

Ao longo de minha trajetória por este campo e diante da complexidade e da amplitude deste processo social, questões foram me inquietando, provocando reflexões. São questões exploratórias, afirmações provisórias, olhares que tentam não pecar pela miopia, mas revelam a narrativa de uma longa viagem compartilhada com muitas pessoas: inesquecíveis e inestimáveis companheiros de trabalho e estudo que me ajudaram a tecer os fios desta história; autores clássicos e contemporâneos, com os quais dialoguei em insones noites, ora de angustia, ora de alegria reflexiva.

Companheiros de viagem que forjaram em minha alma as lentes, com as quais enxergo a realidade. Freud e Marx estão na fonte e na origem de muitas dessas reflexões, inclusive por meio de outros autores que, de tantos, prefiro deixar para o leitor identificar ao longo dos ensaios. Mas são todos, autores, teorias e teses que, embora muitos tenham tensões e contradições entre si, têm em comum o olhar crítico para a realidade social, para desconstruir, para explicitar, a fim de revelar o jogo de forças e poder que a constitui. Olhar crítico também em relação à produção da verdade científica e de sua implicação naquele jogo de forças e poder.

Isso marca um lugar político e ideológico norteador de minha prática profissional, de minha produção científica e da escolha de minhas referências teóricas. Confio na possibilidade do homem viver mais autonomamente; ser sujeito de sua própria história, de seu desejo. Creio na possibilidade deste homem em construir uma sociedade mais democrática, socialmente mais justa, mais equânime e, ao mesmo tempo, acredito que este mesmo homem é o resultado das forças sociais, políticas, econômicas, culturais e desejantes que incidem sobre seu corpo, criam saberes e práticas

que o sujeitam. É neste confronto, ou neste paradoxo, entre ser sujeito e ser sujeitado que criamos nossos projetos sobre o mundo, orientamos nossas ações, nos potencializamos ou desanimamos. O campo da saúde mental é constituído desta matéria prima, de conflito e de contradições. É o lugar do humano, demasiadamente humano.

Trata-se, portanto, de um estudo teórico-conceitual sobre a Reforma Psiquiátrica que efetuei realizando uma ampla revisão e pesquisa bibliográfica. É um estudo teórico inspirado e articulado à minha prática profissional como trabalhador da saúde, como gestor da saúde mental, como supervisor institucional, como docente, como testemunha e atuante em um processo social amplo e complexo.

O conceito de processo social complexo é central na análise que pretendo empreender. Rotelli (2001) utiliza-o para caracterizar a desinstitucionalização italiana e diferenciá-la da ocorrida na Europa e nos Estados Unidos que, para ele, reduziu-se a uma desospitalização, motivada especialmente pela necessidade de racionalização financeira e administrativa. Ele afirma que:

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos humanos e materiais e humanos que estavam ali depositados (Rotelli, 2001, p. 18).

Este processo envolve, ainda, desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico, ou seja, reconstruir a complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência.

Amarante (2003) toma emprestado este conceito e aplica-o ao processo de transformação da assistência em saúde mental, ou seja, a Reforma Psiquiátrica. Embora a palavra “reforma” não contemple a amplitude deste processo, podendo ser associada a mudanças meramente superficiais, ou mudanças para não mudar, é um conceito consagrado que guarda estreita e profunda ligação histórica com o Movimento Sanitário e a Reforma Sanitária. Em comum, ideais e utopias, problemas e dilemas, contradições e desafios. Ao analisar a prática científica da Reforma Sanitária, Damaso afirma a propósito das limitações do termo reforma:

Em que pese a sua ameaça reformista, o conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido “forte”: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto da sociedade (Dâmaso, 1995, p. 73).

O termo “forte” também é utilizado por Rotelli (2001) para definir um serviço inteiramente substitutivo à internação, que responde à complexidade das necessidades, antes absorvidas pelo asilo psiquiátrico. Neste sentido, pretendo contribuir para a construção de uma conceituação “forte” da Reforma Psiquiátrica, ou seja, superar a idéia de um reformismo simplista, restrito a uma mudança técnica ou administrativa. Trata-se de tomar a Reforma Psiquiátrica no sentido de uma transformação que impacta e ressoa na sociedade. É essencialmente um processo que vai se constituindo em estreita vinculação com seu tempo histórico, com os seus atores, nos territórios e locais em que está inserido, se concretiza, se ganha materialidade. Meu intento é o de construir uma conceituação dinâmica deste processo amplo e complexo. Fazendo referência a um conhecido poema de Antonio Machado<sup>2</sup>, este é um caminho que se faz, desfaz e se refaz caminhando.

Assim, Amarante caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico – política e sócio-cultural. São estas dimensões que comporão o eixo deste trabalho. Neste momento histórico que atravessamos, de ampliação dos serviços, de consolidação da Reforma Psiquiátrica como política pública, em um contexto social, político e econômico desfavorável à implementação de políticas sociais redistributivas, cada dimensão apresenta um conjunto de desafios que se faz urgente e necessário enfrentar. Em cada capítulo deste trabalho, procurei elaborar um ensaio buscando caracterizar e discutir sobre estes desafios, falando sobre as rupturas com modelos hegemônicos e sobre a construção de novos modos de cuidar, de novos paradigmas, do sonho de uma nova sociedade. Deste sonho decorre minha hipótese final do conceito “forte” da Reforma Psiquiátrica: ela é um processo civilizador.

No primeiro capítulo intitulado *Movimento social e política pública: desafios da dimensão política da reforma psiquiátrica* proponho uma pequena alteração

---

<sup>2</sup> Caminante, son tus huellas/ el camino y nada más; / Caminante, no hay camino, /se hace camino al andar. / Al andar se hace el camino, / y al volver la vista atrás / se ve la senda que nunca / se ha de volver a pisar. / Caminante no hay camino / sino estelas en la mar. (Proverbios y cantares - XXIX de Antonio Machado. Obtido em <http://www.geocities.com/Athens/Delphi/5205/machado.htm>, acessado em 20/10/2005)

renomeando a dimensão jurídica-política, como dimensão política. A ênfase ao termo político visa destacar exatamente as tensões e conflitos decorrentes das ações que provocam e interrogam a relação entre Estado e Sociedade, e que produzem resultados nem sempre ideais, por vezes negociados, por exemplo, todo o processo envolvido até a aprovação da lei 10216. Ações encarnadas em protagonistas que objetivam uma mudança para o lugar social da loucura, para a diferença. Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social. O texto retoma o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, destacando a dimensão política deste processo e de seus protagonistas.

No segundo capítulo intitulado *A Reforma Psiquiátrica e a transição paradigmática*, focalizo o tema da dimensão epistemológica, buscando estabelecer uma relação e um paralelo entre a transição paradigmática das ciências, tal como proposto por diversos autores críticos da racionalidade científica moderna, e a ruptura epistemológica em relação à psiquiatria tradicional presente nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Ao propor a construção de um novo olhar sobre a loucura, sobre o sofrimento psíquico, a Reforma Psiquiátrica aponta para a construção de novos saberes e de novas práticas sociais, em um processo semelhante à produção de conhecimento, a partir de novos paradigmas sobre a verdade científica.

O terceiro capítulo — *CAPS: estratégia de produção de cuidados* — trata de uma reflexão sobre a dimensão técnico-assistencial, intimamente relacionada com a dimensão epistemológica. Proponho-me a cartografar e refletir sobre os principais conceitos que norteiam a produção de cuidados dos CAPS, aqui entendido não apenas como um serviço, mas como uma estratégia que produz uma ruptura com o modelo assistencial hegemônico.

O quarto capítulo, *Na terceira margem da universidade: mudar é difícil, mas é possível*, pretende contemplar a dimensão sócio-cultural que se refere às questões relativas à construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário e de suas relações com a sociedade. Neste capítulo, busco apresentar as possibilidades de se construir uma transformação no processo de formação de profissionais, principais agentes responsáveis pela construção deste novo lugar, por meio de uma reflexão sobre o trabalho que desenvolvo na Universidade com estagiários e profissionais recém-formados.

Na *conclusão* deste trabalho busco articular tanto os capítulos anteriores, quanto as quatro dimensões, com a hipótese de que, por sua complexidade, diversidade e abrangência, a Reforma Psiquiátrica não pode e não deve ser confundida com uma modificação na estrutura dos serviços de saúde ou de mudança nas instituições. Sua natureza é mais ampla. A Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. Um processo que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, inventa dispositivos diferentes de cuidado; diversifica ações tecendo uma rede com o território; cria formas de sociabilidade; produz valor social; constrói uma ética; insiste em sonhar com um outro mundo possível.

Na tentativa de representar graficamente a inter-relação entre as quatro dimensões, apresento a figura nº 02, inspirada na faixa de Moebius. Se tomarmos uma tira simples, na forma de um cinto, veremos que esta possui duas superfícies distintas (uma interna e outra externa). Se, antes de fecharmos o cinto, produzirmos uma torção de 180° (figura nº. 01) teremos a fita de Moebius, que tem uma única superfície, ou seja, se a percorremos, estaremos sempre na mesma face. Podemos ir de um ponto de um 'lado' da faixa a qualquer ponto do 'outro' lado por meio de um caminho contínuo sem nunca perfurar a superfície nem passar pela fronteira. A faixa de Moebius possui esta interessante propriedade: não tem um lado de “dentro” e outro de “fora”, nem um lado “direito” e seu “avesso”. Segundo Granan-Lafont (1988), é sobre estes paradoxos que Lacan, responsável por trazer esta topologia do campo da matemática para a psicanálise, utiliza esta figura como apoio para diferentes usos, seja para reunificar dois conceitos separados, seja para representar um tipo de relação entre duas noções, por exemplo, a relação entre significante-significado.

Na figura que apresento, produzi quatro torções na faixa (o que a descaracteriza como uma faixa moebiana que necessita sempre de um número de torções ímpar) de maneira a representar as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, compondo um único processo, no qual não há o “fora” ou o “dentro”. As dimensões se imbricam e se mesclam formando uma mesma figura. Para compreender a complexidade do processo da Reforma Psiquiátrica é necessário percorrer a faixa, transitando por todas as dimensões.

Figura nº 01 – Torção de 180º

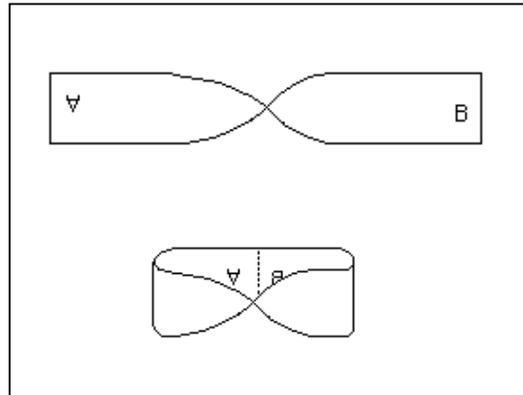
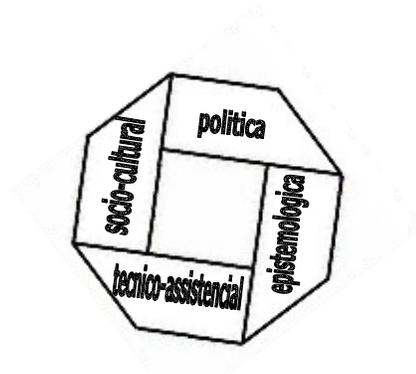


Figura nº 02 – Representação gráfica das quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, inspirada na faixa de Moebius.



Finalizo esta apresentação explicitando que, dentre os diversos interlocutores imaginários que me acompanharam na redação deste trabalho, os profissionais que estão na linha de frente dos serviços de saúde mental, foram os mais constantes. Com a clareza de que este é um trabalho direcionado ao cumprimento de exigências acadêmicas, fica o desejo de que ele possa corresponder a estas exigências e, também, se transformar em um momento de diálogo entre este autor e estes profissionais que tem uma imensa tarefa sob sua responsabilidade: a de concretizar, de dar corpo e alma a este processo complexo de transformação, que pretendo contribuir com as reflexões a seguir.

## CAPITULO 1

### MOVIMENTO SOCIAL E POLÍTICA PÚBLICA: DESAFIOS DA DIMENSÃO POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

Há aqueles que lutam um dia; e por isso são bons.  
Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons.  
Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda.  
Porém há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis.  
Bertold Brecht

#### *Introdução*

Este primeiro capítulo pretende abordar a dimensão jurídico-política que Amarante (1999, 2003) define como a revisão das legislações sanitária, civil e penal no que se referem aos conceitos e noções que relacionam a loucura à periculosidade, irracionalidade, incapacidade e irresponsabilidade civil, discutindo e redefinindo as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais. Proponho aqui uma pequena alteração, renomeando-a como dimensão política. Busco com esta proposta destacar o conceito político, ressaltando as tensões e conflitos decorrentes das ações produzidas pela Reforma Psiquiátrica (RP), as quais provocam e interrogam a relação entre Estado e Sociedade. Ações estas encarnadas em protagonistas que constroem um conjunto de princípios e proposições, articuladas a um processo que tem como resultado não apenas mudanças no aparato jurídico do Estado, mas ativa e muda os atores sociais, cria contradições, inventa instituições de cuidado, transforma as políticas municipais, provoca as universidades. Enfim, implica a todos, em uma utopia ativa de transformação social que se faz e refaz cotidianamente. Trata-se, desta forma, de uma luta política para uma transformação social.

A relação entre os termos reforma, psiquiatria, política e Estado remontam ao ato fundador da psiquiatria, produzido no contexto da Revolução Francesa por um de seus líderes políticos: Philippe Pinel. Delgado (1992) destaca que, durante o século XIX, vamos encontrar várias iniciativas de reforma da psiquiatria, com o objetivo de constituir uma direção mais científica aos estabelecimentos especializados. No Brasil, Machado et al. (1978) analisam a criação do Hospício de Alienados Pedro II, marco inaugural da psiquiatria no país, como parte integrante de um projeto normalizador da medicina para a sociedade brasileira. Em 1830, os médicos, para solucionar o problema

dos alienados abandonados à sua sorte pelas ruas da cidade, ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa, lançam o lema “aos loucos o hospício”, que obtém êxito com decreto de 18 de julho de 1841, ato da maioria do Imperador, criando o Hospício de Alienados Pedro II, na praia Vermelha no Rio de Janeiro. Já no final do século XIX e início do século XX, Cunha (1988) destaca o intenso e rápido processo de urbanização e industrialização da então Província de São Paulo. Tal processo produziu pressões junto ao poder público para resolver o problema dos loucos que lotavam as cadeias da cidade e resultou na criação, em 1898, do Hospício de Juqueri, construído por Franco da Rocha, após uma longa negociação política. Ambos os hospícios cumpriram uma função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis, indisciplinados. Nos anos 20 e 30, vamos encontrar, conforme aponta Costa (1981), a Liga Brasileira de Higiene Mental, apresentando seu ideal eugênico como projeto político para a sociedade brasileira. Delgado (1991) aponta para a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas como parte de um projeto reformista. Já Resende (1987) afirma que a palavra exclusão é a que melhor define e sintetiza a política de assistência em saúde mental ao longo de boa parte do século XX. Todos estes autores, e muitos outros aqui não citados, analisam e evidenciam a estreita e íntima relação entre o hospício e as demandas e necessidades oriundas dos processos econômicos, políticos e sociais da cidade e da sociedade, na qual estão inseridos.

Foucault (1979), em uma entrevista que se encontra nas primeiras páginas do livro *Microfísica do Poder*, apresenta os motivos que o levaram a escrever *História da Loucura*, afirmando que um dos problemas que o interessava era o do estatuto político da ciência e as funções ideológicas que podia difundir. Resumido em duas palavras: a relação entre poder e saber. Para ele, as relações entre as ciências, como a física teórica ou a química orgânica com as estruturas políticas e econômicas da sociedade, não são tão claras quanto com o saber psiquiátrico, pois seu perfil epistemológico é pouco definido e a sua prática está ligada a uma série de instituições, de exigências econômicas imediatas e de urgências políticas de regulamentações sociais.

Se desde os seus primórdios a psiquiatria vem sendo reformada, sofrendo mudanças que se articulam com contextos políticos, econômicos, sociais e culturais, qual a diferença com a proposta da Reforma Psiquiátrica que trataremos neste trabalho? O que apresentarei neste e nos próximos capítulos se diferencia das outras reformas, pois se refere a um processo social complexo caracterizado por uma ruptura aos

fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres, que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Este processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais. Ações que acreditam na possibilidade da construção de uma nova sociedade (“um outro mundo é possível”<sup>3</sup>). Acreditam na possibilidade de transformar a sociedade, mudar as relações sociais, possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre. Acreditam em milagres no sentido empregado por Arendt ao termo. No sombrio contexto de meados do século XX, que apresenta de um lado a traumática experiência de regimes totalitários e de outro a existência dos meios para o total extermínio da Humanidade, Hannah Arendt (2004) afirmava que o sentido da política é a liberdade, pois se baseia na pluralidade dos homens, na convivência entre diferentes. A autora postula que a política não surge **no** homem, mas sim **entre** os homens. Dessa forma, a liberdade e a espontaneidade dos diferentes homens são pressupostos necessários para o surgimento do espaço, onde só então se torna possível a política. Para ela o homem é possuidor de um dom “extremamente maravilhoso e misterioso, de fazer milagres”. Chama a este dom, a esta aptidão, de agir. Arendt acredita que:

É característico do agir a capacidade de desencadear processos, cujo automatismo depois parece muito semelhante ao dos processos naturais; é lhe característico, inclusive, o poder impor um novo começo, começar algo novo, tomar iniciativa [...] O milagre da liberdade está contido nesse poder-recomeçar que, por seu lado, está contido no fato de que cada homem é em si um novo começo, uma vez que, por meio do nascimento, veio ao mundo que existia antes dele e vai continuar existindo depois dele (Arendt, 2004, p.43-44).

---

<sup>3</sup> Referência ao lema do Fórum Social Mundial.

Política é a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças. Exercitar a liberdade é correr os riscos de viver a vida como este milagre de começar o novo, tomar a iniciativa de romper com os discursos e práticas hegemônicas que incidem sobre nosso cotidiano tornando-o monótono, repetitivo, sem perspectiva, cinzento, sem vida.

A dimensão política que trato neste capítulo é da ordem deste milagre. Sintetizo a trajetória de protagonistas que tomaram a iniciativa de correr os riscos de construir o novo, a Reforma Psiquiátrica, a qual tem sua origem como movimento social no final dos anos setenta, se organiza e se fortalece nos anos oitenta e se transforma em política pública de saúde nos anos noventa. Ao final, apresento as perspectivas e os desafios que se colocam nos anos iniciais deste milênio.

### ***Reforma sanitária e reforma psiquiátrica: movimentos sociais***

Muitos dos principais Movimentos Sociais da segunda metade dos anos setenta nasceram nas periferias das grandes cidades e das necessidades de sobrevivência cotidianas: transporte, moradia, saneamento básico, saúde. Temas que possibilitaram a criação de uma identificação e o reconhecimento de interesses coletivos comuns. Na conversa com os vizinhos, nas discussões no salão paroquial da igreja, em encontros espontâneos nos lugares públicos, foi sendo organizado um Movimento pautado em reivindicações vinculadas às condições de vida, especialmente, da vida urbana. Para Jacobi (1989) tais condições do cotidiano dos bairros e a organização coletiva possibilitaram o surgimento, na cena política, de novos sujeitos históricos, os quais foram se afirmando como essenciais interlocutores no processo de reconstrução da cidadania.

Surpreendendo todos, pois até então as análises tendiam a interpretar a fábrica e o partido político como os lugares exclusivos e privilegiados das manifestações da classe operária. Esses movimentos, pontuais em suas reivindicações, surgiram, para Telles (1987), em um momento histórico marcado pela opressão em que os canais de manifestações estavam emudecidos ou eliminados pelo regime autoritário. Apontaram para um sentido e um alcance que ultrapassou o imediato e o local, para mobilizar e articular, como experiência compartilhada, as várias opressões vividas em locais diferenciados, ou seja, em tempos autoritários, as condições cotidianas de vida surgiram

como campo de luta que possibilitaram a conquista de espaços políticos para a manifestação, articulação, reivindicação e exigências de direitos frente ao Estado, solidificando, na sociedade civil, a noção de participação e ação coletivas, acelerando a transição democrática.

Sader (1995) destaca a emergência de um novo sujeito social e histórico naqueles movimentos sociais, onde havia:

[...] a promessa de uma radical renovação da vida política. Apontam no sentido de uma política constituída a partir das questões da vida cotidiana. Apontam para uma concepção da política, a partir da intervenção direta dos interessados. Colocam a reivindicação da democracia referida às regras da vida social, em que a população trabalhadora está diretamente implicada: nas fábricas, nos sindicatos, nos serviços públicos e nas administrações nos bairros. Eles mostram que há recantos da realidade não recobertos pelos discursos instituídos e não iluminados nos cenários estabelecidos da vida pública. Constituem um espaço público além do sistema da representação política. Através de suas formas de organização e de luta, eles alargam as fronteiras da política. Neles aponta-se a autonomia dos sujeitos coletivos que buscam o controle de suas condições de vida contra as instituições de poder estabelecidas (Sader, 1988, p. 313).

Neste contexto iniciou-se um movimento pela transformação das condições de saúde da população, o movimento da Reforma Sanitária (RS). Em uma apresentação realizada no evento comemorativo ao 20º Aniversário do Curso de Especialização em Saúde Mental da ENSP, Sergio Arouca, um dos principais militantes e ideólogos do SUS, ao falar sobre as origens da Reforma Sanitária, destacou que ele nasceu não apenas no campo específico das reformas da saúde, mas da luta contra a ditadura. Contou sobre uma questão decisiva que se colocava à época: como se podia exercer uma profissão no horário comercial e ser revolucionário e contestador no tempo livre. Como integrar isso? Pensar o trabalho e a formação na saúde e enfrentar o pensamento autoritário. Essa grande questão deu origem ao movimento de medicina social, de saúde coletiva dentro dos departamentos de medicina preventiva que começaram a produzir reflexões e a realizar denúncias das contradições entre ditadura, pensamento autoritário e saúde no seu sentido mais amplo.

Arouca salientava, com seu grande e contagiante entusiasmo, a íntima relação entre ser profissional e ser militante político ou protagonista. Militância, entendida como uma atividade ética, de entrega aos valores na luta pela emancipação de todos, pelos interesses daqueles, cuja voz é silenciada, a dos mais humildes, dos humilhados. Não era possível ser um agente transformador apenas no restrito campo de atuação

profissional. Era necessário ampliar esta visão e ação. Era preciso pensar e atuar na sociedade, no tempo histórico em que se vivia. Também não era possível pensar no campo da saúde, apenas como um campo determinado por fatores eminentemente biológicos. A saúde tem determinantes sociais, o que implica em pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social.

Escorel (1998) detalha as origens e a articulação deste processo, descrevendo a participação de outras instituições e outros atores, que foram se agregando, se articulando, compondo um processo histórico, tais como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), os movimentos de saúde ligados as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Igreja Católica e setores dos movimentos estudantil e dos médicos residentes.

A Reforma Sanitária se colocava assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da *polis*, da esfera pública, dos bens comuns. Processo que implicava em produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais, articulações com outros setores da sociedade, ocupação de espaços no interior do aparato estatal, avanços e recuos. Um processo político colocando em cena e em pauta a relação entre Estado e sociedade civil. A Reforma Sanitária se constituiu tensionando criticamente os termos desta relação.

Paim (1997) afirma que a RS pode ser considerada como um conjunto de princípios e proposições apresentadas no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e como projeto consubstanciado em um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um processo, pois:

[...] a proposta não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas, mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História. Trata-se, conseqüentemente, de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social (Paim, 1997, p. 20).

Já Teixeira & Mendonça (1995) destacam três direcionamentos básicos das estratégias de luta pela Reforma Sanitária: a politização da questão da saúde, visando

aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária, a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde e a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos.

No interior deste processo mais amplo, localizamos a saúde mental trilhando os mesmos caminhos. Nascida a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais e buscou produzir efeitos no campo sócio-cultural.

Todo este processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcendia a questão específica da saúde mental. Mais do que isso, criou um movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial, congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas também, estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais.

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica (RP) também, se configura, não apenas como mudança de um sub-setor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das idéias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.

### ***Origens da Reforma Psiquiátrica***

Podemos considerar, sem exagero, o escritor Machado de Assis como o primeiro crítico da psiquiatria brasileira e do sistema asilar, ainda que ele tenha escrito o texto *O Alienista*, cuja primeira publicação data de 1881, antes que esta disciplina médica

adentrasse ao Asilo de Alienados. Já no início do século XX, encontramos outro escritor, Lima Barreto, retratando de forma crítica e pungente a sua própria experiência de interno em *Cemitério dos Vivos*.

E também no início do século XX encontramos os trabalhos do Dr. Ulisses Pernambucano, considerado um dos pioneiros da psiquiatria social brasileira. No hospital psiquiátrico de Juqueri, nos anos vinte, o Dr. Ozório César utilizava-se da expressão artística como instrumento terapêutico. Nesta mesma linha, na década de quarenta, o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira e o Museu de Imagens do Inconsciente e, nos anos sessenta e setenta, as experiências de comunidades terapêuticas desenvolvidas em diversos Estados, em especial São Paulo e Rio Grandes do Sul.

E houve ainda, dezenas, provavelmente centenas de experiências pontuais, localizadas, muitas efêmeras, espalhadas pelo país, realizadas ao longo do século XX, que buscavam humanizar o atendimento ou contrapunham-se ao modelo hegemônico e, se pouco ou quase nada conseguiram mudar, serviram para lançar sementes e produzir pequenos brotos.

Modelo hegemônico que se caracteriza por ser essencialmente hospitalocêntrico e excludente. Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até os anos sessenta do século XX, a assistência psiquiátrica brasileira caracterizou-se por sua oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos. Para Resende (1987) com o golpe militar de 1964, a psiquiatria adquiriu o *status* de prática assistencial de massa, com o início da mercantilização da loucura, por meio da celebração dos convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967. A psiquiatria começou a transformar-se em um lucrativo negócio e, para defendê-lo, formou-se um poderoso *lobby* que atuava, e ainda atua, impedindo qualquer tentativa de mudança.

Destaque-se que a transformação da saúde em produto de consumo, em mercadoria, não foi exclusividade da psiquiatria, mas parte de um projeto mais amplo de implantação de um modelo médico-previdenciário, que por um lado estendeu a assistência médica a amplos setores da classe trabalhadora, em substituição às caixas de aposentadoria e assistência médica dos sindicatos, extintas pelo governo militar. Por outro, incentivou a prática privada na saúde financiada pelo erário, como analisado por Oliveira & Teixeira (1986) e Braga & Paula (1981).

Na assistência psiquiátrica, Cerqueira (1984) apresenta os seguintes dados: em 1941 havia 3.034 leitos privados, já em 1978, este número era de 78.273. Um crescimento de quase vinte vezes, em menos de quarenta anos. Por outro lado, o número de leitos oficiais permaneceu quase inalterado no mesmo período: 21.079, em 1941 e 22.603, em 1978<sup>4</sup>. O tempo médio de permanência oscilava sempre acima dos noventa dias, indício de uma duração média de internação alta, favorecendo a institucionalização dos pacientes, ou seja, a constituição de uma população cativa de “consumidores compulsórios” das internações psiquiátricas. Saliente-se que, nos anos sessenta, segundo Cerqueira (1984) e Resende (1987), houve uma modificação no perfil nosológico da clientela dos hospitais psiquiátricos, surgindo uma proporção expressiva de pacientes neuróticos e alcoolistas, patologias, cuja necessidade de internação psiquiátrica é, no mínimo, questionável. Afirmam que:

A empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem (Cerqueira, 1984, p.226).

Paradoxalmente, é neste contexto que começaram a surgir diversos documentos oriundos de encontros nacionais e internacionais, que apontavam para uma necessária mudança no modelo da assistência em saúde e em saúde mental.

Luiz Cerqueira, em texto escrito no ano de 1973, destaca esta lista de documentos nacionais e internacionais: “documentos irreversíveis, firmados por nossas autoridades e consagradores de uma assistência psiquiátrica não tradicional” (Cerqueira, 1984, p. 242).

Muitos tratavam da reorientação da saúde para as Américas, como, por exemplo, a Terceira Reunião de Ministros da Saúde, em Santiago no Chile em 1972, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Costa-Rosa (1987) destaca a apresentação do Ministro da Saúde, presente àquela Reunião, situando o teor das formulações pretendidas e suas metas no campo da saúde mental. Segundo ele:

---

<sup>4</sup> Apenas a título de comparação, em 1992, havia 90.163 leitos psiquiátricos no Brasil, sendo 68.652 leitos privados (76%) conveniados ao SUS e 21511 públicos e universitários (24%) (fonte: DATASUS).

O sistema nacional permanece profundamente alicerçado na assistência hospitalar, oferecendo poucos e minguados recursos extra-hospitalares [...] Há necessidade de uma reformulação de fundo e forma [...] A atuação preventiva com base em práticas, atividades e com a participação da comunidade é fundamental para que na década de 70/80 possamos suplantar as práticas asilares ou custodiais ainda presentes (Mario Machado de Lemos apud Costa-Rosa, 1987, p. 69).

Firmou-se, a partir daquela Reunião de Ministros da Saúde, um *Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil*, com validade até 1974 e que propunha ênfase na formulação de uma Política Nacional de Saúde Mental. O *Plano Decenal de Saúde para as Américas*, firmado ao final daquela Reunião, estabelecia as seguintes recomendações para a saúde mental:

- Prevenção primária, secundária e terciária em saúde mental;
- Criação de serviços para diminuir a tendência de aumento de alcoolismo e fármaco-dependência;
- Planejamento de leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes;
- Priorizar o atendimento ambulatorial e hospitalização breve, de preferência em hospitais gerais;
- Criação de Centros Comunitários de Saúde Mental em cidades com mais de 100.000 habitantes e estimular a participação da comunidade em torno deles
- Modernização da legislação psiquiátrica;
- Modernização dos tratamentos, utilizando especialmente técnicas grupais;
- Estimular o ensino de saúde mental em escolas de medicina e de outras escolas que formam profissionais de saúde (apud Figueiredo, 1996, p.203).

Em 1973, o Ministério da Previdência aprovou o *Manual para Assistência Psiquiátrica*, que serviu de base para a Portaria n.º 32 do Ministério da Saúde de 1974. Esses dois documentos enfatizavam princípios que orientavam para a psiquiatria de comunidade, como por exemplo, incrementar a criação de unidades de saúde mental nas cidades com mais de 100.000 habitantes; dar prioridade ao tratamento ambulatorial e prioridade para hospitalização curta, de preferência em hospitais gerais e estabelecer uma relação de 1 leito para 1.000 habitantes nas zonas urbanas e 1 leito para 2.000 habitantes nas zonas rurais; capacitação de recursos humanos, promoção de investigações epidemiológicas e atividades de pesquisa em geral. Tanto o *Manual* quanto a Portaria n.º 32, segundo Cerqueira (1984), foram sabotados desde seu primeiro dia. Em suas palavras:

Ambos [...] continuam letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras

reacionários encarrapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados. Conseguem leis, financiamentos, privilégios. (Cerqueira, 1984, p.225).

Estes documentos apresentavam algumas semelhanças com as propostas da Reforma Psiquiátrica: crítica ao modelo hospitalocêntrico, participação da comunidade nos serviços, revisão da legislação psiquiátrica, criação e diversificação de novos serviços, ampliação da rede extra-hospitalar. Porém, com uma importante diferença: eles integravam um esforço internacional de implantar uma medicina de caráter preventivo, que na psiquiatria irá se concretizar mais claramente com o projeto norte-americano da psiquiatria preventiva de Gerald Caplan<sup>5</sup>. Na Reforma Sanitária a análise crítica da medicina preventiva (Arouca, 2003) avançou para uma discussão sobre a Saúde Coletiva, questionando e redefinindo as noções fundamentais, tais como o processo saúde-doença, história natural das doenças, causalidade, clínica médica, com conseqüências técnicas, assistenciais, políticas, ideológicas e culturais. E no processo da Reforma Psiquiátrica as críticas sobre as reformas da psiquiatria nos anos 60 (Rotelli, 2001) e sobre a psiquiatria preventiva (Lancetti, 1989; Birman e Costa, 1994) avançou, também, para um profundo questionamento dos conceitos fundantes da psiquiatria, de suas instituições, de sua função ideológica de controle, com profundas repercussões não apenas na prática, com a construção de novos serviços, mas fundamentalmente com a construção de um novo paradigma, que trataremos no capítulo a seguir.

Embora se constitua no discurso e na prática hegemônicos, o modelo psiquiátrico de assistência sempre recebeu críticas. Desde seu princípio com Machado de Assis, passando pelas denúncias que freqüentemente surgiam (e ainda surgem) na imprensa, por meio de experiências inovadoras que questionavam, desde o interior do asilo, sua lógica de exclusão e de aniquilamento da subjetividade e finalmente nos documentos de organismos nacionais e internacionais nos anos 60. Mas não será a partir dos planos oriundos desde o aparelho estatal que a Reforma Psiquiátrica irá dar os seus decisivos passos iniciais.

Se todas aquelas críticas não conseguiram produzir um efeito de transformação ou mudança da política da saúde mental, deixaram suas sementes que serão regadas e fertilizadas por debates e discussões realizados, principalmente, no interior das universidades que recebiam e repercutiam os ecos das notícias sobre, principalmente, dois grandes movimentos de ruptura com a psiquiatria: Anti-Psiquiatria, de Laing e

---

<sup>5</sup> CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Cooper e a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia<sup>6</sup>. Foi no final dos anos setenta que vários congressos e encontros possibilitaram a vinda ao Brasil destes importantes nomes, além de outros, como Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman.

Embora a presença de todos tenha sido de extrema importância em distintas dimensões, Franco Basaglia foi quem mais contagiou produzindo um efeito de vontade e potência. A frase “Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”<sup>7</sup> se transformou em uma palavra de ordem para uma geração de profissionais, que ingressou nas instituições psiquiátricas, começou a questioná-las e a buscar novas soluções concretas, fortalecendo a necessidade de se politizar o discurso e a prática dos trabalhadores de saúde mental.

Foi a partir das reflexões e provocações produzidas por estes autores/atores, especialmente por Basaglia, e em um clima de perseguição e repressão a manifestações de oposição ao regime, que a Reforma Psiquiátrica nasceu e se fortaleceu por meio, principalmente, da mobilização dos trabalhadores que, ao recusarem o papel de funcionários do consenso (Basaglia, 1977), tornaram visíveis os dispositivos de segregação e violência das instituições psiquiátricas.

Amarante (1998) aponta a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) de 1978 como o evento que deu origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o primeiro gesto da Reforma Psiquiátrica. Naquele ano, médicos denunciaram as precárias condições às quais eram submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão ligado ao Ministério da Saúde. Em abril, profissionais das quatro unidades do Rio de Janeiro deflagraram a primeira greve no setor público, após o regime militar, que logo recebeu o apoio de várias entidades. Vale lembrar que a primeira grande greve de metalúrgicos, lideradas por Lula, foi realizada no ABC no mesmo ano.

Outro evento importante a destacar, no mesmo ano, foi o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Camboriú (SC), conhecido como o *Congresso da Abertura* que:

---

<sup>6</sup> Fleming (1976) descreve esses movimentos e Amarante (1998) retoma os paradigmas e sua articulação com o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

<sup>7</sup> É o subtítulo da coletânea de suas conferências no Brasil, (Basaglia, 1979).

[...] pela primeira vez, os movimentos de saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma 'frente ampla' a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional (Amarante, 1998, p.53-54).

Ressalte-se que uma das moções, aprovadas ao final do Congresso, foi à moção pela “Anistia, Ampla Geral e Irrestrita”. O Congresso de Camboriú cumpriu função semelhante à do MDB<sup>8</sup>, no plano da política. Apesar de conservadora, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) acolheu e abriu espaço para o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

E assim como estes, em muitos outros eventos, congressos, encontros<sup>9</sup>, enfim, onde houvesse a possibilidade de expressão para um público ainda que pequeno, havia um protesto, uma denuncia, uma menção de apoio. A negação do papel de carcereiros da loucura, de guardiões da Razão e da Moral, implicava não apenas em sua explicitação pública, mas na denúncia das condições sociais, políticas, econômicas que determinavam e sustentavam aquele lugar.

Animado por uma nova geração de trabalhadores de saúde mental, A RP foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação. Eram os atores implicados nesse processo que continuaram nos anos 80 ampliando a sua influência, ocupando espaços na administração pública e, principalmente, inventando novas instituições.

### ***Anos 80: a Reforma Psiquiátrica em um tempo que não pára.***

Os últimos anos de governo militar foram vividos em uma conjuntura financeira internacional desfavorável, caracterizada por uma recessão mundial, uma alta taxa de

---

<sup>8</sup> Movimento Democrático Brasileiro. Um dos dois partidos permitidos pela ditadura militar que representava a oposição. O outro partido era a Aliança Renovadora Nacional (ARENA).

<sup>9</sup> Outros eventos importantes do período: I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, IBRAPSI, no Rio de Janeiro (1978); III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979); I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo (1979); I Encontro Regional de Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro (1980); o Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Salvador/BA (1980).

juros e a interrupção de créditos internacionais, colocando a economia brasileira, devedora e tomadora de empréstimos, em mais uma grande e grave crise. Internamente, houve uma acentuada queda do Produto Interno Bruto (PIB), um elevado aumento dos juros internos, um aumento da dívida externa e uma aceleração do processo inflacionário. Esse quadro, associado ao modelo concentrador de renda e a um grande arrocho salarial, gerou o fenômeno de *estagflação*, inflação sem crescimento econômico, que permeou a vida econômica brasileira ao longo dos anos oitenta, os quais foram nomeados, por grande parte dos economistas brasileiros, como “a década perdida”.

Paradoxalmente, foi nesta conjuntura desfavorável que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começam a se apresentar, no cenário nacional, como um processo não apenas de transformação da assistência e de construção de uma nova agenda para a saúde pública, mas como um projeto de redemocratização. Noronha e Levcovitz (1997) apontam que o agravamento dos problemas econômicos que o país enfrentou, favoreceu o processo da Reforma Sanitária. Destacam a crise financeira da Previdência, caracterizada por um forte déficit operacional que atinge seu ápice em 1981, decorrente da adoção de políticas econômicas recessivas. Ao mesmo tempo, se intensificaram as críticas ao modelo de saúde, por parte dos movimentos populares emergentes e uma marcante produção científica “na crítica do modelo vigente, nas denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de uma nova política de saúde efetivamente democrática” (p. 80). Institui-se a partir deste quadro uma agenda reformista do setor saúde formulada e consolidada ao longo dos anos 70, sob a liderança das forças políticas democráticas tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização e a unificação do sistema de saúde.

Um ator importante deste processo foi o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que, em outubro de 1979, apresentou o documento *A questão democrática na área da saúde*<sup>10</sup> no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados. O texto deste documento alinhavava as diretrizes fundamentais que apontavam para “uma saúde autenticamente democrática”: a saúde como direito; criação de um Sistema Único de Saúde com a responsabilidade do Estado e a descentralização. Tratava-se de um documento histórico que se transformou na “plataforma programática do movimento sanitário, alcançando a adesão de parlamentares e sindicalistas, dando

---

<sup>10</sup> CEBES, *A questão Democrática na Área da Saúde*, in *Revista Saúde em Debate*, nº 09, p. 11-13, 1980.

início a uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição federal de 1988” (Fleury, 1997, p.28).

Para enfrentar a grave crise financeira, o governo militar buscou formular alternativas como o Plano Prev-Saúde, que incorporou teses e propostas do Movimento Sanitário, tais como descentralização, hierarquização, regionalização e ênfase aos serviços básicos de saúde<sup>11</sup>. Após suscitar debates e polêmicas, acabou por não ser implementado. Mas houve a incorporação de alguns atores do Movimento Sanitário na burocracia estatal, na tentativa de se buscar soluções para crise.

Amarante (1995) relata que, no final de 1981, a Presidência da República criou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), um foro que contou com a participação, não paritária, de representantes governamentais, patronais, universitários da área médica e dos trabalhadores. Em agosto de 82, o trabalho do CONASP se consubstanciou no Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que propunha oficialmente modificações as quais objetivavam a racionalização do sistema, a melhoria da qualidade dos serviços e a reversão do modelo assistencial privatizante, com a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da população.

Como parte do CONASP, criou-se o Projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS). Constituiu-se em um importante instrumento de descentralização e de articulação institucional, possibilitando o repasse de recursos financeiros da União para o Estado e Prefeituras que foram utilizados, principalmente, no re-aparelhamento e reformas das unidades públicas, na contratação de pessoal para ampliação da rede de assistência e na implantação e ampliação de diversos programas de saúde (Noronha e Levcovitz, 1997). A concretização das AIS, por meio dos convênios, ocorreu no momento posterior a eleição para governadores no ano de 1982, que marcou a vitória de vários partidos de oposição. Várias experiências, especialmente a partir da política de saúde da Nova República e a criação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), serviram como laboratório de elaboração do projeto Sistema Único de Saúde (SUS).

---

<sup>11</sup> Teses que já haviam sido apresentadas no Relatório Final da conferência realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, em 1978, da qual o Brasil foi signatário. Na ocasião, estas teses foram estabelecidas como características fundamentais da assistência pública à saúde. Propunha, também, o lema “Saúde para todos no ano 2000”.

Em alguns estados, como no Estado de São Paulo, o SUDS já apresentava os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade; equidade; descentralização, regionalização e integração dos serviços de saúde; atenção integral; prioridade às ações básicas de saúde e a participação popular. Era o ideário da RS se concretizando na capilaridade e no cotidiano dos serviços de saúde, na ampliação da rede, possibilitando o acesso da população aos serviços básicos de saúde, na mudança nas relações entre as diferentes instâncias (municipal, estadual e federal), com uma maior implicação do nível municipal nas ações de saúde.

Em 1986, após uma intensa mobilização de diferentes atores e segmentos sociais, profissionais, quadros técnicos e, uma novidade, representantes de usuários, realizou-se a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>12</sup>, que em seu relatório final, expunha os princípios e diretrizes do SUS. Gerschman (2004) detalha o desdobramento desta Conferência, com a organização da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), de composição paritária governo/sociedade civil e da Plenária Nacional de Entidades da Saúde, constituída pelas forças organizadas da sociedade civil.

Escorel (1998) afirma que a CNRS realizou um trabalho eminentemente técnico, com poucas repercussões políticas, enquanto que a Plenária, visando à aprovação das propostas da 8ª CNS, se fez representar intensamente na Constituinte e “obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário” (Escorel, 1998, p.187).

Após esta vitória, a mobilização continuou para a consolidação do SUS com a criação, em 1987, do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e da Lei Orgânica da Saúde que se concretizou no ano de 1990.

Não é possível pensar a estratégia implementada pela Reforma Psiquiátrica desarticulada deste movimento da Reforma Sanitária. Assim, retornando à saúde mental, as AIS possibilitaram, em alguns estados, o início de uma reorganização da assistência.

No estado de São Paulo, isso ocorreu, principalmente, através do reaparelhamento dos hospitais psiquiátricos próprios, da contratação de profissionais e da

---

<sup>12</sup> No total participaram mais de cinco mil pessoas, sendo mil delegados. Significativamente um único setor recusou-se a participar daquela Conferência: os prestadores privados de saúde.

ampliação da rede extra-hospitalar. Esta ampliação trouxe, para o campo da saúde mental, uma geração de jovens profissionais, ainda não contaminados pela inércia burocrática das instituições públicas. Eles assumiram, com entusiasmo e de forma crítica, a tarefa de implantar as novas propostas e, fundamentalmente, trabalhar acreditando em mudanças. No ano de 1989, organizou-se, na cidade de São Paulo, a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental. Um agente social coletivo que congregava diversas entidades<sup>13</sup> e que atuou como um saudável e severo crítico das contradições da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo. A Plenária foi um lugar de encontro para a discussão e reflexão de muitas questões que emergiam de distintas dimensões da prática dos trabalhadores: dificuldades na implantação de serviços em áreas em que não havia nenhuma forma de atenção; inquietações teóricas e técnicas para atender às diferentes demandas dos usuários; lentidão nas respostas institucionais causadas pela inércia da burocracia estatal; críticas ao modelo psiquiátrico-preventivo da política de saúde mental; reivindicação da participação dos trabalhadores no processo de discussão das diretrizes dessa política. Questões que se articulavam em torno de um importante eixo: a necessidade de mudar, de transformar a assistência psiquiátrica tendo como perspectiva a transformação da saúde no contexto da transformação da sociedade.

A Plenária organizou, no ano de 1986, o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo<sup>14</sup>. Congresso este que surgiu como resposta ao realizado no ano anterior, organizado pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM), sem a participação dos trabalhadores de saúde mental em sua organização. Assim buscava-se marcar uma diferença entre algumas das lideranças da Reforma Psiquiátrica, comprometidas com o aparato estatal e o conjunto dos trabalhadores que desejavam imprimir uma dinâmica mais democrática e com maior participação na formulação da política de saúde mental.

---

<sup>13</sup> As seguintes entidades faziam parte da comissão organizadora: ASSES - Associação dos Servidores da Secretaria de Saúde; Sindicato dos Assistentes Sociais de São Paulo; Sindicato dos Médicos de São Paulo; Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo; Centro de Estudos do Hospital Pinel; Instituto Sedes Sapientiae; Grupo de Fonoaudiólogos de São Paulo; Sociedade de Psicodrama de São Paulo; CUT - Central Única dos Trabalhadores; Associação Paulista de Fonoaudiologia; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Hospital das Clínicas da FMUSP; Grupo de Saúde Mental do PT; Conselho Regional de Assistentes Sociais de São Paulo; Núcleo de Trabalho e Estudos de Psiquiatria Institucional; Centro Comunitário de Saúde Mental de Parelheiros; Trabalhadores de Saúde Mental de Osasco; Instituto de Psicologia da PUC; Grupo de Supervisores dos Ambulatórios de Saúde Mental; Sindicato dos Psicólogos de São Paulo.

<sup>14</sup> Teve os seguintes temas-eixo: Saúde Mental e Trabalho; Saúde Mental e Movimentos Sociais; Saúde Mental e Constituinte.

Em março de 1987, foi inaugurado, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Organizado, basicamente, a partir de um grupo de técnicos que atuavam na Divisão de Ambulatórios da CSM<sup>15</sup>, ao longo dos anos o CAPS incorporou diversos profissionais, oriundos de importantes experiências de transformação institucional que participavam da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental. O CAPS acolheu, na composição de sua equipe, profissionais de diferentes formações teóricas e de atuação. Do confronto entre a diversidade de idéias e do encontro com a prática com os usuários foi-se construindo uma das mais importantes experiências institucionais daqueles anos. “O surgimento do CAPS [...] passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país” (Amarante, 1998, p.82).

Em junho de 1987, como desdobramento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, realizou-se, na cidade do Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), tendo como temas básicos: Economia, Sociedade e Estado - impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental – direitos, deveres e legislação do doente mental.

A Conferência foi realizada em um clima de intensas polêmicas e discussões e o relatório final demonstra a força de articulação da Reforma Psiquiátrica, fazendo prevalecer suas teses em praticamente todos os itens dos temas da Conferência. No tema I - Economia, Sociedade e Estado, denunciava-se o modelo econômico altamente concentrador brasileiro, apontando para a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, considerando em seus determinantes as condições materiais de vida. No tema II - Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência, o relatório reafirma as teses do Movimento Sanitário, introduzindo a especificidade da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios. No plano assistencial, reafirmava a reversão da tendência hospitalocêntrica com prioridade para o sistema extra-hospitalar, propondo o fim do credenciamento de novos leitos e a redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes. Por fim, no tema III - Cidadania e Doença Mental, o relatório reafirmava, também, teses do Movimento Sanitário, sugerindo inclusões no texto constitucional no que se referia ao direito à saúde e propunha reformulações da legislação ordinária que

---

<sup>15</sup> Instância técnica e administrativa responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar. Do grupo que elaborou o projeto do CAPS, faziam parte a Diretora daquela Divisão, Dra. Ana Pitta e diversos técnicos responsáveis pela supervisão das unidades da CSM.

tratava especificamente da saúde mental, ou seja: código civil; código penal e legislação sanitária.

O texto final do relatório refletia o momento de intensos debates que vivíamos. É um relatório que colocava claramente a Reforma Psiquiátrica em um lugar marcado ideologicamente, assumindo a luta de classes como tensão social mais importante e colocando como urgente:

[...] o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes trabalhadoras [...] É mister [...] resgatar para saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional (BRASIL/MS, 1992, p.15).

De maneira geral, pode-se afirmar que aquela Conferência apresentou uma ênfase nas proposições políticas e ideológicas. O relatório final alinhavou argumentos que produziram as bases para as propostas e experiências práticas que viriam, na seqüência, exercitar outras lógicas contrárias à asilar. Deve registrar-se, ainda, que a proposição antimanicomial, que vai atravessar os passos de boa parte das práticas da Reforma Psiquiátrica, até os dias de hoje, já se apresentava ali bem clara e plenamente afirmada.

Ao apresentar argumentos e proposições que articulavam o processo de transformação de um setor específico da saúde, a saúde mental, em uma luta que transcendia essa especificidade e a colocava em um estreito vínculo com a luta pela transformação da sociedade, a Reforma Psiquiátrica se posicionava em uma estreita vinculação a Reforma Sanitária. Ambas assumiam o pressuposto da saúde como uma questão revolucionária, tal como analisado por Escorel (1995), para quem a luta pela transformação da situação de saúde da população brasileira é parte privilegiada da luta pela transformação da sociedade, pois a arena da saúde é um campo de múltiplas interseções e relações com as demais esferas do desenvolvimento das sociedades. A saúde possui um valor universal e por ser considerada como parte integrante das condições mínimas de sobrevivência é componente fundamental da democracia e da cidadania. Assim como os outros direitos sociais, a saúde é um elemento potencialmente revolucionário, pois se constitui em um campo privilegiado de luta de classes, em que se

pode dar a formação e a transformação da consciência (luta ideológica), lugar onde se chocam as concepções de vida das diferentes classes sociais.

Mantendo as críticas ao asilo e a violência institucional, no contexto da contestação ao regime militar e fortalecendo o processo de redemocratização, a Reforma Psiquiátrica buscou ampliar as discussões técnicas para uma perspectiva política e social, expressa no relatório da I CNSM, o primeiro documento brasileiro oficial a colocar a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classes.

Também, a exemplo da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica conquistou espaços dentro do aparelho estatal, no sentido de introduzir mudanças no sistema de saúde. Amarante (1998) afirma que, a partir de 1985, uma significativa parcela dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental e, do mesmo modo, a direção de importantes unidades hospitalares públicas, especialmente na região sudeste do país, estavam sob a condução de fundadores e ativistas do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Como exemplo, podemos citar os Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste realizados em 1985 na cidade de Vitória/ES e em 1987 na cidade de Barbacena-MG, nos quais era possível encontrar vários militantes na posição de gestores. Desta forma, ocupando praticamente todos os espaços:

[...] encarregaram-se de elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas idéias, formar novos militantes. Operaram uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social (Amarante, 1998, p. 69).

A Reforma Psiquiátrica iniciou, assim, seu processo de institucionalização, intensificando-se nos anos 90 e confundindo-se com o Estado. Este processo já preocupava alguns atores que nos intervalos e bastidores da I CNSM, articularam a realização, em dezembro de 1987, do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru – SP. A escolha daquela cidade paulista deveu-se, por um lado, ao fato dela estar sob uma administração progressista (à época), o que favoreceu o apoio para a organização e para a realização do evento. Por outro lado, havia várias lideranças expressivas da Reforma Sanitária, como David Capistrano, secretário municipal de saúde e da Reforma Psiquiátrica, como Roberto Tykanori, que lá implantaram o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Dentre os eixos de discussão do Congresso<sup>16</sup>, um apontava para uma nova estratégia a ser adotada pelo movimento: o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. Adotado nacionalmente a partir daí, colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural. Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma razão instrumental, sobre a loucura.

O Congresso contou com a presença de lideranças municipais, técnicos, usuários, familiares, estudantes e muitas outras pessoas, em um clima de muita vitalidade e participação. Dentre as deliberações, uma estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial<sup>17</sup>. No encerramento realizou-se uma passeata pelas ruas de Bauru, com mais de trezentas pessoas pedindo a extinção dos manicômios. O Manifesto de Bauru, aprovado na plenária e distribuído no dia da passeata, marcou o nascimento de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, cujas idéias estão expressas da seguinte forma:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O Manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru apud Conselho Regional de Psicologia, 1997, p.93).

A partir daquele Congresso, este nascente movimento, talvez a face mais politicamente ativa da Reforma Psiquiátrica, organizou-se em vários Estados e

---

<sup>16</sup> Os outros eixos eram: Organização dos trabalhadores de Saúde Mental – a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública e Análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação (A quem servimos e de que maneiras).

<sup>17</sup> Após algumas discussões, uma das primeiras datas sugeridas seria a do dia 13 de maio, data da aprovação da Lei 180 da Itália e da libertação da escravatura. Mas a escolha acabou recaindo no dia 18 de maio, sem nenhum motivo mais relevante. Mas esta escolha marca uma grande coincidência: o dia 18 de maio é também o dia da inauguração do Hospital Psiquiátrico do Juqueri.

caminhou para uma articulação nacional. O Movimento da Luta Antimanicomial buscou manter ao longo dos anos uma singular e importante peculiaridade: a de existir como um movimento, sem se tornar uma instituição, não há uma sede, ficha de inscrição ou rituais de filiação. Existe como uma utopia ativa, preta de desejos e ideais de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com seu ideário. É, fundamentalmente, um dispositivo social que congrega e articula pessoas, trabalhos, lugares.

A partir da eleição para prefeitos em 89, a cidade de Santos, na gestão do Partido dos Trabalhadores, produziu uma experiência singular que, de certa forma, abrangeu as duas características mais marcantes da Reforma Psiquiátrica ao longo da década de oitenta: a ocupação dos espaços de decisão e de poder do aparelho estatal, por um lado e, como decorrência, a possibilidade de produzir e sustentar politicamente um processo de transformação radical da assistência em saúde mental.

Em maio de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, sofreu uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, em função das atrocidades, incluindo-se mortes, cometidas com os pacientes lá internados. Iniciou-se a partir da “desmontagem do manicômio” um processo de transformação exemplar, com implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva. Fernanda Nicácio (1994, p. 24) afirma que:

A transformação da Saúde Mental em Santos tem se configurado como *processo social complexo* ancorado na desconstrução do paradigma psiquiátrico; partindo da desmontagem manicômio, como síntese da 'instituição a ser negada' projeta a construção da Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social (grifo meu).

Esta foi, durante muitos anos, a experiência de maior repercussão, tanto nacional, quanto internacionalmente. Pela primeira vez tínhamos em um município a prática concreta de uma organização de serviços e ações de saúde mental efetivamente substitutiva à internação psiquiátrica. Construiu-se uma rede territorial constituída por: NAPS, unidades de cuidado, regionalizados, funcionando 24 horas por dia e 7 dias na semana e que respondiam à demanda de Saúde Mental em sua área de abrangência: o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal, o qual tinha como objetivo ser retaguarda do sistema na atenção à crise e urgência/emergência, em particular no período noturno; a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que coordenava e desenvolvia os empreendimentos de trabalho; o Centro de Convivência TAM-TAM, iniciado a partir da

Rádio TAM-TAM, que desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais; e o Lar Abrigado – “República Manoel da Silva Neto”, moradia e espaço de atenção para usuários gravemente institucionalizados, com debilidades clínicas e físicas importantes. Esta organização colocou em ação conceitos e dispositivos, hoje, consagrados que fazem (ou deveriam fazer) parte do cotidiano dos serviços de saúde, tais como: território, responsabilização, cooperativas de trabalho e residência terapêutica.

Durante oito anos, de 1989 a 1994, Santos representou o que de mais emblemático e paradigmático se podia realizar no sentido da transformação não apenas das ações de saúde mental, mas do sistema de saúde. Porém as sucessivas derrotas eleitorais, nos anos seguintes, para partidos políticos de orientação conservadora, desarticularam esta experiência, retirando dela muito de sua vitalidade inovadora e de seu compromisso ético e político com a transformação social. Os valores que constituem a essência da Reforma Psiquiátrica não fazem parte, via de regra, nem do ideário, nem da prática política dos partidos conservadores, refratários às noções e valores de participação popular, controle social, autonomia dos indivíduos. Neste sentido, uma experiência como a de Santos se nutre não apenas da militância aguerrida dos trabalhadores, que é absolutamente necessária, porém insuficiente para sustentar um projeto ambicioso como aquele, o qual requer uma implicação, uma articulação e uma sustentabilidade política. Não se tratou apenas da construção de uma rede de novos serviços, os NAPS, mas da organização de um complexo sistema de saúde que implicou na tessitura de uma rede intersetorial ativando e provocando outras secretarias e outras instituições, em um projeto de transformação social.

A definição de conservador apresenta, nestes anos de passagem de um milênio a outro, grandes dificuldades que não cabem aprofundar neste trabalho. Gostaria de destacar que Bobbio et al (2000) afirmam que, para a ciência política, o conservadorismo designa idéias e atitudes que visam à manutenção do sistema político existente e dos seus modos de funcionamento, contrapondo-se as forças inovadoras. Destacam que é esta tensão que o definirá sempre em relação ao “progressismo” e ambos os termos só podem ser entendidos em seu contexto histórico. Complementando, Bobbio relata que:

Com o advento da sociedade de massas no curso do século XX, os termos do problema se modificaram de tal modo que a antítese Conservadorismo-progressismo [...], conquanto ainda presente na linguagem política, se poderia considerar em crise (Bobbio et. al , 2000, p. 245-6).

Considerando este alerta, tomo neste presente trabalho, a idéia de um par antitético conservadorismo/progressismo como representantes políticos, de um lado dos interesses da sociedade em manter a estrutura social e, de outro, das forças sociais que lutam para a transformação da sociedade. Luz (2000) ao analisar o processo histórico de descentralização nas políticas sociais do Brasil, apresenta a seguinte hipótese:

[...] a concentração política apenas exprime a enorme concentração sócio-econômica persistente na sociedade brasileira, manifestando a resistência de poderes particularistas regionais (avessos a mudanças no sentido universalista) profundamente arraigados no solo social. Esses poderes, geralmente de base local, corporativos e conservadores, estão predominantemente representados nos três poderes do Estado em seu nível central. E tendem a inviabilizar as tentativas de descentralização/desconcentração nas políticas públicas propostas em mais de uma conjuntura no desenvolvimento secular da República (Luz, 2000, p. 301).

Neste sentido, as experiências mais interessantes, inovadoras e avançadas que tivemos em gestões municipais foram implantadas por lideranças políticas ligadas, geralmente, a partidos progressistas que se opuseram aos poderes conservadores locais. O que não significa dizer que os partidos com perfil progressista garantam por si só propostas de avanço na perspectiva da implementação de políticas redistributivas ou da transformação social. Pelo contrário, por vezes, no poder, reproduzem os mesmos dispositivos e comportamentos conservadores. Afinal, a prática política é, parafraseando Nietzsche, um ato humano, demasiadamente humano.

Retornando ao ano de 1989, a prefeitura de São Paulo também desenvolveu um processo de mudança na assistência em saúde mental da capital, mas de natureza distinta. O projeto baseou-se na constituição de uma rede de serviços e de estratégias, tais como Centros de Convivência, Hospital-dia, emergências psiquiátricas, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, em que cada equipamento visava a dar conta de um determinado nível de complexidade de atenção à saúde mental, em uma organização baseada no princípio da hierarquização dos serviços de saúde. A experiência dos Centros de Convivência<sup>18</sup> foi inovadora, pois levava aos equipamentos públicos de lazer da cidade, principalmente os parques municipais, a possibilidade da criação de um espaço de convivência com a diferença.

---

<sup>18</sup> Espaços localizados em áreas de lazer onde eram desenvolvidas atividades de diversos tipos: aulas de Tai-Chi-Chuan, de canto, artesanato etc. Além dos pacientes das diferentes unidades, qualquer pessoa podia participar daquelas atividades.

E, ainda em 1989, a Reforma Psiquiátrica, sob o impacto da intervenção do Hospital Anchieta em Santos e da exemplaridade do processo que lá se desenvolvia, conquista uma importante vitória, ainda que parcial: a aprovação pela Câmara dos Deputados do Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, cuja proposta defendia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros recursos assistenciais. Esta aprovação estimulou, nos anos seguintes, a uma mobilização em estados e municípios, para a aprovação de leis com conteúdo e direção do Projeto do Deputado Paulo Delgado.

No final dos anos oitenta, surgiu um novo ator na Reforma Psiquiátrica: as associações de usuários e familiares. Além da pioneira SOSINTRA do Rio de Janeiro (criada em 1978), e do Grupo Loucos Pela Vida do Juqueri, nasceram a Associação Franco Basaglia - SP, a Associação Franco Rotelli - Santos, o SOS Saúde Mental, entre outras. A Reforma deixou de ter a participação majoritária de trabalhadores da saúde e passou a contar com familiares, usuários e outras pessoas não ligadas diretamente ao campo da saúde mental. As associações atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental. Para Amarante:

Com o processo da reforma psiquiátrica saindo do âmbito exclusivo dos técnicos e das técnicas, e chegando até a sociedade civil, surgiram novas estratégias de ação cultural com a organização de festas e eventos sociais e políticos nas comunidades, na construção de possibilidades até então impossíveis (Amarante, 1998, p. 82).

Ao finalizar os anos oitenta, tínhamos um panorama muito distinto daquele encontrado no final dos anos setenta. Era um país diferente, com a eleição direta para presidência da República, com uma nova Constituição, com a perspectiva e a esperança da construção de uma nação mais soberana e democrática. No campo da saúde, a mobilização continuava em torno da institucionalização da Reforma Sanitária, especialmente na luta pela aprovação da lei Orgânica da Saúde. No campo da saúde mental, de uma situação em que havia apenas o hospital psiquiátrico, encontramos no raiar dos anos noventa: a exemplaridade de algumas importantes experiências singulares e paradigmáticas, como a do CAPS Luiz Cerqueira, a organização da saúde em Santos e os Centros de Convivência; um movimento organizado nacionalmente, representado pelo Movimento da Luta Antimanicomial; a ampliação da organização de associações de usuários e familiares; o início da mudança na legislação federal e a criação de leis em vários estados e municípios e o início da institucionalização da Reforma Psiquiátrica.

Tínhamos, fundamentalmente, um amplo e complexo movimento social, com múltiplas faces. Cohn (2003) caracteriza os movimentos sociais da seguinte forma:

[...] por se constituírem em “novos” sujeitos coletivos no cenário político em distintas e diferenciadas arenas e espaços que não aqueles tradicionalmente definidos pela concepção clássica da democracia. Por outro lado, constituem igualmente sintomas de conflitos presentes na própria sociedade na medida em que se caracterizam por um forte traço reivindicativo na luta por conquistas na efetivação de demandas sociais, vale dizer, dos direitos sociais (Cohn, 2003, p. 11).

A Reforma Psiquiátrica constituiu-se do mesmo processo de discussão, debates e ações políticas para a redemocratização do país, para a conquista de direitos sociais, para a mudança da relação entre Estado e sociedade civil. Surgiu como um “novo” sujeito coletivo, implicando centenas de atores no processo de desconstrução crítica do manicômio, de rupturas conceituais e invenção de propostas assistenciais, de articulação e conquista de espaços para a sua concretização. Foi uma década de construção de um grande projeto político de transformação que se consolidou como política oficial do Ministério da Saúde, ao longo dos anos noventa.

### ***Os anos 90: remando contra a corrente da institucionalização da Reforma***

O tom dos anos oitenta foi dado pelo processo político de redemocratização e pela construção de um novo pacto social consolidado na nova Constituição. Porém os problemas econômicos do país agravaram-se. Com o processo democrático consolidado, o tom dos anos noventa seria dado por uma agenda política que colocou a estabilidade econômica como prioridade número zero, subordinando todos os outros aspectos da vida social ao cumprimento desta meta.

No plano internacional, os anos 80 e 90 se caracterizam por uma onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social, que fortaleceu o que se têm nomeado, não sem controvérsias, de pensamento neoliberal, produzindo impactos no papel do Estado como executor e responsável pelas políticas sociais. Esta proposta de uma nova engenharia do Estado, reduzindo drasticamente seu papel, implementada especialmente nos países europeus, teve conseqüências para os países da periferia.

No final da década de 1980, em função da crise da dívida externa dos chamados países emergentes (Rússia, países da América Latina e do sul da Ásia), um grupo de

intelectuais elaborou uma série de formulações que foram sistematizadas por John Williamson<sup>19</sup> do Institute for International Economics, no texto *What Washington Means by Policy Reform*, publicado, em 1990, no livro *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* Essas formulações, que ficaram conhecidas como Consenso de Washington, foram adotadas e utilizadas como receituário aos países devedores pelo governo norte-americano e pelas organizações financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Williamson (1990) apresenta o Consenso como uma estratégia de reformas da economia, orientadas para o mercado, composta por dez pontos: disciplina fiscal, visando eliminar o déficit público; uma mudança nas prioridades para despesas públicas, eliminando subsídios e investindo em áreas sociais, como saúde e educação; reforma tributária; liberalização do sistema financeiro, com taxas de juros determinadas pelo mercado; uma taxa de câmbio competitiva; liberalização comercial, com ênfase no comércio exterior; liberalização da entrada do investimento direto; privatização das empresas estatais; desregulamentação da economia; direitos da propriedade assegurados.

Este modelo de reforma, por exigência das instituições financeiras internacionais, foi amplamente adotado, especialmente pelos países latino-americanos. Podemos identificar nestes dez pontos, a agenda de reformas que se implantou no Brasil ao longo da década de noventa e que, infelizmente, ainda continua no raiar deste século XXI. Em 2003, Williamson e Kuczynski (2003) organizaram o livro *After the Washington Consensus – Restarting Growth and Reform in Latin America* no qual diversos autores buscam respostas às razões que levaram os países da América Latina a resultados tão decepcionantes do crescimento econômico, da estabilidade e dos índices sociais, após a adoção das medidas do Consenso. Estes autores apontam para o fato das reformas propostas pela agenda do Consenso não terem sido implementadas na região de forma completa ou, quando implementadas, foram inconsistentes e ocorreram em uma ordem não satisfatória. Williamson (2003) propõe que o objetivo da política econômica não deve ser apenas a estabilidade dos preços, mas também a estabilidade da economia, o que implica em: manter uma severa política fiscal (aumentar receita, gerar superávit e cortar gastos); implementar uma política cambial flexível para aumentar a competitividade internacional; aumentar a poupança interna; maior flexibilização da economia, especialmente em relação às leis trabalhistas; reformas institucionais (sistemas políticos, administrações públicas, sistemas judiciais, instituições financeiras,

---

<sup>19</sup>Economista que conhece bem o Brasil. Já lecionou na PUC do Rio de Janeiro (1978 a 1981) e é casado com uma brasileira.

sistemas de educação, de saúde, segurança, etc.). Como se pode ver continua-se com a mesma agenda.

A adoção e a defesa deste modelo, especialmente a disciplina fiscal, para a estabilidade econômica do país, transformou-se em um grande obstáculo na implementação e na consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, como a proposta da Reforma Sanitária.

Foi, e ainda é, neste panorama desfavorável que se consolidou o processo de organização e implantação do Sistema Único de Saúde, principal bandeira de luta do Movimento Sanitário que, como já destacamos, tomou o campo do aparelho de estado como palco privilegiado de sua luta.

No Brasil, os anos 90 começaram com a posse do governo do presidente Fernando Collor de Mello, que logo apresentou os aspectos que marcariam a sua administração: início da implementação da política neoliberal, que teve como resultado o desmonte das políticas públicas; uma atuação de caráter autoritário e centralizador; e escândalos relacionados à corrupção, que o levariam ao seu *impeachment*.

Aspectos que retardaram o avanço da Reforma Sanitária que havia obtido importantes conquistas nos anos anteriores. O autoritarismo e a falta de respeito às regras democráticas evidenciam, como aponta Gerschman (2004), a íntima, profunda e necessária relação da Reforma Sanitária com a democracia. Prossegue Gerschman, afirmando que:

Entendemos que o avanço da implementação da Reforma poderia necessariamente requerer o afiançamento do processo político-democrático, considerando que ela previa um espaço considerável de participação social na gestão do sistema de saúde e, particularmente, no processo de descentralização do sistema, o qual constitui a coluna vertebral desse processo (Gerschman, 2004, p.180).

O governo do presidente Collor caracterizou-se por um centralismo autoritário, valendo-se de todos os dispositivos disponíveis para emperrar e impedir o processo da RS. Como exemplo, podemos citar a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, obtida graças a uma intensa mobilização e articulação das forças políticas em favor da Reforma Sanitária, agrupadas na Plenária das Entidades de Saúde. Contudo, todos os artigos referentes à participação social foram vetados, obrigando a uma nova mobilização e à aprovação de uma outra lei (Lei 8142), que dispõe sobre a realização das Conferências e

sobre os Conselhos de Saúde tornando-os obrigatórios. A IX Conferencia Nacional de Saúde foi organizada e realizada após intensas pressões e já sob o quadro de crise institucional que levariam o presidente Collor ao seu impeachment, no ano de 1992. O lema não-oficial daquela Conferência, retirado de um documento preparatório foi: *A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei*.

Mesmo após o *impeachment* de Collor, a política econômica continuou a seguir o modelo de reforma neoliberal imposto pelos organismos internacionais. É neste quadro economicamente desfavorável e de retrocesso nos anos iniciais, que a Reforma Sanitária foi implementando um de seus mais importantes eixos do SUS: a descentralização.

Para Hortale et al. (2000), a descentralização possui uma dimensão política e é uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Consideram que:

[...] um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos (Hortale et al., 2000, p. 232).

Já Levcovitz et al. (2001) afirmam que, apesar das diferenças nas análises, há um consenso sobre os avanços no âmbito da descentralização em saúde predominante no Brasil, caracterizando-a como sendo do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ressaltam, porém, que a descentralização “não garante o caráter democrático do processo decisório e necessita ainda do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do processo” (Levcovitz et al., 2001, p. 272).

A consolidação do SUS, portanto, requer a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo deste processo. Neste sentido, as Normas Operacionais Básicas, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios,

passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização da descentralização estabelecida pela Constituição e na legislação do SUS.

Este processo colocou em cena milhares de gestores municipais de saúde que passaram a se constituir, por vontade própria, ou compulsoriamente, por força da função que exerciam, em atores fundamentais no campo da saúde. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e os Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), passaram a desempenhar um importante papel, especialmente a partir de 1994, ano em que foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite, reunindo municípios e governos estaduais, e a Comissão Intergestores Tripartite, reunindo municípios, governos estaduais e o governo federal. Essas Comissões são órgãos colegiados deliberativos sobre as questões referentes à implantação e implementação do SUS e fórum de discussão sobre os impasses entre as partes envolvidas no processo.

No âmbito dos municípios, a descentralização fortaleceu a constituição dos Conselhos Municipais de Saúde, órgãos colegiados, de composição paritária entre representantes do governo e da sociedade, com a função de controle e de deliberação sobre as questões referentes à implantação e implementação das ações de saúde do SUS. São mecanismos de participação e controle popular e buscam democratizar as relações entre Estado e Sociedade.

Contudo, o que vamos encontrar caminhando ao lado do processo de descentralização é um tema central e recorrente: o financiamento e a falta de recursos para a saúde. A universalização da assistência, a re-organização do sistema para eliminar as barreiras do acesso e garantir a integralidade das ações de saúde, a mudança do modelo médico hegemônico pela implementação de estratégias como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACs), a democratização dos mecanismos decisórios por meio do controle social exercido pela comunidade nos Conselhos de Saúde, enfim, todos temas relevantes que compõem o mais essencial e valioso existente na Reforma Sanitária, ficaram subordinados ao tema do financiamento.

A descentralização colocou o Ministério da Saúde e as secretarias municipais e estaduais de saúde como os principais atores indutores do processo da Reforma

Sanitária, deslocando os movimentos sociais para um papel secundário, quase de estorvo. A definição do arcabouço jurídico-legal e da engenharia institucional, associado à questão sempre problemática do financiamento, transformou este complexo processo em uma questão administrativo-gerencial. A lógica do financiamento e da administração tomou o lugar das mudanças.

Sergio Arouca criticava a paralisia e o conformismo frente aos efeitos que a relevância da lógica do financiamento está produzindo no SUS, declarando que:

O momento que estamos vivendo revela a paralisia do pensamento crítico nacional. O movimento sindical está paralisado e a universidade não tem feito nenhum debate crítico mais avançado. Isso exige que retomemos a Reforma Sanitária, enxergando o SUS a partir dessa reforma, e não vendo o SUS pelo umbigo do SUS. O umbigo do SUS vai apenas tentar regular o que está aí. Outro dia, ouvi um médico dizer com maior orgulho que tinha triplicado o número de amputações de diabéticos. Se o conceito é de produtividade e serviço, então ele amputa mais para ganhar mais. Para mim, isso é a falência. O conceito fundamental dessa última fase do SUS é o faturamento. Foi uma distorção na implantação do SUS (Arouca, 2002, p. 21).

O processo de consolidação do Estado Democrático, que restaurou os direitos inscritos na Constituição Cidadã, como afirmava Ulisses Guimarães, não conseguiu incorporar uma parcela significativa da população que continuou à margem do mundo dos direitos e do “mundo maravilhoso do capitalismo globalizado”. A política econômica tem afrontado esse processo ao propor, seguindo as orientações do Consenso de Washington impostas pelos organismos internacionais, à desregulamentação e a redução das tarefas do Estado, implantando o chamado “Estado Mínimo”, entregando suas atribuições à lógica de uma onipresente figura denominada mercado que, em nossa dependente economia, têm-se revelado extremamente perversas, já que aumenta a acumulação de riquezas das elites, aprofundando a mais do que injusta distribuição de renda e agravando a crise social.

Segregação, violência e exclusão continuam, mais do que nunca, sendo pautas na agenda da discussão nacional. Neste sentido, a defesa da noção de “saúde direito de todos e dever do estado” cumpre um importante papel. Além de transformar a saúde como questão nacional, como afirma Escorel (1995), lança uma contra-ofensiva de caráter ideológico em defesa, não só de um direito constitucional, mas de uma perspectiva de entendimento de uma sociedade que garanta efetivamente os direitos básicos de acesso à saúde, ao trabalho, à educação, à moradia.

Na Reforma Psiquiátrica esta defesa se construiu na articulação dos novos serviços com outros segmentos dos movimentos sociais, tais como as associações de usuários e familiares, ONGs, sindicatos, etc. Esta estratégia estabeleceu uma diferença, especialmente nos anos noventa, entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária: por um lado ocupou espaços no aparelho estatal e, por outro, manteve uma identidade de movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial e das associações de usuários. Nutrindo-se das cotidianas questões que surgiam no embate da construção da transformação da assistência, a Reforma Psiquiátrica se atualizava, também, com as questões sociais de seu tempo histórico.

A ocupação dos espaços no interior do aparelho estatal guiou-se pelas mesmas trilhas da RS, com os mesmos riscos e problemas. No contexto da descentralização e da municipalização, a transferência de recursos financeiros da saúde mental era oriunda apenas da internação e das consultas ambulatoriais. Serviços altamente complexos e modelos de propostas assistenciais, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) não existiam para o SUS. Em novembro de 1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 189/91, que modificou a sistemática de remuneração das internações hospitalares, procurando reduzir o tempo de internação<sup>20</sup> e criou diversos procedimentos, buscando contemplar as diferentes experiências assistenciais que estavam sendo realizadas: NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, dentre outras. Logo, em janeiro de 1992, foi publicada a Portaria n.º 224/92, que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental.

Essas portarias incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, com o nome de NAPS ou de CAPS. Contudo muitos municípios encontraram, nos procedimentos de saúde mental, uma oportunidade para aumentar os recursos financeiros repassados à saúde, devido ao seu elevado valor, comparativamente aos outros da tabela de remuneração do SUS. Ou seja, estavam mais preocupados com as finanças municipais do que em implantar um modelo de assistência em saúde mental. Este panorama se amplia a partir de 2002, como veremos mais à frente.

Por outro lado, esta e outras portarias publicadas nos anos subseqüentes, pelo Ministério da Saúde, possibilitaram aos Estados e municípios exercerem uma maior

---

<sup>20</sup> A portaria estabeleceu um número máximo de diárias a serem pagas por cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH), abrindo a possibilidade de um controle maior por parte do gestor estadual ou municipal.

fiscalização, controle e uma intervenção naqueles hospitais psiquiátricos privados ou filantrópicos prestadores de serviço ao SUS, que não apresentassem condições mínimas de funcionamento. No Estado de São Paulo, todos os hospitais psiquiátricos foram submetidos a uma supervisão de avaliação, que resultou no fechamento de vários deles, com uma significativa redução de leitos psiquiátricos<sup>21</sup>.

Em dezembro de 1992, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Precedida de etapas municipais, regionais e estaduais, que contaram com o envolvimento direto de cerca de vinte mil pessoas, a etapa nacional contou com a participação de quinhentos delegados eleitos nas conferências estaduais, com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviço. Contou, ainda, com a presença de 320 observadores credenciados, 150 participantes na condição de ouvintes, 100 convidados (sendo 15 estrangeiros), totalizando mais de mil pessoas<sup>22</sup> de diferentes partes do país. Eram trabalhadores, gestores estaduais e municipais, políticos, representantes dos hospitais psiquiátricos, representantes de entidades de saúde, associações de usuários e familiares de pacientes, entidades de auto-ajuda, representantes de universidades que discutiram ativamente os temas propostos.

Em sintonia com o momento do país<sup>23</sup>, a 2ª CNSM discutiu três grandes temas: crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; e direitos e cidadania. O relatório final subdividia-se em três partes: marcos conceituais; atenção à saúde mental e municipalização; e direitos e legislação.

Realizada em circunstâncias históricas distintas da 1ª CNSM, cujo relatório apresentava diversas proposições de caráter político, o relatório final da 2ª CNSM<sup>24</sup> não foi tão contundente na crítica ao modelo econômico, nem ao momento político que se estava vivendo. Embora aquelas questões estivessem como pano de fundo, o texto era mais extenso e específico nas questões da saúde mental. A 2ª CNSM foi realizada em um momento em que diversas experiências já estavam consolidadas e espalhando-se pelo país; já existia um projeto de lei federal, aprovado na Câmara dos Deputados e

---

<sup>21</sup> Em dezembro de 1992 havia 33.698 leitos psiquiátricos credenciados ao SUS. Em dezembro de 2002 este número havia se reduzido a 19.456 leitos (fonte DATASUS)

<sup>22</sup> Dados constantes na apresentação do relatório da Conferência.

<sup>23</sup> Todas as etapas da conferência foram realizadas durante o processo de impeachment do Pres. Collor.

<sup>24</sup> Em trabalho anterior, Costa-Rosa et al (2001) analisam o relatório final das duas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

tramitando no Senado e leis estaduais aprovadas ou em tramitação<sup>25</sup>; já existiam dispositivos institucionais (portarias ministeriais) que possibilitavam a implantação de novos serviços e aumentavam a fiscalização dos hospitais; já existiam diversas associações de usuários atuando ativamente pelo país, ou seja, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo assistencial, no campo jurídico, no campo institucional e no campo cultural. O relatório apresentava importantes elementos para compreender estes diferentes aspectos do processo de transformação. Destacamos o seguinte trecho, o qual apresenta o entendimento sobre o processo saúde-doença adotado e defendido pela Reforma Psiquiátrica:

III. O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício de cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades. (Brasil/MS, 1994, p.11)

Neste próximo trecho, o relatório sintetiza alguns pontos importantes na articulação entre a atenção integral e a cidadania, com claros reflexos naquilo que hoje nomeamos como mudança do modelo assistencial:

IV. A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo e trabalho/prazer [...]. Refletida em: a) Mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir do seu diagnóstico; b) Diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em Saúde Mental; c) uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em Saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas (Brasil/MS, 1994, p.11 e 12).

Muitas das propostas apresentadas se concretizaram, como, por exemplo, a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica<sup>26</sup>. Nesse sentido, o relatório da 2ª CNSM apontou para a consolidação das conquistas e para onde avançar.

Houve, nos anos noventa, a conquista dos espaços institucionais. Utilizando-se da mesma estratégia do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica institucionalizou-se, enquanto política oficial, conquistando seu território no interior do aparelho estatal.

---

<sup>25</sup>Os seguintes estados aprovaram leis com orientação semelhante ao projeto do deputado Paulo Delgado: Rio Grande do Sul (1992); Pernambuco (1992); Espírito Santo (1992); Ceará (1993); Distrito Federal (1995); Minas Gerais (1995); Paraná (1995); além de municípios, como por exemplo, Ribeirão Preto-SP, Belém-PA e Londrina-PR.

<sup>26</sup>Criada em dezembro de 1993.

E, por outro lado, procurou não se afastar de suas raízes, suas origens. Na mesma 2ª CNSM, a presença de centenas de delegados, usuários e familiares indicava para as novas alianças que a Reforma Psiquiátrica estabelecia e fortalecia: as associações e organizações sociais. Dessa forma setores do movimento mais identificados com o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) retomaram a sociedade civil e o plano cultural como palco de lutas e conquistas. Privilegiando a articulação e a ampliação das alianças com outros segmentos da sociedade, estenderam o movimento para além do campo da saúde mental, incorporando definitivamente novos atores, buscando conquistar o apoio e a apropriação da sociedade a essa luta. Os anos noventa foram férteis, também, em encontros e eventos com a participação ativa das associações de usuários e familiares, além de outros setores da sociedade.

Em setembro de 1993, foi realizado, em Salvador, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. Os trabalhos se desenvolveram em torno de um tema comum que caracterizava o MLA como um movimento social, plural, independente, autônomo e que devia manter alianças com outros movimentos sociais. Marcava um avanço de movimento identificado como dos Trabalhadores de Saúde Mental para um movimento social mais amplo, “saindo de um caráter meramente teórico e técnico, para uma intervenção política na sociedade” (Relatório do I Encontro da Luta Antimanicomial, apud Conselho Regional de Psicologia, 1997, p.65).

O relatório final do Encontro detalhava ainda os seguintes aspectos: afirmava que a situação social, política e econômica do país era produtora de sofrimento e indicava a necessidade de inserir a questão da saúde mental em todos os Movimentos Sociais; apresentava uma reflexão sobre o fazer clínico, que “deve ser pensado como ato político” (idem, p.68); destacava a assistência em saúde mental como a construção de práticas de atenção integral à saúde num processo coletivo contemplando a cultura, a interdisciplinaridade, os movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos.

De forma geral, o MLA criticava a política ministerial afirmando que “a política Ministerial procura ser uma equação entre a perspectiva do Movimento e os interesses empresariais no setor; o que na prática tem favorecido a permanência do parque asilar do Brasil” (idem: 79). Procurava, assim, colocar-se em uma posição de independência em relação ao aparelho estatal, sendo cuidadoso quanto à participação na política oficial de saúde mental. Por outro lado, colocou-se como importante interlocutor com o Ministério ao compor a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, do Conselho

Nacional de Saúde, como um dos representantes do segmento da sociedade, ao lado de representantes dos usuários, dos hospitais etc., seguindo a mesma distribuição paritária entre segmentos da sociedade e do governo das demais Comissões da Saúde.

Essa foi e é uma questão permanente para o MLA, que procurava manter uma característica predominantemente de Movimento Social, ainda que muitos de seus importantes atores estivessem exercendo o papel de gestores de políticas municipais de saúde. Isso marcou uma importante diferença em relação a outros segmentos da Reforma Psiquiátrica, que aderiram ou se instalaram no aparelho de Estado, afastando-se do cotidiano da assistência.

No mesmo ano foi realizado na cidade de Santos-SP o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares<sup>27</sup>, no qual foi redigida a *Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental*. De maneira geral, o texto da “Carta de Direitos” não traz novidades em relação a outros documentos, reafirmando, basicamente, os princípios e diretrizes defendidas pela Reforma Psiquiátrica. A novidade foi o processo de sua elaboração. Um texto discutido e debatido pelos usuários e familiares. O louco, destituído de sua condição de cidadão, afirma-se como sujeito de seu tempo e escreve, literalmente, uma página de sua história. Os vários encontros que precederam e a própria *Carta* reafirmam a identidade dos movimentos dos familiares e usuários como um Movimento Social que vai conquistando espaço e características próprias.

A partir daí, houve uma freqüência de encontros nacionais a cada dois anos, tanto do Movimento da Luta Antimanicomial, quanto do Movimento dos Usuários e Familiares.

Desde seu início, nos anos setenta, a Reforma Psiquiátrica se apresentou com um temário de caráter social e estabeleceu estratégias para ampliar os limites de sua atuação para além dos muros dos asilos e das universidades. Em um constante processo dialético, foram sendo criados novos paradigmas e novas práticas institucionais, especialmente os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que acabaram por influenciar e inspirar mudanças na estrutura normativa das ações de saúde, através das portarias e normatizações do Ministério da Saúde, constituindo-se, assim, como uma política pública de saúde. Tensionando esta

---

<sup>27</sup> O I Encontro Nacional foi realizado na cidade de São Paulo, em 1991. O II Encontro realizou-se, em 1992, na cidade do Rio de Janeiro.

característica burocrático-administrativa, o Movimento da Luta Antimanicomial, a face política mais ativa da Reforma Psiquiátrica, manteve “os pés na origem” como movimento social, congregando diversos setores da sociedade, tais como: associações de usuários e familiares, conselhos de profissionais, sindicatos, centrais sindicais, parlamentares e outros mais, formando um amplo leque de alianças.

Enquanto a Reforma Sanitária optou por continuar a investir prioritariamente na estratégia de ocupação estatal, a Reforma Psiquiátrica, ao contrário, superando os limites de um movimento específico animado por trabalhadores, foi ampliando suas alianças, atualizando e renovando a sua luta, radicalizando, segundo Amarante (1999), os princípios da Reforma Sanitária descritos por Nelson Rodrigues dos Santos: inclusão, solidariedade, cidadania.

### ***O novo milênio: desinstitucionalizar a Reforma Psiquiátrica***

O milênio se iniciou com uma vitória de sabor amargo. Após quase doze anos tramitando no Senado Federal, em 2001, ano em que a Organização Mundial de Saúde escolheu como o ano da Saúde Mental, foi finalmente assinada a lei nº 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica. Seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador disso, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente a regulamentação da internação psiquiátrica e dois (1º e 2º) referirem-se aos “direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressada como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se referem à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei.

No mesmo ano, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em Brasília. Em um curto período de tempo, pois foram apenas seis meses para organizar o processo, realizaram-se 163 Conferências Municipais e 173 Micro-regionais e Regionais. Na segunda etapa, todos os 27 estados da federação realizaram conferências estaduais, congregando cerca de 20.000 participantes. Na Conferência Nacional em Brasília, houve a participação de 1480 inscritos regulares, aos quais se somaram cerca de 220 pessoas que transitaram nas atividades, totalizando a cifra geral de 1700 participantes. A plenária final para a votação das propostas durou extenuantes 23 horas.

O relatório final é extenso e a leitura de seus itens já demonstra a complexidade em que se transformou o campo da Reforma Psiquiátrica. Os aspectos mais importantes e as questões mais polêmicas estão contidos em suas páginas.

Em seu capítulo I sobre “Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental”, apresenta entre os princípios e diretrizes que a reorientação do modelo assistencial “deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (SUS, 2002, p.23).

E conclama os municípios a desenvolverem políticas de saúde mental que implementem:

[...] uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. É fundamental, também, que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação (SUS, 2002, p.23).

Apresenta ainda inúmeras propostas divididas em 13 subitens, dos quais destacamos: política de saúde mental e organização de serviços; responsabilidades do gestor; desinstitucionalização (superação do modelo asilar; organização e produção da rede e dos serviços substitutivos; serviços residenciais terapêuticos; trabalho e geração de renda); controle da internação psiquiátrica; Atenção Básica; intersetorialidade; atenção à criança e ao adolescente; e atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

No capítulo II, sobre a “Política de Recursos Humanos”, destaca a importância da formação destes recursos, de forma integrada nas três esferas e que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão. Apresenta diversas propostas subdivididas em itens dos quais destacamos: política de contratação de recursos humanos; coordenação e gestão das equipes de saúde mental; política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS; e capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições.

No capítulo III, sobre o “Financiamento”, o relatório propõe que:

[...] os recursos financeiros devem acompanhar o usuário nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios. Assim, os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços. O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental, em especial a rede de serviços e a capacitação de recursos humanos (SUS, 2002, p.84).

São apresentados nos diversos subitens propostas para financiamento: dos serviços substitutivos; de novas iniciativas, ações e procedimentos em saúde mental; de ações intersetoriais de suporte social; da assistência farmacêutica; para pesquisa, formação e capacitação de recursos humanos em saúde mental; e dos mecanismos de comunicação e informação e a visibilidade da política de saúde mental.

No capítulo IV, sobre “Acessibilidade”, o relatório reafirma a meta de garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e na programação das ações de saúde.

No capítulo V, sobre “Direitos e Cidadania”, o relatório ressalta a prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando, deste modo, o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares. Destaca, também, as propostas relacionadas à inserção no mundo do trabalho, por meio de projetos de geração de renda ou de formação de cooperativas sociais.

No capítulo VI, sobre “Controle Social”, como forma de garantir a substituição do modelo hospitalocêntrico e o avanço da Reforma Psiquiátrica, o relatório ressalta a importância dos Conselhos de Saúde, das Comissões de Saúde Mental e de outras formas de organização e participação social.

Em 2002, como consequência da III CNSM, uma nova portaria foi publicada, a 336/02, com importantes diferenças em relação à anterior: abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo os CAPS como: “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; cria três diferentes tipos: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”; o CAPS passou a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Mudou o financiamento que passou a ser realizado por Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), contando com verbas garantidas pelo Ministério da Saúde. Ou seja, os recursos financeiros para o CAPS fazem parte do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) do Ministério da Saúde, criado em abril de 1999, através da portaria GM/MS 531/99, com o objetivo de garantir o financiamento, pelo gestor federal, de procedimentos de alta complexidade ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas. Antes da criação do FAEC, o Ministério da Saúde não dispunha de instrumentos que lhe possibilitassem financiar e priorizar ações consideradas estratégicas, pois os recursos federais destinados ao custeio da assistência à saúde estavam alocados nos tetos financeiros dos estados e municípios. Souza (2003) descreve as ações estratégicas como aquelas que:

[...] decorrem de políticas de saúde definidas em função das necessidades de grupos prioritários, como é o caso da prevenção do câncer de colo de útero no âmbito da saúde da mulher, ou da necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde ofertados à população, a exemplo das campanhas de cirurgias eletivas (catarata, próstata, etc). Essas ações apresentavam uma grande demanda reprimida, em virtude da prioridade dada pelos gestores estaduais e municipais à utilização dos recursos financeiros dos seus tetos para outros procedimentos considerados mais urgentes (Souza, 2003, p. 456).

Dessa forma, os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos do CAPS, incluídos no FAEC, não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios e funcionam como recursos “extrateto”. Se, por um lado, este modelo de financiamento representou um avanço, pois colocou a proposta de mudança de modelo assistencial implícita, no CAPS como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde, por outro lado, trouxe problemas, pois mantém a mesma lógica de produtividade ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, deixando de lado toda uma série de ações realizadas no

âmbito do território, todas previstas na portaria 336/02, tais como a supervisão de unidades hospitalares, o apoio matricial a equipes da atenção básica, a articulação com outros setores e segmentos sociais, etc. Ou seja, continua-se a financiar a doença e não a promoção da saúde. Flávia Freire (2004) analisa este modelo de financiamento e suas implicações na assistência em saúde mental, detalhando esta análise.

Se ao longo dos anos noventa a Reforma Psiquiátrica manteve uma estreita relação com os movimentos sociais, no raiar deste novo milênio começa a padecer do mesmo mal que acometeu a Reforma Sanitária. Como destacamos anteriormente, o processo de institucionalização da Reforma Sanitária, por um lado, foi um passo importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde que se contrapõe ao modelo hegemônico, por outro lado, a encaminhou para longe dos movimentos e das organizações sociais, deslocando seu principal foco de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal. Stotz (1994) afirma que o Estado passa a ser visto como um sujeito, diante do qual, outros sujeitos se situam, despojados de suas encarnações sociais e de poder, para produzir a política pública. Tem-se a impressão de que os principais atores estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias e não estão mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como ativos protagonistas políticos.

Esta ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS, transforma a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores em uma servidão às normas e portarias. Não há mais oposição, tensão, questionamento. Pelo contrário, as críticas, geralmente oriundas dos setores acadêmicos, passam a serem vistas como ataque ou obstáculo a um processo que, ao se institucionalizar, perdeu a sua dimensão histórica e parece obedecer apenas uma lógica de administração dos recursos financeiros disponíveis, afetando de forma danosa o modelo assistencial. Sérgio Arouca afirmava a urgente necessidade de se retomar os princípios básicos do SUS, dentre eles, o conceito saúde/doença ligado ao trabalho, ao saneamento, ao lazer e a cultura, o que implica em discutir “a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente”. Arouca destacava o dano das políticas econômicas ao SUS da seguinte forma:

O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Essa lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A Saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo

assistencialista acabou universalizando a privatização (Arouca, 2002, p.19).

Campos (1992) já alertava, no início dos anos 90, para a necessidade de se repensar a Reforma Sanitária recolocando a importância do cotidiano dos serviços, com seus processos de trabalho e de gestão, com seus atores com necessidades, potencialidades e demandas, enfim, com sua micropolítica, como estratégia de transformação.

Da mesma forma, a Reforma Psiquiátrica se ressentiu deste mesmo problema. A sua institucionalização transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor-chefe dos ritmos e dos rumos deste processo. Parece não haver mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias que, ironicamente, têm como inspiração as experiências do CAPS e dos NAPS que trazem a marca da invenção e da criação que se construíram e obtiveram seu reconhecimento antes destas regulações.

Se as portarias 189/91 e 224/92 incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, muitas com o nome de NAPS ou de CAPS, que acabaram por se transformar em sinônimos de unidades assistenciais de vanguarda, a portaria 336/02, em função da mudança no financiamento, está contribuindo para a ampliação do número de CAPS um ritmo muito mais veloz.

Uma primeira e óbvia questão surge: implantar um serviço com a “marca” CAPS não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores, quanto dos gestores aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Um crucial equívoco que ocorre é o fato do CAPS ser considerado e implantando como mais um serviço de saúde mental. Ou seja, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais ambulatorialmente. O CAPS, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nesta proposta. E mais do que reorganização, esta estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde.

Como já nos referimos anteriormente, Rotelli (2001) chama a atenção para um processo ocorrido na Europa e nos Estados Unidos, nomeando como psiquiatria reformada, no qual foram criados serviços territoriais que conviviam com a internação sem, no entanto, substituí-la. Como consequência, o sistema de saúde mental se transformou em um circuito auto-alimentado, em que a segregação em uma instituição total foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados pontuais e fragmentados. Segundo ele, houve uma desospitalização e não uma desinstitucionalização, ou seja, houve apenas um processo de mudança de instituição, sem nenhuma transformação. Ele afirma que:

A intenção de liberar a Psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restituir-lhe o estatuto terapêutico resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõe, não se responsabilizam, abandonam (Rotelli, 2001, p.24).

Este é um risco presente no atual processo da Reforma Psiquiátrica. Embora inspirados em ideais e princípios de transformação assistencial, corremos o risco de produzir apenas uma tímida desospitalização.

Do ponto de vista quantitativo, encontramos, hoje, um grande número de instituições cadastradas no SUS como CAPS<sup>28</sup>, o que poderia nos induzir a pensar que a assistência estaria melhor na mesma proporção. Porém a internação psiquiátrica, embora em declínio<sup>29</sup>, ainda continua sendo a estratégia hegemônica de tratamento<sup>30</sup>. Por outro lado, a minha prática profissional tem demonstrado que muitas das instituições nomeadas como CAPS estão distantes de oferecerem um serviço de qualidade, norteados pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica.

Em muitos casos, a lógica financeira prevalece sobre a proposta de mudança de modelo. Por exemplo, quando gestores municipais implantam CAPS apenas motivados pela possibilidade de um acréscimo de recursos ao seu teto financeiro<sup>31</sup>. Certa ocasião,

---

<sup>28</sup> Segundo dados do DATASUS, existem mais de 600 CAPS cadastrados em todo país. Após a portaria 336/02, os serviços antes nomeados como NAPS passaram a ser designados nas planilhas do Ministério da Saúde apenas como CAPS.

<sup>29</sup> Segundo dados do DATASUS, tanto o número de leitos, quanto o número de internações tiveram um declínio de cerca de 30% no período de 1992 a 2002.

<sup>30</sup> Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 80% dos gastos em saúde mental ainda são para o pagamento de leitos psiquiátricos.

<sup>31</sup> Por ser remunerado extrateto, em alguns municípios pequenos, o recurso pago pelo Ministério ao CAPS é igual ou superior ao Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB corresponde a uma parte dos recursos financeiros do SUS repassados a cada município e tem por base um valor *per capita*.

ouvimos que o gestor de município estimulava os profissionais do CAPS com um prêmio de incentivo por APACs produzidas. Ou seja, não importa a qualidade da assistência, importa que o paciente assine a APACs, que o município receba o recurso financeiro, que ao final acaba por ser utilizado em outras ações de saúde do município, que não a saúde mental, pois as verbas são sempre insuficientes, etc. O trabalho dos profissionais acaba se precarizando, pois não há, por parte deste tipo de gestor, um investimento na organização e no fortalecimento das ações levando as equipes a executar, em muitos casos, apenas as ações mais convencionais. O trabalhador que era um ativo protagonista político, inventor de possibilidades de intervenção e produção de cuidados, transformou-se um mero reproduzidor acrítico das normas ministeriais. Muitos gerentes de serviços, por esta pressão, acabam cedendo e estão mais preocupados com a sobrevivência econômica da engenharia institucional do que com a clínica dos casos.

Por outro lado temos, com freqüência, profissionais que se vêem com a incumbência de implantar um serviço complexo como o CAPS, sem os recursos teóricos e técnicos para tal tarefa. Dessa forma, não conseguem efetivar um trabalho que proporcione, minimamente, um espaço de acolhimento ao sofrimento, à diferença. Pelo contrário, acabam reproduzindo o saber e as práticas que conhecem, criando, assim, lugares onde o modelo hegemônico novamente prevalece: mantém uma rígida estrutura verticalizada; o saber e as condutas médicas preponderam; a divisão de trabalho é rígida; objetiva-se a supressão sintomática; enfoca-se exclusivamente a doença. Aquilo que deveria ser a atenção psicossocial é assim construída cotidianamente num processo que reproduz uma mesma lógica manicomial, perpetuando uma prática que, sem ser executada no interior dos altos muros dos asilos, exclui e segrega. No lugar de um processo de transformação assistencial, norteado por princípios éticos temos a reprodução. Mini-manicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma psiquiatria reformada.

### ***Para não concluir...***

Em tempos de globalização econômica, radicalização da dependência internacional, o neoliberalismo aponta para um Estado Mínimo que, por um lado, abandona os investimentos nas áreas sociais e, por outro, amplia e refina dispositivos de manutenção do poder econômico por meio de políticas de exclusão e controle. Há cada vez mais concentração de renda, mais injustiça social, mais desemprego, e menos

manifestações populares de protesto, menos articulações de oposição. Sindicatos negociam redução de salários em troca de estabilidade de emprego. Capturados pela lógica econômica neoliberal, a solidariedade cede terreno ao individualismo. Cinismo e violência ganham destaque e relevância. Há menos cultura popular e mais narcisismo em tempos sombrios<sup>32</sup>. Parece que nada há para além do jardim da globalização neoliberal.

Individualização excessiva, letargia, fascínio pelo banal apresentado como espetáculo, anti-historicismo do cotidiano, são alguns dos elementos que se apresentam para a produção de nossas subjetividades de final de milênio: desagregadas e isoladas, facilmente controláveis e, no mais das vezes, ávidas por se incluírem no restrito e inacessível grupo dos privilegiados.

Santos (2001) aponta para a crise da sociedade moderna, discutindo vários de seus aspectos e destacando o fracasso das promessas de progresso que, ao final do século XX, tinham se transformado em ameaças de destruição, salientando a crise epistemológica do paradigma dominante da racionalidade científica que, desde o início do século XX, vem sofrendo abalos profundos em suas verdades. Ele caracteriza a pós-modernidade, na falta de um outro termo melhor, como momento de transição paradigmática, de profundas e necessárias mudanças e transformações.

É nesse cenário que os atores dos Movimentos Sociais, e dentre eles a Reforma Psiquiátrica, encontram seu grande desafio: não apenas negar o manicômio, mas produzir e inventar espaços de encontro para a problematização do cotidiano, para a formulação de novas questões; espaços para produção de rupturas, para radicalização das contradições; espaços para afirmação da vida.

O campo da RP tornou-se complexo. Esta complexidade traz a marca da diversidade de atores que o constituem: trabalhadores de saúde, gestores, usuários, familiares, parlamentares, acadêmicos, pesquisadores, estudantes e simpatizantes de diversos segmentos sociais. Nascida sob a égide de uma luta política contra a ditadura e o autoritarismo, a RP nunca deixou de ser este campo político por excelência: lugar de disputas, de confrontos, de alianças, de contradições. Sua proposta de ruptura radical com um determinado modelo de entendimento e de cuidado ao sofrimento humano,

---

<sup>32</sup> Referência ao texto de Jurandir Freire Costa - Narcisismo em Tempos Sombrios. In: Percursos na História da Psicanálise, coord. Joel Birman, Livraria Taurus, 1988.

produziu no seu cotidiano histórico, discursos sobre este sofrer, modos de cuidar e lugares que enunciavam estes mesmos discursos.

Discursos que se constituem como campos de saber, de produção de verdades. E, segundo Foucault, necessariamente de produção de poder “[...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar” (Foucault, 2004, p.10).

Roberto Machado ao analisar a *genealogia do poder* em Foucault, afirma que:

Não há saber neutro. Todo saber é político. E isso não porque cai nas malhas do Estado e é apropriado por ele, que dele se serve como instrumento de dominação, desvirtuando seu núcleo essencial de racionalidade. Mas porque todo saber tem sua gênese em relações de poder [...] não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder (Machado, 1988, p. 199).

Se nos últimos anos a Reforma Psiquiátrica fortaleceu-se como política pública, conquistando reconhecimento que se transformou em poder técnico-administrativo de regulação, houve, por outro lado, um enfraquecimento como movimento social. As recentes cisões no Movimento da Luta Antimanicomial, tensões e antagonismos públicos de segmentos sociais com os condutores da gestão da política ministerial demonstram que parece haver uma luta pelo lugar da autoridade de quem possui a verdade do discurso sobre o campo das transformações produzidas pela Reforma Psiquiátrica. Parece a instauração do lugar da autoridade, estabelecimento de campos de domínio de saber e de poder. Eis o risco iminente de um lado negro e obscuro da Reforma. Constituir-se como um campo de saber/poder, e reproduzir, na prática de seus atores, uma mesma lógica de dominação e exclusão. Não são apenas os profissionais do CAPS que devem estar atentos para a permanência do antigo paradigma.

Sempre corremos riscos. Como nos alerta Foucault:

[...] meu objetivo será mostrar-lhes como as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento. O próprio sujeito de conhecimento tem uma história, a relação do sujeito com o objeto, ou, mais claramente, a própria verdade tem uma história (Foucault, 2003, p.08).

Se nossa prática gera saberes, não há como negar, também, gera poderes nos microcosmos destes novos serviços, e que hoje se transformaram em uma ação de

Estado. Qual o efeito que este poder estará produzindo? Efetivará uma ruptura que promova a emergência ou a constituição de novas subjetividades mais autônomas, mais livres? Ou cooptado e esvaziado de sua potencialidade transformadora será reduzido a mais um dispositivo de controle e de dominação?

Nestes tempos difíceis me parece que é hora de retomarmos a sociedade civil, atuar na “microfísica” das instituições e do poder, produzir efeitos e incitar os movimentos sociais. Com o olhar, a escuta e o pensamento crítico, produzir tensões e conflitos para enfrentar a mesmice, a pasmaceira e a servidão cega e voluntária que hegemonicamente dominam nossos horizontes. É tempo de voltar a fazer política, de sermos atores protagonistas na construção de um novo tempo. Não esquecermos que se fizemos história, foi para construir um outro rumo. Voltar a fazer dos nossos atos o milagre de produzir o novo, de acontecer, tal como formulado por Hannah Arendt e que nos referimos no início do capítulo.

É preciso desinstitucionalizar certos aspectos da Reforma Psiquiátrica para torná-la um conceito “forte”.

## CAPITULO 2

### A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA

"O real não está na  
saída nem na chegada, ele se dispõe pra  
gente é no meio da travessia"  
(Guimarães Rosa – Grande Sertão  
Veredas)

#### *Introdução*

- *Os raios de sol estão me atravessando.*

Seu rosto crispado pela angústia denunciava o sofrimento de Zé. Em uma paulistana manhã fria de inverno, enquanto outros usuários estavam no sol para se aquecer, sentei ao seu lado. Esta frase dita ao vento sem direção, me tomou por inteiro. Alucinação? Vivência psicótica? Mas logo meu pensamento se voltou para algo mais próximo. Lá estava ele, com aquela fisionomia marcada por uma profunda dor. A única coisa que pude pensar foi: *–Então vamos sair do sol.* Falei alto o que pensei. Olhou para mim e disse – *Vamos! Fica comigo?* Caminhei ao seu lado para dentro do casarão do CAPS. Na sombra, a angústia de seu rosto se desfez. Perguntou-me se não queria jogar tênis de mesa. Terminamos aquela fria manhã numa intensa e aquecedora partida.

Neste pequeno fragmento de cena que vivenciei no CAPS Luiz Cerqueira, duas diferentes aproximações: na primeira olhava para aquela dor, buscando defini-la e enquadrá-la em algum critério semiológico que me ajudasse a definir um provável diagnóstico. Definido o quadro poderia, então, pensar na melhor conduta, no melhor agir para aquele momento. Colocava em ação um arsenal teórico-conceitual, que busca objetivar aquelas sensações e sentimentos transformando-as em sintomas de uma doença.

Em um segundo momento, percebi que havia algo mais a ser ouvido. Havia na dor e na angústia daquelas palavras algo que pedia tradução. Um sofrimento que buscava sentido. Um desafio complexo. Corri o risco e interfeirei na relação propondo algo que pudesse ao menos possibilitar um encontro. Inventamos uma saída, ainda que momentânea, para aquela angustia ou para aquele frio.

Doença do corpo ou sofrimento psíquico? Relação positiva entre o sujeito do saber e o seu objeto ou encontro intersubjetivo? Padrões protocolados de conduta ou

intervenção/invenção criadora? Diferentes formas de olhar e de ouvir que implicam em diferentes formas de atuar e intervir. Modelos de discursos, de produções de saber e de práticas sobre a realidade: um que representa um modelo hegemônico de pensar e nos fala de uma racionalidade científica médica com suas características (isolar, observar, classificar, determinar), e um outro modo que se espanta com o acaso e o incorpora buscando compreender este complexo mosaico do viver e do sofrer.

Modos de pensar, ver, escutar e compreender a realidade que se contrapõem em muitos aspectos. Neste raiar do século XXI, os debates nascidos em meados do século passado sobre um profundo questionamento das bases da racionalidade moderna, fundamento da racionalidade médica, ganham na agenda da saúde um importante espaço. De Bachelard a Edgar Morin, de Canguilhem a Foucault, para ficar apenas em alguns autores, muito se tem produzido sobre uma crítica ao paradigma científico moderno e a sua crise que afeta e modifica a produção de saberes em distintos campos.

Credita-se a Thomas Kuhn a ampla divulgação e utilização do conceito de paradigma. Para este autor, a ciência caminha por rupturas ou revoluções<sup>33</sup>. O interesse nesse conceito está em contrapor a idéia de que há uma linearidade e continuidade na produção científica que leva ao seu progresso. Kuhn (2000) estabelece um momento, que nomeia de “ciência normal”, no qual há uma série de suposições, métodos e problemas típicos, que determinam para uma comunidade científica quais são as questões importantes e qual a melhor maneira de respondê-las, ou seja, há um paradigma. Uma revolução científica acontece quando surgem “anomalias”, ou seja, fenômenos ou fatos que não são explicados pelo paradigma vigente e que obriga a comunidade científica a produzir um novo paradigma, inexistente até então.

Embora sofra muitas críticas por algumas limitações e imprecisões, especialmente por atribuir apenas à comunidade científica o processo de crise e de produção de um novo paradigma, deixando de lado os fatores e determinantes sociais (Vasconcelos, 2000), é um dos conceitos mais empregados em epistemologia. Vários autores, com usos e sentidos diferentes, o retomam como, por exemplo, no conceito de “transição paradigmática” de Boaventura Souza Santos (1997/2001), e em Edgar Morin (2002) por meio do “paradigma da complexidade”.

---

<sup>33</sup> Gaston Bachelard foi o primeiro a utilizar o conceito de “ruptura epistemológica”, conforme abordaremos mais a frente. Destaco aqui que Almeida Filho (2000) aponta para algumas intrigantes coincidências conceituais entre o texto de Bachelard e o de Kuhn.

É em um contexto de crítica ao paradigma científico e de sua racionalidade que o processo da Reforma Psiquiátrica aponta para uma importante ruptura com o modo psiquiátrico de olhar e compreender esta estranha e complexa experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura. Para Amarante (2003), há uma dimensão epistemológica na Reforma Psiquiátrica que se caracteriza pelo conjunto de questões que se situam na produção dos saberes e demandam a desconstrução dos conceitos fundantes da psiquiatria, tais como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade. E a reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais.

Trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto. Mas ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas, tecidas. Produção de novos conceitos para novos problemas e objetos.

Produção em consonância com o debate sobre a ciência moderna que aponta, também, à uma “Nova Aliança”, entre as ciências humanas e naturais como apontam Prigogine e Stengers (1997), e para a emergência de um novo paradigma nas ciências: um conhecimento prudente para uma vida decente, como proposto por Boaventura Souza Santos (1987, 2001, 2004); um paradigma da complexidade como nomeia Morin (2002); ou um novo paradigma ético-estético-político como postula Guattari (1992).

Neste presente capítulo pretendo traçar algumas características do paradigma da racionalidade científica moderna e de seus efeitos na racionalidade médica e psiquiátrica. Após, situo o processo da Reforma Psiquiátrica no interior da crise desta racionalidade, apontando para um período de transição entre paradigmas, destacando as características de um paradigma emergente. Longe de esgotar tão complexo tema, tenho como objetivo fornecer alguns elementos que possam contribuir para uma reflexão sobre as características, implicações e conseqüências desta dimensão epistemológica.

### ***Racionalidade científica moderna***

Para Touraine (2002) a idéia da modernidade, em sua forma mais ambiciosa, é a afirmação de que o homem é o que ele faz. O que estabelece uma estreita correspondência entre a produção, tornada mais eficaz pela ciência, a organização da

sociedade, regulada pela lei, e a vida pessoal, animada pelo interesse e pela vontade de se libertar de todas as opressões.

Esta correspondência entre cultura científica e uma sociedade ordenada e de homens livres, repousa sobre o triunfo da razão. Somente ela, a razão, estabelece uma relação entre a ação humana e a ordem do mundo, “anima a ciência e suas aplicações, comanda a adaptação da vida social às necessidades individuais e coletivas e [...] substitui a arbitrariedade e a violência do Estado, pelo direito e pelo mercado” (Touraine, 2002, p.09), proporcionando à humanidade o progresso rumo à abundância, à liberdade e à felicidade. Este é o ideário da modernidade que tem na racionalidade científica um dos seus pilares de sustentação. Um olhar mais atento sobre a condição da humanidade neste início de milênio, o qual será retomado mais a frente, basta para demonstrar o quanto este ideário, séculos após, não se cumpriu.

A racionalidade científica da modernidade nasceu no século XVI, não de uma evolução ou de um acúmulo de saberes, mas de uma ruptura de visão e de uma organização de mundo caracterizado como um saber contemplativo, teocêntrico, formal e finalista, no contexto de profundas transformações econômicas, sociais, políticas e culturais, iniciadas com a Renascença, marcaram a transição do mundo feudal para a modernidade.

Esta ruptura não criou apenas uma cisão entre o divino e o humano. A Natureza não será mais vista como um conjunto de forças situado para além da compreensão humana, com a qual o homem deve relacionar-se com reverência, temor, cumplicidade, conjuração, identificação. Esta ruptura criou uma cisão “também entre ordem humana e ordem natural. Separam-se Deus, homem e natureza” (Luz, 2004, p.45). Somente a razão permite operar com os fenômenos naturais para submetê-los ao poder do homem, a sua dominação. A natureza foi esvaziada de uma alma, isto é, de um poder que tanto podia auxiliar, quanto aterrorizar. A razão produziu um “desencantamento” do mundo, como nos fala Max Weber<sup>34</sup>. Por isto o progresso do conhecimento é o progresso do domínio e o Iluminismo é a passagem do mito à razão esclarecida. O homem afirmou-se como senhor da natureza.

---

<sup>34</sup> WEBER, Max. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Cia das Letras, 2004.

Luz (2004:46) cita Fritjof Capra<sup>35</sup>, o qual, em seu livro *Ponto de Mutação*, destaca as metáforas utilizadas no início do século XVII, pelo filósofo Francis Bacon, sobre a relação entre o homem da ciência e a Natureza, que deveria ser “acossada em seus descaminhos”, “obrigada a servir”, “escravizada” com o objetivo de “extrair da natureza, mesmo sob tortura, todos os seus segredos”.

A existência objetiva e independente da Natureza é condição epistemológica e ontológica para que o homem possa exercer sobre ela o seu domínio, conhecendo, moldando, transformando, impondo a sua marca: a ordem da Razão. Ao perder seu caráter de divino e ao ser dissociada do humano, a Natureza ganhou uma objetividade material, passou de força a coisa: tornou-se objeto. E a Razão, sujeito do conhecimento. Luz diz que:

A razão torna-se, assim, condição fundamental de apropriação do objeto pelo sujeito, de sua sujeição. Mas trata-se de uma razão instrumentada pela observação repetida, repertoriada, tecnificada. Uma razão demiúrgica, construtora (Luz, 2004, p.52).

Os filósofos da Escola de Frankfurt, como Adorno, Benjamim, Horkheimer, Marcuse e Habermas<sup>36</sup>, nomearam esta relação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto, norteadas pela necessidade de dominar e controlar, como Razão Instrumental ou Razão Iluminista. Domínio e controle se exercem sobre a Natureza, por meio de uma formalização metódica, matematizante, retirando sua força, sua vida: reificando-a. E se exercem também sobre a sociedade, sobre os homens. Os fenômenos da ordem humana submetem-se a essa Razão Instrumental, tornando-se objetos manipuláveis, negando a sua dimensão histórica e sua dimensão humana. A reificação do sujeito é, nesta perspectiva, única possibilidade de conhecê-lo. Somos objetos, coisas, que se submetem a uma administração regida pelos parâmetros da racionalidade instrumental. Como consequência, nos alienamos de nossas ações como sujeitos construtores da história. Na realidade sócio-histórico-cultural não existem as contradições entre os diferentes interesses humanos, existe apenas um grande projeto racional que, ao final e ao cabo, nos levará à felicidade. Trata-se aqui de um projeto ideológico. As idéias de progresso técnico e neutralidade científica sucumbem à lógica que determina a adequação dos

---

<sup>35</sup> CAPRA, F. O ponto de mutação. 25ª edição. São Paulo: Cultrix, 2004.

<sup>36</sup> Algumas obras em que este conceito pode ser encontrado: ADORNO, T.W. e HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985; MARCUSE, H. *Ideologia da sociedade industrial*. Rio de Janeiro: Zahar, 1969; HABERMAS, J. Técnica e ciência enquanto ideologia. In *Os Pensadores - Textos escolhidos Walter Benjamim, Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Jürgen Habermas*. São Paulo: Editora Abril, 1980. Uma síntese da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, pode ser encontrada em FREITAG, B. *Teoria crítica: ontem e hoje*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

meios aos fins, das necessidades do mercado da sociedade capitalista. Não mais reflexão sobre valores, mas sim sobre eficiência e eficácia.

Para Foucault (1979), a apropriação do objeto pelo sujeito do conhecimento, tem seus ritos e critérios. A Verdade não é descoberta, elucidada como numa trama de investigação policial, em que se espreita a espera de um momento certo para desvendá-la, revelá-la. De forma diferente, tem instantes propícios, lugares privilegiados, não só para sair da sombra, como para realmente se produzir. Podemos encontrar toda uma "tecnologia" desta verdade: levantamento de suas localizações, calendário de suas ocasiões, saber dos rituais. A racionalidade científica, com seu rigor e critério, constitui-se em um modo de produzir verdades.

O laboratório é o *locus* privilegiado dessa produção. Retira-se o objeto da complexidade da Natureza: isolando, esquadrinhando, criando e controlando circunstâncias e momentos; busca-se reproduzir, observar e deduzir conclusões sobre ele. É entre quatro paredes que a verdade sobre o objeto deverá ser submetida ao ritual de sua prova final, de verdade, com critério, lógica e rigor.

O rigor científico é garantido pelo rigor dos cálculos e das medições. Ao extrair da matemática sua lógica de investigação e seu instrumento privilegiado de análise, tem-se duas principais conseqüências que caracterizam o método da racionalidade científica moderna: a primeira é a de que conhecer significa quantificar. As qualidades do objeto serão menos importantes do que as suas características que possam ser quantificadas e mensuradas. A segunda é de que conhecer significa simplificar. Ou seja, o método científico assenta-se na redução da complexidade. Para conhecer é necessário dividir, classificar e, depois, estabelecer as relações entre as partes.

O conhecimento científico é causal e aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vista a prever o comportamento futuro dos fenômenos. Isto pressupõe a idéia de ordem e de estabilidade do mundo, a idéia de que o passado se repete no futuro. O mundo é uma máquina, cujas operações podemos determinar, decompondo suas partes e estabelecendo as suas relações. O modelo newtoniano do mundo-máquina é a melhor imagem para sintetizar a grande hipótese universal da época moderna: o mecanicismo. Santos observa que:

O determinismo mecanicista é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional, reconhecido

menos pela sua capacidade de compreender profundamente o real do que pela capacidade de o dominar e transformar (Santos, 1987, p.17).

As disciplinas naturais forneceram aos homens da ciência, tradutores do domínio da Natureza, os instrumentos mais indicados e eficazes para tornar real esta apropriação. Luz (2004) destaca três elementos de síntese epistemológica comuns aos filósofos e cientistas: o modelo explicativo (mecanicista), o método (experimentalista e dedutivista) e a linguagem (matematizante). Destaca que:

[...] esta síntese converteu-se em um dos traços básicos da racionalidade moderna, sendo um exemplo para a totalidade das disciplinas, ampliando-se posteriormente do campo racional da produção de verdades para outros domínios da ação e da criação humanas: para as técnicas (com a tecnologia), para o trabalho (com a ergonomia, a administração do trabalho), para as artes (com a institucionalização das Academias), para a moral e os costumes (com a ética e a política racionalista), e mesmo para certas instituições do período clássico (asilos psiquiátricos, prisão escolas, hospitais) que adotaram como ideal ortopédico-social o modelo racionalista mecanicista (Luz, 2004, p. 80-81).

Modelo, método e linguagem que caracterizam um regime de produção de verdade, no qual as suas regras de produção são mais importantes do que os objetos que investigam. A partir do século XVIII, o modelo de racionalidade científica se impôs como modelo global e totalitário. Apenas uma certeza, um dogma: o da ciência como caminho único para obtenção da verdade, para o processo de sua produção. Estrada única que nega o caráter racional de todas as formas de conhecimento que não se pautam pelos seus princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas.

### ***Racionalidade científica médica***

A medicina científica moderna nasceu a partir de uma ruptura com as velhas concepções sobre o organismo humano. A arte de curar indivíduos doentes se transformou, gradativamente, em uma disciplina sobre as doenças. Para Madel Luz:

O sistema classificatório das morbidades, conduzido pelos médicos do Renascimento e da época clássica, busca seu modelo, em termos de observação (sistemática, ordenatória, empírica) e de modo de pensar as doenças (classificatório, agindo também por analogias e metáforas de similaridades) nas disciplinas da botânica e – depois – da história natural (Luz, 2004, p.122).

Este modelo impõe compreender a doença como um fenômeno da Natureza: com suas espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento. A doença é natureza, mas uma natureza que exerce uma ação particular sobre um corpo individual. Os clínicos procuraram, no leito dos doentes, ou no microscópio do século XVII, as evidências que apontavam para esta ou aquela doença.

Ao longo da época clássica, a prática clínica foi se transformando, com a reorganização dos hospitais como espaço clínico, em uma ciência das entidades patológicas.

Antes do século XVIII, a função essencial do hospital era: prestar assistência aos pobres e, também, de separá-los e excluí-los. O pobre doente era perigoso e o hospital deveria estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarnava. É um lugar de internamento, onde se justapunham e se misturavam não apenas doentes, mas também, loucos, meliantes, devassos, prostitutas, etc., uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. Como se fez esta reorganização do hospital? Para Foucault (1979) não foi a partir de uma técnica médica que o hospital foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. Segundo ele:

A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (Foucault, 1979, p. 107).

A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital possibilitou sua medicalização. Esta disciplina tornou-se assunto e poder confiado ao médico, pois também houve uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deveu-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar e, por outro, a transformação, no século XVIII, do saber e das práticas médicas.

Em *O Nascimento da Clínica* Foucault (1987) realiza uma investigação arqueológica sobre a produção do conhecimento da medicina, e a propósito da transformação operada na estrutura de sua racionalidade e no domínio de sua experiência. Foucault se contrapõe à explicação das histórias factuais da medicina que

atribuem a sua transformação em ciência empírica por uma evolução conceitual e epistemológica advinda de um refinamento que determinou mais precisamente os conceitos e noções, e da utilização de instrumentos que permitiram ver melhor o que não se enxergava. A medicina moderna nasceu de rupturas [...] “o conflito não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras de saber” (Foucault, 1987, p.144).

Roberto Machado, analisando este texto de Foucault, destaca que:

[...] a ruptura que inaugura a medicina moderna é o recorte de um novo domínio, é a demarcação de um novo espaço: a passagem de um espaço da representação, ideal, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo, real, profundo. Mais explicitamente, a passagem de um espaço de configuração da doença, considerada como espécie nosográfica, para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo individual (Machado, 1988, p.98).

É o “olhar de superfície” de Bichat<sup>37</sup> que transpôs o olhar médico do espaço ideal das categorias nosográficas da medicina classificatória para a espessura e o volume do espaço corporal da medicina anátomo-clínica. Foucault ressalta que:

Na experiência anátomo-clínica, o olho do médico deve ver o mal se expor e dispor diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns nos outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente (Foucault, 1987, p. 155).

O Hospital se constituiu como o *locus* para a produção de uma verdade objetiva sobre o corpo doente. O grande laboratório que possibilita um olhar que esquadrinha, observa, anota, cataloga, classifica e intervém. Por um lado o corpo humano, sede das doenças, será aberto, dissecado, objeto do olhar que investigará os órgãos, os tecidos e os sistemas. De outro, a patologia clínica produzirá uma gramática dos signos do corpo, um discurso sobre a doença. Esta incessante busca das “causas” das relações entre o corpo e a doença, por meio da observação, descrição e classificação constituem o objeto fundamental de conhecimento da medicina moderna. Neste sentido, para Luz:

---

<sup>37</sup> François Xavier Bichat, lançou as bases da medicina clínica do século 19. Aprofundando o conceito de Magnani, Bichat afirmou que a doença não deveria ser vista como lesões de um órgão, mas sim como lesões de tecidos específicos.

O mais importante aqui, a questão epistemológica fundamental, é que a medicina, tornando-se uma ciência das doenças, vivendo da morte, transforma a questão da vida – e do homem vivo, embora doente – numa questão metafísica, portanto supérflua para o conhecimento (Luz, 2004, p.128).

Eis a grande contribuição da medicina para a racionalidade moderna: a disciplina das doenças. A doença e o corpo se constituem em positivities, em objetos do discurso científico moderno, através de categorias como: entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc. Por outro lado, excluíram-se, como questões positivamente tematizáveis, a vida, a saúde, a cura.

A saúde passará a se vista não como afirmação da vida, mas ausência de uma patologia. A “cura” será substituída pela cessação de sintomas, sobretudo dos sintomas principais, ou “chaves” de uma doença (Luz, 2004, p.130).

É assim, da eliminação da doença no corpo dos indivíduos que nasce a saúde na medicina moderna.

### ***Racionalidade psiquiátrica***

Foi no mesmo momento histórico, passagem do século XVII ao XVIII, em que o hospital se organizou como instrumento e *locus* médico, que a loucura ganhou estatuto de doença mental.

Para Foucault (1979), no período da Revolução Francesa, suprimiu-se o internamento como símbolo da opressão do Antigo Regime (*Ancien Régime*) como marco de um novo mundo. Porém, os loucos restituídos à liberdade podiam ser perigosos a sua família e ao seu grupo. Assim, as casas de internamento foram paulatinamente reservadas aos loucos que se tornaram os herdeiros naturais do internamento e das medidas de exclusão.

O nascente mundo moderno liberal efetuou uma profunda ruptura com o mundo antigo. Na teoria política e na filosofia, autores como Hobbes, Locke e Rousseau, nos falam sobre um novo homem emergindo em uma nova configuração política, econômica e social. Temas como direitos naturais, livre iniciativa, liberdade individual, configuravam o projeto Iluminista que buscava, por meio do conhecimento, libertar o homem dos grilhões que lhe eram impostos pela ignorância e pela superstição. Os

homens eram livres e dotados de uma racionalidade que lhes permitia conhecer o real e agir livremente.

A Liberdade e a racionalidade constituíam o que é naturalmente próprio do homem. Mas e o louco? Para Foucault (1979) o louco é aquele que por sua irresponsabilidade inocente abole a liberdade, comprometendo a razão. Assim, seu confinamento constituía-se em uma medida, por um lado de caráter jurídico, retirando dele uma liberdade que por sua própria conduta ele já aboliu. De outro lado, internar era organizar a liberdade: a loucura erro, vontade perturbada, paixão pervertida, devia ser conduzida à verdade, à razão, por meio do encontro com o médico, personagem que devia incumbir-se de conduzir o louco de volta a sua liberdade. Dessa forma, o internamento ganhou uma nova significação: tornou-se medida de caráter médico. A casa de internamento foi transformando seu espaço interno, além de segregação/isolamento, também, tratamento. A loucura tornou-se objeto médico: ganhou valor de doença.

Os nomes de Pinel e Tuke estão associados à humanização dos métodos do tratamento. Contudo, não romperam com as antigas práticas de internamento: pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco. Tuke, na Inglaterra, montou um asilo que é a reconstituição em torno do alienado de uma quase-família onde ele deveria sentir-se em casa. Era submetido, por isso mesmo, a um controle social e moral ininterrupto: a cura significava inculcar-lhes sentimentos de dependência e humildade. Os métodos eram ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, em resumo, tudo o que poderia, ao mesmo tempo, infantilizar e culpabilizar o louco. Pinel, em Bicêtre, depois de haver “libertado os acorrentados”, reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformou o asilo em uma espécie de instância perpétua de julgamento: o louco era vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões; contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal.

A doença mental tornou-se uma forma de erro ou de ilusão que se confrontava com certa normalidade de condutas. Uma desordem que se manifesta pelas maneiras de agir e sentir, pela vontade e liberdade do homem. O médico estava encarregado de efetuar mais um controle moral do que uma intervenção terapêutica. Ele era no asilo o agente das sínteses morais.

Foucault (1979) apresenta uma função que o hospital psiquiátrico teve, no século XIX:

[...] lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. O grande médico do asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (Foucault, 1979: 122).

Por outro lado, em 1822, surgiu um modelo médico para a concepção da doença mental que abalou as teses do tratamento moral. Bayle<sup>38</sup>, na mesma linha de trabalho iniciada por Bichat, caracterizou as lesões cerebrais na paralisia cerebral, denominando-as de “aracnite” e “meningite crônica” e relacionou as perturbações morais dos pacientes com estas lesões. Birman afirma que ele:

Construiu assim a primeira enfermidade mental de acordo com a racionalidade médica. Esta era fundada na Anatomia-patológica, que dava a razão última de ser para as manifestações clínicas: as enfermidades seriam um conjunto de sintomas e sinais, sendo estes os fenômenos superficiais que expressavam uma lesão corporal. A doença estaria localizada no plano profundo do corpo, nos órgãos e tecidos alterados, mas manifestando-se por signos aparentes (Birman, 1978, p.52).

Os estudos de Bayle ofereceram o argumento anátomo-patológico para um diagnóstico objetivo e para a conduta terapêutica e possibilitou também um modelo de investigação. Há que se enumerar e descrever exaustivamente as manifestações exteriores, os sintomas para caracterizar as diferentes patologias que, em última análise, são os desregramentos das funções cerebrais. Era a psiquiatria em busca de um corpo para sua doença.

A subjetividade se exterioriza, se transforma em uma verdade positiva, ou seja, uma realidade passível de observação científica. Este é o fundamento para toda uma “ciência” baseada nas evidências dos sintomas e sinais: a psicopatologia. E como objeto de conhecimento, a loucura só poderá ser falada pelo médico, delegado da razão. A experiência humana da loucura desapareceu. Em seu lugar surge um discurso da

---

<sup>38</sup> Seu nome completo era Antoine Laurent Jesse Bayle e sua tese de 1822 intitulou-se *Recherches sur l'arachinite chronique*.

racionalidade que define quem está privado dela. As correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas, sobretudo de palavras.

Chauí (1980) nos fala do discurso competente que pode ser assim caracterizado: “não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer ocasião e em qualquer lugar” (p.2). Há assuntos, momentos e pessoas adequados para o saber ser enunciado. Foucault (2004), partindo de uma questão semelhante sobre o discurso, aponta para três tipos de interdição que se cruzam, se reforçam e se compensam, como consequência deste tipo de enunciado: há um tabu do objeto, um ritual da circunstância e um direito privilegiado do sujeito que fala. Só algumas pessoas, em circunstâncias especiais podem falar sobre determinados objetos.

Falar cientificamente sobre a subjetividade humana expressas nas emoções, afetos, percepções, pensamentos, é falar de um campo marcado por uma racionalidade que exclui qualquer outra forma de saber que não se guie pelos cânones da ciência: objetividade expressa na utilização do método científico que produza evidências experimentais, que demonstrem a determinação material da patologia mental.

O discurso psiquiátrico como discurso do especialista sobre a loucura não é apenas uma prática médica, é uma Razão Instrumental. Para Horkheimer e Adorno (1985) a Razão, sujeito abstrato da história individual e coletiva do homem, afirmado em Kant e Hegel, converteu-se em uma razão alienada. O ideal Iluminista da razão como instrumento de libertação, como realização da autonomia e da autodeterminação do homem, fracassou. Desviou-se de seu objetivo emancipatório e transformou-se em uma Razão Instrumental, que submete a natureza ao seu controle totalitário e exerce uma dominação incondicional dos homens. Para Marcuse (1967) a ciência e a técnica são utilizadas para dominar a natureza e, com isso, acelerar a produção por meio da dinamização das forças produtivas. A mesma ciência é utilizada para dominar os homens, pois eles se subordinam cada vez mais ao processo produtivo acelerado pela ciência e tecnologia. Nesse sentido, tornaram-se, elas mesmas, forças produtivas a serviço do capital, contribuindo para a manutenção das relações sociais. Afirma o autor que “talvez o próprio conceito de ciência e tecnologia sejam ideologia” (Marcuse, 1967, p.127). Habermas (1980) radicaliza esta tese afirmando que ciência e técnica efetivamente se transformaram em ideologia, ou seja, ambas passam a ser a base de legitimação indispensável do moderno Estado capitalista.

Nesta perspectiva, afirmamos que a psiquiatria é o discurso que instrumentaliza e legitima uma intervenção política, uma prática disciplinadora, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas. Após a Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria vai deixar as grandes anomalias e voltar-se para a “saúde mental”, para a prevenção dos desvios. Não se trata mais de corrigir, mas de educar para produzir um indivíduo saudável e de prever a doença, antecipando-se onde houver comportamentos de risco, desviantes de norma. As reformas propostas pela psiquiatria comunitária norte-americana e pela psiquiatria de setor francesa concretizam este ideal, como pode ser visto em Birman e Costa (1994), Amarante (1998) e em Fleming (1976).

Com um afã de domínio e controle, a psiquiatria sempre buscou afirmar-se como um conhecimento científico, aplicando o modelo da racionalidade moderna ao funcionamento do psiquismo. Porém sempre encontrou grandes dificuldades em se constituir como uma especialidade com um saber advindo da racionalidade médica. Birman crê que:

O discurso da anatomoclínica, base epistemológica da dita medicina científica, não encontrava legitimidade no campo da psiquiatria. A psiquiatria buscava as causas físicas dos distúrbios mentais e apenas encontrava, desde Pinel e Esquirol, as causas morais (Birman, 2001, p.180-181).

As descobertas da psicofarmacologia, nos anos 50 do século XX, e, sobretudo, nos anos 80 e 90, com o desenvolvimento das neurociências, renovaram as aspirações da psiquiatria em conquistar seu status de ciência. Nessa pretensão, segue o modelo global e totalitário da racionalidade científica, negando e/ou invalidando toda forma de conhecimento sobre o psiquismo que não se guia pelos princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas. Assim, as classificações adotadas oficialmente, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana, e o Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, reproduzem um esforço para unificar de forma totalizadora os diagnósticos das doenças mentais. Pretendem que discurso, diagnóstico, raciocínio, método, e terapêutica sejam claramente explicitados, baseados em evidência experimental, e sustentados pela determinação consensual dos termos a serem usados. Termos que representam, para seus formuladores, a tentativa de recuperar a identidade médica da psicopatologia e centrar-se em um sentido claro de ciência. Classificação consensual que, com o apoio logístico e financeiro dos grandes laboratórios farmacêuticos, deve ser adotada em pacote, método e linguagem, por todos

aqueles que, no mundo todo, pretendam praticar a “boa psiquiatria”. Consensual e excludente, pois não há outra possibilidade de se pensar critérios diagnósticos.

A potencial descoberta e domínio dos processos cerebrais, responsáveis pelos diferentes estados da psique, reduzem o funcionamento psíquico a estes processos e são totalmente explicáveis em uma linguagem neurobioquímica. Assim, por exemplo, a depressão, nomeada por este modelo de racionalidade como transtorno depressivo, é entendida como uma alteração do estado de humor produzida por uma disfunção na captação da serotonina no nível sináptico, cuja terapêutica adequada é a ingestão de uma classe específica de medicamento. Embora possa haver fatores externos intervenientes, serão sempre secundários e a “boa conduta médica” indica uma primazia do tratamento psicofarmacológico. Segue-se, aqui, um dos princípios fundamentais da racionalidade científica moderna: simplificar para conhecer. A vida humana é por demais complexa, repleta de nuances, contradições e paradoxos. A tristeza que ela nos causa não pode ser compreendida se todos esses aspectos forem levados em consideração. Portanto para esta racionalidade, o homem é uma máquina que deve possuir um funcionamento padrão ótimo e tudo aquilo que se desviar deste padrão/normalidade deve sofrer uma intervenção para readequá-lo, readaptá-lo, corrigi-lo. A depressão é recortada da “sujeira” da vida cotidiana, isolada e estudada naquilo que de fato conta para este tipo de ciência: seus processos bioquímicos.

Como ser infeliz em uma sociedade industrial moderna que tudo possibilita? Há um ideal de felicidade contemporânea que pode e deve ser adquirido em pílulas. O sujeito não pode querer ficar de fora. De acordo com Birman:

Na cultura da exaltação desmesurada do eu, não existe mais lugar para os deprimidos e os panicados. Estes são execrados, lançados no limbo da cena social, já que representam a impossibilidade de serem cidadãos da sociedade do espetáculo (Birman, 2001, p.191).

Este autor ressalta que as culturas do narcisismo e do espetáculo<sup>39</sup>, marcantes em nosso tempo, construíram um modelo de subjetividade, em que se silenciam as possibilidades de reinvenção do sujeito e do mundo, impondo ideais e padrões de comportamento totalitários e totalizantes. A psiquiatria, a psicologia, as ciências humanas de maneira geral, como saber e conhecimento científico e racional sobre o

---

<sup>39</sup> Referência aos trabalhos de Lasch, C. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983. e Debord, G. *A sociedade do espetáculo: comentários sobre a sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto Editora, 1997. Para Birman são instrumentos teóricos agudos para realizar uma leitura das novas formas de subjetivação na atualidade.

humano, instrumentalizam e legitimam estes ideais e padrões, inseridos em uma lógica de mercado, em que não importa ser, mas consumir. Acena-se com promessas de rápida e imediata satisfação. Mesmo a “peste” da psicanálise, a que um dia Freud acreditou estar levando à sociedade norte-americana, rendeu-se, ao menos em parte de sua comunidade, a esta lógica, neutralizando o seu potencial crítico e se transformando em uma prática homogeneizadora de subjetividades. Em outro texto, Birman (2005) critica uma parcela da comunidade psicanalítica que, na atualidade, busca construir uma versão tecnológica da psicanálise por meio da “bricolagem entre o discurso psicanalítico, as neurociências e o cognitivismo” (p. 221), almejando e prometendo o apaziguamento, a cura para os conflitos da existência.

Contudo a busca solitária e desesperada permanece. A incômoda sensação de desamparo, de desassossego insiste. O mal-estar resiste.

Não pretendo aqui menosprezar ou negar que a sociedade contemporânea deve muito aos avanços da ciência moderna, mas afirmar que esta mesma ciência atravessa hoje uma profunda crise e fracassou em suas promessas de progresso e de felicidade, transformando-se em ameaças de destruição. Santos diz que:

[...] a promessa da dominação da natureza, e do seu uso para o benefício comum da humanidade, conduziu a uma exploração excessiva e despreocupada dos recursos naturais, à catástrofe ecológica, à ameaça nuclear, à destruição da camada de ozônio, e à emergência da biotecnologia, da engenharia genética e da conseqüente conversão do corpo humano em mercadoria última. A promessa de uma paz perpétua, baseada no comércio, na racionalização científica dos processos de decisão e das instituições, levou ao desenvolvimento tecnológico da guerra e ao aumento sem precedentes de seu poder destrutivo. A promessa de uma sociedade mais justa e livre, assente na criação da riqueza tornada possível pela conversão da ciência em força produtiva, conduziu a espoliação do chamado Terceiro Mundo e a um abismo cada vez maior entre Norte e o Sul. Neste século morreu mais gente de fome do que em qualquer dos séculos anteriores, e mesmo nos países mais desenvolvidos continua a subir a percentagem dos socialmente excluídos, aqueles que vivem abaixo no nível de pobreza (Santos, 2001, p.56).

### ***Crise do paradigma científico da modernidade***

Santos (1987) aponta para um interessante paradoxo: a identificação dos limites e das insuficiências estruturais do paradigma científico dominante só foi possível graças ao grande avanço que ele mesmo propiciou. Isso leva a ciência moderna a uma crise

que, desde o início do século XX, vem sofrendo abalos profundos nos fundamentos que sustentam o discurso e as verdades produzidas pela ciência moderna.

Este autor vai buscar nas ciências naturais e na matemática, que fundamentam o modelo da racionalidade científica moderna, quatro condições teóricas da crise do paradigma dominante: a primeira é dada pela “teoria sobre a relatividade da simultaneidade” de Einstein, a qual estabelece uma distinção entre a simultaneidade de acontecimentos presentes no mesmo lugar e os acontecimentos separados por distâncias astronômicas. Ou seja, dois acontecimentos simultâneos em um sistema de referência não são simultâneos noutro sistema. Como exemplo, podemos citar o “paradoxo dos gêmeos”. Um dos gêmeos parte em uma viagem espacial a uma velocidade próxima da luz, enquanto seu irmão permanece na Terra. Ao retornar do espaço, por causa de seu movimento, o gêmeo viajante descobrirá, vendo seu irmão mais envelhecido, que o tempo fluiu mais lentamente na espaçonave. Esta teoria revoluciona as concepções newtonianas de tempo e espaço absolutos.

A segunda condição teórica da crise é apresentada pela física quântica. Os estudos de Heisenberg e Bohr operam um profundo questionamento na noção de neutralidade e na separação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, ao demonstrar que, no nível quântico, não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, sem o alterar, e a tal ponto que a simples medição de um objeto o altera. Do real só conhecemos aquilo que é nosso, ou seja, a nossa intervenção sobre ele. Heisenberg postula em seu *Principio da Incerteza* que, quando conhecemos perfeitamente as propriedades geométricas de um átomo, não conseguimos conhecer suas propriedades físicas dinâmicas e vice-versa, sendo impossível determinar o estado passado e futuro do fenômeno estudado, isto é, suas causas e efeitos. Em todo fenômeno há incerteza e indeterminação.

Disso decorrem as seguintes importantes conseqüências: o nosso conhecimento está estruturalmente limitado e só podemos aspirar a resultados aproximados. Com isso, o determinismo mecanicista torna-se relativo, pois a soma das partes que dividimos do real, para melhor medir e observar, não corresponde à sua totalidade. Por fim, a separação entre sujeito/objeto é muito mais complexa do que se supunha, ou seja, não há separação, pelo contrário, há um *continuum*.

A terceira condição refere-se ao principal instrumento da racionalidade científica moderna: o rigor da matemática. Santos recorre ao “teorema da incompletude” de Gödel, o qual demonstra que, “mesmo seguindo à risca as regras da lógica matemática, é possível formular proposições indecidíveis, proposições que senão podem demonstrar nem refutar” (Santos, 2001, p.70). Ou seja, em qualquer proposição axiomática consistente, baseada em aritmética, existem sentenças sobre as quais não se pode decidir se são verdadeiras ou falsas. Por exemplo, em um jogo criado a partir da aplicação perfeitamente lógica de um conjunto fixo de regras, surgirão lances que não podem ser julgados como válidos ou faltosos, de acordo com as suas próprias regras. Estamos frente a frente com um paradoxo. Isto significa que nenhum sistema lógico se basta a si mesmo, e nem é capaz de compreender-se sozinho a si mesmo: sempre será necessário um sistema maior e mais complexo para dar conta de tudo que o sistema menor contém. Portanto existem sentenças aritméticas, formuláveis em uma determinada axiomática baseada em aritmética, que não podem ser provadas ou refutadas.

Kubrusly<sup>40</sup> apresenta uma situação que pode nos ilustrar este paradoxo. Ele conta uma estória sobre um barbeiro, em Sevilha, que mandou pendurar na porta de sua casa uma tabuleta com os seguintes dizeres: “Faço a barba de todos que não fazem a própria barba, e somente deles”. A pergunta que se pode fazer é: quem faz a barba do barbeiro? Nota-se, primeiramente, que não há barbudos na cidade, pois todos que não fazem a própria barba, a terá feita pelo barbeiro. Então: o barbeiro faz a própria barba se, e somente se, não faz a própria barba. A afirmação: "O barbeiro faz a sua própria barba" é verdadeira se, e somente se, é falsa e vice-versa.

Para Boaventura de Souza Santos, ao relativizar o rigor da matemática, estes estudos questionam a afirmação de Galileu de que “o grande livro da natureza está escrito em caracteres matemáticos”, sintetizando o pensamento da racionalidade científica moderna que encontra o rigor de suas formulações na matemática. Os trabalhos de Gödel demonstram que “o rigor da matemática carece, ele próprio, de fundamento” (Santos, 2001, p.70), o que, como consequência, abala a confiabilidade desta racionalidade que se sustenta na frieza e na lógica, até então, inabalável dos cálculos.

---

<sup>40</sup> Kubrusly, Ricardo S. *Paradoxo & Matemática & Psicanálise (ou Um Pato Fora D'água)* obtido em 01/06/05, no endereço [http://www.dmm.im.ufrj.br/~risk/Site\\_AI/matematica.htm](http://www.dmm.im.ufrj.br/~risk/Site_AI/matematica.htm).

A quarta condição é constituída pelos avanços do conhecimento nos domínios da microfísica, da química e da biologia nos últimos trinta anos, especialmente, a “teoria das estruturas dissipativas” do físico-químico Ilya Prigogine, o qual rompe com o mundo mecânico e determinista, introduzindo uma dimensão totalmente nova do tempo. Sua tese é a de que os processos químicos (da vida) são irreversíveis e dependentes do tempo e compõem o que denomina de estruturas dissipativas – estruturas caóticas, mas que não necessariamente conduzem à desordem. Estes processos irreversíveis são fontes de "novas ordens" que - associados ao seu caráter randômico e de troca com o meio - levam a níveis mais elevados de organização: “Ordem e desordem mostram-se aqui não como opostos entre si, e sim indissociáveis” (Stengers & Prigogine, 1992, p.54).

A irreversibilidade nos sistemas abertos, ou seja, a quebra de simetria entre um antes e um depois, a noção de acontecimento como sendo fruto de possibilidades e não de determinação, introduzem a história nos processos físico-químicos. Santos relata que:

Em vez da eternidade, a história; em vez do determinismo, a imprevisibilidade; em vez do mecanicismo, a interpenetração, a espontaneidade e a auto-organização; em vez da reversibilidade, a irreversibilidade e a evolução; em vez da ordem, a desordem; em vez da necessidade, a criatividade e o acidente (Santos, 2001, p.70-71).

Tempo e espaços como não-absolutos, interferência do observador no fenômeno, relativização do rigor matemático e auto-organização criativa dos sistemas. O antigo/moderno mundo estático e sujeito às leis imutáveis e deterministas vai sendo substituído pela visão de um universo instável e dinâmico, reino da incerteza, do acaso e da criatividade.

A esta análise podemos acrescentar a “ferida narcísica” proporcionada pela psicanálise. Em seu artigo, *Uma dificuldade no caminho da psicanálise*, de 1917, Freud conta como o narcisismo universal dos homens sofreu três severos golpes: o primeiro foi dado por Copérnico que destruiu a ilusão de que o domicílio do homem, a Terra, era o centro do universo, com o sol, a lua e os planetas girando ao seu redor, o que o tornava senhor do mundo; o segundo foi provocado por Charles Darwin, ao provar que o homem possui uma ascendência animal, não sendo um ser diferente dos outros animais ou superior a eles; e o terceiro golpe foi contra o amor próprio do homem. Um golpe psicológico desferido pelo próprio Freud ao afirmar que o ego não é o senhor da sua própria casa, pois as nossas pulsões sexuais não podem ser inteiramente domadas, os nossos processos mentais são inconscientes e só atingem o ego e a ele se submetem

por meio de percepções incompletas e de pouca confiança. A consciência não é a essência da vida psíquica, mas apenas uma de suas qualidades. Com isso, o projeto iluminista que colocava a razão como senhora absoluta do destino da vida e dos desejos do homem sofreu um forte abalo.

Para Freud há um mais além (e aquém, acima e abaixo) do princípio da razão. Existe o mistério do inconsciente. No lugar do homem racional poderoso e autônomo frente à natureza, temos um sujeito dividido entre a consciência e o inconsciente; temos a incompletude do humano com sua falta inaugural e estruturante, que o lança na aventura da vida como ser desejanste; temos o “desamparo” frente aos dilemas da existência.

Vale aqui salientar que Freud nem sempre foi um crítico da razão iluminista. Birman (2005) aponta para os textos freudianos iniciais, em que é evidente sua crença no poder do discurso científico para promover o “progresso do espírito humano” e do papel que a psicanálise poderia desempenhar, proporcionando a cura das perturbações do espírito e do desamparo humano. Como referência a esta afirmação, Birman cita o texto de 1908, *Moral sexual “civilizada” e a doença nervosa moderna*, no qual Freud vislumbra a possibilidade de uma harmonia entre o registro da pulsão e o da civilização.

É a partir dos anos 15 e 20, especialmente com a segunda teoria das pulsões, enunciando o conceito de pulsão de morte, que a crença freudiana nesta harmonia, cai por terra. Birman afirma que:

Com efeito, pela mediação desse novo conceito de pulsão torna-se impossível a concepção de uma harmonia entre o registro da pulsão e o da civilização. Pelo viés da pulsão de morte, concebida agora como silenciosa e não inscrita originariamente no campo da representação, a harmonia com o registro da civilização não se torna mais possível. Portanto, no que tange à espécie humana, a vida seria algo a ser conquistado, um vir-a-ser e um destino possível, mas não um valor instituído de maneira originária (Birman, 2005, p.213).

É em *Mal-estar na civilização*, texto de 1930, que Freud demonstra sua descrença na idéia do progresso do espírito humano mediado pelo logos científico, como pode ser visto no trecho a seguir:

Ficamos inclinados a dizer que a intenção de que o homem seja feliz não se acha incluída no plano da Criação [...] nossas possibilidades de felicidade sempre estão restringidas por nossa própria constituição. Já a infelicidade é muito menos difícil de experimentar. O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo,

condenado a decadência e a dissolução [...]; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens (Freud, 1930, p.95).

E no mesmo texto, mais a frente, Freud afirma que:

O programa de tornar-se feliz, que o princípio do prazer nos impõe, não pode ser realizado; contudo, não devemos — na verdade, não podemos — abandonar nossos esforços de aproximá-lo da consecução, de uma maneira ou de outra. Caminhos muito diferentes podem ser tomados nessa direção, e podemos conceder prioridades quer ao aspecto positivo do objetivo, obter prazer, quer ao negativo, evitar o desprazer. Nenhum desses caminhos nos leva a tudo o que desejamos. A felicidade, no reduzido sentido em que a reconhecemos como possível, constitui um problema da economia da libido do indivíduo. Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo (Freud, 1930, p.102-103).

Há uma dimensão trágica do existir humano. Nosso desamparo frente ao mundo coloca a cada homem o desafio de inventar, criar seu próprio caminho. E para a psicanálise isso implica em uma ética com conseqüências políticas. Contudo uma parte da comunidade psicanalítica, conforme citamos anteriormente na crítica formulada por Birman (2005), abandonou esta perspectiva, optando por buscar uma articulação com as neurociências e a psicofarmacologia, com promessas de harmonia e de apaziguamento das angústias existenciais, da dor de viver.

A grande contribuição da psicanálise está justamente em apresentar o humano com uma dimensão não-racional, inconsciente, marcado por uma falta inaugural que o produz como sujeito desejante, que se aventura pela vida, carecendo do “Outro” para produzir e reproduzir permanentemente sua subjetividade. E é este sujeito que também produz ciência.

Somando-se a crise dos fundamentos que sustentam o discurso e as verdades produzidas pela ciência moderna, emerge a dimensão subjetiva, com as trajetórias coletivas e pessoais dos sujeitos. O mito de uma ciência neutra, objetiva vai se desfazendo. Especialmente quando se coloca em cena a subjetividade neste mundo frio dos cálculos e das experimentações. Surgem então as vaidades, as disputas, os interesses econômicos e políticos que influenciam e são decisivos na definição das prioridades e dos investimentos.

E nesta ciência em crise, há uma mudança nas bases epistemológicas do paradigma científico se configurando. Como afirma Santos (2001) estamos em um momento de transição paradigmática.

### ***Complexidade e o paradigma emergente***

É a partir dos dilemas colocados à ciência pela física de Einstein, pela geometria não-euclidiana, pelo princípio da incerteza de Heisenberg, que Gaston Bachelard, propõe uma nova epistemologia rejeitando a doutrina das naturezas simples e absolutas, apontando para uma complexidade essencial da filosofia científica. “A ciência cria, com efeito, filosofia” (Bachelard, 2000, p.12). Pretende mostrar que a ciência contemporânea obrigou-nos a renunciar à pretensão de um saber universal. Vê o filósofo retomando o projeto de compreender a relação do homem com o seu saber.

Gaston Bachelard foi filósofo, historiador das ciências, físico, químico e epistemólogo. Hilton Japiassu caracteriza sua obra possuindo uma dupla vertente: uma *científica*, a outra *poética*. Ao longo de sua vida se sentiu atraído pelo encanto do imaginário poético e passou “a estudá-lo e a valorizá-lo como uma das formas possíveis, não somente de se apreender, mas de se recriar a realidade” (Japiassu, 1976a, p.21). Como epistemólogo, propôs um racionalismo “aberto”, uma razão continuamente reformulada pelo próprio progresso do saber científico. Para ele a ciência é histórica. Sua noção de progresso científico está ligada a descontinuidade, se faz por rupturas com o senso comum. Japiassu destaca que para Bachelard: “A ciência, como o homem, não é criação da necessidade, mas do desejo. Por outro lado, é intervencionista. Por isto deve ser feita em uma comunidade de pesquisas e de críticas para não se tornar totalitária” (idem, p.23).

O conceito que sustenta o projeto de Bachelard é o de obstáculo epistemológico:

Quando se procuram as condições psicológicas do progresso da ciência, logo se chega à convicção de que é em termos de obstáculos que o problema do conhecimento científico deve ser colocado. E não se trata de considerar dos obstáculos externos, como a complexidade e a fugacidade dos fenômenos, nem de incriminar a fraqueza dos sentidos e do espírito humano. É no âmago do próprio ato de conhecer que aparecem, por uma espécie de imperativo funcional, lentidões e conflitos. É aí que aparecem causas de estagnação e até de regressão, causas de inércia às quais chamamos de obstáculos epistemológicos. [...] No fundo, o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento

anterior, destruindo conhecimentos mal estabelecidos, superando o que, no próprio espírito, é obstáculo à espiritualização [...] Quando o espírito se apresenta à cultura científica, nunca é jovem. Aliás, é bem velho, porque tem a idade de seus preconceitos. Aceder à ciência é rejuvenescer espiritualmente, é aceitar uma brusca mutação que contradiz o passado. (Bachelard, 1967, p. 14-15)

Um outro pensador crítico da ciência, Edgar Morin, observa no “projeto” de Bachelard, um conceito pouco trabalhado por ele, porém essencial: a noção de complexidade. Para Morin, o problema da complexidade se tornou uma exigência social e política para o pensamento contemporâneo. A noção de complexidade pode ser entendida como um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto do conhecimento e seu contexto, as partes, o todo e as partes entre si. União entre unidade e a multiplicidade.

Por exemplo, se tentamos pensar no fato de que somos seres ao mesmo tempo físicos, biológicos, sociais, culturais, psíquicos e espirituais, é evidente que a complexidade é aquilo que tenta conceber a articulação, a identidade e a diferença de todos esses aspectos, enquanto o pensamento simplificante separa esses diferentes aspectos, ou unifica-os por uma redução mutilante. Portanto, neste sentido, é evidente que a ambição da complexidade é prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre as disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento (Morin, 2002, p. 176).

A aspiração a um conhecimento multidimensional poderia aparentar uma formulação de uma totalização unificante e universalizadora. Morin nos alerta para o fato de que esta multidimensionalidade comporta o princípio da incompletude e da incerteza. Ou seja, a complexidade surge como dificuldade, incerteza e não como clareza, como resposta. É, fundamentalmente, o desafio de incorporar a desordem, a contradição, a incerteza, o acaso, enfim, todos estes resíduos descartáveis considerados não científicos na problemática geral do conhecimento científico.

o pensamento complexo é [...] essencialmente, o pensamento que lida com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. Trata-se de um pensamento capaz de reunir, contextualizar, globalizar, mas ao mesmo tempo de reconhecer o singular, o individual, o concreto. O pensamento complexo não se reduz nem à ciência, nem à filosofia, mas permite uma comunicação mútua, fazendo o intercâmbio entre uma e outra. (Morin, 2003, p.77).

É pensando no desafio proposto pela ciência da complexidade, que Prigogine e Stengers (1997) propõem a tese de que o que é válido para a complexidade químico-física é também válido, ou pelo menos útil, para a complexidade que é objeto de estudo das ciências humanas - a sociologia, a história, a filosofia. O título do livro no qual

apresentam essa tese, resume essa nova possibilidade de confronto e de síntese entre as ciências exatas e as ciências humanas, *Uma Nova Aliança*, entre homem e natureza e entre ciência e filosofia.

Em outro texto, com o sugestivo nome de *O fim das certezas*, Prigogine afirma que:

Assistimos ao surgimento de uma ciência que não mais se limita a situações simplificadas, idealizadas, mas nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana como a expressão singular de um traço fundamental comum a todos os níveis da natureza. (Prigogine, 1996, p.14)

A Natureza se faz e refaz constantemente. Colocar em cena a criatividade nos remete a pensar na arte, que potencializa ao máximo a capacidade de invenção, de nos oferecer novas perspectivas, ainda não pensadas. Criação que nasce de um incessante ir e vir entre a ordem, o caos e a complexidade. Guattari (1992) nomeia esta concepção de Caosmose, para marcar uma relação de osmose ou de imanência entre o caos e a complexidade. Para se pensar esta potencialidade criadora, propõe também um novo paradigma estético alertando que:

O novo paradigma estético tem implicações ético-políticas porque quem fala em criação, fala em responsabilidade da instância criadora em relação à coisa criada, em inflexão de estado de coisas, em bifurcação para além de esquemas pré-estabelecidos [...] Mas essa escolha ética não mais emana de uma enunciação transcendente [...] A própria gênese da enunciação encontra-se tomada pelo movimento de criação processual. Isto é bem nítido no caso da enunciação científica, que tem sempre uma cabeça múltipla: a cabeça individual, é claro, mas também cabeça coletiva, cabeça institucional, cabeça maquínica com os dispositivos experimentais, a informática com os bancos de dados e a inteligência artificial...(Guattari, 1992, p.137)

A Reforma Psiquiátrica se caracteriza por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a considerar o sofrimento humano apenas como o objeto simples da doença mental, mas considerá-lo em sua complexidade. É do diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas que cuidam deste sofrimento que se cria uma nova maneira de olhar, de escutar, de cuidar. Para Rotelli (2001), se o objeto não é mais simples (a doença), a tarefa é criar, inventar instituições. Instituições que devem se renovar a cada novo encontro com os usuários, pois cada história de vida nos apresenta a complexidade da vida. Novamente nos recorremos a Riobaldo, personagem do livro *Grande Sertão Veredas* de Guimarães Rosa, que sintetiza o que podemos

pensar ser a meta mais radical de uma instituição inventada: "o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam" (Rosa, 1985, p.21).

As palavras incerteza, desafios, riscos, curiosidade estão sempre presentes, ao se falar em complexidade. Estas mesmas palavras definem bem o sentimento daquele que busca compreender esta aventura chamada loucura. Nos colocam em movimento, na busca de construir pontes que nos levem à possibilidade de um diálogo com esta "complexa vivência humana".

Boaventura Souza Santos é outro autor que aponta para um período de transição de paradigma. Por ser uma transição, só podemos vislumbrar sinais de um novo conhecimento constituído pelo que ele chama de "paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente". Afirma a atual revolução científica como estruturalmente diferente daquela do século XVI, que marcou o nascimento da ciência moderna:

Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem e ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente) (Santos, 1987, p.37).

Para ele o conhecimento produzido por este novo paradigma deve apresentar as seguintes características:

Todo conhecimento científico-natural é científico-social.

As contribuições da física e da biologia, já destacadas anteriormente, como os conceitos de auto-organização ou a teoria das estruturas dissipativas de Prigogine, introduzem na matéria os conceitos antes exclusivos da ordem do humano, como historicidade e autonomia, superando a distinção decretada no século XVI, entre o Homem e a Natureza. Santos afirma que:

É como se o homem e a mulher se tivessem lançado na aventura de conhecer os objetos mais distantes e diferentes de si próprios, para, uma vez aí chegados, se descobrirem refletidos como num espelho (Santos 1987, p.38).

Como exemplo, apresento as cenas finais do filme *2001 – uma odisséia no espaço*, de Stanley Kubrick, que podem ilustrar este encontro. Depois de haver derrotado o supercomputador e após uma longa jornada, mergulhado em uma velocidade que sugere a da luz, o último astronauta chega a um ambiente futurista e encontra a si mesmo. Rapidamente o tempo passa e a cada corte de cena, ele envelhece, até o momento em que, em seu leito de morte, vislumbra a enigmática pedra negra e vê a si próprio como um feto, um porvir humano pleno de possibilidade, flutuando no espaço.

#### Para Santos

O conhecimento do paradigma emergente tende assim a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa (Santos, 1987, p. 39-40).

A superação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais tende a revalorizar os estudos humanísticos. Assim, esta superação coloca a concepção humanística das ciências sociais como agente catalisador e a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, mas, ao contrário das humanidades tradicionais, coloca o que hoje designamos por natureza no centro da pessoa. “Não há natureza humana porque toda a natureza é humana” (Santos, 1987, p. 44).

Vale ressaltar aqui que o processo da Reforma Psiquiátrica alinha-se com esta perspectiva, ao propor a desconstrução dos paradigmas fundantes da psiquiatria que, sob a égide do racionalismo científico moderno, operam uma simplificação e estabelecem dicotomias entre saúde/doença e normal/patológico. Não há explicação baseada na causalidade biológica, capaz de dar conta da complexidade do existir e do sofrer humano. A ruptura epistemológica da Reforma Psiquiátrica propõe que o homem esteja no centro, e não a bioquímica dos neurotransmissores.

Todo conhecimento é local e total

Uma das marcas mais evidentes da ciência moderna é a especialização. O conhecimento avança por ela e será tanto mais rigoroso quanto mais restrito seu objeto. Quanto a isto Santos afirma que:

Sendo um conhecimento disciplinar, tende a ser um conhecimento disciplinado, isto é, segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor. É hoje reconhecido que a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado (Santos, 1987, p. 46).

Já no paradigma emergente o conhecimento é total e também local, pois se constitui ao redor de temas que:

[...] em um dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais, sejam eles reconstituir a história de um lugar, manter um espaço verde, construir um computador adequado às necessidades locais, fazer baixar a taxa de mortalidade infantil, inventar um novo instrumento musical, erradicar uma doença, etc., etc. (Santos, 1987, p. 47-48).

A busca do conhecimento total nos leva não apenas a transpor as rígidas fronteiras entre as disciplinas, mas a reconstruí-las em uma perspectiva que supera os campos disciplinares, estabelecendo um constante diálogo transdisciplinar.

Novamente aqui temos uma grande aproximação com a Reforma Psiquiátrica. Ao romper com a visão biológica reducionista e produzir uma desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, ela propõe construir/tecer/inventar o seu campo teórico-conceitual estabelecendo um amplo, profundo e radical diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano.

Outro conceito chave proposto pela Reforma Psiquiátrica e que estabelece uma identidade com o proposto por este paradigma emergente é o do território, que nos remete ao conceito do conhecimento local. Território é aqui entendido não apenas como a configuração de um espaço geográfico, mas referido às forças vivas de uma dada comunidade, com sua cultura, seus problemas, suas prioridades e potencialidades locais. O espaço, sobre o qual a ação da Reforma Psiquiátrica vai incidir, está intrinsecamente ligado a este conceito. Um serviço substitutivo deve necessariamente ser pensado como um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa de uma rede de cuidados.

#### Todo conhecimento é autoconhecimento

A ciência moderna consagrou o homem enquanto sujeito epistêmico, mas expulsou-o, tal como a Deus, enquanto sujeito empírico. Um conhecimento objetivo, factual e rigoroso não tolerava a interferência dos valores humanos e religiosos. Foi nesta base que se construiu a distinção dicotômica sujeito/objeto (Santos, 1987, p. 48).

Para as ciências humanas, esta distinção nunca foi pacífica, pois seus objetos de estudos eram homens e mulheres, tais como os pesquisadores que se propunham a estudá-los. Para contemplar a distância epistemológica entre sujeito e objeto criou-se uma distância empírica entre ambos.

No paradigma emergente, assume-se a implicação do sujeito no processo de produção de conhecimento, tendo um caráter autobiográfico e auto-referenciável. Caracteriza-se como um conhecimento compreensivo e íntimo que nos une pessoalmente ao que estudamos. O que aproxima a criação científica da criação literária ou artística. Temos assim uma ciência autoral que cria um conhecimento que nos ensina a viver e traduz-se num saber prático.

O campo da Reforma Psiquiátrica trata essencialmente do humano. Produzir uma radical ruptura com a dicotomia sujeito/objeto, nos coloca frente a frente com a complexidade do existir, com a dor em suas múltiplas dimensões, com nossos próprios limites e potencialidades como atores e agentes do cuidado e da produção de conhecimento. Não há como fazer do sujeito um objeto sem deixar de conhecê-lo como sujeito e sem considerar que aquele que olha está implicado neste encontro.

Nesse sentido somos todos um pouco autores de múltiplas narrativas dos encontros possíveis e impossíveis, buscando construir um conhecimento que ajude a inventar possibilidades mais autônomas de existir e de conviver.

Todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum

Para Santos, a ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimentos e afirma com ironia, “se faz do cientista um ignorante especializado, faz do cidadão comum um ignorante generalizado” (Santos, 1987, p. 55).

Ao contrário, o paradigma emergente sustenta que nenhuma forma de conhecimento é, em si mesma, racional; só a configuração de todas elas é racional. Tenta, pois, dialogar com outras formas de conhecimento, deixando-se penetrar por elas. E, de todas, a mais importante é o conhecimento do senso comum, o conhecimento vulgar e prático que orienta as nossas ações no cotidiano e dá sentido à vida.

A ciência moderna constituiu-se em oposição ao senso comum que a considerava superficial, ilusória e falsa. Santos propõe a idéia de uma dupla ruptura epistemológica: após a diferenciação entre a ciência e o senso comum, um outro ato

epistemológico; romper com a primeira ruptura e transformar o conhecimento científico em senso comum. Em outras palavras, significa “romper com o senso comum conservador, mistificado e mistificador, não para criar uma forma autônoma e isolada de conhecimento superior, mas para transformar a si mesmo num senso comum novo e emancipatório” (Santos, 2001, p.107).

Um dos campos de transformação propostos pela Reforma Psiquiátrica é o campo sócio-cultural. Trata-se aqui de se operar transformações no imaginário social sobre a loucura, a doença mental, etc. Ou seja, propõe-se que todo conhecimento produzido por este processo seja incorporado como um bem cultural, que faça parte do senso comum.

Contrariamente a afirmação de que “lugar de louco é no hospício”, busca-se provocar e transformar a cultura para uma concepção mais inclusiva e acolhedora à diferença.

### ***A Reforma Psiquiátrica e a transição paradigmática***

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e as propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico. O que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; questionar o poder do especialista (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, etc) em relação ao paciente e negar o seu mandato social de custódia e exclusão. Diz Amarante:

Se fosse oportuno, neste contexto complexo, questionar-se quanto ao principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, talvez fosse possível responder que seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (Amarante, 1997, p.165).

Como já destacamos anteriormente, a palavra reforma, utilizada na designação da Reforma Psiquiátrica<sup>41</sup>, não faça jus, pelos problemas que o termo causa à riqueza e à complexidade do que aqui estamos a relatar. Em diálogo com Foucault (1979) a respeito da relação entre os intelectuais e o poder, Deleuze critica a noção de reforma afirmando que:

Ou a reforma é elaborada por pessoas que se pretendem representativas e que têm como ocupação falar pelos outros, em nome dos outros, e é uma reorganização do poder, uma distribuição de poder que se acompanha de uma repressão crescente. Ou é uma reforma reivindicada, exigida por aqueles a que ela diz respeito, e aí deixa de ser uma reforma, é uma ação revolucionária que por seu caráter parcial está decidida a colocar em questão a totalidade do poder e de sua hierarquia (Foucault, 1979, p. 72).

Construir uma conceituação “forte”<sup>42</sup> da Reforma Psiquiátrica é pensá-la como uma ação revolucionária deste tipo. Trata-se de uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de novo paradigma científico, ético e político. É nesta ruptura que entendo o conceito de Reforma Psiquiátrica e não apenas no sentido de uma mudança de *locus* e de técnicas de cuidado e gestão de serviços de saúde mental.

A crítica radical à psiquiatria tradicional, efetuada desde os anos setenta, produziu uma mudança na concepção do objeto, focado na doença, com uma decorrente prática centrada quase que exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social. Constituiu um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa perspectiva, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade.

Costa-Rosa (2000) nomeia o conjunto das práticas promovidas pela Reforma Psiquiátrica como Modo Psicossocial, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional, o qual nomeia como Modo Asilar predominante. Propõe o autor que, para caracterizar a mudança de paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha algumas condições

---

<sup>41</sup> Amarante (2003), autor em parte responsável pela divulgação do termo Reforma Psiquiátrica, apresenta uma discussão na qual informa e contextualiza a sua origem, os seus usos e os sentidos.

<sup>42</sup> Conforme apresentei na Introdução deste trabalho.

relativas a transformações radicais em quatro âmbitos: concepção do objeto e dos meios de trabalho; concepções das formas da organização institucional; formas do relacionamento com a clientela; e concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos:

- concepção do objeto e dos meios de trabalho: contrapondo-se à ênfase nas determinações orgânicas e sua decorrente prática e ao meio de trabalho que reproduz modelo da divisão de trabalho correspondente à “linha de montagem”, o Modo Psicossocial caracteriza-se pela transformação nas concepções do objeto e na participação e implicação do sujeito no tratamento, tendo como meio de trabalho a equipe interprofissional, que por meio do intercâmbio entre seus saberes e práticas, supera radicalmente o modelo da “linha de montagem”;

- concepções das formas da organização institucional: opondo-se à organização verticalizada e a um fluxo de poder em sentido único do Modo Asilar, o Modo Psicossocial se caracteriza por uma organização institucional dos dispositivos de trabalho horizontal, no qual a participação, autogestão e interprofissionalidade são as metas radicais;

- formas do relacionamento com a clientela: enquanto o Modo Asilar se caracteriza pela separação entre doentes e sãos com a instituição cumprindo uma função de depositária que interdita o diálogo, no Modo Psicossocial propõe-se que a instituição, por meio de seus agentes, adquira o caráter de espaço de interlocução, agenciadora de subjetividades. E considerando a dimensão de suas ações no âmbito da Saúde Coletiva, a instituição deve funcionar como ponto de fala e escuta da população;

- concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: enquanto no Modo Asilar se observa uma hipertrofia nos “defeitos de tratamento”, como a cronificação asilar, decorrente de um entendimento do tratamento centrado na supressão ou no tamponamento dos sintomas, o Modo Psicossocial se propõe ao reposicionamento subjetivo, levando-se em conta a dimensão coletiva e sociocultural. Deverá ser pensado na perspectiva de uma ética que se abra para a “singularização”. Assim, implicação subjetiva e sociocultural, além da singularização, são as metas radicais quanto à ética das práticas no Modo Psicossocial.

Tenho como eixo central deste presente trabalho, as quatro dimensões fundamentais do processo da Reforma Psiquiátrica apresentadas por Amarante (2003).

Descreverei a seguir as características de cada uma delas, acrescentando minhas contribuições pessoais.

A dimensão epistemológica: é a que estou a tratar neste capítulo, e se refere ao campo da produção de saberes e diz respeito à desconstrução dos fundamentos, das noções e dos conceitos fundantes da psiquiatria, como por exemplo, a noção de doença mental. Não se trata apenas de negar, romper, mas também de produzir novas noções e conceitos, tecendo linhas que dialogam e articulam diferentes disciplinas, num esforço de construir um novo paradigma no campo da saúde mental.

A dimensão técnico-assistencial: em um constante movimento entre a prática e a teoria, ou seja, no movimento de uma *práxis*, propõe-se a construção de uma nova organização de serviços, articulando uma rede de espaços de sociabilidade, de produção de subjetividades, de geração de renda, de apoio social, de moradia, enfim, de produção de vida.

A dimensão jurídico-política: no primeiro capítulo, sugeri uma pequena alteração, renomeando-a como dimensão política. O termo jurídico colocado à frente, embora não seja essa a idéia fundamental, remete a uma ênfase nas mudanças das leis. O sentido da alteração é salientar o processo de ação de protagonistas em diferentes segmentos sociais (movimento social, reforma do Estado, universidades, etc). Ações que objetivam construir uma nova pactuação de poder, lutando para dar voz a quem não tem direito, a quem não é cidadão. Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social.

A dimensão sociocultural: há um imaginário social, construído historicamente, para a loucura, para a diferença. Um imaginário que desqualifica (“Isso é coisa de louco!”), que exclui (“Lugar de louco é no hospício!”), que teme (“Louco é perigoso e agressivo!”), que infantiliza (“Que bonitinho! Nem parece feito por louco!”). Provocar a sociedade a refletir sobre sua relação com a loucura, com objetos e ações culturais. Transformar, como diz Boaventura Souza Santos, o conhecimento e as práticas em um senso comum emancipatório. Enfim, produzir uma transformação deste imaginário é o grande desafio desta dimensão.

Em *O Homem e a serpente*, Amarante destaca a importante contribuição da produção de Franco Basaglia, psiquiatra italiano que é referência teórica e prática da Reforma Psiquiátrica, a qual “pode ser entendida como um importante marco de

referimento de uma “fase de transição” do paradigma psiquiátrico-moderno, que se situa numa transição maior, que é a da ciência da modernidade” (Amarante, 1996, p.24).

Como marco exemplar desta transição, podemos destacar uma das principais proposições basaglianas, inspirada na filosofia fenomenológica de Husserl – a de “colocar a doença entre parênteses”. Trata-se de uma inversão da operação produzida pela racionalidade positivista da psiquiatria que colocou o sujeito entre parênteses e se limitou à:

[...] definição das síndromes em que o doente, arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive, vê-se etiquetado, ‘constrangido’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica (Basaglia, 2005, p. 35).

Com esta inversão Basaglia propõe uma importante demarcação epistemológica que diz respeito ao saber psiquiátrico que se construiu em torno das definições abstratas de doença que reduzem o sujeito a uma coleção de sintomas e sinais, a uma espécie catalogável e categorizável e que tem conseqüências éticas e políticas.

Para Amarante (1996):

[...] a doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura que permite a observação do duplo da doença mental, isto é, do que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (e não apenas internado) que reabre a possibilidade de um outro conhecimento sobre esta mesma condição (p. 84-86).

Nessa perspectiva, surge outro importante conceito para a Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização. Formulado no âmbito da experiência italiana, este conceito amplia os horizontes teóricos e técnicos do campo da saúde mental e tem inspirado e orientado boa parte dos trabalhos desenvolvidos no Brasil. Segundo o autor:

[...] a desinstitucionalização na psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se neste período de transição, onde se inicia uma fase de afastamento do paradigma clássico, com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Isso significa que, ao abrir um processo de re-complexificação da loucura, contribui com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo da teoria das ciências e do conhecimento (Amarante, 1996, p.31).

E, finalmente, o autor destaca uma característica do processo de desinstitucionalização que podemos considerar como a face mais marcante e mais cotidiana do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a possibilidade de:

[...] construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ da doença mental [...] A complexidade, enfim, reporta ao problema ético das relações entre os homens e para com a natureza, porque coloca o problema do pensar e agir em termos de relações e não de objetos (Amarante, 1996, p.33).

Esta não é apenas uma ruptura epistemológica aos fundamentos do saber e da prática da psiquiatria. A Reforma Psiquiátrica insere-se em um campo mais amplo, o da Reforma Sanitária que tem configurado um novo campo, o da Saúde Coletiva.

Paim e Almeida Filho (1998) discutem o paradigma da saúde pública, concluindo que, apesar de não preencher as condições epistemológicas para se constituir em um novo paradigma, a saúde coletiva, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social evidencia possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade. Apresentam-na como um campo científico e um âmbito de práticas aberto à incorporação de propostas inovadoras.

De acordo com os autores:

A partir destas reflexões, constata-se a afirmação de um campo interdisciplinar dinâmico, renovado e recomposto a partir de uma produção teórica ousada e consistente, ainda enfrentando diversas interrogações e dilemas. De fato, a conjunção das “crises da saúde” – científica, econômica, social e política - lança complexos desafios para a saúde coletiva quanto ao que fazer para efetivamente se articular aos novos paradigmas da saúde para o século XXI (Paim e Almeida Filho, 1998, p. 312).

Assim como na Reforma Psiquiátrica, trata-se aqui, no âmbito da produção de conhecimento, de re-configurar o objeto privilegiado “saúde”. Os autores destacam a necessidade de uma apreensão pragmática alimentando uma práxis, em vez de constituir-se em mera produção e incorporação de tecnologia, afirmando que:

Muito do que em um dado paradigma se pode tomar como um aparente paradoxo deve-se ao fato de que não se lida com um objeto obediente às determinações da predição, aquela das antecipações limitadas e limitantes, rigorosas e precisas. Efetivamente, o objeto da saúde coletiva é muito mais tolerante a formas aproximadas de antecipação do seu processo, ressaltando a natureza não-linear da sua determinação e a imprecisão (ou borrosidade) dos seus limites (Paim e Almeida Filho, 1998, p. 312).

A ruptura com os paradigmas vigentes não deve se restringir a um movimento de recusa e denúncia. A ruptura radical implica todos os atores envolvidos neste amplo

campo em intensos e incessantes movimentos de crítica, elaboração e superação. Movimento processual que mobiliza os desejos dos atores e sujeitos no âmbito da *práxis* e que provoca uma transformação e uma construção no plano epistemológico que retorna e alimenta o pensamento e a ação.

### ***Conclusão***

Ao longo deste texto busquei apresentar as principais características do que poderia chamar de uma ruptura paradigmática. Embora ao longo dos anos encontremos inúmeras experiências singulares que, de certa forma, já se fundamentavam em alguns desses conceitos, é a partir da Reforma Psiquiátrica que essa ruptura, operada e concretizada cotidianamente na prática das novas instituições, conquistou uma maior visibilidade. Foi contagiando e contaminando outros operadores, outros profissionais, que foram criando e inventando outras instituições e outras novas práticas.

No quadro nº 1 sintetizo alguns elementos que julgo essenciais para caracterizar esta transição de um modelo a outro. Em uma das colunas, caracterizo o modelo psiquiátrico tradicional que se fundamenta na racionalidade médica. Já para o novo paradigma, exatamente por estar sendo tecido, marcado por sua imprecisão, sua transitoriedade, irei nomeá-lo duplamente: como atenção psicossocial<sup>43</sup> e como novo modelo assistencial, tal como propõe os documentos oficiais do Ministério da Saúde.

O modelo psiquiátrico tradicional, construído historicamente a partir do século XVIII, tem como objeto central de seu domínio e de sua intervenção a doença mental. Há um distúrbio que se localiza no corpo e que se manifesta em alterações nas formas de ser e de existir do sujeito, fugindo a um padrão de normalidade. Distúrbio que pode ser reduzido em sua determinação a fatores localizáveis no organismo.

Este olhar sobre o objeto pressupõe um marco teórico conceitual e instrumentos conceituais de análise que se situam no campo da psiquiatria que, ainda carente de consistência científica, almeja estabelecer relações e ingressar no campo das neurociências.

---

<sup>43</sup> Conforme apresentado no texto *Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva* de Costa-Rosa, A., Luzio, C., e Yasui S. (2002).

**Quadro nº 1 – Principais características do Modelo Psiquiátrico e da Atenção Psicossocial**

	<b>Modelo Psiquiátrico</b>	<b>Atenção Psicossocial/ Novo modelo assistencial</b>
<b>Objeto</b>	<b>Simple Doença mental</b>	<b>Complexo Existência-sofrimento</b>
<b>Pressuposto teórico-conceitual</b>	<b>Campo das Neurociências</b>	<b>Campo Transdisciplinar</b>
<b>Estratégias de Intervenção</b>	<b>Isolamento e predominantemente biológica</b>	<b>Predominância da diversidade e da invenção</b>
<b>Agente do cuidado</b>	<b>Médico</b>	<b>Coletivos</b>
<b>Lugar do cuidado</b>	<b>Hospitalização</b>	<b>Rede e intersectorialidade</b>
<b>Prática social</b>	<b>Exclusão/violência</b>	<b>Inclusão e solidariedade</b>

A estratégia de intervenção, que daí decorre, será predominantemente biológica, ou seja, essencialmente psicofarmacológica, sendo que outras disciplinas comparecem apenas como coadjuvantes. O isolamento será a estratégia adequada para o enfrentamento das crises que não podem ser silenciadas.

Objeto, marco teórico e estratégia de intervenção definem uma lógica marcada pela racionalidade científica, a qual terá, na figura do médico, o seu principal agente do cuidado, tendo como consequência a subordinação da prática de outros profissionais às suas decisão e orientação, caracterizando assim um modelo médico-centrado e uma hierarquização das profissões no interior das instituições.

Isolar para conhecer e conhecer para dominar. Estes são os postulados que legitimaram o hospital psiquiátrico como *locus* deste paradigma. Porém, sua lógica não se restringe ao espaço físico asilar e se atualiza mesmo nas instituições que, aparentemente, se propõem alinhadas com os modelos substitutivos.

A prática social decorrente deste modo é a do controle social, da exclusão do diferente e da violência institucionalizada.

Já a atenção psicossocial vem sendo tecida ao longo dos últimos anos, com os múltiplos fios de diferentes e diversas disciplinas e experiências concretas. Rompendo com o paradigma psiquiátrico e, por conseguinte, com a racionalidade médica, trata-se aqui de tomar a existência humana em sua complexidade. E nela, o sofrimento psíquico.

Falar de sofrimento significa falar da dor do corpo, da ansiedade, da angústia. Sofrimento também remete ao sofrimento de viver, das dificuldades impostas pelo modo de vida, marcado pela dimensão social, pela penúria, pela miséria. Do sertão que há em toda parte. Agregar o termo psíquico à palavra sofrimento, não significa estabelecer uma divisão ou um corte entre mente/corpo. Significa enfatizar. Olhamos para a complexidade da existência humana, por este viés da singularidade, da subjetividade. Ou seja, incluímos esta dimensão que compreende uma intrínseca relação entre o conjunto de conteúdos da consciência e do inconsciente humano, que estão presentes nos estados e processos da experiência subjetiva e que se constituem/constroem/tecem na relação do sujeito com o seu entorno social, familiar, cultural e etc.

Se entendemos o sofrer e a vida em sua complexidade, só poderemos assumir, como pressuposto teórico, algo da ordem que contemple e sustente esta diversidade de olhares. Estamos, pois, no campo nomeado por Morin como o da complexidade, ou por Bonventura como de um paradigma prudente para uma vida decente, ou de Prigogine e Stengers como sendo o de uma *Nova Aliança*. Adota-se uma postura de profunda humildade frente à diversidade e a um aberto e intenso diálogo que cruza e perpassa as diferentes disciplinas.

Desta perspectiva e marco teórico, só podemos então pensar em estratégias de cuidado que produzam e promovam a autonomia e a singularização do sujeito. E estas serão, também, da ordem da diversidade e da multiplicidade. Nesse sentido, o conceito de clínica se transforma. Não uma clínica inspirada no reclinar-se sobre o leito do paciente, com olhar de quem observa e busca a doença. Lugar onde as identidades dos participantes estão predefinidas. Mas uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos.

Assim o lugar será qualquer um onde houver possibilidade de encontro com a vida e com a autonomização do sujeito. Um serviço substitutivo deve necessariamente ser pensado como um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa uma rede de cuidados.

Os agentes serão os coletivos, mais do que as equipes multiprofissionais que apenas se constituem de profissionais compartilhando um mesmo espaço. Serão os cuidadores de distintas profissões e de distintas instituições que se propõem a articular e

construir/inventar esse dispositivo de cuidado. E mais além: serão os familiares, os amigos, os colegas da escola, do trabalho, enfim, todo aquele que se puder implicar nesta ampla rede de cuidados.

Há uma ética que perpassa todo esse trabalho. Ele só pode ser concretizado como uma prática social que sonha utopias, que trabalha e acredita em uma sociedade mais justa e igualitária, que respeite radicalmente as diferenças. Só pode ser então uma prática norteadada pela perspectiva da transformação social, ainda que ela seja uma utopia. Mas que seja uma utopia ativa, cujo percurso se concretiza a cada gesto cotidiano de cuidado com o sofrimento psíquico.

Se o sertão está em toda a parte, há que se encontrar as veredas e, também, há que se construir veredas. Há que ser tão veredas.

## CAPITULO 3

### CAPS: ESTRATÉGIA DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Eu vou cuidar, do seu jardim  
Eu vou cuidar, eu cuidarei muito bem dele  
(...) Eu cuidarei do seu jantar  
Do céu e do mar, e de você e de mim  
(Nando Reis)

#### *Introdução*

Neste capítulo, pretendo realizar uma reflexão sobre a dimensão técnico-assistencial definida por Amarante (1999,2003) como a constituição de uma rede de novos serviços, como espaços de trocas, de sociabilidade e de subjetivação, a partir e simultaneamente à desconstrução dos conceitos que sustentam a prática psiquiátrica e a reconstrução de novos conceitos.

Como apresentei anteriormente, o processo da Reforma Psiquiátrica (RP) nasceu como um movimento social que traz a marca de seu tempo. No contexto das mudanças sociais e políticas nacionais, os protagonistas da RP propõem transformações no modelo assistencial em saúde mental, com impactos e conseqüências que extrapolam este sub-setor da saúde. Este processo se concretiza por meio da constituição de uma rede de serviços de atenção e cuidados que produziu e acumulou saberes e práticas, cujos princípios e conceitos mais importantes caracterizam-na como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional. Ruptura consoante com a crítica aos paradigmas da ciência moderna, realizada por diversos autores que apontam, também, para a emergência de um novo paradigma nas ciências.

Temos aqui uma práxis: conceitos que nascem de uma prática de mudança da assistência em saúde mental e que se transmutam em instrumentos teóricos e técnicos para transformar esta mesma prática.

Em seu *Dicionário de Política*, Bobbio destaca os diversos sentidos do conceito de Práxis, destacando que Marx:

[...] encara o problema da relação da teoria com a Práxis, ao expor a necessidade de mudar o mundo e não apenas o interpretar (tese undécima sobre Feuerbach). Na primeira tese, ao considerar a Práxis como atividade perceptiva (ou seja, como ação que é, ao mesmo tempo conhecimento) e não como contemplação, ele estabelece um nexos entre teoria e Práxis, nexos que apresenta como existente desde o

início, desde o momento da percepção que constitui a base do pensamento teórico” (Bobbio, Matteucci & Pasquino, 2000, p. 991).

A Práxis é o fundamento do conhecimento. Exprime, também, o poder que o homem tem de transformar o ambiente externo, tanto natural quanto social, e o de ser transformado por este mesmo processo. Ou seja, atividade que se modifica a si mesma, ao modificar o ambiente.

Há uma intrínseca relação entre os processos da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica e de ambas, com as mudanças sociais. Parafraseando Teixeira (1995) que afirmava ser a Reforma Sanitária uma prática em busca de uma teoria, podemos também assim nomear a Reforma Psiquiátrica: é uma Práxis em busca de uma teoria.

Práxis que vem sendo construída por profundas transformações que constituem um novo olhar para a loucura, redefinindo e elaborando conceitos que orientam a construção de uma nova estratégia e modalidade de cuidado.

É sobre essa estratégia de cuidado e os conceitos-ferramentas que a instrumentalizam, que tenho a pretensão de abordar no presente capítulo.

Antes de prosseguir, gostaria de ressaltar o sentido do conceito de estratégia. Ele surge como uma importante ferramenta conceitual em diferentes campos da saúde. Por exemplo, é utilizado como um conceito central no planejamento das ações de saúde. Para Carlos Matus e para Mário Testa<sup>44</sup>, com diferenças e particularidades, o planejamento estratégico é necessariamente político e deve considerar a realidade local com suas demandas, seus recursos, seus atores e, principalmente, o jogo de conflitos, contradições e interesses que ocorre em um determinado cenário social, político e econômico.

Nos últimos anos, o Programa Saúde da Família, importante proposta de transformação da assistência em saúde no campo da atenção básica, também tem sido nomeado como Estratégia Saúde da Família, em substituição ao termo Programa, que leva a um entendimento de uma proposta acabada, vertical, pré-determinada, que não considera a realidade local.

---

<sup>44</sup> Conforme se encontra em Giovanella, L. e Amarante, P. O enfoque estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In Amarante, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.

O conceito de estratégia, descrita no *Dicionário Houaiss*, como “a arte de aplicar com eficácia os recursos de que se dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura se desfrute, visando ao alcance de determinados objetivos” (Houaiss, 2001), para mim, define precisamente um dos aspectos mais importantes da proposta de mudança do modelo assistencial que se está a construir no campo da saúde mental. Em um lugar, em um tempo, com diferentes atores e com os recursos disponíveis, aplica-se a melhor maneira de combinar estes elementos para provocar, proporcionar, produzir, ou construir um processo de transformação.

Defendo aqui que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho. O cotidiano de um CAPS é o de pensar para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território.

E como estratégia de mudança de modelo possui conceitos que orientam a compreensão desta realidade complexa, tal como é o existir humano em suas manifestações de sofrimento psíquico. Eles se configuram como “princípios” que organizam a rede de atenção e as estratégias de cuidado. Conceitos-ferramentas para operar sobre a realidade na perspectiva de uma mudança do modelo.

Neste sentido, pretendo aqui cartografar alguns desses conceitos-ferramentas que a prática da Reforma Psiquiátrica vem criando/inventando por meio da apropriação, redefinição, usurpação de conceitos e noções de distintos e diversos campos do saber. Rolnik (1989) afirma que todo cartógrafo é antes de tudo um antropófago, utilizando

uma referência a Oswald de Andrade e ao movimento antropofágico. Talvez não seja muito se pensar que somos um pouco assim: filosofia, sociologia, antropologia, psicanálise, política, geografia, física, biologia são disciplinas que transitamos como nômades antropófagos, assimilando e incorporando saberes que possam ajudar a construir nossa rota nesta viagem. Rolnik argumenta que:

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia neste caso acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmachamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes se tornam obsoletos (Rolnik, 1989, p.15).

Como o imigrante da introdução, depois de passar pelo campo político e pelo campo epistemológico da RP, chegamos ao campo dos conceitos que operam sobre a realidade. Não esperem deste viajante definições precisas e definitivas sobre estes conceitos. Sou um nômade que traz um diário de viagem com anotações para compartilhar.

Retomando o objetivo deste capítulo e considerando a complexidade deste processo que estamos a caracterizar, não podemos compreender a Reforma Psiquiátrica, ainda que estejamos a refletir sobre esta dimensão técnico-assistencial, apenas como a transformação de serviços de saúde. É muito mais. Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados, que envolve o reconhecimento do território e seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda deste território; implica em estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e a demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a este território.

Assim, nas próximas linhas pretendo refletir sobre a essência fundamental de nosso trabalho que é a produção dos atos de cuidar e sobre os conceitos-ferramentas que o implica ou o pressupõe:

- 1- Território
- 2- Responsabilização
- 3- Acolhimento

4- Projeto de cuidado e a diversidade de estratégias

5- Tecer uma rede

Conceitos presentes no principal documento do Ministério da Saúde que normatiza as ações de saúde mental no âmbito do SUS: a portaria 336/02, que em seu artigo 4º, alínea a, define a seguinte característica em todas as modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad):

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (grifo nosso).

Meu principal desejo aqui é provocar uma reflexão para a abrangência e a complexidade que está pressuposta nesta característica e para o processo de construção, reconstrução e invenção destas ferramentas conceituais, indissociável do cotidiano dos novos serviços, embora nem sempre claras para os atores que a operam. Conceitos que não são apenas instrumentos do campo da Reforma Psiquiátrica: são conceitos que fazem refletir a produção do cuidado no campo da saúde. Neste sentido, falarei dos dois, embora a Reforma Psiquiátrica seja sempre o campo principal sobre o qual incide minha reflexão.

### ***Cuidar: a essência do nosso cotidiano***

O cuidar é a essência de nosso trabalho cotidiano. Somos profissionais produtores de atos do cuidar. Porém, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar na psiquiatria criou instituições e práticas que são mais bem definidas como produtoras de práticas da violência. Não houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência, indiferença. As diversas mortes de pacientes nos hospícios, que ainda hoje ocupam as páginas dos jornais e os relatórios de sindicância que habitam as gavetas dos burocratas de plantão, são exemplos que atestam estas afirmações. A desqualificação social do louco produz práticas sociais, mais ou menos legitimadas pela ciência, na qual ele tem uma importância equivalente ao lixo que se recolhe das ruas<sup>45</sup>. Uma proposta como a da Reforma Psiquiátrica, que representa uma

---

<sup>45</sup> Recentemente, no ano de 2005, na cidade de São Paulo, um morador de rua foi recolhido das ruas e encaminhado ao Hospital Psiquiátrico. Uma das justificativas era o seu mau cheiro. A outra, e mais relevante, é que ficava aos olhos de quem se dirigia a um importante “templo de consumo” de alto luxo da cidade.

ruptura com esta racionalidade médica, deve também se apresentar com a construção de um cuidar que se distancie dos crimes da paz cometidos em nome da razão<sup>46</sup>.

Em seu artigo sobre o cuidado e a integralidade Mattos (2004) utiliza-se de uma analogia interessante e muito próxima ao que estamos aqui a trabalhar. Parafraseando a proposição “uma ciência prudente para uma vida decente” de Boaventura Souza Santos, propõe no título “um cuidado prudente para uma vida decente”. Consoante com a crítica à racionalidade científica que apresentamos anteriormente. Reflete sobre a prudência que se deve ter ao utilizar o conhecimento para a produção do cuidado: “o que caracteriza melhor o cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade” (Mattos, 2004, p.121).

Mais do que uma essência do trabalho na saúde o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro.

Nesta mesma perspectiva podemos encontrar contribuições do teólogo Leonardo Boff, cujas reflexões sobre o cuidado são interessantes e pertinentes para o nosso campo. Ele afirma que o cuidar:

[...] é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 2002, p.33).

Boff cita Martin Heidegger, para quem o cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial, ou seja, é a base possibilitadora da existência humana. Para fundamentar esta afirmação, Heidegger, no seu livro *O Ser e o Tempo*, utiliza uma metáfora, apresentando uma fábula-mito de Hygino sobre o cuidado. Eis a fábula:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este

---

<sup>46</sup> Referências ao livro de Basaglia - *Os crimes da paz* - e ao documentário de Helvécio Ratton - *Em nome da Razão*.

espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil” (Heidegger, 1989 apud Boff, 2002, p. 45-46)<sup>47</sup>.

É o ato de Cuidado que molda o corpo na massa disforme tirada da Terra. É o Cuidado que possibilita a vida ao convidar Júpiter a dar seu sopro para que a alma habite o corpo. E é o tempo-história, encarnado em Saturno que nomeia o homem e dá a ele o seu destino. Aquilo que é humano se constitui, se mantém e se afirma pelo ato do Cuidado. Afirma Boff que:

O espírito se humaniza e o corpo se vivifica quando são moldados pelo cuidado. Caso contrário, o espírito se perde nas abstrações e o corpo se confunde com a matéria informe. O cuidado faz com que o espírito dê forma a um corpo concreto, dentro do tempo, aberto à história e dimensionado para a utopia (Saturno) (Boff, 2002, p.190).

A filologia da palavra deriva do latim *coera* que era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Prosseguindo Boff acrescenta:

Outros derivam cuidado de cogitare-cogitatus [...] O sentido [...] é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida (Boff, 2002, p. 91).

Podemos encontrar condensados, nestas citações, elementos que me parecem centrais para nos aproximarmos dessa essência de nosso cotidiano que é a produção dos atos de cuidado. O cuidado é uma condição que possibilita, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. Nesse sentido nos aproximamos muito da afirmação de

---

<sup>47</sup> A tradução da fábula-mito é do próprio Leonardo Boff. Há pequenas diferenças em relação à tradução que se pode ler na edição brasileira do livro de Heidegger.

Basaglia de que é necessário colocar a doença mental entre parênteses para que possamos enxergar o sujeito<sup>48</sup>. Ver e ouvir aquele que tem uma história de vida pessoal, marcada pelas condições sociais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar. A doença deve ser colocada entre parênteses naquilo que este conceito induz e tem como conseqüências olhares e práticas reducionistas. Como diz Ayres:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, 2001, p. 71).

Cuidar em saúde, significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isto representa uma ruptura epistemológica de grande importância, conforme abordei no capítulo anterior. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. Ruptura que inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação.

Merhy & Franco (2003) definem o trabalho em saúde como relacional, pois depende do “trabalho vivo” em ato, ou seja, trabalho no momento em que este é produzido. Chamam a atenção para características das relações produzidas por este ato, descrevendo que:

Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intersessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (Merhy & Franco, 2003, p.318).

---

<sup>48</sup> Como já destacamos no capítulo anterior, Amarante (1996) apresenta de maneira detalhada e fundamentada em ampla pesquisa, esta proposta epistemológica de Franco Basaglia

Merhy (2002) define intersessores<sup>49</sup> em alusão a Deleuze e utiliza o termo para designar o que se produz nas relações entre:

[...] “sujeitos”, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para “os dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os intersessores se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro (Merhy, 2002, p.51).

A proposta de ruptura com a racionalidade médica que deveria estar presente no cotidiano dos novos serviços encontra ainda muitas dificuldades em se efetivar. Tenho acompanhado o trabalho de muitos CAPS, em diferentes regiões do país e, mais de perto, em muitos municípios no interior do estado de São Paulo, que corroboram o alerta para as relações burocráticas. Com muito mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico. A utilização de outras estratégias não muda a lógica do modelo: a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas mera reprodução de técnicas muitas vezes de caráter moralizante e de controle que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático. Encontro, também, a utilização de ferramentas conceituais das práticas hegemônicas: isolamento (ainda que em um serviço aparentemente aberto); discursos técnicos que calam o paciente (monólogo da razão sobre a loucura); a doença suplantando a complexidade da vida; e medicalização como estratégia terapêutica central.

Para romper estas relações burocráticas é necessário ousar, inventar, correr riscos. A produção de novas relações e a construção de projetos de vida autônoma não se dão em lugares com relações mediadas pelo medo, pela covardia, pelo comum, na mesmice, na mediocridade. Entenda-se medíocre aqui algo de qualidade média, modesto, sem expressão ou originalidade, pouco capaz, sem qualquer talento que, de

---

<sup>49</sup> O termo é grafado como *intercessor* no livro *Conversações* de Deleuze. Merhy usa a grafia *interseções* no livro *Saúde cartografia do trabalho vivo*, e no artigo referido acima usa *intersessoras*, embora ambas as referências cite o conceito de Deleuze. Por fidelidade aos textos citados, mantivemos a grafia tal como eles aparecem. Ao longo do capítulo, ao nos referirmos ao conceito de Deleuze, utilizaremos a grafia *intercessor*.

modo geral, fica aquém. Ou seja, serviços absolutamente comuns, que reproduzem as mesmas práticas que podemos nomear de manicomiais ou asilares.

Pelo contrário, produzir cuidado por meio do encontro de subjetividades, na perspectiva de uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, significa coragem para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro, do bom encontro, como nos fala Espinosa. Produção de afetos como sentimento amoroso, mas também como instigação, mudança.

Não é meu intuito desenvolver ou detalhar a filosofia de Espinosa, mas gostaria de assinalar alguns pontos que merecem atenção, pois provocam reflexões sobre o nosso cotidiano, como produtores de atos de cuidado.

Na filosofia de Espinosa, tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros e os seres podem ser definidos pelo seu poder de “afetar” e de serem “afetados” por outros seres. Trata-se sempre de um encontro de corpos e, também, de idéias, que pode ser considerado bom ou mau. Um bom encontro é como um alimento, ou um ser amado, que se compõe com o nosso corpo e aumenta nossa potência de existir, de agir e pensar. Um mau encontro é, ao contrário, aquele em que um corpo, ou uma idéia, não se compõe com meu corpo e com minhas idéias, deixando-me, por isso, mais fraco. O mau encontro é como a ingestão de um veneno, ou a relação com um inimigo: ele decompõe parcial ou totalmente os elementos que nos constituem e diminui ou destrói nossa potência de existir, agir e pensar.

A esta potência que se fortalece ou enfraquece com os encontros, a este poder de afetar ou ser afetado, que produz um movimento interno do corpo e o nexos das idéias na alma, constituem uma essência que Espinosa denomina *conatus*. *Conatus* é o esforço para perseverar na existência, poder para vencer os obstáculos exteriores a essa existência, poder para expandir-se e realizar-se plenamente. Deleuze entende este conceito como potência para agir e, para ele, toda a potencia é em ato, ativa. Ele considera que:

Podemos dizer que a alegria aumenta nossa potencia de agir, e a tristeza a diminui. E o conatus é o esforço para experimentar alegria, ampliar a potência de agir, imaginar e encontrar o que é causa de alegria, o que mantém e favorece esta causa: mas é também esforço para exorcizar a tristeza, imaginar e encontrar o que destrói a causa de tristeza. [...] O conatus é, pois esforço para aumentar nossa potência de agir ou experimentar paixões alegres (Deleuze, 2001, p.106-107).

Neste sentido, me parece que o ato de cuidar tratar-se-á sempre de uma busca em produzir bons encontros. O ato de cuidar deve ser uma produção regida pela alegria, pela beleza, pela poesia. São os afetos alegres que produzem os bons encontros, que produzem potencialidade, que produzem vida.

Olhar e ouvir deste lugar do cuidado, daquele que investe o seu afeto e a sua atenção para produzir efeitos para potencializar a autonomia apresenta às vezes resultados surpreendentes. Certa ocasião, conheci um paciente, morador em um grande hospital psiquiátrico por mais de 40 anos, que era tido como mudo. Convidado a participar de atividades de oficinas expressivas e de grupos, começou, lenta e discretamente a balbuciar alguns sons. Após algum tempo, os sons já se transformavam em vogais, sílabas. Mais um tempo, em palavras, pequenas frases. E, “milagre”, o mudinho falou! A conclusão é óbvia. Submetido a um cotidiano de violência institucional que lhe tirou tudo o que era mais importante de sua vida, não lhe restou outra saída a não ser silenciar para, talvez, preservar o pouco de sanidade que lhe restava. Já ouvi histórias, semelhantes a esta, se repetirem em muitos outros serviços de saúde mental. Não há milagre, apenas um bom encontro que produz efeitos, que faz a diferença na vida das pessoas que tomamos o encargo de cuidar.

Falar sobre cuidado é falar de uma produção de atos, regidos pela alegria e pela beleza, que produzem bons encontros, potencializando a vida. Parafraseando o poeta Vinicius de Moraes: o cuidado, assim como a vida, “é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida”<sup>50</sup>.

Para evitar o desencontro, o ato do cuidado também possui uma medida justa. O excesso de cuidado pode sufocar, produzir dependência. O cuidado não pode exceder certo limite, correndo o risco de tornar-se assistencialismo, gesto de caridade que transforma o sujeito em um ser incapaz de suprir suas necessidades mais básicas, em um objeto de exercício de ações benfeitoras de seres pretensamente superiores. O cuidado deve nortear-se pela justa medida de uma ética solidária. Caponi (2000, p. 95) afirma que, para poder existir, a solidariedade precisa “do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência”.

E isto se torna especialmente importante se considerarmos o CAPS não só como um serviço, mas como uma ampla produção de atos de cuidado que se faz em rede, em

---

<sup>50</sup> Trecho da música Samba da Bênção de sua autoria e de Baden Powell.

uma diversidade de estratégias executadas para além das fronteiras do serviço, integradas e em associação a outras instituições e serviços. Isto pressupõe um olhar para além da “doença”. Um olhar sobre as necessidades das pessoas que ocorrem e demandam ao serviço. Entender a saúde como uma produção social, em que agir sobre estes determinantes significa romper limites assistenciais, ousar e ir além. Mas, ao mesmo tempo, atentar para um ténue limite, além do qual corremos o risco de criar uma estratégia que pode ter a pretensão de totalizar e controlar a vida do indivíduo. O sonho de uma psiquiatria preventiva era o de se infiltrar na trama cotidiana da sociedade e localizar a doença e o doente antes mesmo de sua emergência. O justo limite é aquele que se equilibra na corda bamba da produção da autonomia atenta para não produzir dependência ou tutela. Equilíbrio entre a produção da liberdade ou da servidão voluntária.

### ***Território.***

O cuidado se faz com pessoas e em um determinado lugar, ou seja, se faz em um território.

O lugar das práticas psiquiátricas sempre se revestiu de especial importância. No Brasil, a frase “aos loucos o hospício” enunciada em 1830, pela Sociedade de Medicina, denunciava a situação na qual viviam os loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia e exigia a criação de espaços diferenciados para um “verdadeiro tratamento” da loucura. Uma doença especial requeria, para ser tratada, de um lugar especial, definido e dirigido pelo saber médico. Machado et alli (1978) e Cunha (1986) demonstram como o alienismo participa, com seu projeto de organização do espaço urbano e da manutenção da ordem social, da construção da sociedade brasileira do século XIX e início do século XX. O lugar de construção da maior parte dos hospícios brasileiros possui uma mesma característica: são lugares distantes do principal núcleo urbano da cidade. Concretizam na sua arquitetura e na sua localização uma de suas principais funções: a exclusão de indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social. Costa (1981) nos relata a história da Liga Brasileira de Higiene Mental que, nos anos 20 e 30, tem a pretensão de se constituir em um projeto de regeneração nacional tomando como tarefa o saneamento racial brasileiro. Com um discurso preventivo de ideal eugênico, alargava o campo de atuação da psiquiatria para as diversas instâncias do social: a família, o trabalho, a escola. Birman e Costa (1994) analisam a proposta da

psiquiatria preventiva norte-americana que nos anos 60 do século XX, sem a conotação eugênica, mas com forte viés de controle, toma a sociedade como seu *locus* privilegiado objetivando a prevenção da doença mental por meio da detecção dos comportamentos desviantes e de risco. A psiquiatria na sua relação com a sociedade sempre foi o mais bem acabado exemplo do dispositivo da sociedade disciplinar que investe na normalização dos corpos, como afirma Foucault (1979, 1983) e, posteriormente como acrescenta Deleuze (1992), da sociedade de controle: do corpo dócil ao corpo útil, cúmplice, aparentemente participativo, consumidor.

Se nos colocamos na perspectiva de uma ruptura com esta racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, da disciplinarização e também como dispositivo que penetra na sociedade como estratégia de controle, vigilância, domesticação, devemos estar atentos sobre as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço.

Esta relação aparece claramente enunciada, em diversos documentos, como a portaria n.º 336/02, já citada anteriormente, a qual apresenta como característica do CAPS: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”. Esta mesma portaria estabelece, também, no parágrafo 2º do artigo 1º, que os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”.

Entendo por “lógica do território”, um conceito central, norteador das ações a serem construídas pelo serviço. Afirmo que a existência do CAPS como uma estratégia de organização da rede de cuidados está intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que esta se constitui. Porém, devemos estar atentos, pois o território também possui outras lógicas que produzem sujeição e dominação. Lógicas distintas daquela que desejamos implementar.

O território é uma categoria central nas análises do geógrafo Milton Santos. Ele nega a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais e apresenta este conceito como um objeto dinâmico, vivo de inter-relações. Critica a visão descritiva da geografia, propondo uma revisão de seus fundamentos e métodos, para detalhar as influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para ele,

território engloba as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem. Ele define que:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil) (Santos, 2002, p.84).

Há uma inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre a sociedade e o espaço geográfico. Para Milton Santos, o território, tomado como um todo dinâmico, permite uma visão não fragmentada e unificada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos, o que possibilita revelar os grandes problemas nacionais: “Lugares e regiões tornam-se tão fundamentais para explicar a produção, o comércio, a política, que se tornou impossível deixar de reconhecer o seu papel na elaboração dos países e do mundo” (idem, p.99). Tece críticas severas ao processo de globalização e seus efeitos que instala uma nova forma de uso do território, impondo-lhe modificações súbitas aos conteúdos quantitativos e qualitativos e alterando todas as relações mantidas dentro de um país. Ressalta a noção de território como “um limite à ação cega das finanças”, uma resistência ao dinheiro como o “único pressuposto, que fragmenta a sociedade” e resulta em uma “Federação ingovernável”. Santos diz que:

O território é onde vivem, trabalham, sofrem e sonham todos os brasileiros. Ele é, também, o repositório final de todas as ações e de todas as relações, o lugar geográfico comum dos poucos que sempre lucram e dos muitos perdedores renitentes para quem o dinheiro globalizado – aqui denominado de ‘real’ – já não é um sonho, mas um pesadelo (idem, p.48).

A partir do acima exposto, podemos trilhar a perspectiva de um entendimento do território que supera a noção de uma delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável pelo atendimento das pessoas adscritas naquele local. O conceito de território, como bem nos mostra Milton Santos, é relacional: diz respeito à construção e transformação que se dá entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem. Memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar. Relação que surge dos modos de apropriação e de alienação deste espaço e dos valores sociais, econômicos políticos e culturais ali

produzidos. Modos múltiplos, contíguos, contraditórios. Modos de construção do espaço, de produção de sentidos ao lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas. Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar.

Pensar na organização de um CAPS na cidade de Tefé, situada na floresta amazônica, as margens do Rio Solimões distante a 600 km, de Manaus aonde se chega apenas de barco (dois dias de viagem) ou de avião, é distinto de se pensar o CAPS em Criciúma, cidade da região carbonífera do estado de Santa Catarina, ou de São Miguel Paulista, bairro da periferia leste da cidade de São Paulo. São territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços. Histórias que determinam os lugares e as formas de acesso: os bairros nobres interditados aos pobres, exceto aos serviçais; a região do comércio com suas ruas de intensa movimentação; o comércio enclausurado nos *shoppings centers*; os parques e equipamentos de lazer; os bairros pobres; a região do meretrício, etc. Histórias sociais que produzem marcas e formas peculiares de se expressar na mesma língua portuguesa, com palavras e sons particulares. Modos de expressão cultural que revelam influências de diferentes culturas: nas festas e celebrações, na culinária, na dança, na música. Territórios com sua base econômica e as formas de exploração do homem com suas conseqüências no modo de viver e levar a vida. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições públicas também trazem as marcas locais da construção das políticas públicas.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo.

Guattari (1992) analisa a sociedade contemporânea, como o mundo da técnica e da desterritorialização, da produção de uma homogeneidade capitalística que impõe uma equivalência generalizada dos valores, uma padronização dos comportamentos. A partir

dos processos intermitentes de desterritorializações e reterritorializações, desenvolveu, junto com Deleuze, a noção de heterogênesse, para afirmar que é por meio dela que se produz algo novo e inusitado. Podemos pensá-la como busca permanente no âmbito da vida cotidiana, de subjetivação pelo cultivo do dissenso, processo contínuo de produção singular da existência. Heterogênesse diz respeito à produção do diferente, do diverso, daquilo que escapa da homogeneidade, do comum, do medíocre. Recomposição de territórios existenciais, reterritorialização, ou seja, é desfazimento de um território existencial e produção de outros simultaneamente. Guattari afirma que:

Poderiam os homens restabelecer relações com suas terras natais? Evidentemente isso é impossível! As terras natais estão definitivamente perdidas. Mas o que se podem esperar é reconstituir uma relação particular com o cosmos e com a vida, é se “recompôr” em sua singularidade individual e coletiva (Guattari, 1992, p.171).

Para Guattari e Rolnik, a subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais. Eles dizem que:

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização (Guattari & Rolnik, 2005, p. 42).

Nesta perspectiva, entendo que esta é a lógica do território que o CAPS como estratégia deve seguir. Território como relação entre o natural e o social, por um lado como produção de subjetividades aprisionadas, mas também como potencialidade de disrupção, de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas. O que significa encontrar e ativar os recursos de singularização locais existentes. Por exemplo, estabelecer alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de inclusão social. Trata-se de criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu entorno. Significa, também, e especialmente nos locais precários e homogeneizados, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura. Do manicômio, lugar zero das trocas sociais (Rotelli, 2001), ao espaço público como *lócus* terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações permanentes.

Organizar uma associação de amigos, familiares e usuários; organizar eventos de celebração do dia (ou semana) da luta antimanicomial, com a participação e cooperação com outras instituições do território; realizar intervenções culturais, tais como exposições de trabalhos, apresentações de teatro, dança e música; produzir e colocar em circulação na cidade jornal ou informativo sobre a saúde mental; utilizar de espaços nas feiras-livres para mostra e venda da produção artesanal são exemplos de como podemos ter o território como cenário dos encontros, como matéria prima de processos de subjetivação, de autonomização. Encontros e ações provocativas e locais para produzir atos de cuidado para além do serviço, a fim de construir uma outra lógica assistencial em saúde mental que se contraponha a uma racionalidade hegemônica e à lógica do capitalismo globalizado, para criar um novo lugar social para a loucura.

Lugar cuja construção apresenta riscos e perigos:

Ao borrarmos essa fronteira simbólica e concreta entre a sociedade e seus loucos não estaremos, sob pretexto de acolher a diferença, simplesmente abolindo-a? Não estaremos, como um carinhoso abraço de urso, conjurando o perigo que os loucos representam? Não estaremos, através de uma tecnologia *soft*, baseada na brandura e na diluição, domesticando a fera que os habita e nos livrando da estranheza que eles transmitem? Para dizê-lo de modo ainda mais incisivo, será que a libertação do louco não corresponde, no fundo, a uma estratégia de homogeneização do social? (Pelbart, 1993, p.104).

A racionalidade moderna, encarnada no gesto de Pinel, retirando os grilhões, também se ergueu como a libertadora dos loucos. Eis um grande desafio: construir um lugar que não borre os limites, homogeneizando; não domestique ou dome a loucura, retirando dela sua potencialidade de disrupção. Ao contrário, construir um lugar em que essa radical diferença da desrazão possa habitar em toda a sua plenitude provocativa, permeável e porosa a um estranho diálogo com a nossa racionalidade “careta”, mas sem a qual ainda não sabemos direito como viver. Construir este lugar implica e significa nos reinventarmos na relação com esse novo lugar. Pensar, sentir e viver de forma diferente, intensamente diferente.

O conceito de território é, assim, um objeto complexo que deve ser abordado também na perspectiva de se libertar o conhecimento local, advindo das necessidades locais, das realidades locais. O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas, heterogêneas, é o conhecimento que contribui na produção de sentidos, para uma nova semântica do território e de seu viver.

Já destaquei que, para Boaventura de Souza Santos, no paradigma emergente, o conhecimento é também local, pois deve se constituir ao redor de temas que:

[...] em um dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida locais, sejam eles reconstituir a história de um lugar, manter um espaço verde, construir um computador adequado às necessidades locais, fazer baixar a taxa de mortalidade infantil, inventar um novo instrumento musical, erradicar uma doença, etc (Santos, 1987, p. 47-48).

Esta perspectiva do território como processo, como relação, rompe com a noção de esquadramento da sociedade, delimitando áreas de abrangência, considerando apenas o frio mapa de uma cidade. Trata-se aqui de construir/inventar um espaço possível de subjetivação. Talvez não seja muito pensar que, para uma proposta de um CAPS haverá para cada CAPS um território com sua singularidade e, em cada CAPS, tantos territórios quantos os usuários que lá se encontrarão.

Afirmo que o cuidado é uma produção de atos, regidos pela alegria e pela beleza, que produzem bons encontros, potencializando a vida. Acrescento que esta potencialização se dá na apropriação e na produção de sentidos do território, aqui entendido na complexidade deste conceito.

### ***Responsabilização.***

Território e responsabilização são conceitos que aparecem relacionados nas práticas dos serviços substitutivos e em diversos documentos da saúde mental. Por exemplo, retomo, novamente, a portaria 336/02 a propósito da caracterização do CAPS: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”.

A experiência de maior êxito, ao menos no período de 1989-1996<sup>51</sup>, da prefeitura municipal de Santos, que considero como a mais radical na organização de

---

<sup>51</sup> A partir de 1996 e até a presente data, a gestão da prefeitura municipal de Santos mudou de partido, o que significou uma profunda mudança na concepção do trabalho lá desenvolvido. Embora os NAPS ainda existam, perderam muito da essência radical que possuíam. Um projeto como aquele não se sustenta isoladamente. É, antes de tudo, uma proposta política de gestão e organização de políticas públicas, norteada por princípios que não fazem parte do ideário conservador dos partidos políticos que sucederam à gestão do PT. Neste sentido estamos utilizando os verbos no tempo passado de conjugação, relatando uma experiência exemplar que existiu e que continua como estratégia de resistência dos profissionais que, renitentes, têm tentando manter um pouco da essência daqueles anos passados. Em recente trabalho Koda (2002) analisa aqueles tempos, na voz dos profissionais, como sendo um tempo “épico”, “heróico”.

serviços substitutivos de base territorial, contribuiu para a disseminação desta relação entre território e responsabilização. Para Roberto Tykanori Kinoshita, coordenador da saúde mental naquele período:

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 as suas vidas cotidianas visando enriquecê-lo e expandi-lo (Kinoshita, 1997, p.73).

Para Nicácio (1994), esta responsabilização pela demanda implica em duas questões essenciais: atender à crise e à não separação entre prevenção, tratamento e reabilitação como instâncias isoladas.

Neste sentido a organização dos serviços de saúde mental em Santos rompia com a lógica da hierarquização por níveis de complexidade. Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) eram responsáveis por toda a demanda de saúde mental de seu território, abrangendo, assim, todos os níveis de atenção, buscando desta forma evitar a burocratização e fragmentação da assistência em função de uma racionalidade técnica ou administrativa. Para tanto, funcionavam 24h por dia, todos os dias da semana, de portas abertas e atendendo prontamente às situações de crise.

Cada NAPS responsabilizava-se no plural e no singular. No plural, olhava para o território no qual estava incluído, reconhecendo-o em suas características e demandas, e como possibilidade de construção de estratégias de cuidados que não se restringiam ao espaço do serviço, mas ampliavam-se para além, para os espaços da vida, da circulação. E, no singular, assumia a responsabilidade de cuidar daquela pessoa concreta que se apresenta com seu sofrer ao serviço, não apenas no momento da crise, mas também fora dela, construindo projetos de vida, de subjetivação, de autonomização. Nicácio afirma que:

Nesta perspectiva, os NAPS não são estruturas simplificadas como as instituições totais; são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural [...] Um lugar no qual cotidianamente se realizam novas formas para reconstituir a complexidade dos sujeitos e de seu poder social, acolher o sofrimento, reapropriação de história e vínculos com o mundo, ruptura de códigos, conquista de autonomia, laboratório de linguagens, afetos, emoções, mensagens, poderes, produção de sentido (Nicácio, 1994, p.91).

Este conceito de responsabilização pela demanda do território, apresentado pela organização dos serviços de saúde mental de Santos, estava inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização. Dell’Aqua e Mezzina (2005) nomeiam como “tomada de responsabilidade” a assunção de toda a demanda de uma região, ou a área territorial de referência, sem seleção de clientela, o que pressupõe um papel ativo na sua promoção e a ativação de diferentes recursos. O que significa assumir todo o alcance social da demanda do paciente. A partir das necessidades do paciente, o serviço assume todo o alcance social desta demanda ativando as organizações sociais, acompanhando ou apoiando em seu percurso. Não há um lugar definido ou exclusivo no qual ocorre a tomada de responsabilidade. Ela ocorre no serviço de saúde mental, em outras instituições de saúde ou não, e, sobretudo, no ambiente da vida do paciente, no qual ele exprime, exerce ou tenta exercer a sua sociabilidade. Se considerarmos, nas palavras de Rotelli (2001), o manicômio como o lugar zero das trocas sociais, um lugar social de desvalor, os serviços substitutivos tomam a responsabilidade de produzir dispositivos, ações que buscam intervir no poder contratual do paciente nos distintos espaços e nas relações de sua vida, aumentando positivamente seu poder de participação nos processos de trocas sociais. Para Benedetto Saraceno, trata-se aqui de “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (Saraceno, 1996, p.16).

Retornando aos NAPS, além da responsabilização, gostaria de destacar uma outra característica daquela proposta: a porta aberta. Mais do que um sentido simbólico de oposição às formas de contenção e controle das instituições asilares como muros, grades, etc, havia um significado propositivo: a garantia da universalidade do acesso ao serviço.

Alves e Guljor (2004), a partir de uma formulação de Benedetto Saraceno, discutem a acessibilidade como critério de qualidade dos serviços de saúde mental, tal como descrito abaixo:

O critério de qualidade é a acessibilidade, que é determinada por três quesitos. O primeiro é a localização geográfica, se o serviço está perto ou não das pessoas – o que chamamos de território. O segundo é o tempo que ele permanece aberto. Se o funcionamento se dá 24, 12 ou 8 horas por dia; se funciona todos os dias ou apenas três vezes por semana – isso pode espelhar a qualidade do serviço. O outro quesito de qualidade integrante da formulação de acessibilidade diz respeito à quais programas estão acessíveis às pessoas que procuram o serviço.

No caso de nossa clientela, programas propriamente assistenciais, de inserção social, lazer, hospitalidade assistida, trabalho assistido, dentre outros (Alves e Guljor, 2004, p.230).

Acrescentaria mais um quesito à descrição acima: a organização do processo de trabalho e sua articulação com a rede assistencial de saúde podem favorecer, dificultar ou até mesmo impedir o acesso do usuário ao serviço. Trata-se aqui de se pensar na porta de entrada. Se o serviço de saúde mental só aceita usuários por meio de encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde; se há longas listas de espera para o atendimento; se aceita ou não a demanda espontânea; a forma como é realizada a recepção do usuário e de sua família. São, todos, exemplos que podem dificultar, e muito, o acesso do usuário ao serviço, na medida em que se interpõem obstáculos burocráticos entre a sua necessidade e a potencialidade cuidadora da equipe.

Assim, território, responsabilização e a qualidade técnica de um serviço de saúde mental se articulam, necessariamente, ao conceito de acesso. Nos termos que tenho trabalhado neste capítulo, o encontro que produz o cuidado, regidos pela alegria e pela beleza, na apropriação e produção de sentidos do território, só é possível se o usuário acessar o serviço, os recursos de que ele dispõe para esta produção da vida.

Neste ponto, gostaria de destacar uma outra dimensão tanto do conceito de responsabilização quanto o de acesso. De acordo com o artigo nº 196 da Constituição Federal a saúde: “é um direito de todos e dever do Estado”. A garantia deste direito se dá, por um lado, através da implementação de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos” e, por outro, por meio do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A utilização do termo “acesso universal e igualitário” reconhece, constitucionalmente, a importância e a relevância das ações e serviços de saúde como bem público. Em 1990, este dispositivo constitucional foi regulamentado pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº. 8080/90 que criou o Sistema Único de Saúde, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. O SUS está organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação da comunidade. Participação que está assegurada pela lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. São

dispositivos legais que colocam a saúde como uma política pública de responsabilidade do Estado, em sua esfera federal, estadual e municipal.

Hortalli et al (2000), em artigo no qual discutem uma proposta de operacionalização das categorias acesso e descentralização em um modelo de análise de sistemas de saúde, apresentam como pressuposto que a saúde do indivíduo é uma responsabilidade social e consideram duas dimensões para a operacionalização deste modelo: a social e a política. Na dimensão social, o acesso é, segundo os autores, uma:

[...] categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Sua avaliação não pode se dar de forma simples, portanto não podemos perder de vista que ele também deve abranger os vários planos do processo de produção de serviços (Hortale, V. A. et al, 2000, p.232).

Território, responsabilização e acesso são conceitos que se articulam no contexto de uma política pública de saúde que, no caso brasileiro, foi construída a partir de um processo histórico de lutas políticas travadas na arena nacional, desde os anos setenta, no cenário da luta pela redemocratização do país e da construção de uma sociedade mais justa. Nesse processo forjaram-se os princípios e diretrizes (acesso universal e igualitário, descentralização, integralidade, dentre outros) que foram acolhidos no texto da Constituição, conforme apresentei no capítulo 1.

A experiência de Santos surge aqui com todo o seu valor, pois teve seu início de construção em uma fase anterior à regulamentação e à efetiva implantação do SUS, trazendo em seu projeto todo o ideário da Reforma Sanitária. Se o financiamento é um dos temas mais polêmicos e fonte de problemas do SUS, as ações inovadoras implantadas naquele período foram financiadas quase que exclusivamente pelo tesouro municipal, numa clara demonstração da real possibilidade de se colocar as políticas públicas como metas prioritárias do orçamento público. Organizou-se um sistema de saúde mental, iniciando com um ousado e corajoso ato de fechamento do manicômio, com a concomitante implantação de serviços substitutivos e ações inovadoras, segundo a lógica do território e o princípio de responsabilidade e acessibilidade. A experiência de Santos foi reconhecida, à época, como exemplar pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e ainda hoje nos guia como o paradigma do sonho possível de se concretizar.

Contudo a experiência de Santos e de outros municípios, que ao longo da década de noventa e nos anos iniciais deste novo século efetivaram os princípios do SUS na organização de seus sistemas locais de saúde, ainda são honrosas exceções, se olharmos para a realidade dos serviços públicos de saúde na esmagadora maioria dos municípios brasileiros. Vemos que, entre o preceito constitucional, a lei orgânica, as normas e portarias ministeriais e a realidade assistencial, ainda existe uma longa distância, muito maior do que aquela que há entre intenção e gesto. Temos enormes e complexos desafios e problemas a enfrentar e superar, para que a garantia da concretização da saúde como direito de fato possa estar efetivamente presente no cotidiano da vida das pessoas, por meio do acesso universal aos serviços e bens resolutivos, equânimes e de atenção integral.

Um destes grandes desafios refere-se a proposta da mudança do modelo assistencial, que é inerente ao SUS. Mudança do modelo hegemônico com as seguintes características mais importantes: ênfase na doença por meio de práticas médicas individuais e curativas; visão essencialmente biológica e hospitalocêntrica; com investimentos e priorização da especialidade e do desenvolvimento de tecnologias em detrimento das relações nos processos de trabalho. Para um novo modelo que pode ser assim caracterizado: ênfase nas ações básicas de caráter preventivo e de interesse coletivo; fortalecimento do cuidado e da promoção da saúde, orientado por uma concepção da relação saúde-doença como processo social; visão norteada pela interdisciplinaridade (ou transdisciplinaridade como veremos a frente) e pela intersetorialidade; destaque para as relações nos processos cotidianos de trabalho e na busca da autonomia das pessoas e populações em relação à saúde.

Concordo com os trabalhos de Merhy (2002; 2003) e Campos (1994; 1997; 2000) ao destacar que o processo de mudança do modelo tecno-assistencial depende menos das normas gerais e dos processos de regulação do que da mudança nos espaços na micropolítica<sup>52</sup> das organizações e dos processos de trabalho, no cotidiano da produção da saúde.

É no cenário dos serviços de saúde, com seus diferentes atores, (usuários, trabalhadores, gestores), cada qual com seus interesses, projetos e desejos, ora

---

<sup>52</sup> Os autores citados adotam este conceito na acepção utilizada por Guattari, conforme pode ser visto em GUATTARI, F. e ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7ª Edição revisada. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005.

conflitantes, ora coincidentes, que acontecem os encontros, tensões são geradas, se reproduz ou se transforma a realidade, se produzem as relações sociais.

Dissemos que o trabalho em saúde é sempre relacional, pois depende do trabalho em ato. O processo de transformação do modelo assistencial na perspectiva da promoção e da defesa da vida se dá nesse cotidiano, nos encontros e nos atos da produção do cuidado.

Franco et al. (1999) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula. Afirmam que:

Na medida em que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (Franco et al, 1999, p. 347).

O encontro que produz o cuidado, regido pela alegria e pela beleza, na apropriação e produção de sentidos do território, só é possível se o usuário acessar o serviço e os recursos de que dispõe para esta produção da vida. E o primeiro verbo que ele deve encontrar sendo conjugado no serviço é acolher. Território, acesso, responsabilização se articulam agora ao acolhimento.

### ***Acolhimento***

Encontramos, no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, inúmeras referências ao conceito de acolhimento dentre as quais destaco no item “Organização e produção da rede e dos serviços substitutivos”:

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (SUS, 2002, p.38).

E no item *Atenção Básica*;

Faz-se necessário ainda que a reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatize a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade (SUS, 2002, p. 48).

No dicionário Houaiss (2001), encontramos os seguintes significados para o verbo *acolher*: oferecer ou obter refúgio, proteção ou conforto físico; 1.1 dar ou receber hospitalidade. 2 ter ou receber (alguém) junto a si. 3. p.ext. prestar cerimônia a; recepcionar. Sua etimologia é de origem latina e proveniente de accolligere que significa acolher, colher, reunir, apanhar, juntar.

Já para o substantivo *acolhimento* encontramos no mesmo dicionário: ato ou efeito de acolher; acolhida 1.1 maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração. 1.2 abrigo gratuito; hospitalidade. 1.3 local seguro; refúgio, abrigo.

Encontraremos, nos diferentes significados atribuídos, tanto ao verbo acolher, quanto ao substantivo acolhimento, elementos que expressam importantes características do lugar a ser ocupado pelo serviço e pela equipe de saúde na relação com aquele que busca cuidado.

Todos os que já sofreram de alguma dor física ou psíquica intensa sabem o quanto ficamos frágeis, impotentes e dependentes. Nessa hora, o que mais desejamos é um lugar ou alguém que nos “ofereça refúgio, proteção ou conforto físico”. Um lugar para “abrigar (-se)”, “amparar (-se)”. Se for um lugar estranho, novo, que tenha pessoas que possam “dar hospitalidade”. Que possamos ser recebidos com consideração.

Com um certo atrevimento, gostaria de refletir sobre uma situação pessoal de busca de cuidado na saúde. Argumento utilizando um exemplo de Edgar Morin<sup>53</sup>, sobre a complexidade, no qual ele descreve as características de uma taça de vinho do Porto, vendo em suas substâncias químicas a história do Universo e, ao mesmo tempo, uma tal combinação que só pode ser encontrada em uma determinada região. Acrescentaria a singularidade da experiência de saborear a taça, única e intransferível. Do mesmo modo, uma situação singular, cuja combinação de elementos ocorreu em um determinado lugar, talvez possa contar uma história maior do que a sua singularidade. Certa ocasião, acometido de uma crise de labirintite, fui atendido em um pronto-socorro, por uma médica que me conhecia. Ela me cumprimentou, perguntou o que eu estava sentindo,

---

<sup>53</sup> Exemplo extraído de ALMEIDA, M.C. Complexidade, do casulo à borboleta. In CASTRO, G., CARVALHO, E.A. e ALMEIDA, M.C. (org.) Ensaio de complexidade. 3ª ed.. Porto Alegre: 2002.

fez exame de fundo de olho, auscultou meu coração e, dez minutos depois de um diálogo entre médico e paciente, ela finalmente me olhou com olhos de quem vê o sujeito e surpreendeu-se ao me reconhecer. “*Nossa! É você! Tudo bem?*”. A partir daquele instante, deixei de ser um corpo sem identidade. Era uma pessoa conhecida que estava a sua frente. Naqueles momentos iniciais, senti-me apenas um corpo doente, visto apenas como a dor ou como o sofrimento. Objeto sem fala, sem alma, sobre o qual procedimentos técnicos e tecnológicos iriam incidir. A ela interessava apenas o que o corpo dizia. Era apenas um corpo doente. Outra ocasião, um amigo que faz sessões semanais de hemodiálise me contava sobre a sua sensação na relação com os profissionais que o atendiam: o tratavam como alguém que estava vivendo uma espécie de bônus da vida, um corpo com algum tempo de sobrevida, nada mais. Como destacamos no início deste capítulo, estes são exemplos de relações, nas quais o cuidado é produzido como um ato burocrático, prescritivo. O modelo médico hegemônico se reproduz, centrado na doença e na técnica sobre o corpo. Não há possibilidade de um encontro entre sujeitos, entre subjetividades. Apenas entre o saber médico e seu objeto de estudo e de intervenção.

Na dor, na fragilidade, no sofrimento psíquico, o que se deseja é ser olhado e escutado por inteiro, como uma pessoa com vida e com história. Ser acolhido integralmente. Assim, a conjugação do verbo acolher e a utilização de seu substantivo, acolhimento, me parecem indissociáveis, no campo da saúde ao conceito de integralidade, que apenas tangenciaremos neste capítulo.

Para ser acolhido é necessário encontrar uma porta aberta, adentrar ao serviço e ser recebido. O encontro produtor dos atos de cuidar pressupõe um momento de acolhida, de recepção que considere aquele que busca nossa “hospitalidade”<sup>54</sup> em sua totalidade. Assim como o cuidado, acolher é mais do que um ato é uma atitude.

Tanto na experiência do CAPS Luiz Cerqueira (Goldberg, 1996,1998; Yasui, 1999), quanto na dos NAPS de Santos (Nicácio, 1994), bem como na de muitos outros serviços substitutivos de saúde mental, encontramos uma atenção, um especial cuidado com este momento crítico que é a chegada do usuário ao serviço. Atenção que se revela na organização de fluxos de encaminhamentos ágeis e não-burocráticos, na

---

<sup>54</sup> Sentidos na palavra obtidos no dicionário Houaiss: 1. ato de hospedar; acolhida de hóspedes; hospedagem 2. qualidade do que é hospitaleiro; boa acolhida. 3. Derivação: por extensão de sentido: recepção ou tratamento afável, cortês; amabilidade, gentileza. Como diria o louco profeta Gentileza: o mundo precisa é de gentileza.

disponibilidade e na abertura em atender a demanda espontânea, no estabelecimento de rotinas diárias de recepção (por exemplo, quem recebe e como recebe) e, fundamentalmente, na construção de um novo lugar. Lugar de ruptura com modelo médico hegemônico ocupado apenas em tentar ouvir os sons do corpo pelo silêncio dos órgãos. Construir um lugar na relação com aquele que busca os cuidados do serviço implica em ouvir, fazer falar o sujeito e sua subjetividade, colocar *a doença entre parênteses* e olhar para a pessoa e a complexidade de sua existência.

Corbisier (2000) apresenta reflexões sobre o trabalho desenvolvido no acolhimento à crise em um serviço de emergência psiquiátrica que, junto com outros autores, nomeia como a clínica da recepção. Tomo aqui as suas palavras, pois elas traduzem essa perspectiva, esse caminho que estamos a trilhar: trata-se de ouvir, os múltiplos sentidos que os sintomas do sofrimento mental podem revelar:

[...] os sintomas eram frutos de uma desorganização na vida da pessoa como um todo; que tinham conexões com as dores da existência; que mostravam as linhas mais frágeis do esqueleto psíquico; que traduziam, em línguas novas, contornos emocionais pouco ou nada aceitáveis pelas famílias e pelas próprias pessoas; que arregalavam de formas esbugalhadas as entranhas para qualquer um, sem pudor; que rompiam escandalosamente com o bom senso, qualquer senso; que traziam a tona uma ruptura como conhecimento racional das doenças mentais; que por tudo isso, nos confrontavam com uma necessidade imperiosa de conversar muito com estas pessoas para tentar começar a descobrir por que caminhos mentais andavam. Por onde se tecia a complexa rede de filamentos emocionais que num determinado momento se desfazia precisando ser retecida? (Corbisier, 2000, p.60).

O desafio de traduzir estes múltiplos sentidos que os sintomas do sofrer psíquico revelam, de urdir esta teia ou, antes, de fiar estes invisíveis fios, me remete aos encontros que tinha com cada novo usuário que recepcionava no CAPS Luiz Cerqueira. Construir este lugar, rompendo com os modelos hegemônicos, é abrir mão de cegas verdades e certezas absolutas, o que nos deixa, quase sempre, ansiosos, inseguros, na corda bamba das ferramentas provisórias. A cada entrevista, um sutil cerimonial para possibilitar o encontro: troca de olhares, cuidado nas primeiras palavras, atenção nos detalhes dos gestos, nos silêncios. Um encontro com o sujeito e com seu mundo nem sempre é traduzível em palavras. Os mesmos olhares, gestos, silêncios podem pedir a nossa cumplicidade, a nossa ajuda, para se expressarem, para produzirem sentidos: – *O que me faz sofrer? – Por que a minha alma dói tanto?*

Recepcionar e acolher são atitudes que pressupõem esse lugar especial de escuta, possuidor de uma plasticidade para se refazer de acordo com a demanda que se apresenta, e possibilitador do encontro como ponto de partida para a construção de um projeto de cuidados, específico e singular para o mundo que cada usuário nos apresenta. Talvez possamos adaptar uma velha máxima da medicina que afirma que: “todo bom tratamento começa com um bom diagnóstico”, para, “todo bom projeto de cuidado começa com um bom acolhimento e uma boa recepção”, pois é deste momento inaugural que se principia a relação/vínculo entre a equipe cuidadora e o usuário.

Recepcionar e escutar o usuário são atributos essenciais para uma transformação não apenas da saúde mental. Para Franco et al. (1999) o acolhimento é uma diretriz operacional para mudança do modelo tecno-assistencial que propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, a partir dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco et al 1999, p. 347).

A produção do ato de cuidar se dá no encontro entre o usuário com suas necessidades e o trabalhador da saúde com seu repertório e suas ferramentas. O acolhimento, para os autores, permite focalizar analiticamente este processo e possibilita pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho dos modelos de atenção.

Em caminho semelhante, Campos (1997) defende o “vínculo de acolhida” e o ato de “responsabilizar-se a equipe” como diretrizes que deveriam sobredeterminar todo o desenho do modelo assistencial. Ressalta que o termo “acolhida” deve ser compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática clínica tradicional, referindo-se tanto a uma abertura dos serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região. Campos afirma que:

[...] o ‘coeficiente’ de acolhida deveria ser avaliado [...] em uma perspectiva dupla: segundo as possibilidades do ACESSO de novos e velhos pacientes ao atendimento, e ainda de acordo com a plasticidade do Modelo de atenção. Em outras palavras, conforme sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais (Campos, 1997, p.63).

Já o termo “vínculo” é um elemento essencial para uma prática clínica de qualidade, possibilitando o aumento da eficácia das ações de saúde e introduzindo um controle social realizado pelos usuários no mesmo momento em que os cuidados estão sendo produzidos. Propõe o autor que o vínculo doente/família não se dê com um único profissional, mas com uma dada equipe localizada em um dado serviço. Ao que acrescenta a idéia do contrato de cuidado, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde. Contrato que explicita o projeto terapêutico, onde são considerados elementos técnicos, as possibilidades de acesso, de intercâmbio usuário/serviço, etc.

Esta noção é muito semelhante ao que desenvolvíamos no CAPS Luiz Cerqueira. Todo usuário, uma vez admitido no serviço, estabelecia um contrato com a equipe que se responsabilizaria por seu cuidado, no qual se explicitava o projeto terapêutico a ser executado, com a plasticidade de modificar, tanto o contrato quanto o projeto, sempre que surgisse um evento relevante para tal.

Acolher e responsabilizar-se são importantes conceitos não apenas para a produção de cuidado e na organização dos serviços substitutivos de saúde mental, mas são centrais como instrumentos conceituais para uma proposta de mudança de modelo assistencial na saúde.

Ainda para Campos (1997), a organização do sistema público considerando as diretrizes do vínculo e de uma acolhida integral aos problemas de saúde:

[...] será sempre um modelo tendente a instituição de um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, que exigiria a presença de serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial. Ou seja, o sucesso deste modelo depende de um razoável equilíbrio dialético entre a autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde. Conflitos e tensão permanentes, canalizados para soluções criativas, para a superação dos velhos e persistentes impasses dos serviços públicos: ineficácia, burocratização, apropriação privada do espaço público (Campos, 1997, p.64).

Nesta perspectiva, Gastão W. Campos (2000) propõe um método de organização dos serviços públicos de saúde que nomeia como Método da Roda, para a análise e co-gestão de coletivos. Partindo da hipótese de que nos processos de produção de bens ou serviços ocorre, de modo simultâneo, a co-produção de sujeitos e instituições, este autor propõe montar sistemas de gestão que tenham como objetivo não apenas a produção de bens e serviços, mas, também, dos Sujeitos e dos Coletivos que se organizam para esta produção. Este método foi levado a cabo na gestão 2001-2004 da Prefeitura Municipal de Campinas, da qual Gastão W. Campos foi secretário, com expressivos e importantes resultados, tais como a consolidação das seguintes diretrizes de saúde coletiva:

[...] a descentralização com autonomia, tendo o nível local como o foco principal do sistema; estímulo ao desenvolvimento de sujeitos, na resolução de seus problemas de saúde; a integralidade das ações com mudanças das práticas e integração dos diversos serviços; o trabalho no território vivo; o enfoque de risco na tomada de decisão (Campinas, 2004)<sup>55</sup>.

O Método da Roda radicaliza a idéia no investimento na micropolítica dos serviços de saúde, no cotidiano dos processos de trabalho, como produtores de subjetivação. Neste micro-universo, a equipe de trabalhadores é a responsável pela produção dos encontros e dos atos de cuidado. É ela que acolhe, recebe, responsabiliza.

### ***Notas sobre a equipe de saúde mental.***

A equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde mental. Produção que se dá no agenciamento de afetos para produzir vínculos, na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, se dá, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador com sua subjetividade e sua “caixa de ferramentas”<sup>56</sup>. O usuário em crise que se recusa a ir ao serviço; a família que exige internação em um hospital psiquiátrico de seu membro; o morador de rua que incomoda os vizinhos; o usuário que estabelece uma relação de dependência com o serviço. Exemplos de situações que são desafios cotidianos que a equipe encontra e nas quais se apresenta a tensão permanente entre um modelo hegemônico de cuidados que já se

---

<sup>55</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Relatório de Gestão 2001-2004. Campinas Dezembro 2004. Obtido em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/> acessado em 12 de setembro de 2005.

<sup>56</sup> Entendido aqui no sentido utilizado por Merhy (2002) como o conjunto de saberes de que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde.

conhece e um outro que se pretende construir. Retomando a citação que apresentei linhas acima, o cuidado é a arte do encontro embora haja tantos desencontros pela vida.

Desencontro que se manifesta no modelo psiquiátrico hegemônico que ainda prevalece nas ações de cuidado de muitos serviços que apenas se nomeiam como CAPS. Como resposta da equipe às situações acima tenho ouvido com muita frequência as seguintes frases: – *O usuário não quer vir? Não é mais de nossa responsabilidade então.* – *A família pede internação. Pois que se interne. Atenda-se a solicitação.* – *Morador de rua? Isto é problema da Assistência Social do município.* – *O usuário está em crise no serviço? Chama o psiquiatra para medicar!* E quando está em crise no meio da rua? – *Chama-se a polícia.* Além das características que já apresentei sobre este modelo hegemônico apontaria um outro que surge com desanimadora frequência nas ações, especialmente dos profissionais não-médicos, que tenho presenciado nos muitos CAPS com os quais mantenho contato: são atos norteados por valores e julgamentos morais. Frases como: – *Não faça mais isso fulano. É muito feio!* – *Quem não se comportar direito não ganha o ovinho de Páscoa!* – *Quem vai acompanhar os usuários? Eles não podem sair sozinhos!* – *Que gracinha, nem parece que são doentes mentais!*, revelam que o usuário é colocado em um lugar de infantilização e a atuação da equipe é no sentido de “corrigir” e “educar” os comportamentos. Ouvi, certa vez, um usuário afirmar irritado, a respeito de um CAPS que ele freqüentava: – *Isto aqui parece uma creche para doido!* Sobre esse tema Foucault afirma que:

[...] a loucura encontra-se inserida no sistema de valores e das repressões morais. Ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco, minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro (Foucault, 1975, p.84).

O desencontro que ocorre nesta reprodução de condutas submete o usuário e o trabalhador a um lugar de sujeição, de produção de subjetividades enquadradas, conformadas e bem-comportadas. Produção de afetos tristes. Renúncia à potencialidade criativa, ao desejo, à autonomia. Não há CAPS aqui, apenas mais um serviço de saúde mental organizado segundo a mesma lógica hegemônica.

Em um determinado momento da história da Reforma Psiquiátrica, a constituição das equipes multiprofissionais era apontada como um promissor instrumento de mudança. No estado de São Paulo, no início dos anos oitenta, a Secretaria de Estado da Saúde elaborou um texto denominado *Proposta de Trabalho*

*para equipes multiprofissionais em Unidades Básicas e Ambulatórios de Saúde Mental*, conhecido como a *Cartilha da Coordenadoria de Saúde Mental*, apresentando uma série de sugestões para a organização do trabalho das equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde e no Ambulatórios, com uma abordagem bio-psico-social. O trabalho em equipe constituía-se em uma espécie de terra prometida, onde afinal, se poderia mudar o modelo e exercer uma boa assistência da saúde mental. Proposta, aliás, como assinalei no capítulo 1, já contida em documentos oficiais desde a década de 60.

Mas tivemos, e ainda temos, para a concretização de uma proposta de trabalho em equipe multiprofissional, diversos problemas que a transformam em um dispositivo burocrático. Uma primeira questão refere-se ao fato de que a reprodução da divisão social do trabalho no campo da saúde gera uma hierarquização das relações, nas quais o saber médico prepondera sobre outros saberes que cumprem um papel secundário. Esta mesma divisão produz uma compartimentalização de atividades e tarefas com pouca ou nenhuma relação entre si. Por exemplo, no cotidiano dos ambulatórios de saúde mental, que se propõem como espaços de trabalho em equipe multiprofissional, o reflexo desta divisão se dá com a consulta do psiquiatra como a atividade prioritária e essencial, com agenda repleta, atendimentos de curtíssima duração visando uma alta produtividade; depois há a consulta do psicólogo, geralmente individual e com longa lista de espera; depois os grupos de orientação coordenados pela Enfermeira ou pela Assistente Social; e o grupo de atividades da Terapeuta Ocupacional. Os encaminhamentos de um profissional para outro que trabalha na sala ao lado se efetivam com o preenchimento de uma guia entregue na recepção que agenda a consulta. Os diversos profissionais que trabalham em um mesmo lugar se reúnem (com dificuldade), uma vez por mês, e discutem questões administrativas. Nos cinco minutos finais, um ou outro caso mais grave merecerá a atenção da parte da equipe que ficou até o final da reunião.

A racionalidade implícita no modelo médico hegemônico determina um modo de organização das práticas de saúde que se caracterizam por atividades curativas, individuais, assistencialistas e especializadas. Pensar em ações preventivas, atenção integral, trabalho em equipe e práticas coletivas de saúde não faz parte desta racionalidade que está adequada para uma prática privada regida por uma lógica mercadológica. Nesta lógica existe apenas sociedade ou parceria regida por interesses comerciais. Uma proposta de trabalho em equipe, apenas imposta como regra normativa, não reconhece os processos cotidianos de trabalho como campos de tensão e

de interesses conflitantes entre distintos atores, nem considera que os profissionais que atuam foram formados para um mercado privado da saúde e não para a saúde coletiva.

E, por fim, temos problemas com o próprio conceito multidisciplinar, que inspira o termo multiprofissional, que entendo, assim como outros autores<sup>57</sup>, como mero somatório de diferentes campos, que não estabelecem diálogo, não apresentam nenhuma cooperação entre si, mantendo seus limites e fronteiras e olham desde suas perspectivas e lugares para um mesmo objeto: no nosso campo, a doença mental. Assim a equipe multiprofissional, por esta caracterização, já está fadada a ser um apenas agrupamento de profissionais de distintas áreas que ocupam o mesmo espaço físico.

Conforme apresentei no capítulo anterior, a Reforma Psiquiátrica, ao romper com a visão biológica reducionista e propor a desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, alinha-se na perspectiva de uma crítica aos fundamentos da racionalidade científica moderna (relação sujeito-objeto, reducionismo, determinismo). Propõe inventar o seu campo teórico-conceitual, estabelecendo um intenso diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano. Produz um borramento entre os limites e fronteiras, constituindo possibilidades diversas para pensar e fazer.

Esta é uma perspectiva semelhante a que Passos e Barros (2000) nomeiam como transdisciplinaridade que: “subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (Passos e Barros, 2000, p.76).

Esta é uma proposta ousada e de alto risco. Pode-se produzir algo disforme, sem contornos, que mais confunde e desorganiza, do que orienta e institui. Um pensamento que corre o risco de nada produzir, pois pode se perder na indiferença e no relativismo, como se tudo ou nada valesse. É, pois, um grande desafio, constituir este saber/fazer nos interstícios dos campos disciplinares, ou, como propõe Passos e Barros (2000), utilizando-se de um conceito de Deleuze que já apresentamos, nos intercessores, o que se dá no “entre”, no momento em que ocorre.

---

<sup>57</sup> Japiassú (1976) afirma que a *démarche* multidisciplinar consiste em estudar um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que tenha necessariamente havido um acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados. Tem-se apenas uma justaposição de disciplinas sem fazer aparecer as relações que possam existir entre elas. Nessa mesma linha descritiva, Almeida Filho (2000) a descreve como uma justaposição de disciplinas em um único nível, sem cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares.

Não são apenas diferentes disciplinas que olham para um mesmo objeto. Há que se abrir às fronteiras e fazer circular, **transitar** conceitos e categorias, **transmudar** os olhares dos sujeitos, **transformar** nossos modos de pensar, nos **transformarmos** nesse processo de construção. Inspirado em Edgar Morin, trata-se do desafio do pensar complexo.

E, no meio de tantos desencontros, como produzir encontros do usuário com a equipe? Como concretizar, nos processos cotidianos de trabalho e de produção de cuidado, esta transdisciplinaridade? O que posso dizer é da experiência no CAPS Luiz Cerqueira em realizar um trabalho que se aproximou, e muito, desta proposta transdisciplinar e que poderia sintetizar da seguinte forma: o trabalho em equipe é aquele, no qual os profissionais adotam uma posição de humildade frente a este nosso objeto complexo que é o sofrimento psíquico e o existir. Apenas uma solidária e despojada atitude de diálogo, de muito diálogo, pode começar a contemplar esta complexidade. Isso se reflete na organização dos processos de trabalho que será construído, considerando tudo o que já assinalamos sobre território, responsabilização e acolhimento, como uma criação coletiva, de relações horizontais, aspirando à transversalidade<sup>58</sup> proposta por Felix Guattari, e com uma efetiva participação dos usuários e familiares. A concretização desse projeto implica em uma maior responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão do serviço. Isto implica, de outra parte, uma flexibilidade na execução de tarefas distintas e intercambiáveis. É necessário não esquecer e reconhecer que somos atores de uma prática social, que tem a potencialidade, por meio dos encontros que ensejamos no cotidiano de nossos serviços, de produzir processos de subjetivação, produzir um modo mais autônomo de viver, de fazer a diferença.

E, por isso mesmo, estamos sempre correndo riscos. Há que estar “sempre atento e forte”,<sup>59</sup> para que nas finas teias do cotidiano não sejamos capturados pela lógica do conformismo, da repetição do mesmo, pois este é um processo que se constrói em um movimento contínuo de desfazimento e fazimento, desconstrução e construção. Desconstruir conceitos e categorias, inventar novas possibilidades semânticas e teóricas,

---

<sup>58</sup> “A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses: o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito” (Guattari, 1981, p.96)

<sup>59</sup> Referência à música Divino Maravilhoso de Caetano Veloso e Gilberto Gil

desfazer os limites disciplinares e fazer novas produções. Repetindo o que assinalei anteriormente, trata-se aqui de um agenciamento de afetos para produzir vínculos, negociação de interesses divergentes, pactuação para um projeto de cuidado que se faz nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com a equipe, suas subjetividades e suas “caixas de ferramentas”.

### ***Projeto terapêutico individual e a diversidade de estratégias de cuidados***

Em um texto escrito no ano de 1989, afirmava que o trabalho do CAPS só era possível, porque nos colocávamos no lugar daquele que busca entender que não é uma doença o que está em questão na demanda de quem nos procura, mas sim um sujeito com seu sofrimento, com sua singularidade. É a ele que é destinado o trabalho. O usuário é o centro da atenção. Rompendo com o paradigma psiquiátrico, com o modelo hospitalocêntrico, ou médico centrado, propúnhamos, como Merhy (2002), um modelo usuário-centrado.

Ao construir os novos serviços, as instituições não são mais unidades de produção de procedimentos médicos ou psicológicos, mas locais de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas e livres, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugares para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. E isso implica em desenvolver a cada demanda que se apresenta, a cada usuário que recorre ao serviço, uma complexidade de estratégias que contemplem distintas dimensões do existir. Que se concretiza no que tem sido nomeado no dia-a-dia de muitos serviços como Projeto Terapêutico Individual (PTI). O PTI é, ao mesmo tempo, particular, referido a uma subjetividade específica, mas não é um projeto solitário, isolado, pois se articula, na multiplicidade de suas ações a outros projetos, com outras subjetividades, com propostas de produção de encontros em diversos espaços com diversos cuidadores. Só o diverso e o múltiplo para “dar conta” da complexidade do singular que se apresenta na demanda daqueles que buscam os serviços de saúde mental.

A *construção* de um projeto terapêutico individual se reveste de um grande desafio. Inicia-se com a semente de um vínculo no momento crítico de aproximação do usuário ao serviço, de sua recepção, do acolhimento e da escuta de seu mundo, seu

modo de viver e de seu entorno (família, trabalho, amigos). A relação de um usuário com o serviço não se dá a priori. Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer eles se rompem, se quebram.

Durante esse processo, desenha-se e explicita-se o PTI, que é uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seu familiar, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços ativados a partir da necessidade do usuário. Pacto que pressupõe uma negociação que envolve a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores. Negociação que envolve, também, interesses nem sempre convergentes ou conciliáveis: por vezes a família quer internar; ou o local de trabalho quer demitir o usuário ou a escola não o aceita mais; quase sempre, divergências entre os integrantes da equipe sobre a melhor conduta e o melhor projeto; em outras ocasiões temos a resistência do usuário em comparecer ao serviço ou as atividades propostas. Uma vez estabelecido o PTI, um profissional incumbe-se da tarefa de ser a referência, de responsabilizar-se por sua efetivação, ou seja, responsabiliza-se pela articulação das diferentes ações dos profissionais, por acompanhar, verificar e avaliar os efeitos das ações no usuário. Ratifica ou propõe mudanças no projeto. Exerce um duplo papel: de cuidador e de administrador das múltiplas ações do PTI.

Como vimos anteriormente, o menu de atividades de um serviço é um indicador da qualidade das ações. Isto significa não abrir mão de nenhuma ferramenta. Não querendo parecer óbvio demais, os medicamentos tradicionais ou de última geração, exames simples ou complexos e sofisticados devem ser usados, mas com parcimônia, sem transformá-los em fetiches. Na justa medida do que realmente são: instrumentos, meios. O mesmo raciocínio vale para qualquer outro recurso terapêutico ou ação de cuidado. Talvez possamos recuperar aqui o sentido da palavra *phármakon* que, para os gregos, designava uma substância capaz de operar transformações, podendo causar o bem e o mal; a vida e a morte. Para Platão, no diálogo Fedro, o sentido de remédio ou de veneno não está na substância em si, mas no fato de ser aplicada na hora certa, na dosagem certa e por quem conhece a arte e a ciência da cura. Platão aumenta a complexidade deste conceito ao estabelecer uma analogia entre a medicina e a retórica, afirmando que a linguagem é também um *pharmakón*. Manipulado pelo sofista, é

veneno; pelo filósofo, é cura. Para Jacques Derrida em *A Farmácia de Platão*<sup>60</sup>, a palavra como *pharmakon* é, ao mesmo tempo, veneno e antídoto, cura e morticínio. Paradoxo ou ambigüidade que depende de nossas escolhas. O *pharmakon* não possui uma virtude própria, não se constitui apenas como a substância ativa, mas compreende também a pessoa que a administra. O *pharmakon* é uma operação que se situa na relação, no entre, que é parte integrante dos efeitos que ele produz. *Pharmakon* é encontro é, também, um intercessor.

Voltando ao menu de atividades, quanto maior a diversidade e a quantidade de ferramentas teremos maiores possibilidades de construir projetos de cuidado mais adequados à complexidade de nosso ofício: medicamentos, atendimentos individuais, em grupo, oficinas expressivas, oficinas de geração de renda, projetos de residência terapêutica, articulação com outros serviços no território e o que mais puder ser inventado e criado. Franco Rotelli afirma que, se mudamos o objeto, se demolimos as antigas instituições, as novas devem:

estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação ao corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada) (Rotelli, 2001, p.91).

Podemos pensar que cada profissional conta com uma caixa de ferramentas, ou seja, o conjunto de saberes e de técnicas de que dispõe para a produção dos atos de cuidado, tal como propõe Merhy (2002). Ao articularmos esta caixa com a proposta da transdisciplinaridade, podemos pensar, não apenas nas múltiplas disciplinas ou profissões que dialogam, mas nos encontros que se realizam no cotidiano dos serviços que podem inventar diferentes e diversas ferramentas. Como uma ferramentaria que, a partir das ferramentas já conhecidas, martelo, serrote, chave-de-fenda, etc, cria outras para as situações que vão se apresentando.

No cotidiano do CAPS Luiz Cerqueira, organizávamos nossas atividades sempre em cúmplices alianças: um psicólogo e uma TO coordenando um grupo de atividades expressivas; o psiquiatra e a assistente social organizando uma festa; enfermeira e um psiquiatra coordenando um grupo de familiares, e muitos outros encontros, por vezes inusitados, que produziam um rico momento de aprender saber e fazer junto. Eram alianças se concretizavam, pois cada profissional se despojava de suas certezas e de seu

---

<sup>60</sup> Derrida, Jacques. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras, 1997.

lugar instituído, rompendo com as suas fronteiras pessoais. Esta disponibilidade potencializava a capacidade de produzir encontros e a criatividade, pois cada qual recorria às outras habilidades e conhecimentos que possuía, aplicando como recurso para a construção de uma nova ferramenta, um intercessor. Podemos pensar que um talento para tocar um instrumento musical pode criar um grupo de música e se transformar em uma Banda para apresentações e shows; um gosto por cinema, uma idéia na cabeça e uma câmera na mão, podem inventar, com usuários, filmes e documentários; uma habilidade para jardinagem e decoração pode se transformar em um trabalho coletivo de organização e embelezamento do espaço da casa.

Pensar a transdisciplinaridade na prática significa pensar nestes intercessores que se apresentam em cada caso, em cada projeto terapêutico, e que nos provocam, nos levam a refletir em torno da utilização das potencialidades dos encontros para aumentar a caixa de ferramentas e nos transformam nesse processo. Por exemplo, quando dois profissionais de distintas áreas elaboram uma determinada atividade e exploram não apenas as habilidades e competências técnicas de cada um, mas potencializam e investem em outras capacidades para criar nos interstícios desses dois campos profissionais, criam uma nova ferramenta.

Ao produzir estes encontros, produzimos novas possibilidades de compreensão da loucura, da subjetividade humana, do sofrer psíquico; novas perspectivas de olhar para “aquilo que não faz sentido”. Arriscar-se a esta aventura misteriosa que é trabalhar com a loucura, com a dimensão humana, nos provoca a permanecer em uma constante disponibilidade para perceber detalhes, acolher angústias, estar atento ao inusitado, ao inesperado. Matérias delicadas que formam a possibilidade da criação de encontros, que constroem as práticas cotidianas de cuidado, que inventam o amor, como diz uma canção de Cazuza.

E, falando em amor e loucura, Guimarães Rosa escreve:

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver, são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente - o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura (Rosa, 1985, p.291).

Toda construção das ações terapêuticas de um PTI é um desafio, pois, no mais das vezes, não sabemos bem direito que tipo de efeito esta ou aquela atividade pode produzir nos nossos usuários. Mas só é possível produzir quaisquer efeitos se arriscamos, se ousamos, se damos um passo à frente. Cada usuário demanda da equipe horas de reflexão sobre quais as estratégias mais adequadas. Não existem respostas simples. Objetos complexos demandam respostas complexas, não complicadas, rebuscadas, barrocas. Por vezes ações simples podem ser respostas complexas. Por exemplo, articular uma vaga em uma pensão para moradia de um usuário, que mantém com sua família conflitos permanentes e irreconciliáveis e o levam a ser internado com frequência, pode ser uma ação simples, mas é uma resposta complexa que impacta em múltiplas dimensões na vida do usuário, de sua família, do serviço, da pensão, da equipe de referência, de outras equipes de saúde da atenção básica. Ou seja, esta ação produz um efeito de criação de uma rede de cuidado e de responsabilização.

A reflexão sobre essa complexidade e a produção de uma diversidade de estratégias leva vários autores a nomear esta produção de cuidados, a esta clínica, de maneiras distintas: clínica ampliada (Onocko Campos, 2001 e Bezerra, 1996), clínica antimanicomial (Lobosque, 1997), clínica do sujeito (Campos, 2003), clínica do sujeito<sup>61</sup> (Tenório, 2001), clínica transdisciplinar (Passos e Barros, 2000).

Com suas respectivas diferenças e singularidades, podemos encontrar alguns elementos comuns em algumas destas nomeações: buscam desconstruir ou questionar o conceito tradicional de clínica relacionado ao conceito de doença, superando um entendimento biologista e contextualizando o processo saúde-doença como resultante de uma multiplicidade de aspectos sociais, políticas, econômicas, históricas, culturais, etc. Multiplicidade que incide e se configura na subjetividade de uma pessoa concreta, singular, que demanda cuidados, cujas estratégias e atos se fazem no encontro norteado por uma ética da autonomia, singularização e da inclusão social. A elaboração de uma estratégia e de uma produção de atos, considerando a complexidade deste objeto, implica em pensar na articulação e no diálogo de distintos saberes e fazeres que transbordem para além dos enquadres terapêuticos tradicionais em alianças e encontros com outros recursos do território.

---

<sup>61</sup> Aqui o conceito de sujeito refere-se ao sujeito do inconsciente.

### ***Criação de uma rede intersetorial de cuidados.***

Como afirmei anteriormente, o processo da Reforma Psiquiátrica, não pode se restringir à implantação de um determinado tipo de serviço, sob o risco de reduzir a complexidade deste processo a uma reforma administrativa e tecnocrática. Neste sentido, retomo a idéia de que o CAPS deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais.

Mais uma vez relembro a portaria 336/02, que aponta a rede de cuidados como característica do CAPS: “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”.

Devemos entender a organização desta rede de cuidados em duas dimensões: a primeira se refere à rede de serviços de saúde existentes no território. A própria portaria aponta para esta dimensão encarregando o CAPS de: “desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território”. A equipe do CAPS inscreve-se na organização da rede assistencial do sistema local de saúde, ocupando o lugar de referência e, portanto, lugar de permanente diálogo, apoio e intercâmbio para o planejamento, organização, execução e avaliação das ações de saúde mental.

Por sua vez, a segunda dimensão refere-se a uma rede a ser tecida, ativando os diferentes recursos existentes no território que possam ser utilizados, estabelecendo alianças com outros setores e segmentos sociais. Para Saraceno, a inserção do serviço no território possibilita a libertação dos “recursos escondidos” e:

[...] o serviço pode contar com vários recursos, dentre eles as próprias pessoas que nele trabalham, os recursos materiais e os chamados recursos escondidos que podem ou não pertencer ao sistema sanitário, mas são potencialmente agregáveis e ao mesmo tempo geradores de transformação do estilo de trabalho” (Saraceno, 1999, p.101).

Este autor utiliza-se de uma interessante analogia com a história de Robinson Crusoe que nos faz pensar sobre a relação entre o serviço e o seu entorno. O personagem ao chegar à ilha vê apenas as sobras do naufrágio como recursos para sua sobrevivência. A ilha lhe é desconhecida, ameaçadora e deserta. Com o passar do tempo, o personagem inicia um processo de aprendizado e de adaptação que lhe desfaz da cegueira de seus saberes precedentes que não permitem ver, nem usar os recursos que desde sempre lá estavam: a água, os frutos, os peixes, e até a companhia do “selvagem sexta-feira”. Combinando instrumentos que sobraram de seu barco, vai descobrindo materiais para inventar e criar outros instrumentos, construir seu abrigo, proteger-se. Assim como o personagem da história, o CAPS pode estabelecer uma relação de cegueira com os recursos de seu território, ao ignorá-lo e olhar apenas para o “barco” em que se está. O CAPS como uma estratégia, como uma proposta de construção de uma rede de cuidados, aprende a olhar para o território buscando ver e usar os recursos que sempre lá estiveram, ou seja, toda a complexidade da rede de relações e trocas que se pode efetuar com o entorno.

Descobrir e ativar os “recursos escondidos” e estabelecer alianças representam mais um grande desafio. De um lado temos a divisão social do trabalho, à qual nos referimos antes, que compartimentaliza as políticas públicas, cada qual com suas especificidades, seus campos de domínio de saberes e fazeres. Saber/fazer que implica em relações de poder (Foucault, 1979, 1983), em interesses e vontades inerentes a cada campo. De outro lado, atores e segmentos sociais que não estão vinculados às ações das políticas públicas e que também têm seus domínios, seus poderes, seus interesses e vontades. O desafio está em negociar, articular e estabelecer alianças capazes de produzir uma força sinérgica para criar soluções e respostas aos problemas complexos que se apresentam, buscando superar a fragmentação dos conhecimentos e a separação das ações. Numa palavra, busca-se a intersectorialidade na urdidura da trama desta rede de cuidados.

O relatório da III Conferência de Saúde Mental destina um item a intersectorialidade:

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersectoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da

qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território (SUS, 2002, p.54).

Articular ações integradas com os campos da *Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho, Lazer*, com a *Universidade, o Ministério Público, e as Organizações Não-Governamentais (ONGs)*, significa construir um processo que envolve um intenso diálogo que pressupõe reconhecer e respeitar as especificidades e as diversidades de cada campo; explicitar os conflitos e os interesses envolvidos para que se possa negociar e pactuar ações; unir potências, produzir encontros ao redor dos temas que perpassem a todos estes campos, a saber: a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população.

É uma dimensão essencialmente política. Trata-se aqui de um convite e de uma provocação que, partindo de um setor (a saúde coletiva de forma mais genérica), inscreve na agenda dos atores dos diferentes campos esta necessidade de construir coletivamente caminhos para a ação, evidenciando a possibilidade real e concreta do reconhecimento e da convivência com a diferença, da articulação dos saberes/fazeres fragmentados e isolados, produzindo uma maior capacidade para enfrentar as situações que nascem da necessidade das pessoas e de seus problemas concretos. Ações que produzam efeitos em todos os atores envolvidos, construindo, assim Sujeitos e Coletivos (Campos, 2000).

A intersetorialidade reveste-se de especial importância e de argumento fundamental para pensarmos o CAPS como estratégia e não como um serviço isolado. Atribuir a responsabilidade da organização da rede de cuidados não significa dizer que a totalidade das tarefas deva ser executada pelo serviço. A organização de um CAPS que assume isoladamente a responsabilidade de “dar conta” de toda a demanda e toda a complexidade da vida do sujeito é muito semelhante à proposta pretensiosa e autoritária do Hospital Psiquiátrico. Um CAPS, assim, transforma-se em mais uma “instituição total”<sup>62</sup>. O processo de organização do trabalho deve seguir a lógica do território, entendido aqui, também, como o desafio da intersetorialidade, que pode ser considerado como uma espécie de vacina contra a tendência onipotente dos serviços que querem

---

<sup>62</sup> Conforme conceito formulado por Erwin Goffman (1974).

cercar a vida do usuário de todos os lados, tornando-o um usuário-dependente de CAPS. Afinal “há tanta vida lá fora”<sup>63</sup>.

Vida que acontece no processo de reapropriação deste mesmo território tantas vezes hostil e interdito ao usuário. Quase sempre o seu espaço de circulação restringe-se ao trajeto da casa ao serviço de saúde mental ou, com frequência, ao hospital. A produção de cuidados implica em diversificar a rede de ações, abrindo para novas possibilidades de encontro por meio da ampliação da rede de circulação e utilização dos recursos existentes: a piscina do centro social municipal; cursos e atividades do centro cultural; os artesãos que se dispõem a compartilhar seus conhecimentos; organização de associação de usuários e familiares; alianças com projetos e ações de outros setores visando, por exemplo, a constituição de uma cooperativa de trabalho; ações junto a câmara municipal para a aprovação de projetos de lei; organização de moradias e/ou residências terapêuticas; realização de eventos culturais. Todo um conjunto de ações que provoque, instigue, convide o território, a cultura, a construir coletivamente novas formas de convivência com a diferença, construir um lugar mais solidário, mais justo, mais equânime. E de lugar em lugar, construir um novo mundo.

Enfim, uma rede possui um valor para múltiplos usos: pode servir para acomodar um corpo cansado que necessita de instantes de repouso; uma rede pode delimitar dois lados de um território e dar contornos para um bom jogo; uma rede pode nos ligar com muitas outras pessoas para que possamos nos comunicar e compartilhar nossas emoções; pode servir para produzir um cordão de gestos de solidariedade em um difícil momento para alguém; uma rede pode aparar a queda do corpo de um trapezista que ousou um salto mais arriscado; uma rede pode ajudar a criar ações coletivas de transformação. Mas devemos tomar cuidado, pois uma rede pode ser também uma armadilha, feita para capturar, para aprisionar. Mas ainda bem que redes assim, dificilmente capturam o vento das idéias.

O CAPS, que é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência, produtora de cuidados, regidos pela alegria, pela beleza, e pelos bons encontros. Cuidado que se inicia com o acolhimento, agenciado pela equipe e que se

---

<sup>63</sup> Trecho da música “Como uma onda” de autoria de Lulu Santos e Nelson Mota, que foi utilizada em cartazes de divulgação do movimento da luta antimanicomial.

tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida.

### *Cotidiano e o tempo*

O pátio de hospital psiquiátrico é um lugar profundamente triste, de solidão, de abandono. Pode estar repleto de pacientes, mas o que se ouve, são apenas o ruído do arrastar dos passos e os gemidos de angústia. E o que se vê são seres que ocupam um mesmo espaço, mas não se comunicam, não se vêem. Corpos estirados no chão sem movimento. O tempo se arrasta, quase se paralisa. Não fosse o ciclo do dia e da alimentação, nada alteraria o quadro. Certa vez, quando trabalhava no Juqueri, depois de muitas discussões e enfrentamentos, colocamos um espelho em uma enfermaria feminina. Quase todas as mulheres se espantavam ao verem em seu rosto as marcas do tempo: – *Nossa quem é essa velha aí no espelho? Não pode ser! Eu era tão jovem!* A imagem do espelho produziu naquelas mulheres um duro reencontro com a dimensão do tempo que a mortificante rotina do hospital destruiu. Goffman (1974) relata que entre os internados de muitas instituições totais, existe um intenso sentimento de que o tempo passado no estabelecimento é tempo perdido, destruído ou tirado da vida da pessoa. É um sentimento de tempo morto.

Sentimento que pode estar também nas nossas práticas cotidianas de trabalho. José de Souza Martins (2002) apresenta as idéias de Henri Lefebvre, destacando que uma das características que demarcam o cotidiano é o tempo linear, capturado pela lógica da acumulação. Tempo determinado pela mediação do valor de troca das mercadorias e do trabalho mercantilizado. A vida cotidiana tornada modo de viver sem estilo, “tempo do homem desencontrado consigo mesmo, que se torna produto de seu produto, transfigurado de sujeito em objeto” (Martins, 2002, p. 103). Um tempo usurpado, controlado, destituído de sentido. Tempos Modernos<sup>64</sup> de gestos repetitivos, determinados pelo fluxo contínuo do modo de produção capitalista que se reproduz na passagem das horas de nossos processos de trabalho. Nesse cotidiano administrado e controlado, qual a governabilidade que o sujeito tem sobre seu tempo?

O mesmo autor nos aponta um caminho possível a esta questão ao citar Agnes Heller:

---

<sup>64</sup> Referência ao filme clássico de 1936, dirigido, produzido e interpretado pelo genial Charles Chaplin.

[...] só quem tem necessidades radicais pode querer e fazer a transformação da vida. Essas necessidades ganham sentido na falta de sentido da vida cotidiana. Só pode desejar o impossível aquele para quem a vida cotidiana se tornou insuportável, justamente porque essa vida já não pode ser manipulada (Martins, 2002, p. 63/64).

É neste paradoxo e contradição do nosso cotidiano reificado que talvez se possa encontrar a potencia para construir caminhos de mudanças. É da contradição das relações sociais, que pode nascer a força para questionar, desconstruir e destruir os valores e micro poderes que produzem nossa subjetividade mesquinha, conformada, triste e servil. Força para correr riscos, investir e afirmar uma produção da vida e de outros valores. Nosso trabalho de produção de cuidado abrange múltiplas áreas: saúde, educação, trabalho, moradia, lazer e cultura. Ou seja, as mais importantes áreas do humano, dentro de uma perspectiva de transformação no cotidiano, das relações sociais, operando com conceitos, valores e noções como cidadania, autonomia, solidariedade, inclusão, acolhimento, participação, e outros mais. Como declara Martins:

O novo herói da vida é o homem comum imerso no cotidiano. É que no pequeno mundo de todos os dias está também o tempo e o lugar da eficácia das vontades individuais, daquilo que faz a força da sociedade civil, dos movimentos sociais (Martins, 2000, p.57).

Produzir atos de cuidado, montar projetos terapêuticos, negociar alianças, são ações, nas quais o tempo ganha uma dimensão importante. Não o tempo controlado, tempo fugidio e efêmero, tempo este da máxima aceleração, tempo sem-tempo do modo capitalista de produção. Não o breve tempo da consulta médica, da produção de procedimentos seguindo a lógica “*Time is Money!*” Mas uma outra relação com o tempo. Tempo para receber e acolher; um tempo para ouvir e ver; e outro para refletir. Um tempo para agir, para se modificar pela ação e voltar a refletir. Um tempo de criação para afirmar a vida. Uma usuária, certa vez, perguntou angustiada: – Como faço para ver as horas? Não consigo ver as horas! Por mais que lhe mostrássemos o relógio, os números e os ponteiros, ela continuava com a mesma pergunta. Até percebermos que sua dúvida talvez fosse outra. Conseguimos “ver” as horas? Ver o tempo? Qual sua aparência? De quais matérias são formadas as horas? Como constituir um espaço vital para que o tempo possa seguir um fluxo que não aliene? Como podemos nos apropriar do tempo para que possamos afinal ver as horas?

Cada música possui notas que se arranjam em combinações harmoniosas no passar do tempo que marcam seu ritmo, com momentos de pausas, de acelerações, com suavidade ou vibração. Pensar na produção de cuidados significa ouvir a melodia e o

ritmo da canção entoada (ou latente) de cada um que tomamos a delicada e complexa tarefa de cuidar. Ouvir esta singular combinação de silêncios e sons. Lançados para fora da rede auto-estrada na qual o tempo acelera num ritmo alucinante, a loucura é uma “recusa de determinado regime de temporalidade, o protesto em forma de colapso frente ao império da velocidade e a reivindicação de um outro tempo” (Pelbart, 1993, p. 39). Pedido de uma temporalidade diferenciada, que transforma o cotidiano, que inventa uma canção, que possibilita habitar o tempo e a vida de um outro modo.

Goldberg (1998) salienta a importância do cotidiano, ressaltando-o e reconhecendo-o como instância terapêutica, a partir da qual o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira foi-se estruturando. O autor observa, ainda, que:

É preciso, portanto - se queremos reconhecer e trabalhar com o cotidiano desses pacientes - abordá-lo como instância construtiva, cuja estrutura de repetição não cessa de organizar mundos de vida, ou de permitir a eles a superação contínua de estados drásticos de dilaceração do aparelho psíquico. Mas cumpre observar desde já que, ao reconhecermos o cotidiano como instância simbólica de reconstrução contínua para o paciente, não poderíamos reduzi-lo a uma espécie de pano de fundo da doença, servindo-nos dele para aferir resultados de estratégias de tratamento. Ainda que uma das contribuições secundárias na consideração do cotidiano possa ser esta, não se pode obliterar que o interesse principal da estratégia terapêutica não é propriamente investigá-lo como 'meio' conduzindo a certos 'resultados' pré-fixados, mas conhecê-lo e talvez ampliá-lo como único espaço simbólico que de fato resta a esses pacientes, afluindo, além disso, como uma interface expressiva que lhes permite resgatar-se culturalmente (Goldberg, 1998, p.133).

A microfísica do poder ou a micropolítica do desejo se configuram, se constituem, se afirmam, se reproduzem no território, nos pequenos detalhes e na intimidade dos dramas do cotidiano. É neste terreno que surge mais um desafio para esta proposta de mudança de modelo: romper com a monotonia, com a repetição sem sentido das coisas do dia-a-dia; produzir e inventar ações de ruptura, explodir o tempo com significados e sentidos; rearranjar a rotina do CAPS, criando novos e outros caminhos. Assim, conhecer lugares na cidade por onde nunca se andou; experimentar sensações de fruição estética inéditas (ouvir música clássica, ir a um museu, assistir uma ópera ou uma peça de teatro); aprender a cozinhar e degustar novos sabores; descobrir no ato de fazer algo novo, habilidades para atividades e para expressão inimagináveis, são todos exemplos de dispositivos para ampliar e intensificar modos diversos de estar no mundo. Redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida, é

produzir uma outra temporalidade, resgatar sua relação com o passado e o futuro, potencializar a vontade de fazer história. Sobre as ações do dia-a-dia Heller diz que:

A vida cotidiana não está “fora” da história, mas no “centro” do acontecer histórico: é a verdadeira 'essência' da substância social. [...] As grandes ações não cotidianas que são contadas nos livros de história partem da vida cotidiana e a ela retornam. Toda grande façanha histórica concreta torna-se particular e histórica precisamente graças a seu posterior efeito na cotidianidade (Heller, 1989, p.20).

Como salienta Heller, os grandes acontecimentos históricos partiram da vida cotidiana e a ela retornam. Nesse sentido, os serviços substitutivos devem produzir, em sua prática cotidiana, os fios que tecem novas redes de ações, constituindo alianças com os Movimentos Sociais, sendo parte do processo de tornar possível a construção de um novo mundo.

### ***Para não concluir***

O que aqui apresentei são desenhos cartográficos de alguns conceitos-ferramentas que considero como elementos indispensáveis e essenciais para o trabalho na perspectiva da ruptura com o paradigma psiquiátrico e na transformação do modelo assistencial. Por se tratar de um ensaio, refletem, pois, a minha visão e a minha leitura que carecem de lentes para melhor enxergar a realidade e, por isso mesmo, deixaram escapar aspectos importantes em cada conceito, por limitações de visão. De qualquer forma, são as minhas provocações para colocar em movimento reflexões nos trabalhadores que no cotidiano dos serviços constroem este processo. Espero que este desejo possa se transformar em bons encontros.

## CAPÍTULO 4

### NA TERCEIRA MARGEM DA UNIVERSIDADE: MUDAR É DIFÍCIL, MAS É POSSÍVEL.

“Impossível existir sem sonhos”  
Paulo Freire

#### *Introdução*

Neste capítulo pretendo abordar a dimensão sócio-cultural, definida por Amarante (1999, 2003) como o conjunto de práticas sociais que visam transformar o imaginário social relacionado à loucura, transformando as relações entre sociedade e loucura, a doença mental e a anormalidade. É uma dimensão que se refere à construção de um outro lugar social para a loucura em nossa cultura (Birman, 1992). E este não deve ser um *locus* indulgente para a diferença. Um lugar no qual se suporta o louco, mas sem alterar as relações sociais. Indulgência cujo sentido remete a suportar e perdoar o erro alheio absolvendo sua culpa. Mas prevalece a percepção de que houve erro, houve culpa. Perdoa-se em um gesto caridoso, que mantém tudo no mesmo lugar. Gesto condescendente com a incapacidade, o defeito, a ausência de obra. Transformar a relação da sociedade com a loucura é convidar a sociedade a refletir e provocá-la a transformar a sua relação com a diferença, com o estranho, com o estrangeiro. Mudar sua relação com esta alteridade não enquadrável, que escapa a racionalidade. Não há como conceber a criação deste *locus* para a loucura, sem uma transformação social.

Os desafios decorrentes dessa dimensão são do tamanho das utopias que os militantes das Reformas Sanitária, Psiquiátrica e sonhadores em geral aspiram para a sociedade. Nessa dimensão se constroem as ações e práticas mais audaciosas e pretensiosas e, por isso mesmo, estão em consonância com outros campos que também almejam profundas mudanças. Parte do título e a epígrafe deste capítulo referem-se a títulos de artigos de Paulo Freire<sup>65</sup>, nos quais ele afirma, como sempre, a contribuição da prática educacional à luta política para a transformação da sociedade. “A educação consegue dar às pessoas maior clareza para ‘lerem o mundo’, e essa clareza abre a possibilidade de intervenção política. É essa clareza que lançará um desafio ao fatalismo neoliberal” (Freire, 2001, p. 36).

---

<sup>65</sup> FREIRE, Paulo. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

Fatalismo conformista de um pensamento neoliberal que proclama o desaparecimento das ideologias e o surgimento de uma nova história, sem interesses antagônicos, nem luta de classes, produto de uma economia globalizada, massificante e massificada, na qual todas as relações são regidas pela lógica regulatória do mercado. Fatalismo que, por isso, nega e destrói os sonhos e as utopias. Para Paulo Freire, a utopia é uma necessidade fundamental do ser humano, pois:

[...] não há amanhã sem projeto, sem sonho, sem utopia, sem esperança, sem o trabalho de criação e desenvolvimento de possibilidades que viabilizem a sua concretização. É neste sentido que tenho dito em diferentes ocasiões que sou esperançoso não por teimosia, mas por imperativo existencial (Freire, 2001, p. 85-86).

Imperativo categórico de que sou incondicional adepto, e que faz compreender a história como possibilidade, como projeto da construção do amanhã (Freire, 1992). Utopia aqui não é modelo abstrato e imaginário de sociedade ideal, justa e generosa, porém impraticável, irrealizável e nem tampouco, desejos, idéias e crenças que os seres humanos constroem e que aguardam a sua realização para um futuro distante. As utopias como apresenta Ernst Bloch (2005) se formam dos sonhos de olhos abertos, sonhos diurnos, e têm como princípio básico a esperança. São da ordem dos projetos alternativos de organização social capazes de indicar potencialidades realizáveis e concretas contribuindo desta maneira para sua transformação da sociedade. Sua realização se constrói no presente, nos gestos e nas ações cotidianas. São valores marcados pelo seu tempo histórico que os inspiram e, por isso, nunca completamente formulados. O Movimento Instituinte a nomeia como Utopia Ativa e “inclui como aspectos privilegiados a auto-análise e autogestão, ou seja, a Democracia Direta ao mesmo tempo como meio e como fim do processo”<sup>66</sup>.

São destas matérias-primas de sonhos diurnos e de utopias ativas e possíveis, que se concretizam no cotidiano, que se formam as ações da dimensão sócio-cultural.

E de que lugar falarei desta dimensão, desta transformação da sociedade? A partir do meu lugar na universidade, deste lugar de educador que prepara o futuro. Que recebe jovens com desejos de transformação e os convida a um encontro em nosso campo, como um lugar para se implicar, para construir, juntos, um projeto do amanhã. Deste lugar que prepara os profissionais de um novo tempo, para que possam ser aqueles que fazem a diferença, que se implicam, que fazem acontecer. Construtores do

---

<sup>66</sup> Conforme glossário da Fundação Gregório Barenblint. Obtido na Internet no seguinte endereço: <http://www.fgbbh.com.br/glossario.htm>. Acessado em 03 de outubro de 2005.

amanhã, investindo nas potencialidades, acreditando em uma utopia ativa. Neste capítulo pretendo apresentar reflexões sobre uma experiência de formação desenvolvida no curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista, campus de Assis, interior de São Paulo, envolvendo uma aliança entre a universidade e serviços municipais de Saúde, com a participação de estagiários e aprimorandos<sup>67</sup> na construção das ações de cuidado em saúde mental.

### *A universidade, o SUS, as contradições e mudanças possíveis.*

A proposta de mudança do modelo assistencial, que rompe com paradigmas e institui novas práticas, passa, necessariamente, por uma reflexão e uma mudança na formação dos profissionais que atuam neste campo. Desde a década de 70, Cerqueira (1984) já insistia na necessidade de se investir na formação de “trabalhadores de um novo tipo”, considerando uma prioridade na psiquiatria e apontando para a celebração de convênios entre a secretaria de saúde e as universidades, como alternativa para a formação de profissionais aptos às novas tarefas, às novas concepções. De lá para cá, o campo vislumbrado por Cerqueira tornou-se muito mais complexo, aumentando consideravelmente aquela necessidade. Nos capítulos anteriores busquei demonstrar esta complexidade que abrange as diferentes dimensões que compõem o campo da Reforma Psiquiátrica, o que impõe a todos os atores envolvidos grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde, os quais no cotidiano de suas práticas profissionais, por meio da organização de seu processo de trabalho, irão expandir e consolidar a transformação da assistência.

Esta transformação implica em um grande desafio, tanto para a saúde mental, como campo específico, quanto para a saúde como campo geral. Desafio de preparar os profissionais para uma mudança de um modelo assistencial, baseado na racionalidade médica hegemônica, centrado na doença, na atenção individual, hospitalocêntrica e com grande ênfase nos procedimentos e instrumentos técnicos, para um modelo de saúde que considera o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos, produtor de novas estratégias de cuidados que incluem a subjetividade e as necessidades coletivas, com ênfase nas ações de promoção à saúde, articuladas em uma rede

---

<sup>67</sup> O termo aprimorando designa, no Estado de São Paulo, profissionais recém-formados de diversas áreas, que ingressam no Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria de Estado da Saúde, conforme detalharemos mais a frente. Inspirado na residência em medicina é um programa de aperfeiçoamento profissional realizado em diversas e diferentes instituições de saúde pública.

intersetorial, visando à inclusão social e uma crescente autonomia dos usuários. Isso significa uma profunda mudança na relação entre os profissionais de saúde e a população com suas demandas e necessidades. Mudança também no papel da universidade como formadora destes profissionais, tanto na graduação quanto na pós-graduação e como produtora de conhecimentos.

Para Feuerwerker e Lima:

Historicamente a relação entre a universidade (mundo da aprendizagem) e os serviços de saúde (mundo do trabalho) tem traduzido movimentos contraditórios de reprodução e de transformação da realidade social. Essas contradições variam entre dois extremos: formação de indivíduos adaptados ao mercado de trabalho e de sujeitos críticos, ativos, éticos, responsáveis, compromissados com o direito das pessoas e, portanto, capazes de transformar a realidade (Feuerwerker e Lima, 2002, p. 171).

No cotidiano dos serviços de saúde a concretização da proposta de mudança de modelo gera uma tensão permanente na prática dos profissionais revelando a contradição entre os paradigmas que sustentam os diferentes modelos. Os profissionais se vêem, atualmente, com a responsabilidade de implantar uma proposta de mudança de modelo assistencial que requer uma postura crítica e uma profunda revisão, em alguns aspectos ruptura, com o conhecimento adquirido ao longo da formação. Os profissionais, via de regra, foram moldados por cursos norteados pelo paradigma hegemônico, organizados em torno de disciplinas fragmentadas, compartimentalizadas, com pouca ou nenhuma articulação. Estimulam, por exigência do mercado, a super-especialização com o aprendizado e o domínio de tecnologias cada vez mais sofisticadas. Ao se graduarem, possuem habilidades para atos e ações específicas, para lerem fragmentos da realidade. Médicos aprendem a medicar, psicólogos fazer terapia, terapeutas ocupacionais a coordenar atividades, mas aprendem pouco sobre como lidar com as situações cotidianas que os usuários de saúde e de saúde mental demandam aos serviços do SUS: a subjetividade das pessoas e de seu sofrimento oriundo, no mais das vezes, das duras condições sociais de existência; são incapazes de ouvir o usuário e sua dor, articulando os sintomas e sinais em um quadro mais amplo e complexo para além da doença; raramente estabelecem diálogos com os outros profissionais que trabalham ao seu lado; não compreendem a dificuldade das pessoas em aderir ao tratamento; estranham e se incomodam com a reivindicação das pessoas sobre seus direitos; apresentam grandes dificuldades em construir estratégias que ampliem a autonomia dos usuários.

Ambos os movimentos, o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, têm seus princípios e diretrizes materializadas nas propostas de mudança do modelo assistencial que está sendo implementada, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Princípios e diretrizes que são essencialmente contra-hegemônicos (Escorel, 1995), pois ao se lutar pela construção de um Sistema de Saúde, regido pelos princípios do acesso universal e da equidade, da integralidade nas ações de saúde, com gestão descentralizada e democrática com participação popular, luta-se pela saúde como valor universal; luta-se pela construção de uma sociedade mais equânime, mais solidária, com justiça social, com redistribuição das riquezas, com uma democracia mais participativa; luta-se pela saúde como um direito e não como um bem material, uma mercadoria.

Tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária apresentam um ousado projeto de transformação social, o qual requer, para sua efetivação, de uma profunda transformação na formação dos profissionais. Eles são os principais operadores da mudança do modelo assistencial. Esta necessidade de mudança provoca e demanda à universidade questões importantes sobre seu papel, tanto de produtora de conhecimentos e tecnologias, como de formadora de profissionais com um posicionamento crítico e ético e com competências e habilidades para enfrentarem as situações complexas, os desafios e impasses apresentados pela sociedade.

Porém temos um grande obstáculo a enfrentar. A universidade é uma instituição que faz parte do processo de produção da hegemonia, em grande parte, responsável pela pesquisa científica, cujos resultados vêm produzindo profundas mudanças no mundo do trabalho advindas dos novos modos de acumulação do capital. É responsável, também, pela formação de indivíduos habilitados e capacitados para atender as necessidades e para enfrentar os desafios de uma sociedade de economia globalizada e em transformação, adaptando-se às novas imposições de maior competitividade, produtividade e eficiência. Goergen (1998), neste contexto, salienta que se exige uma educação para o trabalho, para desenvolvimento de competências no julgamento, decisões eficientes e ágeis ante os fatos e eventos; não há tempo para reflexão. A universidade é solicitada a produzir conhecimentos e a formar indivíduos úteis e rentáveis à sociedade. O autor demonstra que:

A universidade subordinou-se às normas do mercado, passando a instrumentalizar pessoas para determinadas tarefas ao invés de formar indivíduos. O próprio indivíduo abriu mão de si mesmo, de sua formação como ser humano global (que conhece, sente, ama, chora e sofre) para atender exclusivamente aos requerimentos do sistema

tecnoeconômico. Ficou reduzido a uma função no sistema. (Goergen, 1998, p. 79).

Neste sentido, podemos destacar uma questão crucial que tensiona a universidade e seus diferentes atores: qual demanda atender? A das políticas públicas, como a saúde, que se alinham aos interesses e necessidades dos setores excluídos da sociedade e investir na formação de um novo profissional, em conhecimentos e tecnologias que contribuam para transformar as relações sociais? Ou atender as demandas do mercado fornecendo mão-de-obra adaptada aos processos produtivos, modificados pelos novos conhecimentos e tecnologias, aprimorando e intensificando a acumulação do capital?

Este panorama torna-se ainda mais preocupante se considerarmos que boa parte dos profissionais são formados por instituições privadas<sup>68</sup>, empresas que comercializam um produto, o diploma de curso superior. Funcionam de acordo com uma lógica comercial e de mercado. Neste sentido, apresentam pouco ou nenhum compromisso com propostas de transformação social. Pelo contrário, alinham-se e defendem, por sua implicação e convicção ideológica, a manutenção da ordem econômica e social vigente, o *establishment*. Calderon (2000) as nomeia como “universidades mercantis” caracterizadas pela predominância da lógica empresarial, a busca do lucro. A educação é tratada como um negócio, *business* e, sob essa perspectiva, as universidades mercantis investem onde percebem que há demanda e, portanto, podem obter lucro. Não têm alunos, mas consumidores, mais preocupados em obter um diploma que lhes dê, ainda que de maneira ilusória, um mínimo de habilidades e competências, para enfrentar a crescente exigência do mercado de trabalho por uma formação de nível superior.

Para complicar um pouco mais o quadro que estou apresentando, a implementação de políticas sociais redistributivas mais justas e equânimes assume um caráter mais claramente contra-hegemônico se considerarmos que ocorrem em um Estado que, de maneira mais contundente, desde os anos noventa, seguindo orientações dos organismos internacionais consolidados no Consenso de Washington<sup>69</sup>, vem passando por um processo de Reforma que visa adaptá-lo às exigências impostas pelas novas formas de acumulação do capital. Para Marilena Chauí (2001), esta Reforma objetiva redefinir e redistribuir as atividades estatais, dentre estas os “serviços não-exclusivos” do Estado, isto é, os que podem ser realizados por instituições não-estatais,

---

<sup>68</sup> Segundo Calderon (2000), no estado de São Paulo, no ano de 1995 as instituições de ensino privadas representavam 75,9% do total das matrículas do Estado, crescendo para 77,7% em 1996, 79,1%, em 1997, chegando a 80,6%, em 1998.

<sup>69</sup> Conforme já abordamos no capítulo 1.

na qualidade de prestadoras de serviços. Para a autora, o fundamento ideológico desta Reforma é bem claro: todos os problemas econômicos, sociais e políticos do país decorrem da presença do Estado tanto no setor produtivo, quanto no de serviços não-exclusivos, e a única saída é a presença das empresas privadas em ambos os setores. O mercado é assim dotado de uma racionalidade sócio-política e agente principal do bem-estar da República. Isso significa a saída do Estado de ambos os setores, o que estabelece uma:

[...] identificação imediata entre intervenção estatal reguladora da economia e direitos sociais. Em outras palavras, exclui as exigências democráticas dos cidadãos ao seu Estado e aceita apenas as exigências feitas pelo capital ao seu Estado, isto é, exclui todas as conquistas econômicas, sociais e políticas, vindas de lutas populares no interior da luta de classes. Essa identificação entre Estado e o capital em sua forma neoliberal aparece de maneira clara na substituição do conceito de direitos pelo de serviços que leva a colocar direitos (como a saúde, a educação e a cultura) no setor de serviços estatais, destinados a se tornar não-estatais. A Reforma encolhe o espaço público de direitos e amplia o espaço privado não só ali onde isso seria previsível – nas atividades ligadas à produção econômica –, mas também onde não é admissível – no campo dos direitos sociais conquistados (Chauí, 2001, p. 177).

A percepção da necessidade do “enxugamento” do Estado em nome do ajuste fiscal para a sua recuperação financeira, ainda que implique no desmonte de suas funções como agente de políticas que visam garantir direitos sociais, a noção do mercado como entidade dotada de racionalidade social e promotora do bem-estar da sociedade e a sutil substituição do cidadão pelo consumidor surgem como um consenso, uma decorrência e uma exigência do atual contexto econômico e político. Parece não haver alternativa: ou seguimos as receitas dos organismos internacionais para ingressarmos no mundo da economia globalizada ou estamos condenados a uma vida de subdesenvolvimento, para recuperar um velho conceito, ou de excluídos, para usar um termo atual. Expulsos do paraíso da sociedade do consumo mundial. A formulação deste consenso possui uma clara direção: é uma interpretação ideológica, reveladora de uma imposição dos interesses de uma determinada classe tomados como sendo os da sociedade, ou seja, de um particular tornado universal. Temos aqui o conceito de hegemonia tal como é entendido por Gramsci, e que pode ser definido como a capacidade da classe dominante, ou a que aspira ser, em determinar a direção do domínio intelectual e moral, em virtude da qual: “consegue constituir-se em classe dirigente, ser aceita como guia legítimo e obter o consenso ou a passividade da maioria

da população diante das metas impostas à vida social e política de um país” (Bobbio et al., 2000, p. 580).

Domínio que se exerce na sociedade civil que é o *locus* da formação e da difusão da Hegemonia, o centro nevrálgico de toda a estratégia política. Gramsci chama de “sociedade civil” a uma nova esfera da superestrutura jurídico-política e que se constitui a partir de uma pluralidade de interesses de diferentes atores colocados em discussão e em confronto. Para que um determinado interesse de um dado grupo se sobreponha aos demais e se imponha a sociedade, é necessário que este grupo construa um consenso em torno de seu projeto de formulação de políticas para se legitimar. A hegemonia é então a “capacidade de unificar através da ideologia e de conservar unido um bloco social que não é homogêneo, mas sim marcado por profundas contradições de classe” (Gruppi, 1978, p.70). A sociedade civil constitui-se em um palco de uma longa luta de persuasão, mas que não se faz em um sentido único. Na perspectiva da transformação social a classe trabalhadora deve construir a sua hegemonia:

Gramsci especifica o modo pelo qual põe o problema da hegemonia da classe operária: a hegemonia se realiza enquanto descobre mediações, ligações com outras forças sociais, enquanto encontra vínculos também culturais e faz valer no campo cultural as próprias posições (Gruppi, 1978, p. 63).

Portanto temos confrontos e conflitos de interesses, valores, visões de mundo, projetos de sociedade distintos. Há uma “guerra de posição”, ou seja, “luta pela conquista da hegemonia da direção política ou do consenso” (Coutinho, 1981, p.105). Há uma possibilidade, uma potência que emerge na assunção, na vocalização e na articulação de um projeto que contrapõe, que contradiz, que rompe com o hegemônico e constrói o novo. Gruppi (1978, p.78) aponta que: “a hegemonia tende a construir um bloco histórico, ou seja, a realizar uma unidade de forças sociais e políticas diferentes e tende a conservá-las juntas através da concepção de mundo que ela traçou e difundiu”.

A construção de um projeto contra-hegemônico da classe trabalhadora implica em formulação de propostas consensuais com poder político-ideológico que expresse os interesses dessa classe, e que possuam uma força agregadora. Gallo & Nascimento dizem que:

A hegemonia da classe operária implica um consenso ativo, participativo. Ela é essencialmente política porque não pode se limitar a conseguir somente vantagens econômicas para esta ou aquela classe, mas persegue uma nova instituição da sociedade, ou seja, mudar a ordem vigente em todos os sentidos: a ordem econômica, política,

cultural e, não menos importante, a visão de mundo da sociedade, o que significa mudar a maneira como a sociedade se percebe (Gallo & Nascimento, 1995, p. 101).

Escorel (1995) destaca que a construção de um bloco histórico *alternativo* ao dominante passa pelo estabelecimento da hegemonia e formação de alianças, que devem ser analisadas enquanto momentos de constituição na construção do bloco histórico. Neste sentido, para a autora, o Movimento Sanitário, nascido de um grupo de intelectuais, constituiu um projeto com a perspectiva das classes trabalhadoras e populares, ampliou o leque de suas alianças e vem se transformando num projeto comum a outras classes, superando o corporativismo inicial. Participou intensamente na luta ideológica, criando, com o conjunto de forças sociais progressistas, pressupostos políticos, econômicos e ideológicos num processo que é comumente nomeado de construção da contra-hegemonia.

Na mesma direção Gallo & Nascimento (1995) destacam que a Reforma Sanitária, e eu incluo a Reforma Psiquiátrica (Yasui, 1999), em função de sua estreita vinculação com os movimentos sociais e com o processo de redemocratização do país, e também em função do valor universal da saúde, participa da construção deste projeto. Os autores apontam que:

A luta pela Reforma Sanitária não pode deixar de andar ‘*pari passu*’ com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale dizer que o Movimento Sanitário, em seu projeto contra-hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou outra contestam a sociedade instituída (Gallo & Nascimento, 1995, p. 94).

E aqui retornamos ao tema da mudança, da utopia ativa da transformação da realidade, projeto tanto da Reforma Sanitária quanto da Psiquiátrica. Projeto que pressupõe não apenas uma transformação nos conceitos, nos valores e nas práticas sobre a saúde, a produção de cuidados e nas instituições, mas uma transformação nos conceitos, valores e práticas sociais.

A construção de um outro lugar social para a loucura afirma a necessidade da articulação com o projeto da construção de um outro olhar sobre o processo saúde-doença, para suas demandas, para suas necessidades, para as formas e modos de resolução. Afirma-se a necessidade da transformação no modo de levar e encarar a vida e suas vicissitudes.

Projeto que tem os profissionais como importantes atores, pois implica, necessariamente, em transformar a relação destes com o universo de valores e práticas que constituem a sua profissão e a maneira como ela é exercida. Pois para Gramsci, os intelectuais desempenham um importante papel na constituição do consenso do bloco histórico: são os quadros da classe dominante responsáveis pela elaboração e difusão da ideologia. São os funcionários da hegemonia.

É dentro deste universo conceitual gramsciano que Basaglia irá destacar o papel dos trabalhadores no processo de transformação psiquiátrica. Afirmando que o manicômio não é um lugar de tratamento, mas sim um lugar de repressão de desvios de comportamento das classes subalternas, Basaglia (1977) irá questionar o conceito de doença mental e os interesses sociais que subjazem às teorias científicas que sustentam a psiquiatria, à função social desempenhada pelo manicômio e a quais necessidades sociais atende. Irá questionar, do mesmo modo, qual o papel de ambos na construção do consenso, concluindo que se deve negar o papel de funcionários deste consenso, tal como se segue:

Es a partir de estos interrogantes, nacidos del encuentro práctico con la realidad manicomial, que se ha iniciado el lento trabajo de corroer las 'verdades científicas' y el cuestionamiento de su directa relación con la estructura social y con los valores dominantes, de parte de aquellos que habrían debido ser automáticamente sus representantes. Estos técnicos prácticos comenzaron a rechazar – frente a la realidad con la cual chocaban – el papel de funcionarios del consenso, rechazando legitimar con su aval (que era el aval de la ciencia) la discriminación de clase y la violencia en la cual, de hecho, se traducían su intervención y su trabajo (Basaglia, 1977, p.16).

E aqui retornamos universidade, como um palco importante desta “guerra de posições”, na perspectiva da construção deste processo contra-hegemônico, como produtora de pesquisa, geradora de conhecimento, formadora de profissionais, como atuante com suas ações na sociedade. Não são poucos os desafios que se colocam aos atores que buscam construir esta mudança. Processos de mudança e de transformação são complexos e dependem de negociações, enfrentamentos, disputas, articulações, pactuações, movimentos políticos, técnicos. Envolvem diferentes interesses congruentes e antagônicos. Processos que, enfim, apresentam grandes dificuldades. A frase de Paulo Freire, “Mudar é difícil, mas é possível”, nos impõe um desafio e a perspectiva de um horizonte, de um ponto que nos anima a seguir em frente, a correr os riscos.

O que aqui relatarei a seguir, diz respeito a algo que ocorre em uma universidade específica, localizada no interior do estado de São Paulo. É uma proposta

que ocorre em sua borda, que entra em contato com o seu entorno. Se tradicionalmente define-se o trabalho da universidade no tripé ensino, pesquisa e extensão, gostaria de apresentar a seguinte imagem: ensino e pesquisa como as duas margens que delimitam o grande rio da produção do conhecimento e da ciência, e a extensão como a terceira margem do rio. Não é pesquisa, não é ensino, mas também é uma ou outra ou ambas. Nomeio assim como uma provocação, um desafio, algo que está lá, para ser assumido. E também como uma forma radicalmente distinta de pensá-la como tem sido a seguinte tendência: como prestação de serviços ao mercado, mercantilização da produção da docência e da pesquisa, atendendo aos desejos e demandas do usuário-consumidor. Uma terceira margem que pretende, apesar das dificuldades, possibilitar mudanças. Ousar formar profissionais mais críticos, mais reflexivos, mais atentos às demandas e necessidades dos setores excluídos da sociedade, com maior humildade intelectual para estabelecer diálogos com outros campos de conhecimentos, melhor preparados para ouvir o sofrimento. Profissionais/trabalhadores de um novo tempo. Trata-se aqui de estar no entre, no intercessor. Habitar o meio do rio.

Me depositem também numa canoinha de nada, nessa água que não pára, de longas beiras: e, eu, rio abaixo, rio a fora, rio a dentro — o rio.(Rosa, 1981, p.32)

### ***Os cursos de psicologia***

Antes, gostaria de apresentar, ainda que de maneira sucinta, algumas questões sobre a formação do profissional de psicologia e o atual momento de mudança em função da Reforma Universitária.

A formação de psicólogos se faz em um curso de cinco anos de duração (quatro para bacharel e um para a formação de psicólogo). O currículo mínimo do curso, passando atualmente por um processo intenso de discussão, foi organizado nos início dos anos 60.

Dentre as características atuais, todos os cursos apresentam uma exigência de estágio prático que, na esmagadora maioria das instituições de ensino, é realizado em clínica-escolas de psicologia das próprias instituições. Geralmente o serviço prestado, com poucas e raras exceções, restringe-se às tradicionais modalidades de intervenção: atendimento psicoterapêutico individual, ludoterapia, aplicação de testes e psicodiagnóstico. Os pacientes são atendidos pelos estagiários e supervisionados pelo

docente-supervisor. O olhar e a escuta habitualmente são para cada caso individual e para sua dinâmica intra-psíquica. A organização e a rotina das clínicas-escolas buscam reproduzir a situação de trabalho do profissional no âmbito da atuação privada.

Mesmo sendo considerado um importante profissional para o campo da saúde, poucos são os cursos que apresentam em seus currículos disciplinas ou matérias que tenham como tema a saúde mental ou os temas relativos à saúde coletiva. Não é raro encontrar profissionais recém-formados que desconhecem ou têm poucas informações sobre o SUS, sobre as políticas públicas de saúde, sobre a Reforma Psiquiátrica. Esta ausência de formação teórica e a ausência de estágios práticos têm como consequência desastrosa uma falta de preparo do psicólogo para enfrentar o cotidiano das instituições públicas de saúde, levando-o à reprodução acrítica do modelo tradicional de atuação. Ao compor uma equipe na saúde mental, geralmente, o profissional de psicologia providencia uma agenda e solicita uma sala para realizar seus atendimentos individuais. Como resultado, há uma longa espera para o atendimento. Já encontrei listas com agendamentos marcados com mais de doze meses para o primeiro atendimento do psicólogo em ambulatórios de saúde mental de importantes cidades do estado de São Paulo. Embora reconheça que a psicoterapia é uma importante ferramenta para o cuidado em saúde mental, considerá-la como o único recurso que o psicólogo pode ofertar é reduzir a potencialidade de nossa atuação, é pensar o profissional adaptado às exigências e expectativas do modelo hegemônico. Foram poucas as vezes que encontrei profissionais de psicologia atuando de forma diferenciada, atentos a demanda e à realidade assistencial de seu território, produzindo ou inventando formas diferenciadas de cuidado. E destes que encontrei quase todos tiveram alguma experiência em saúde pública ao longo de sua formação.

Nos últimos anos, no contexto da Reforma Universitária, todos os cursos de psicologia, por desejo de mudança ou por imposição das instituições de regulação do ensino superior, colocaram a reforma curricular em suas agendas de discussões. Reforma que ultrapassa uma reformulação do currículo e refere-se, também, a uma reorganização do curso e de suas atividades. Após alguns anos de debates, com maior ou menor participação dos atores envolvidos, o Conselho Nacional de Educação, em resolução publicada em 2004<sup>70</sup>, instituiu as Diretrizes Curriculares para os cursos de psicologia que “se constituem nas orientações sobre princípios, fundamentos, condições

---

<sup>70</sup> Resolução nº 8 de 2004, publicada no Diário Oficial da União em 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16 e 17.

de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação deste curso”.

A resolução estabelece que, o curso deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos:

a) Construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia; b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais; c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico; d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão; e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades; f) Respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações da área da Psicologia; g) Aprimoramento e capacitação contínuos.

Em seu artigo 4º esta resolução prevê ainda que, a formação deverá dotar os profissionais de diversas competências e habilidades gerais e a primeira a ser destacada refere-se à atenção à saúde, na qual os profissionais devem estar aptos a “desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética”.

Esta proposta poderá contribuir de forma importante para uma mudança na formação dos profissionais de psicologia, especialmente por apresentar temas que fazem parte da agenda do campo da saúde coletiva, embora não concorde com a adjetivação saúde psicológica e psicossocial, pois parece manter a tradicional dicotomia entre mente e corpo.

A tarefa de transformar o “núcleo duro” da estrutura curricular de um curso de formação, especialmente em uma universidade, exige um longo tempo de negociações, articulações, pactuações e apresentam direções e ritmos de mudança diversos, resultante da relação entre as forças dos atores, dos interesses envolvidos e das diferentes instituições, nas quais este processo ocorre. Podemos pensar em pelo menos três grandes direções: uma tenderá a construir um curso mais adequado às exigências do mercado de trabalho e à lógica da produção capitalista em uma economia globalizada. Neste sentido, a formação tenderá a se constituir em um tempo mais otimizado e a

salientar aspectos técnicos. Se considerarmos o atual estágio de mercantilização do ensino superior, as instituições privadas, a meu ver, estarão alinhadas nesta direção. A segunda tenderá a produzir um currículo capaz de possibilitar uma formação crítica e abrangente da realidade, contemplando uma formação teórica mais sólida, com a produção de novos conhecimentos e articulada com uma atuação prática, no tripé ensino, pesquisa e extensão. Aqui se alinham os cursos de psicologia das universidades públicas, ainda que se ressintam dos efeitos de uma política neoliberal de destruição de seu patrimônio material, acadêmico, científico. Finalmente, uma terceira direção, talvez a que se encontrará com mais frequência, mais nas públicas do que nas privadas, deverá produzir projetos de curso ambíguos. Ou seja, manterão formalmente, por meio das ementas e da oferta de novas disciplinas, os princípios e fundamentos das diretrizes; organizarão os cursos apresentando novidades nas práticas educativas, ampliando e diversificando as atividades acadêmicas e as áreas de estágio. Mas tenderão, em minha opinião, a manter um mesmo modelo hegemônico, orientando suas mudanças, não para a formação de um novo tipo de profissional, construtor de uma nova sociedade, mas para o atendimento das novas demandas do mercado de trabalho. Produzirão cursos, provavelmente adequados tecnicamente, mas perderão o sonho e a utopia.

Está claro que me refiro aqui às tendências gerais. Sem dúvida haverá no interior de todas as instituições, públicas ou privadas, um conflito de interesses entre os atores institucionais que defendem esta ou aquela direção. Tratar-se-á aqui de mais um palco da “guerra de posições”. É o caso da instituição que aqui descrevo. Neste momento de discussão, explicitam-se entre os docentes as diferentes correntes e visões do papel na universidade e da formação de profissionais. Atores defendem distintas propostas, tais como a de: construir um projeto de curso que privilegie uma perspectiva de formação de um profissional crítico, atuante e comprometido com a transformação social; manter a formação clínica tradicional, apenas ampliando seu campo de atuação para a saúde pública; organizar o curso alinhando-o com as neurociências, na busca de uma psicologia com estatuto de ciência positiva e moderna.

Neste momento não é possível prever o resultado final deste embate que apenas se inicia. Como alento, temos a tradição histórica do curso de psicologia desta Universidade e um grande grupo de professores que defendem uma direção rumo aos sonhos e às utopias ativas.

Mudar é difícil, mas é possível. Mais do que possível é desejável e necessário, pois é “Impossível existir sem sonhos”.

### ***A terceira margem do curso de Psicologia da UNESP-Assis.***

A Universidade Estadual Paulista - UNESP é uma instituição pública de ensino superior, que possui 23 unidades em diferentes cidades do estado de São Paulo – Brasil, com 168 cursos de graduação e 174 de pós-graduação (101 programas de mestrado e 73 de doutorado). Na cidade de Assis, com cerca de 90.000 habitantes, localizada no oeste do Estado, situa-se a Faculdade de Ciências e Letras da UNESP, com os cursos de Letras (graduação e pós-graduação), História (graduação e pós-graduação), Psicologia (graduação e pós-graduação), Biologia (graduação) e Biotecnologia (graduação).

O curso de Psicologia foi um dos primeiros implantados no interior do Estado, no ano de 1966. Na década de 70, participou como um importante ator na organização e construção da assistência em saúde mental no município de Assis. Luzio (2003) relata que foi em grande parte graças a sua capacidade de articulação que um grupo de docentes, alunos e profissionais conseguiu impedir a implantação de um hospital psiquiátrico na cidade, propondo a criação de um ambulatório de saúde mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que dava seus primeiros passos naqueles anos. Atuando por meio de pesquisas e de ações nas unidades de saúde, o curso chegou a organizar, no ano de 1987, uma proposta apresentada para a Secretaria de Estado da Saúde de celebração de um convênio para a transformação da Clínica de Psicologia em Ambulatório Regional de Saúde Mental. O processo de municipalização do ambulatório de saúde mental inviabilizou aquele projeto. Em 1988, organizou-se o Curso de Especialização “Psicologia Clínica e Saúde Pública”, sob a responsabilidade do Departamento de Psicologia Clínica do Curso de Psicologia, com 500 horas de duração. Esse curso destinou-se aos portadores de diploma de Psicólogo com estágios e/ou trabalhos realizados na área de Psicologia Clínica e tinha como objetivo capacitar o profissional para atuar no campo da saúde pública, instrumentalizando-o com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Em 1989, o Departamento de Psicologia Clínica propôs repetir a experiência, recebendo como alunos não apenas psicólogos, mas também profissionais de outras áreas que atuavam nos serviços de Saúde Mental da Rede Pública. No início dos anos noventa, docentes do curso contribuíram com o planejamento e com a organização de ações assistenciais no campo da saúde mental e da saúde pública com efeitos na formação dos profissionais.

Em 1995 foi criado o Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Psicologia e Sociedade, cuja primeira turma de pós-graduandos, em nível de Mestrado, ingressou no 2º semestre daquele ano. Dentre suas linhas de pesquisa, destaca-se a linha Subjetividade e Saúde Coletiva.

Também em 1995, consolidou-se um núcleo de estágios no campo da saúde mental. Efetivou-se a organização de ações específicas para a qualificação profissional dos trabalhadores de saúde mental dos municípios da região, por meio de cursos, debates, assessorias e supervisão às equipes. Criou-se o Grupo de Pesquisa Interdepartamental Saúde Mental e Saúde Coletiva, que aglutina, promove e incentiva os estudos e as pesquisas nesse campo. E por fim, criou-se, em 2000, um Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental em cooperação mútua com a Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Estas ações de extensão não são exclusivas da saúde mental. No ano de 2002, o campus de Assis recebeu um prêmio por ser a unidade que mais desenvolveu trabalhos de extensão universitária em toda a UNESP. O curso de psicologia foi o que apresentou mais projetos de extensão.

Extensão que se faz principalmente por meio dos projetos de estágio. No curso de psicologia da UNESP de Assis, os alunos devem cumprir um total de 495 horas de estágio curricular, que são realizados a partir do quarto ano. Cada projeto vincula-se às propostas de trabalho dos docentes e não está relacionado com disciplinas, como ocorre em outros cursos de psicologia.

Em sua maioria<sup>71</sup>, são projetos de atuação na comunidade, abrangendo diferentes campos: saúde, assistência social, educação, cultura, geração de renda. E, grande parte deles se desenvolve em convênios com instituições públicas. Eles possuem, quase todos, uma marca comum: não reproduzem o tradicional trabalho do psicólogo. Incentivam-se nos estagiários uma postura ética, crítica e criativa para lidar com as diferentes situações e obstáculos que se apresentam, e introduzem propostas de cuidado e de atenção diferenciadas no cotidiano dessas instituições, produzindo efeitos de distintas dimensões, dentre estes, a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

---

<sup>71</sup> Para o ano de 2006, estão sendo oferecidos 28 projetos de estágio, sendo que 18 (64,3%) serão realizados fora do campus, e em parceria com outras instituições, e 10 (35,7%), no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPPA), a clínica-escola do curso. Deste total de projetos, 8 (28% do total ou 44%, se considerarmos apenas os projetos externos) serão desenvolvidos em instituições de saúde pública: hospital geral, CAPS, unidades básicas de saúde, Programa Saúde da Família e um projeto de planejamento e gestão em saúde pública.

Os projetos de estágio não causam efeitos apenas no processo de formação. Extrapolam a universidade e produzem, na comunidade, significativos efeitos de invenção de alternativas que podem expressar modos distintos de “andar a vida” e de ser respeitado em sua singularidade. Refiro-me aqui à criação de pequenas Organizações Não-Governamentais (ONGs), que surgiram como conseqüência do aumento da complexidade das tarefas dos projetos e que se constituem como dispositivos sociais de produção e agenciamento de vida, pois articulam interesses, necessidades, desejos comuns. Cooperativa de trabalho para geração de renda, associação de usuários e familiares da saúde mental, assessoria a gestores na formulação de políticas públicas, apoio, produção de cuidado e afirmação da diversidade de opção sexual são algumas das ações produzidas pelas ONGs que buscam criar formas diferenciadas de organização, respeitando a singularidade das pessoas participantes, promovendo sua autonomia.

O curso de psicologia, por meio de seus docentes, alunos e ex-alunos, produz efeitos na vida das centenas de pessoas que participam destes encontros. Destaco aqui alguns projetos que considero exemplares disso: os dois hospitais gerais da cidade são campos de estágio de projetos: na Santa Casa, há a brinquedoteca, um projeto que atende as crianças internadas na ala de pediatria, utilizando-se das atividades lúdicas como instrumento de acolhimento. Também na Santa Casa e no Hospital Regional de Assis, desenvolve-se o projeto *Murucututu*, contadores de histórias. Todos os dias da semana, estagiários percorrem as enfermarias para contar histórias (contos, folclore, etc) aos pacientes internados que desejam ouvi-las. Na Secretaria da Assistência Social, estagiários participam dos projetos destinados às crianças e adolescentes em risco pessoal e social, organizando atividades e oficinas expressivas. Todas as semanas, estagiários promovem na universidade um encontro com os idosos, no Projeto da Terceira Idade, desenvolvendo com eles atividades culturais, recreativas, informativas, etc. A Cooperativa de Catadores de Materiais Recicláveis de Assis conta com a presença e a participação de estagiários na sua organização, que estão assessorando a criação de cooperativas semelhantes em outros municípios da região.

Estas ações produzem marcas na cultura, apontando para possibilidades de mudança. Como exemplo, podemos citar a Cooperativa de Catadores que estabeleceu um convênio com a Prefeitura Municipal de Assis e circula por toda cidade, recolhendo material reciclável e mudando a atitude dos moradores em relação à coleta seletiva de lixo. Outro exemplo é o Núcleo de estudos e Pesquisas sobre as Sexualidades (NEPS) que semanalmente organiza e divulga uma programação cultural, sensibilizando a

sociedade para uma mudança em relação ao respeito das escolhas de identidades sexuais. Por fim temos a Associação dos Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Assis (PIRASSIS), que está organizando uma barraca na feira da cidade a fim de comercializar os produtos artesanais para geração de renda aos usuários do CAPS.

Os projetos de estágios, as ONGs criadas são atividades desenvolvidas no território da cidade. Referem-se ao que da Universidade se faz fora, se faz na terceira margem, no encontro com as demandas das pessoas, construindo novos territórios existenciais, gerando valor social.

### ***A terceira margem saúde mental: estágios e aprimoramento***

O trabalho que desenvolvemos nesta universidade é um processo que possui esta característica peculiar: trata-se de um encontro que se produz nesse limite entre a universidade e o seu entorno, ou seja, nos intercessores. Encontro que provoca e produz mudanças mútuas. Derruba-se o alto muro da academia, que se repensa ao olhar a sua volta, e muda também a cidade, percebe um mundo diferente para além da curva da estrada.

O estágio é este momento de encontro, de construção e transformação dos conhecimentos teórico-práticos em valor social de troca, a partir da reflexão e problematização da realidade, do contato com as demandas e necessidades concretas que produzem questões e geram uma participação ativa do estudante, não apenas no processo ensino-aprendizagem, mas como ator social de um processo de transformação.

Citando uma velha canção de Milton Nascimento, se “todo artista tem de ir onde o povo está”, penso que a universidade, ao menos parte dela, deva também buscar este caminho. No projeto que aqui apresento e que se relaciona com uma proposta mais ampla de formação de um profissional de um novo tempo, melhor qualificado e preparado para as demandas da saúde, o encontro com a realidade concreta dos sistemas locais de saúde é uma atividade essencial. Encontro que é um mergulho em um universo constituído pelos usuários dos serviços, pelos profissionais das equipes, pela organização da rede de assistência local de saúde, pelos modos de gestão, enfim, todo um campo complexo de atores e relações que possibilitam aos alunos um rico processo de aprendizado, uma vivência na qual podem problematizar os recursos teóricos e técnicos adquiridos ao longo de seu processo de formação, ir a busca de novos

conceitos-ferramenta, descobrir-se possuidor de saberes e sentir-se participante ativo da construção de um processo mais amplo.

No estágio o lugar de contato com o professor, além da sala de aula, é uma modalidade de ensino chamada supervisão. No trabalho que desenvolvo, é um momento de encontro, de troca e de reflexão sobre a estratégia de cuidados dos casos; sobre as questões e atravessamentos institucionais que dificultam ou favorecem estas estratégias; sobre as propostas de atividades desenvolvidas; sobre a dedicação e dificuldades singulares de cada um; sobre ativar os saberes e os querereres de cada um; sobre os buracos teóricos e técnicos da formação; sobre dificuldades e os diálogos com a equipe do serviço que estão inseridos; sobre as frustrações ao se depararem com as limitações e obstáculos que a realidade impõe; sobre as responsabilidades e as questões éticas implicadas das ações que cada um desenvolve; sobre a distância entre os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária e a realidade loco-regional.

O curso de psicologia em Assis, conta com um núcleo de estágio denominado Saúde Mental e Saúde Coletiva que agrupa diversos projetos de estágio. Deste núcleo participo, juntamente com outros docentes, do projeto Modo Psicossocial e a Assistência na Saúde Mental Coletiva oferecido aos alunos do quarto e do quinto ano do curso, que tem por objetivo geral conceituar, exercitar e produzir reflexões sobre a atenção psicossocial, a partir das demandas que surgem nos serviços de saúde mental envolvidos. E como objetivos específicos permitir aos alunos problematizarem e se instrumentalizarem para lidar com os diferentes aspectos das demandas psíquicas no contexto da Saúde Coletiva; desenvolver habilidades para manejar e superar as dificuldades na relação com a instituição como dispositivo intermediador necessário das relações terapêuticas; oferecer aos alunos a possibilidade de atuarem em um programa de saúde mental, junto a uma instituição de saúde pública, realizando reflexões sobre as ações desenvolvidas, considerando-se aspectos de planejamento e intervenção. São quatro docentes que constituem o projeto e desenvolvem propostas de estágio no Centro de Atenção Psicossocial de Assis, no Centro de Saúde e no CAPS de Candido Mota, em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) de Assis e no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada da UNESP.

Nos últimos anos, este núcleo de estágio é o que apresenta o maior número de alunos inscritos, levando os professores à difícil tarefa de realizar seleções em função no número restrito de vagas. Este fato revela o grande interesse que o campo da saúde mental tem despertado entre os futuros profissionais de psicologia.

## **Oficinas terapêuticas – será arte, trabalho, inclusão?**

Para melhor detalhar este trabalho que se faz nesta terceira margem, apresento a proposta de estágio da qual sou supervisor responsável e está sendo desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Assis.

Como já assinali, a relação entre o curso de psicologia e as ações de saúde mental do município de Assis é antiga. Em 1996, iniciei no ambulatório de saúde mental algumas atividades com estagiários extracurriculares, que contribuíram para a criação de um programa de atenção intensiva aos pacientes psicóticos. A partir de 2000, oficializamos um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e a UNESP e implantamos um projeto de estágio curricular que, juntamente com a equipe, colaborou na organização do projeto para implantação de um CAPS, o qual foi credenciado em 2003<sup>72</sup>.

Ao longo destes cinco anos, temos contado com uma média de dezoito alunos de graduação, todos envolvidos na organização e na coordenação de oficinas expressivas (passeio, teatro, jornal, horta, expressão musical, papo-afetivo, imagem, culinária, velas, toque mágico, artes plásticas e esporte, etc). Semanalmente<sup>73</sup>, estagiários e supervisor participam de reunião com a equipe do CAPS para relatar o andar das oficinas, apresentar e discutir os casos, apresentar as necessidades e demandas das atividades, debater a rotina da instituição. Ao início de cada período letivo, são levadas a estas reuniões as propostas de atividades a serem desenvolvidas pelos estagiários. Nas discussões, elas são questionadas, as dúvidas são esclarecidas, horários são combinados e são definidos os profissionais da equipe que serão referência para cada atividade. A aliança e o diálogo entre estagiários, supervisor e equipe não se faz sem problemas. Há momentos de maior proximidade, outros de tensão. Há reuniões esvaziadas, mornas. Outras vivas, de fértil discussão. Enfim, movimentos de construção coletiva de um processo complexo.

As oficinas são oferecidas aos usuários que freqüentam CAPS e fazem parte da grade oficial de atividades. Ocorrem uma vez por semana, com um horário de duração

---

<sup>72</sup> Embora desde 1998, o município de Assis já havia credenciado os procedimentos de CAPS/NAPS, no SUS.

<sup>73</sup> Em função da finalização desta presente tese, ao longo do ano de 2005, apenas os estagiários participaram da reunião. Na função de supervisor, mantive contatos regulares com a coordenação do CAPS.

variável entre uma e três horas, com uma participação que varia de oito a vinte usuários, de acordo com a natureza da atividade. Cada oficina é coordenada por um ou dois estagiários e algumas contam com a presença constante de um profissional da instituição. A participação dos usuários é facultativa e todos são convidados sem nenhuma obrigatoriedade de permanência durante a realização da oficina ou de uma continuidade na semana seguinte<sup>74</sup>. Apesar dessa flexibilidade, observamos uma grande assiduidade na participação.

Os diagnósticos psiquiátricos são variados e a internação em hospital psiquiátrico é uma vivência que quase todos tiveram. As idades são também variadas, mas com preponderância para a faixa entre 25 e 45 anos, o que significa que são pessoas em plena fase produtiva de suas vidas. Todos se encontram desempregados ou aposentados por invalidez.

Nossa opção pelo trabalho com oficinas terapêuticas justifica-se, entre outros motivos, pelo fato de que são importantes instrumentos de produção de cuidado e têm sido amplamente adotadas nos novos serviços substitutivos. Nestes espaços se desenvolvem atividades expressivas, artísticas, artesanais, culturais que podem tanto privilegiar a expressão, quanto privilegiar o aprendizado de alguma habilidade (marcenaria, papel reciclado, etc.) ou privilegiar a possibilidade de uma circulação social.

As oficinas têm sido objetos de reflexão de diversos trabalhos (Araújo Lima, 1997; Rauter, 2000; Galleti, 2001; Costa e Figueiredo, 2004, dentre outros). Neste capítulo, gostaria de destacar alguns pontos que norteiam as atividades que propomos neste estágio.

Arte e trabalho são duas complexas categorias centrais ao se refletir sobre as oficinas. Ambos têm uma função vital para o processo de humanização: a inserção no mundo da cultura. Ao produzirem produtos, que podem assumir a forma de bens e serviços, estão gerando valor de uso e de troca, estão gerando valor social<sup>75</sup>. Este valor social produz a riqueza de uma nação, como se sabe, desde Adam Smith<sup>76</sup>. É o trabalho do homem que gera a produção material da vida.

---

<sup>74</sup> Exceto as oficinas que pela natureza de sua atividade restringem o número de usuários participantes ou limitam a entrada e saída durante a sua realização.

<sup>75</sup> Gostaria de sinalizar que há uma perspectiva de análise marxista sobre o valor social do trabalho e o processo de alienação e produção da mais-valia. E sobre o importante papel da arte nesta discussão como questionadora e geradora de reflexão crítica.

<sup>76</sup> Adam Smith (1723-1790), economista, autor do livro *A riqueza das nações*, e considerado por Engels, o primeiro economista a reconhecer o trabalho como fonte de riqueza.

Porém, há dimensões subjetivas importantes a se destacar. Há produção de vida. Não se produz somente objetos de consumo, se produz relações entre indivíduos, se produz relações sociais. Relações marcadas pela alienação, capturadas pelos processos sociais do modo de produção capitalista, mas potencialmente produtoras também de rupturas, de resistências, de lutas sociais. Deleuze e Guattari (1976) destacam essa relação entre trabalho, capitalismo, subjetividade, desejo e produção de vida. Para os autores o desejo é produtor não apenas de fantasias, mas de mundos.

Neste sentido, observam que:

[...] as oficinas serão terapêuticas ou funcionarão como vetores de existencialização caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre produção desejante e produção da vida material. Caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor (Rauter, 2000, p269/270).

A palavra oficina, segundo o dicionário Aurélio, significa “lugar em que se verificam grandes transformações”. Talvez essa definição nos traga o essencial daquilo que se objetiva: possibilitar grandes transformações. Trata-se de construir um espaço de acolhimento ao sofrimento psíquico; de possibilitar a re-significação e construção de sentidos existenciais; de produção de uma subjetividade talvez menos oprimida; de circulação e de reconquista dos espaços sociais; de transformação da qualidade de vida.

Mais do que uma atividade de caráter técnico, essa proposta impõe-se como uma necessidade e uma exigência ética (Saraceno, 1996). Implica em mais do que reinserir ou reabilitar por meio de uma técnica inovadora. Implica em assumir uma responsabilidade sobre o ato de cuidar, que tem conseqüências de ordem política, social, cultural, etc. Ao se assumir a perspectiva da complexidade do existir humano, o sofrimento se impõe com suas múltiplas facetas. É impossível separar o surto psicótico do Sr. José das suas condições de vida e de seus familiares; das condições históricas que fizeram da internação, dispositivo de exclusão e invalidação social; da cultura que estigmatiza e segrega. Tratar um surto é muito mais do que ministrar remédios e atividades. É pensar em como transformar a vida do Sr. José. As oficinas podem se constituir em um importante caminho para essa transformação.

É nesta perspectiva que entendo o trabalho com as oficinas terapêuticas e a inserção do estagiário. As oficinas não são um fim. São apenas trilhas, veredas. São possibilidades de construção de novos territórios existenciais, a partir de um encontro com alguém e da produção de um algo. Alguém que ocupe este lugar de acolhimento,

de respeito a singularidade, de escuta, por vezes de incentivo, por vezes de intervenção na relação. Um lugar de suporte de uma relação que aposta no bom encontro, na provocação, na criação. É um algo produzido que é muito mais do que a concretude do objeto. É um algo que condensa relações de troca, marcas subjetivas, afetos. Um algo que produz linguagem. Convida ao diálogo, convida a uma reinvenção.

O que buscamos com os estagiários é a construção desse lugar. Aprender fazendo. Aprender saberes e fazeres que se constroem no contato com o sofrimento do usuário, com as suas condições de vida e de existência. Contato difícil, que revela as duras dimensões deste existir. Um estagiário afirma que o momento mais marcante foi, em seu primeiro dia de estágio, ouvir de uma usuária que ela havia gostado de uma visita ao aeroporto, pois a deixaram entrar. Sua vivência e percepção dos espaços urbanos era a de uma constante interdição. Outros se espantam com as moradias em que vivem os usuários e suas famílias: casas de construção precária, com poucos objetos, sem energia elétrica, sem saneamento básico. - *Como é possível morar assim?* Outros se sentem incomodados com as confusas e complicadas redes de relações afetivas familiares: o usuário que com sua aposentadoria é arrimo da família, mas não pode sequer tocar no seu dinheiro; usuários que dormem no chão de uma edícula no fundo da casa e só entram para realizar as refeições; a família que solicita internação toda vez que o usuário expressa algo de sua subjetividade. E sempre há o assombro, a dúvida que arrebate ao ouvir o delírio, ao sentir o olhar que atravessa e não nota a presença, ao entrar em contato com este estranho modo de viver, de sentir, de tentar habitar o mundo. - *De que se trata?* - *Como dialogar?* Neste sentido a oficina é um caminho que descortina ao aluno todo um universo de possibilidade de intervenção e invenção que vão muito além da coordenação de um grupo de atividade expressiva e aponta para a complexidade que é o cuidar.

O poema de Ferreira Gullar, talvez possa nos auxiliar a pensar que uma parte deste nosso trabalho é como mergulhar em um universo diferente, que exige de nós uma tradução:

#### **Traduzir-se**

Uma parte de mim é todo mundo  
Outra parte é ninguém, fundo sem fundo  
Uma parte de mim é multidão  
Outra parte estranheza e solidão  
Uma parte de mim pesa, pondera  
Outra parte delira  
Uma parte de mim almoça e janta

Outra parte se espanta  
Uma parte de mim é permanente  
Outra parte se sabe de repente  
Uma parte de mim é só vertigem  
Outra parte linguagem  
Traduzir uma parte na outra parte  
Que é uma questão de vida e morte  
Será arte?

Este contato vivo com este universo de dramas da existência humana questiona radicalmente a doença mental como categoria central do modelo psiquiátrico hegemônico e provoca os estagiários a refletir criticamente sobre os recursos teóricos e técnicos que possuem, levando-os a buscar novas possibilidades, a inventar novos recursos. Procuramos estimulá-los a pensar as atividades em uma lógica de produção de cuidado que se oriente pelos problemas e pelas necessidades dos usuários, buscando acolher seu sofrimento, estabelecer estratégias que possam aumentar seu poder contratual, potencializar sua autonomia, melhorar a sua qualidade de vida.

Uma boa conversa à sombra de uma árvore ou uma caminhada pela cidade; ofertar uma atividade expressiva e descobrir potencialidades criativas; resgatar histórias de vida ao se preparar um bolo; apropriar-se do território visitando locais e espaços da cidade; ajudar um usuário a organizar uma festa em sua casa; acompanhar um usuário a uma loja para comprar um rádio; pensar alternativas para moradia, projetos de geração de renda, projetos de inclusão social. Trata-se de um encontro produtor de vida. É estimulante ouvir o relato entusiasmado de um estagiário que conta sobre um paciente que, pela primeira vez, depois de meses de convite, participa da oficina e, ao final, afirma, “Semana que vem eu volto”. Ou de um outro que não se comunicava com ninguém e, certo dia, passa a frequentar a oficina e começa a falar sobre sua vida, sobre sua história. Ou ainda, aquela usuária, descuidada de sua aparência que faz questão de dizer à estagiária que naquele dia tomou banho e se arrumou para vir à oficina. São todos exemplos do cotidiano, de uma produção de cuidado feita de detalhes, de simples gestos que podem transformar uma vida, possibilitar o usuário habitar o mundo, habitar seu tempo. Realizamos semanalmente seminários teóricos nos quais buscamos, a partir das demandas trazidas pelos estagiários, instrumentalizá-los com leituras, discussões e reflexões sobre esta clínica, que é adjetivada de múltiplas maneiras, conforme apresentamos no capítulo 3.

O estágio procura inserir-se no cotidiano do serviço, integrando-se como um recurso a mais. É um aprender que também se faz na relação com os profissionais da

equipe do CAPS, com a diversidade de formações, as potencialidades e limitações. Este também é um lugar a ser construído. Participar das reuniões da equipe, discutir as estratégias de cuidado, explicitar as opiniões, aprender a ouvir e conviver com posições por vezes antagônicas, administrar conflitos, lidar com as decepções e frustrações. Trata-se aqui de um trabalho que procura ser construído de forma coletiva.

Para tanto, os estagiários têm contato com o universo da saúde coletiva. Nos seminários teóricos, também discutimos a história da saúde pública, Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, a emergência de um novo paradigma assistencial. Os estagiários são estimulados a participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências Municipais de Saúde. Enfim, têm contato com as propostas de transformação da assistência em saúde e saúde mental e de suas vicissitudes, ou seja, da distância que há entre intenção e gesto, entre o que é proposto e a realidade.

Estimulamos o exercício de uma diversidade de possibilidades de invenção de cuidados que se produzem a partir da construção de um lugar que olha e escuta o sofrimento psíquico como um objeto complexo, como uma dimensão do existir humano. Lugar da ousadia do criar, de correr riscos, do ir além. Lugar ético, de ruptura com as práticas hegemônicas, de compromisso com a transformação, que olha para este existir no futuro sonhando com mudanças, que se nega à condição de carcereiro da loucura e alinha-se com os segmentos subalternos, na perspectiva da criação de um bloco histórico contra-hegemônico.

O CAPS se tornou uma referência de vital importância para os usuários. É na rotina dos encontros que questões cruciais da vida de cada um vão sendo discutidas e pensadas. Como decorrência, são elaborados projetos terapêuticos que se tornam cada vez mais projetos de vida, nos quais se discutem relações familiares, trabalho, moradia, ou seja, diversificando as estratégias de cuidado.

Aumentamos a complexidade e a diversidade dos trabalhos das oficinas e, algumas, se tornaram uma alternativa para, por um lado, produzir marcas na cultura local e, por outro, se constituir como projetos alternativos de geração de renda. Podemos citar dois exemplos: a oficina de música evoluiu para a constituição de um conjunto musical intitulado Banda Lokonaboa, que realiza apresentações em diversos eventos na cidade de Assis e vai conquistando um lugar no cenário cultural da cidade e a oficina de velas, que realiza uma produção que têm sido colocada à venda em eventos. O processo de produção, escolha das velas para a venda, preços e etc., são todas etapas discutidas coletivamente pelos participantes. Tudo isso levou a criação em 2002, da Associação

dos Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Assis, nomeada por eles como PIRASSIS, que já citamos anteriormente.

Os estagiários em suas atividades nas oficinas entram em contato com diferentes dimensões da existência e com diferentes recursos para a produção do cuidado: a arte, o trabalho, a moradia, lazer, cultura, esportes. Vivenciam de forma intensa a riqueza da diversidade, aprendendo “outras línguas”, “outras palavras”. Descubrem o árduo desafio de cuidar do sofrimento psíquico, possibilitar a inclusão social, participar de processos de transformação.

### **Programa de Aprimoramento Profissional**

Uma outra importante ação nessa terceira margem refere-se ao Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Pública que realizamos em uma gestão colegiada entre UNESP, Direção Regional de Saúde VIII de Assis (DIR VIII), Secretarias de Saúde dos municípios participantes.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, conta, desde a década de 70, com o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), um programa de capacitação e formação de quadros para a saúde pública destinado a profissionais recém-formados de diversas áreas. As instituições credenciadas junto ao PAP oferecem cerca de 300 diferentes programas de aprimoramento, abrangendo, diversas e diferentes áreas: enfermagem, análises clínicas, psicologia, biologia, serviço social, nutrição, sociologia, terapia ocupacional, biomedicina, química, fonoaudiologia, farmácia, bioquímica, medicina veterinária, odontologia, fisioterapia, biblioteconomia, educação física, entre outros. As instituições participantes são todas do Sistema Único de Saúde. Os aprimorandos recebem uma bolsa-auxílio, cuja administração é feita pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP. A duração dos programas varia de um a dois anos e a carga horária semanal é de 40 horas de atividades, 20% delas consistindo em trabalho teórico em aulas– seminários e revisões bibliográficas– as demais em treinamento em serviço.

Desde o ano de 2000, implantou-se o Programa de Aprimoramento em Saúde Mental e Saúde e desenvolve suas atividades nos seguintes municípios da região: Assis, Candido Mota, Maracaí e Salto Grande. Com o objetivo de aperfeiçoar e inserir o novo

profissional nos serviços públicos de saúde mental, esse programa vem construindo estratégias para possibilitar uma capacitação profissional por intermédio de seminários, aulas teóricas, pesquisas de campo, e por meio da participação em supervisões, bem como, em reuniões e eventos significativos da DIR VIII. Todas essas atividades visam o desenvolvimento de uma consciência crítica do modelo hegemônico; a análise da trajetória histórica da Saúde Mental na Saúde Coletiva; o conhecimento de seus paradigmas e suas práticas; ações e intervenções transformadoras em situações concretas de atenção à saúde da população dos municípios em que se realiza o Aprimoramento.

O Programa é gerenciado por um colegiado formado por representantes: da DIR VIII, instituição credenciada junto a Secretaria Estadual de Saúde para desenvolver o PAP; da UNESP, que assume a responsabilidade pela supervisão dos aprimorandos e pelo planejamento e organização dos conteúdos teóricos; das Secretarias Municipais de Saúde, as quais se responsabilizam em ofertar o campo de atuação por meio dos serviços de saúde mental. Por se tratar de um programa que se desenvolve com profissionais, o colegiado instituiu regras para o município participar do programa, buscando construir uma contrapartida institucional e assegurar que o programa se constitua de fato em uma aprendizagem em serviço e não em uma utilização de mão-de-obra.

O Programa é aberto a Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiras e Terapeutas Ocupacionais<sup>77</sup>. Ao longo dos 10 períodos da semana (manhãs e tardes), os aprimorandos escolhem um município para dedicar maior carga horária, participando da rotina das atividades do serviço ou de propostas de trabalho acordadas especialmente para eles. Uma carga menor de horário é dedicada a outro município, no qual o aprimorando participa como colaborador com outro aprimorando, nas atividades desenvolvidas. Dois períodos da semana são dedicados à supervisão, seminários e aulas teóricas.

No município de Candido Mota<sup>78</sup>, as atividades de observação, de pesquisa e de inserção institucional começaram a ser desenvolvidas junto à equipe de saúde mental do Centro de Saúde. As ações de inserção do psicólogo aprimorando ocorriam no Pronto Atendimento e no grupo de acolhimento de usuários novos, em que se procura

---

<sup>77</sup> Nestes mais de cinco anos, tivemos apenas a participação de Psicólogos e Assistentes Sociais. Não tivemos nenhuma enfermeira e nenhuma terapeuta ocupacional aprovadas no processo seletivo.

<sup>78</sup> Candido Mota conta com uma população estimada, segundo IBGE-2004, de 31.000 habitantes e está distante 12 km do Município de Assis.

construir um vínculo do usuário com o atendimento, em termos de sua implicação subjetiva com o seu sofrimento. A partir de 2003, iniciou-se em um distrito da cidade com cerca de 3.000 habitantes, um trabalho de oficina em um salão comunitário para os usuários da saúde mental daquele distrito, distante do Centro de Saúde. As atividades artesanais e o encontro com as profissionais (psicóloga e uma assistente social) foram atraindo a atenção de outras pessoas da comunidade. Então, o projeto ampliou-se para a participação dos moradores que assim desejassem, criando-se um espaço semanal de convivência.

Em Salto Grande, um município com uma população estimada de 9.000 habitantes<sup>79</sup>, o Programa de Aprimoramento da DIR-VIII contribuiu para a criação, em 2001, das ações de saúde mental. Nos três primeiros anos, foram desenvolvidas atividades voltadas para uma melhor estruturação e organização destas ações. Procurou-se acompanhar alguns usuários com reincidências de internações psiquiátricas e os que voltam das internações no sentido de compreender e interceptar os fatores dessa reincidência. A Santa Casa tem sido utilizada como espaço de internações curtas evitando, dessa forma, o Hospital Psiquiátrico. Procurou-se, também, estruturar a porta de chegada e os tipos de atendimentos adequados às demandas da população desse território, desenvolvendo uma escuta e um acolhimento ao usuário no momento em que ele busca o serviço, no sentido de entender a sua demanda, o modo como se relaciona com ela e os possíveis encaminhamentos. Como consequência dessas ações, nos dois últimos anos, tem-se realizado atividades fora do Centro de Saúde, ativando recursos existentes na comunidade como um terreno da Santa Casa para um projeto de horta e um salão de uma escola para atividades expressivas com usuários da saúde mental e, também, para atividades com professores e alunos da escola.

Em Assis, com uma população estimada em 93.000<sup>80</sup> habitantes e em Maracáí, com uma população de 13.000 habitantes<sup>81</sup>, as atividades são desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial de cada um destes municípios. Os aprimorandos compõem com a equipe, elaborando e executando atividades, contribuindo com a formulação e revisão dos Projetos Terapêuticos Individuais e, fundamentalmente, tensionando e refletindo criticamente sobre o cotidiano da instituição.

---

<sup>79</sup> Segundo IBGE-2004, a cidade fica a uma distância de aproximadamente 45 km do Município de Assis próxima a Ourinhos, outra cidade referência na região.

<sup>80</sup> Estimativa IBGE-2004

<sup>81</sup> Estimativa IBGE-2004. Município distante cerca de 23 km de Assis.

Vale a pena sublinhar que todas as ações executadas pelos aprimorandos nascem de um processo de discussão proveniente das demandas das realidades de cada município com suas necessidades de transformação.

### ***Conclusão***

O relatório final da III Conferência de Saúde Mental, promovida pelo Ministério da Saúde em 2002, explicita em um trecho o papel da universidade e de outras instituições formadoras:

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental, [...] implica ampliar o debate acerca da Reforma Psiquiátrica para toda a sociedade [...] e, particularmente, promover a aproximação, interação e cooperação com os conselhos profissionais, universidades, escolas técnicas e escolas afins, de saúde pública, bem como com os centros acadêmicos, comprometendo-os na direção da revisão de seus currículos e promovendo uma capacitação interdisciplinar, multiprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca do campo da Saúde Pública e Saúde Mental, garantindo também uma prática profissional através da extensão universitária, especialização, residência e estágio para todos os profissionais da área de Saúde Mental. Quanto aos últimos, requer-se particularmente estimular e/ou facilitar os estágios acadêmicos ou voluntários, para que os universitários tenham sua formação e campo de atuação ampliados, possibilitando, também, a vivência interdisciplinar desde sua formação acadêmica (Brasil, 2002, p.78).

A transformação das práticas assistenciais no cotidiano dos serviços, a mudança dos modelos gerenciais, a efetivação do controle social, enfim, o avanço e a consolidação do SUS, dependem da priorização de uma política de formação e qualificação dos chamados recursos humanos. Nos últimos anos, o SUS tem consolidado modificações jurídico-políticas e institucionais que produziram efeitos na organização do sistema de saúde, re-pactuando as atribuições e responsabilidades nos diferentes níveis de gestão (federal, estadual e municipal). Neste mesmo processo de reorganização institucional, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diversas ações e projetos que fazem parte da agenda de investimento em uma política de RH, dos quais podemos destacar: Capacitação e Formação em Saúde da Família, por meio dos Pólos de Saúde da Família<sup>82</sup>, de cursos de especialização e de residência em Saúde da Família; Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores);

---

<sup>82</sup> Estes Pólos foram modificados e transformados em Pólos de Educação Permanente em fevereiro de 2003.

programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (Promed); Cursos de formação de Conselheiros de Saúde e do Ministério público para o controle social; e mais recentemente a constituição dos Pólos de Educação Permanente.

A participação da universidade, estabelecendo projetos de cooperação com as instituições de saúde como campo de estágio e de aprendizagem em serviço de profissionais recém-formados, possibilita, por um lado, a melhoria da qualidade da atenção prestada e, por outro, contribui para a mudança do modelo assistencial, tema prioritário na agenda, tanto do setor específico da saúde mental, quanto na saúde de maneira geral.

Via de regra, os processos de transformação encontram nas rotinas institucionais, nos profissionais que nelas estão mergulhados, uma de suas maiores fontes de resistência. Por vezes, quando encontramos gestores progressistas, desejosos de implementarem mudanças, descobrimos que a implicação e a vontade política são necessárias, porém não são suficientes para implantar e implementar transformações nos processos de trabalho de domínio dos trabalhadores. Normas, portarias, protocolos podem transformar-se em letra morta e não impactar em nada a assistência prestada. Por outro lado, podemos encontrar um quadro oposto: trabalhadores que buscam implantar transformações nos processos cotidianos de trabalho, mas que encontram dificuldades e obstáculos em administradores burocráticos que não desejam nenhuma mudança. Neste sentido as propostas de gestão de Merhy (2003) e de Campos (2000)<sup>83</sup>, ao implicarem as equipes, tanto na produção de serviço, na responsabilidade pelos projetos de cuidado, quanto na participação na organização e planejamento dos serviços, representam um importante avanço nos modelos de gestão da saúde.

E há estes “aprendizes de feiticeiros”, os estagiários e profissionais recém-formados, que levam para os serviços uma massa crítica em potencial e podem contribuir para sustentar, no interior das instituições, os processos de mudança do modelo assistencial, provocando a inércia institucional, estabelecendo alianças com atores implicados com propostas de transformação, executando ações de produção de cuidado mais criativas, explicitando demandas e ativando os recursos do território.

Nossa experiência em Assis tem demonstrado nos diversos campos de estágios desenvolvidos por esta universidade, que a presença de programas de extensão universitária, de alianças para a realização de estágios curriculares e extracurriculares, produz impactos positivos na qualidade da assistência prestada nas diversas instituições

---

<sup>83</sup> Conforme delineado no capítulo anterior.

envolvidas. Como afirmamos, a massa crítica levada às instituições pelos estagiários e profissionais recém-formados, provoca, nos diversos atores envolvidos, diferentes efeitos: alguns destes referem-se à dificuldade e à resistência em aceitar a presença do estagiário, desqualificando sua participação e seu trabalho, boicotando reuniões e encontros. Outros efeitos provocam nos profissionais a necessidade de rever seu lugar profissional, de buscar novos recursos teóricos e técnicos, de qualificar suas ações, de participar mais ativamente na melhoria da qualidade dos processos de trabalho em que estão envolvidos.

Em um projeto de construção de sonhos e utopias, os atores que participam da universidade devem dialogar intensamente com o território a sua volta, embora muitos afirmem que não seja seu papel mais importante. Podemos não ter as soluções para os problemas da região que estamos inseridos, mas no mínimo devemos contribuir com o que temos de melhor, nossa capacidade de pensar e refletir criticamente, de apontar problemas, de produzir saberes e fazeres, de propor caminhos. Não penso aqui, como já afirmei, na universidade como mera prestadora/vendedora de serviços, uma comerciante de saber, mas como um importante ator na construção de projetos loco - regionais de autonomia.

Em um cenário de globalização da economia, o valor do conhecimento ganha um sentido econômico, refletindo de forma intensa nos objetivos de sua produção como meio de conquista de posições estratégicas no mercado. O ensino, a pesquisa e a extensão da universidade têm norteado, cada vez mais, a sua produção por uma lógica de mercado, estabelecendo parcerias com setores produtivos. Para Chauí (2001) esta lógica tem reflexos sobre a questão da qualidade da produção de conhecimento definida como competência e excelência, cujo critério é o atendimento às necessidades de modernização da economia e desenvolvimento social, cuja régua é orientada por três critérios: quanto uma universidade produz, em quanto tempo produz e qual o custo do que produz. Para esta autora a partir dos anos 90, a Universidade deixa de ser uma instituição social e passa a ser uma organização, uma *Universidade Operacional*, regida por contratos de gestão, avaliada por índices de produtividade, calculada para ser flexível e estruturada por estratégias e programas de eficácia organizacional.

Neste sentido impõe-se aos setores da Universidade, atentos a esta valoração excessiva e perniciosa aos valores do mercado, a tarefa de refletir e de retomar a Universidade, não como organização social, como Universidade operacional, mas como instituição social, resgatando aspectos que Chauí (2001) destaca:

Em suma, se por pesquisa entendermos a investigação de algo que nos lança na interrogação, que nos pede reflexão, crítica, enfrentamento com o instituído, descoberta, invenção e criação; se por pesquisa entendermos o trabalho do pensamento e da linguagem para pensar e dizer o que ainda não foi pensado nem dito; se por pesquisa entendermos uma visão compreensiva de totalidades e sínteses abertas que suscitam a interrogação e a busca; se por pesquisa entendermos uma ação civilizatória contra a barbárie social e política, então, é evidente que não há pesquisa na universidade operacional (Chauí, 2001, p.193).

É neste horizonte ético que colocamos o trabalho desenvolvido pelo núcleo de pesquisa e estágio que estamos implicados e por boa parte desta instituição: a de fazer do nosso cotidiano um processo civilizador, formador de cidadãos críticos e atuantes no sentido de transformação da realidade social. Trata-se de uma escolha.

Retornando ao Paulo Freire, ele condena de forma veemente a frase tantas vezes repetida “a realidade é assim mesmo” e denuncia a sua tendência ideológica, ao afirmar que nenhuma realidade é imutável:

A realidade não é esta mesma. Nenhuma realidade é porque tem de ser. A realidade pode e deve ser mutável, deve ser transformável. Mas, para justificar os interesses que obstaculizam a mudança, é preciso dizer que ‘é assim mesmo’. O discurso da impossibilidade é, portanto, um discurso ideológico e reacionário. Para confrontar o discurso ideológico da impossibilidade de mudar tem-se de fazer um discurso também ideológico de que pode mudar, mas fundado, inclusive, na verdade científica de que é possível mudar. Eu não aceito, eu recuso completamente essa afirmação, profundamente pessimista, de que não é possível mudar (Freire, 2001, p.169).

Insistimos ao longo deste trabalho na construção dos sonhos, de uma utopia. Não nos contentamos ou nos conformamos com o possível, o permitido, o estabelecido e nos sentimos incomodados, indignados por aquilo que se apresenta neste nosso tempo, à nossa volta. Nos sentimos desafiados a olhar o que se esconde para além da linha do horizonte. Vislumbrar em nossos sonhos diurnos uma Utopia nascida de um processo de profunda transformação.

Será ela impossível, sonho irrealizável? Acho, tenho quase esta certeza delirante ou realista, que não devemos nos iludir com esta cantilena reacionária e devemos ser os combatentes que exploram sistematicamente cada possibilidade que se apresenta em nosso cotidiano, apostando e buscando a mudança. Paulo Freire diz, a esse respeito, o seguinte:

Eu gosto de ser gente porque eu vivo entre a possibilidade de mudar e a dificuldade de mudar. É viver a dialética de poder e não poder que

satisfaz a minha presença no mundo, de um ser que é, ao mesmo tempo – e porque é – objeto da história e, no momento em que se reconhece objeto da história, pode vir a ser sujeito da história (Freire, 2001, p.170).

Trata-se de uma escolha, uma opção ética. Construir esta terceira margem da universidade. Acreditar que “mudar é difícil, mas é possível”. Acreditar que um outro mundo é possível. Com justiça social, com distribuição da riqueza produzida, com profundo respeito às diferenças, respeito e convivência com o outro, com o ecossistema. Enfim, acreditar na possibilidade do sonho.

# CONCLUSÃO

## PLANTADORES DE SONHOS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA É UM PROCESSO CIVILIZADOR

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A mágica presença das estrelas!

(Mário Quintana)

Ao longo deste trabalho procurei caracterizar este amplo e diversificado movimento de transformação da assistência em saúde mental utilizando os mesmos termos adotados por Amarante (2003) que compreende a Reforma Psiquiátrica como um “processo social complexo”. Este autor nos informa que a palavra processo nos remete a pensar em algo em permanente movimento, sem um fim predeterminado, nem objetivo último ou ótimo. Acrescentaria que, para o dicionário Houaiss (2001), a palavra significa ação continuada, realização contínua e prolongada de alguma atividade. Assim, podemos considerar que desde o final dos anos setenta, de modo mais intenso e claro, com as primeiras críticas radicais ao manicômio, ao totalitarismo das instituições psiquiátricas, passando pelos anos oitenta com a invenção de novas instituições, de novas formas de produzir o cuidado em saúde mental, afirmando-se como movimento social, consolidando-se nos anos noventa como uma política pública nacional de saúde, temos uma diversidade de ações, que se prolongam neste tempo. Temos um processo. Processo que não se restringe apenas ao sub-setor da saúde mental, mas amplia-se para outros setores da saúde. Abrange, implica e estabelece alianças com outros segmentos da sociedade, o que coloca em cena muitos e diferentes atores sociais envolvidos com proposições e interesses que entram em conflito, exigem negociação, superação, mudança. E isso nos leva ao segundo termo, “processo social”. E a estes dois agrupa-se o termo complexo, pois:

[...] se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade (Amarante, 2003, p.49).

Abrangência e complexidade de um processo social, o qual Amarante (1999, 2003) caracteriza em quatro dimensões que utilizei como eixo deste trabalho. Como já

me referi anteriormente, o que diferencia o processo da Reforma Psiquiátrica de outras reformas da psiquiatria é uma característica essencial que imprime na palavra *reforma* uma tensão paradoxal permanente: a ruptura. Neste sentido, busquei construir uma conceituação “forte” da Reforma Psiquiátrica, caracterizando-a como uma radical ruptura com o modelo asilar predominante e como construção de novo paradigma científico, ético e político.

Ao analisar a dimensão epistemológica, evidencio a ruptura com o modelo hegemônico de produção de saberes que fundamentam e autorizam o saber/fazer psiquiátrico. A partir da reflexão crítica dos conceitos fundantes da ciência, tais como neutralidade e determinismo, procurei estabelecer as relações entre a racionalidade científica moderna e a produção dos conceitos e das práticas da medicina e da psiquiatria. A análise crítica de diversos outros autores, tais como Boaventura Souza Santos, Edgar Morin, Ilya Prigogine, Isabelle Stengers, apontam que vivemos um momento de transição de paradigmas. Buscando encontrar a Verdade definitiva sobre os mistérios da natureza e do homem, a ciência encontra apenas verdades provisórias, limitadas. Buscando encontrar imutabilidade, determinações e simplicidade, encontra instabilidade, caos e complexidade. No lugar do fundamento último do saber, as certezas definitivas, ela encontra apenas possibilidades. No lugar de uma ciência autônoma e independente e de cientistas acima do bem e do mal, encontra a história do homem e a defesa de seus interesses, produzindo saber para legitimar poder. É neste panorama de transição paradigmática que busquei situar a ruptura epistemológica proposta pela Reforma Psiquiátrica. Para Rotelli:

[...] o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença [...]. O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (Rotelli, 2001, p. 28-30).

Ruptura com o modelo psiquiátrico ou Modo Asilar, de acordo com Costa-Rosa (2000), baseado no isolamento, na tutela, na disciplinarização e que têm no manicômio uma de suas expressões, mas não a única. Seus conceitos permeiam a prática dos profissionais de saúde que, mesmo nos chamados novos serviços, podem reproduzir a mesma lógica que leva a exclusão.

Ruptura que nasce da invenção de saberes e fazeres que constroem um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico. Estamos aqui na dimensão técnico-assistencial, a qual procurei apresentar, por meio de uma cartografia sobre alguns dos conceitos-ferramentas, instrumentos do trabalho cotidiano destes serviços que se constituem de coletivos de profissionais que se responsabilizam pelo acesso e pela demanda de saúde mental de seu território, acolhendo e produzindo estratégias diversificadas de cuidado de saúde e de inclusão, construindo uma ampla rede social.

Processo social complexo encarnado e concretizado pelas ações de protagonistas, imersos e implicados profundamente com o seu tempo histórico, que ampliaram o campo da Reforma Psiquiátrica fazendo dela também uma luta política para uma transformação social, em estreita vinculação com a Reforma Sanitária. Conforme já frisei, a saúde possui um valor universal. É parte integrante das condições mínimas de sobrevivência e, como direito, componente fundamental da democracia e da cidadania. Esta é a dimensão que re-nomeei como política, retomando o percurso histórico da Reforma Psiquiátrica, desde seu nascimento no contexto político de retomada dos movimentos sociais e da redemocratização do país, até a sua consolidação com a atual política pública de saúde mental.

Por fim, processo social complexo que tem em sua dimensão sócio-cultural, um projeto de construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário social e de suas relações com a sociedade. Naquele capítulo busquei apresentar, com a análise de uma experiência concreta, as possibilidades de se produzir, no interior de uma Universidade, um processo de mudança na formação de profissionais, principais agentes responsáveis pela construção daquele novo lugar. Trata-se aqui não de refletir apenas sobre os aspectos técnicos da formação, mas principalmente refletir sobre formar para quê, para quem. Ou seja, para qual prática social estamos preparando nossos alunos, para a defesa de quais interesses, para qual sociedade. Encena-se aí o desejo de preparar profissionais de um novo tipo para um novo tempo, para que no projeto de construção do amanhã possam ser aqueles que fazem a diferença, que se implicam, que fazem acontecer.

Todos estes aspectos e dimensões demonstram que a Reforma Psiquiátrica, como já afirmei, não pode ser confundida com uma transformação nos serviços de saúde mental, ou seja, em uma modificação na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho. Ela é muito mais ampla e complexa. Refere-se à

ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

Benilton Bezerra Jr. afirma que o processo da Reforma Psiquiátrica:

Trata-se de não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial 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 (Bezerra Jr., 1992, p.113).

Se para Paulo Freire a educação deve ser entendida como prática da liberdade, então, talvez possamos pensar na promoção da saúde como promoção e produção da liberdade, como defesa radical da vida (Campos, 1994). Uma defesa impregnada de valores que almejam a transformação social. Trata-se, enfim, de processo social complexo que engendra um processo civilizador.

Vale aqui esclarecer que ao falar em “processo civilizador” não estou tomando como princípio o fato de existir uma civilização, ou uma cultura, superior a outra, nem me referindo a um processo de imposição de produtos culturais de uma economia mais desenvolvida sobre outra menos desenvolvida. Este conceito de civilização que, grosso modo se confunde com o de modernidade, surgiu para diferenciar a sociedade europeia, branca, masculina, cristã, dos povos do recém-descoberto “Novo Mundo”. Nasceu para construir uma identidade em oposição ao estrangeiro, ao diferente, ao bárbaro, ao outro. Esta oposição, que apresenta uma grande ambigüidade, é tema de intenso debate, especialmente após os acontecimentos de 11 de setembro de 2001. Não pretendo me aprofundar neste debate<sup>84</sup>, mas gostaria de lembrar as duas grandes guerras mundiais, as diversas guerras étnicas e separatistas, os diversos genocídios, e outros inúmeros fatos, para ficar apenas no século XX. Eles demonstram que encontramos atos bárbaros no interior das sociedades civilizadas, especialmente as que chamamos de modernas, cometidos em nome da defesa destas mesmas civilizações, muitas vezes com o “refinamento nos modos” e a “alta tecnologia”. Os campos de extermínio da Alemanha nazista foram respostas “racionalis” e “tecnológicas” a uma necessidade: o modo mais

---

<sup>84</sup> O conjunto de textos encontrados no livro *Civilização e Barbárie*, organizado por Adauto Novaes, e editado pela Companhia das Letras é uma boa fonte de consulta para diferentes aspectos deste debate atual.

eficiente e eficaz de eliminação, uma mórbida linha de produção. Neste sentido, o projeto Iluminista de uma evolução civilizadora rumo à liberdade, à felicidade, engendrou, também, barbárie. Assim uma dúvida pode ser colocada: quem é bárbaro e quem é civilizado?

Wolf (2004) busca responder a esta questão, analisando três diferentes sentidos do binômio civilização/barbárie: a primeira considera a civilização como um processo progressivo, no qual os povos são libertados dos costumes grosseiros e rudimentares de sociedades tradicionais e fechadas para se “civilizar”, ou seja, para abrir-se em uma sociedade mais complexa e urbanizada, permeada por costumes e modos polidos, elegantes, refinados. Norberto Elias (1993) descreve como, entre os séculos XI e XIX, se desenvolveu esta modelagem da sensibilidade e do comportamento humanos. Bárbaros serão aqueles que se comportam como brutos, grosseiros e desconhecem as boas maneiras. Uma segunda visão diz respeito à civilização como as ciências, as letras e as artes, como o patrimônio mais elevado de uma sociedade. Não propriamente toda a cultura, mas sua parte mais especulativa, contemplativa, espiritual. Aqui bárbaros serão todos aqueles insensíveis ao saber ou à beleza pura. E por fim, um terceiro sentido que designa tudo aquilo que nos costumes pressupõe o respeito pelo outro, assistência, cooperação, compaixão, conciliação e pacificação das relações. Aqui, barbárie está relacionada a tudo o que supõe uma violência vista como primitiva ou arcaica, a uma luta impiedosa pela vida. Representa aqui a perda de qualquer sentimento humanitário. Após buscar os pontos comuns a estes três sentidos, analisa duas posições teóricas que, por um lado, admitem um sentido etnocêntrico, uniformizador e expansionista para o conceito de civilização, ou seja, civilizado “somos nós”, bárbaros “são os outros”. E, por outro lado, uma posição relativista que afirma ser impossível afirmar qual povo é mais civilizado do que outro, o que nega qualquer valor humano como universal. O autor procura apresentar uma posição alternativa buscando exatamente este valor universal. Para ele, bárbara é toda cultura que não disponha, em seu interior, de possibilidades que lhe permitam admitir, assimilar ou reconhecer uma outra. Acrescentado diz:

Conseqüentemente, diremos que uma cultura específica é “civilizada” quando, independentemente da riqueza ou da pobreza de sua cultura científica, de seu nível de desenvolvimento técnico, ou da sofisticação de seus costumes, ela tolera em seu seio uma diversidade de crenças ou práticas (excluindo-se, evidentemente, práticas bárbaras). Uma cultura civilizada é sempre virtualmente mestiça (Wolf, 2004, p. 41-42).

Bárbaros são aqueles que acreditam que sua cultura é a única forma de humanidade possível, aqueles que são incapazes de pensar no uno e no múltiplo. São incapazes de conviver com a alteridade, com o estrangeiro, com o outro. Portanto existem práticas ou culturas bárbaras e civilizadas.

É nesta perspectiva que penso no processo civilizador: como movimento que busca construir esta sociedade mestiça, marcada pelo diálogo, pela convivência e por um profundo respeito às diferenças, pois, segundo Kehl:

Tolerar o estranho não significa apenas permitir que ele exista em algum lugar, longe de nós. Não significa apenas suportar que ele ocupe a periferia de um mundo no qual nós, modernos civilizados, supomos ocupar o centro. Abrigar e tolerar o estranho é permitir que ele nos desestabilize permanentemente, deslocando nossas certezas, borrando as fronteiras de nossa suposta identidade, oferecendo traços identificatórios que frustram o outro projeto moderno, de unicidade, e individualidade. Tolerar o estranho é tolerar também a incerteza que ele traz (Kehl, 2004, p.102).

Neste sentido penso aqui na sociedade que desejo para legar às gerações futuras. Nos valores éticos que sonho um dia se incorporarem ao cotidiano das pessoas. Sonho e desejo, também, que os bens econômicos, culturais e científicos possam estar à disposição e serem compartilhados por todos que fazem parte da sociedade que os produziram.

Uma vez esclarecido o que entendo por processo civilizador, gostaria de destacar que no material de divulgação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, podem ser lidas as seguintes palavras de Sérgio Arouca:

A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca vamos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira.

Ao falarmos dos princípios da Reforma Sanitária, compartilhados pela Reforma Psiquiátrica, que são a universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade, descentralização, municipalização, intersertorialidade e controle social, estamos a falar não apenas de princípios de um sistema gerencial, tecno-assistencial que organizam um sistema de produção de cuidados de saúde. Estão aí implícitos valores que apontam para o projeto de uma sociedade com justiça social, em que todos os cidadãos são livres, iguais e podem ter acesso, na medida de suas necessidades e de maneira integral, aos bens, serviços e às ações de promoção de saúde, entendida em

seus múltiplos determinantes sociais. O que implica acesso não apenas à especificidade da saúde, mas também a uma coletivização de distintos bens e riquezas produzidas pela sociedade, por meio de políticas sociais e econômicas. Projeto que implica, também, em uma ativa participação da comunidade na gestão e no controle. São princípios e valores que tensionam cotidianamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça, de uma quase barbárie.

Valores que possuem a consistência concreta de atos e gestos cotidianos que podem fazer a diferença na vida daqueles que tomamos o encargo e a responsabilidade de cuidar. Por exemplo, atos de generosidade, de hospitalidade, de respeito à diferença. Estes são antônimos de avareza e hostilidade ao outro, valores tão cultivados pelo modo de levar a vida regido pela busca frenética de acumulação e de competitividade. Busca, também, de uma auto-suficiência que Joel Birman aponta como característico do modelo de subjetivação contemporâneo, promovido pela cultura do narcisismo e do espetáculo. De acordo com Birman:

A auto-suficiência, como princípio, implica uma hierarquia de base, segundo a qual alguém pode afirmar que pode prescindir dos outros, pois se bastaria. O que significa dizer que um tal sujeito se coloca em uma posição de superioridade ontológica em relação aos demais, tendo seu valor incrementado (Birman, 2000, p. 184).

Para ele, a auto-suficiência é uma ilusão, uma pretensão com a marca do absurdo, pois pressupõe um autocentramento que se alimenta ao colocar o outro em uma posição de coisa. O que importa é o engrandecimento do “eu” às custas do outro, em uma cena construída para o olhar, para o espetáculo.

Se acreditamos, como Wolf (2004), que a barbárie refere-se a esta posição de fechamento ao diferente, esta auto-suficiência, esta cultura do narcisismo de que nos fala Birman, aponta para um traço de barbárie de nossa sociedade contemporânea que tende a negar a possibilidade da diferença e vê no outro, na alteridade, algo que ameaça, algo a ser destruído, eliminado. Barbárie é não aceitar o outro como diferente. Este traço tem consequências cotidianas que estampam todos os dias as páginas dos jornais: da violência urbana cotidiana à guerra no Oriente Médio. Há claros indícios de barbárie nesta sociedade com sua economia globalizada.

Os valores que propomos neste processo civilizatório são, assim, contra-hegemônicos. Valores, que quando colocados em ato, revelam a nossa disposição para a convivência, para a aliança, para a mudança. Valores que se constroem e se transmitem na relação, nos encontros que estabelecemos nos nossos locais de trabalho, nas nossas

ações de cuidado, de docência, pela vida. Valores que tomamos como inspiração. Valores que nos fazem exemplos. Valores que nos levam a construir redes, laços de “fraternidade”, de “solidariedade”. Birman afirma que:

[...] podemos dizer que a ênfase recentemente colocada na experiência da fraternidade é uma espécie de antídoto face aos imperativos da cultura do narcisismo e da sociedade do espetáculo, na medida em que a categoria ética da fraternidade enuncia uma outra concepção possível de subjetividade. Nesta, com efeito, o outro importa para o sujeito e muito até, estando ambos no mesmo barco da existência (Birman, 2000,p. 178).

Importância que nasce da clara consciência de nossa efemeridade, de nossa incompletude. Fomos lançados na aventura humana da existência, desarmados. A fraternidade implica nessa igualdade dos sujeitos, nessa viagem pelo tempo e pelo cosmos, fundada na precariedade. Complementa Birman:

Portanto, a solidariedade é a consequência imediata da ética do laço fraterno. A solidariedade entre as pessoas é o que se manifesta no registro tangível das relações humanas, como o desdobramento da fraternidade. Por isso mesmo, esta como ética implica necessariamente uma política, uma ação coletiva mediante a qual os laços sociais são tecidos pressupondo a mútua precariedade dos agentes e que visa justamente a impedir que a usurpação da igualdade possa de fato se efetivar (Birman, 2000, p. 185-186).

Talvez possamos pensar na fraternidade e na solidariedade como valores promotores de bons encontros. Encontros que produzem efeitos, ressonâncias. Produzem alianças. Os atores e as ações da Reforma Psiquiátrica urdem este entrelaçamento de desejos de pessoas isoladas que, em um determinado momento histórico, se transforma em processo social constituído de desejo e vontade coletiva, que vai implicando mais atores, ampliando sua atuação para diferentes campos. Como exemplaridade, podemos assinalar que, a arte incorpora e participa deste processo, por meio do reconhecimento das obras produzidas pelos loucos, ou de livros e filmes<sup>85</sup>.

O processo civilizador possui uma dimensão de caráter essencialmente histórico. Trata-se da construção do homem. Isso nos remete a uma outra dimensão que é a do cotidiano, já apresentada no capítulo 3. É nesse cotidiano que se encena essa construção. Para Agnes Heller:

---

<sup>85</sup> Por exemplo, nas artes plásticas podemos citar que na exposição comemorativa dos 500 anos do descobrimento, havia uma mostra composta exclusivamente por obras de pacientes psiquiátricos, com destaque para a obra de Arthur Bispo do Rosário. Na literatura, temos o clássico livro *O Alienista* de Machado de Assis, e o recente livro de Carrano, *Canto dos Malditos*, o qual inspirou um filme de grande sucesso intitulado *Bicho-de-sete cabeças* de Laís Bodanski.

[...] a vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana como todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se 'em funcionamento' todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, idéias, ideologias (Heller, 1989, p.17).

É no cotidiano que a RP inventa permanentemente as suas ações, que se produzem os encontros com o drama do existir, que se constroem estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice. Michel de Certeau (1994) chamou de reinvenção do cotidiano. Este autor analisa aspectos da história, construída no cotidiano por indivíduos, os quais não são considerados protagonistas destes relatos históricos. Ele resgata este indivíduo como personagem central, que se apropria de idéias dominantes para adequar à sua realidade, no sentido de viver e sobreviver neste cotidiano já dado. Trata-se de uma arte do fazer que desfaz, do construir desconstruindo.

O que nos remete novamente, ao pensamento de Agnes Heller<sup>86</sup>, para quem só quem tem necessidades radicais pode querer e fazer a transformação da vida. Só pode desejar o impossível aquele para quem a vida cotidiana se tornou insuportável.

É neste paradoxo e contradição do nosso cotidiano que talvez se possa encontrar a potência para construir caminhos de mudanças. A hipótese de Marx de que “os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”<sup>87</sup>, se apresenta como desafio a todos que desejam transformar o mundo. O cenário é a vida de todo dia.

Para Ernst Bloch, a esperança tem uma função utópica que é a de antecipar/vislumbrar o possível, o diferente, a liberdade. Olhar que vê, por entre as densas brumas matinais da mesmice cotidiana, a possibilidade do alvorecer de um novo amanhã e que o autor chama de otimismo militante. Ele afirma que:

---

<sup>86</sup> Conforme página 152 do presente trabalho.

<sup>87</sup> MARX, K. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. In MARX, K. Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos. Seleção de textos de José Arthur Giannotti; tradução de José Carlos Bruni et al. 2ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978, Coleção Os Pensadores: página 329.

Redobrando-se a coragem e o saber, o futuro não virá como fatalidade sobre o ser humano, mas o ser humano virá sobre o futuro e ingressará nele com o que é seu. Aqui o saber, que necessita da coragem e, sobretudo da decisão, não pode assumir a forma mais comum do saber habitual, a forma contemplativa, pois o saber meramente contemplativo se refere forçosamente ao que já está concluído e já passou, não tem mais meios diante de coisa presentes e é cego para o futuro (Bloch, 2005, p. 196).

Mais uma vez nos lembramos de Marx a propósito da práxis. Trata-se não de contemplar o mundo, mas de transformá-lo. E quem o transforma também é transformado por ele. O futuro se coloca como um campo de possibilidade que nos convoca, que nos incita, que nos provoca a agir.

E para que este otimismo não seja aqui entendido como aspiração romântica, alienada das condições históricas concretas, reafirmo que não acredito que uma proposta contra-hegemônica como a da Reforma Psiquiátrica, avance como mudança de modelo assistencial em gestões politicamente conservadoras. Neste caso, há um limite ideológico dos protagonistas que os impedem de avançar, com interesses e visões de mundo diferentes. Mesmo Bloch alerta declarando que:

[...] no caminho para o novo, geralmente – ainda que não sempre – deve-se proceder passo a passo. Nem tudo é possível e executável a qualquer hora: condições ausentes não só atrapalham como também chegam a impedir (Bloch, 2005, p. 203).

Como já nos referimos, citando Paulo Freire – “mudar é difícil, mas é possível”. Nossa utopia, nossa esperança, aposta neste infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é nosso *dever*. E a esperança nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros. Citando Carlos Drummond de Andrade: “eu preparo uma canção em que todos os homens se reconheçam”.

## COISAS DA TERRA

Ferreira Gullar

Todas as coisas de que falo estão na cidade  
entre o céu e a terra.  
São todas elas coisas percíveis  
e eternas como o teu riso  
a palavra solidária  
minha mão aberta  
ou este esquecido cheiro de cabelo  
que volta  
e acende sua flama inesperada  
no coração de maio.

Todas as coisas de que falo são de carne  
como o verão e o salário.  
Mortalmente inseridas no tempo,  
estão dispersas como o ar  
no mercado, nas oficinas,  
nas ruas, nos hotéis de viagem.

São coisas, todas elas,  
cotidianas, como bocas  
e mãos, sonhos, greves,  
denúncias,  
acidentes do trabalho e do amor. Coisas,  
de que falam os jornais  
às vezes tão rudes  
às vezes tão escuras  
que mesmo a poesia as ilumina com dificuldade.

Mas é nelas que te vejo pulsando,  
mundo novo,  
ainda em estado de soluços e esperança.

## Referências Bibliográficas

- ADORNO, T.W. e HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- ALMEIDA FILHO, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- ALMEIDA, M.C. Complexidade, do casulo à borboleta. In Castro, G., Carvalho, E.A. e Almeida, M.C. (org.) *Ensaio de complexidade*. 3ª ed.. Porto Alegre: 2002, p. 21-41.
- ALVES, D. S. e GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 221-240.
- AMARANTE, P. *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- (coord.) *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I. (org.) *Fim de século: Ainda manicômios?*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 47-53.
- A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. (coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.
- ARAÚJO LIMA, E.M.F. *Clínica e criação: A utilização de atividades em instituições de saúde mental*. São Paulo: 1997. 201p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica.
- ARENDETT, H. *O que é política ?* 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
- AROUCA, S. Entrevista a *Revista RADIS – comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, nº 03, outubro de 2002, pág.18-21.
- *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1):63-72, 2001.
- BACHELARD, G. *La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin, 1967.

- *O novo espírito científico*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- BASAGLIA, F , e BASAGLIA, F.O. *Los Crimines da la Paz*. México:Siglo Veinteuno, 1977.
- *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEZERRA Jr., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In BENILTON, B. e AMARANTE, P. (orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 113-126.
- A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. In PITTA, Ana (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-142.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.
- A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In BEZERRA Jr. B., AMARANTE, P. (Orgs) *Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- & COSTA, J.F. Organizações e instituições para psiquiátrica comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994, p. 41-72.
- Insuficientes, um esforço para sermos irmãos! In KEHL M. R. *Função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.
- *Mal-estar na atualidade – A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- O mal-estar na Modernidade e a Psicanálise: a Psicanálise à prova do social. In *Physis: revista de saúde coletiva*. Volume 15 – suplemento, 2005.
- BLOCH, Ernst *O principio esperança*. Volume 1. Rio de Janeiro; Contraponto e EDUERJ, 2005.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado: 2000.

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.
- BRAGA, J. C. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Resolução nº 8 de 2004, publicada no Diário Oficial da União em 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16 e 17.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Coletânea de textos da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria n.º 189*. Brasília, 1991.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde *Portaria n.º 224*. Brasília, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde *Portaria n.º 336*. Brasília, 2002.
- CALDERÓN, A. I. Universidades mercantis: a institucionalização do mercado universitário em questão. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 14(1) 2000.
- CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão 2001-2004*. Campinas Dez. 2004. Disponível no endereço <[www.campinas.sp.gov.br/saude](http://www.campinas.sp.gov.br/saude)>. Acessado em 12 de setembro de 2005.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 29-87.
- *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

- *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In *Saúde em Debate*, 25(58): 98-111, 2001
- CAPONI, S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CERQUEIRA, L. (coletânea). *Psiquiatria social: Problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: as artes do fazer*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.
- CHAUÍ, M. Cultura do povo e autoritarismo das elites. In: CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: O discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 1980. p.39-60.
- *Escritos sobre a universidade*. São Paulo. Editora UNESP, 2001.
- COHN A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1) 9-18, 2003.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 6º região. *Trancar Não é Tratar: Liberdade é o melhor remédio*. São Paulo, 1997. Caderno de textos alusivos ao dia da Luta antimanicomial.
- CORBISIER, C. RIPP: quando escutar é preciso. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v. VI, nº 17, p. 59-69, 2000.
- COSTA, C.M. e FIGUEIREDO, A.C. (org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- COSTA, J.F. *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- COSTA-ROSA, A. *Saúde Mental Comunitária: Análise dialética das práticas alternativas*. São Paulo, 1987. 302p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.), *Ensaio- subjetividade, saúde mental e sociedade*, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p. 141-168.

- , LUZIO, C. e YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. In *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v.58, p.12 - 25, 2001.
- , LUZIO, C. e YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva In AMARANTE, P. (coord.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003, p. 13-44.
- COUTINHO, C.N. *Gramsci*. Porto Alegre: LPM Editores, 1981.
- CUNHA, M.C.P. *O espelho do mundo : Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 61-90.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- *Espinoza – Filosofia Prática*. São Paulo: Editora Escuta 2002.
- DELGADO, P. G. G. *As Razões da Tutela: Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil*. Rio de Janeiro, Te Corá, 1992.
- DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à Crise. In: AMARANTE, P. (org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005, p.161-194.
- DERRIDA, J. *A farmácia de Platão*. São Paulo: Editora Iluminuras, 1997.
- ELIAS, N. *O processo civilizador – formação do Estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.
- Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1995. p. 181-192.
- ESPINOSA, B. Pensamentos metafísicos; Tratado da correção do intelecto; Ética. Seleção de textos Marilena de Souza Chauí, traduções Marilena de Souza Chauí et al. 5ª Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991, Coleção Os Pensadores.

- FEUERWERKER, L. C. M e LIMA, V.V. Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos. In BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 169-178.
- FIGUEIREDO, G.R. *A Evolução do Hospício no Brasil*. São Paulo, 1996. 238p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- FLEMING, M. *Ideologia e práticas psiquiátricas*. Porto: Ed. Afrontamento, 1976.
- FLEURY, S. A questão democrática da saúde. In FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975.
- *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- *Nascimento da clínica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- *A verdade e as forma jurídicas*. 3ª Ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- *A ordem do discurso*. 10ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- FRANCO, T. B., BUENO, W. S.e MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, abr./jun. 1999, vol.15, no.2, p.345-353.
- FREIRE, F. H.M. A. *O sistema de alocação de recursos do SUS aos centros de atenção psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos*. Rio de Janeiro: 2004. 156 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ.
- FREIRE, P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP, 2001.
- *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- FREUD, S. Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna [1908]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Volume IX, p. 185-208.

- Uma dificuldade no caminho da psicanálise [1917]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Volume XVII, p. 167-179.
- Mal estar na civilização [1930]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. Volume XXI, p. 75-171.
- GALLETTI, M. C. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* São Paulo: 2001. 129p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica.
- GALLO, E., E NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 91-118.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004.
- GIOVANELLA, L. E AMARANTE, P. O enfoque estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In Amarante, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994, p.113-147.
- GOERGEN, P. Ciência, sociedade e universidade. *Educação & Sociedade*., Agosto 1998, vol.19, no.63, p.53-79.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.
- GOLDBERG, J. *Clínica da psicose – um projeto na rede pública*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Te Corá, 1996.
- *Cotidiano e Instituição: Revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. São Paulo, 1998. 372p. V. 1 Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- GRANON-LAFONT, J. *La topologie ordinaire de Jacques Lacan*. Paris: Ed. Point Hors Ligne, 1988.
- GRUPPI, L. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- GULLAR, F. *Dentro da noite veloz*. São Paulo: Círculo do livro, s/d.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

- *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- , ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7ª Edição revisada. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005.
- GUIMARÃES, J. et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.
- HABERMAS, J. Técnica e ciência enquanto ideologia. In *Os Pensadores - Textos escolhidos Walter Benjamin, Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Jürgen Habermas*. São Paulo: Editora Abril, 1980.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 1989.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M. & ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):231-239, jan-mar, 2000.
- HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- Para ler Bachelard. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1976a.
- KEHL, M.R. Civilização partida. In NOVAES, A. *Civilização e Barbárie*. São Paulo, Companhia das Letras, 2004, p. 101-124.
- KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania. In CAMPOS, F.C.B. & HENRIQUES, C.M.P. (orgs.) *Contra a maré à beira mar*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- KODA, M. Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*, 2002. 186p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- KUCZYNSKI, P.P. and WILLIAMSON, J. *After the Washington Consensus: Restarting Growth and Reform in Latin America*. Washington: Institute for International Economics, 2003. O conteúdo do livro está disponível no endereço <[http://bookstore.iie.com/merchant.mvc?Screen=PROD&Product\\_Code=350](http://bookstore.iie.com/merchant.mvc?Screen=PROD&Product_Code=350)>, acessado em 19/07/2005.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2000.

- LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, A (org.) *Saudeloucura*. São Paulo: Hucitec, 1989. Vol.1, p.75-89.
- LEVCOVITZ, E., LIMA, L. D. e MACHADO, C.V. Política de Saúde nos anos de 90: relações intergovernamentais e o papel da Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 269-291, 2001.
- LOBOSQUE, A.M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- LUZ, MADEL T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2): 293-312, 2000.
- *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª ed. rev. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2004.
- LUZIO, C. A. *A Atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica*. Campinas: 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP)
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal,1978.
- MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2ª Ed., Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.
- MARCUSE, H. *Ideologia da sociedade industrial*. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.
- MARTINS, J. S. *A sociabilidade do homem simples – o cotidiano e história na modernidade anômala*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- MARX, K. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. In MARX, K. *Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos*. Seleção de textos de José Arthur Giannotti; traduções de José Carlos Bruni et al. 2ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978, Coleção Os Pensadores.
- MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma Vida Decente. In PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 119-132.
- MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- & FRANCO, T.B. Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-

- assistenciais. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 316-323, set./dez. 2003.
- MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- MOISÉS, J.A. et al. *Cidade, Povo e Poder*. Rio de Janeiro: CEDEC/Paz e Terra, 1982.
- MORIN, E. *Ciência com consciência*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- A necessidade de um pensamento complexo. In MENDES, C. e LARRETA, E. *Representação e complexidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003, p. 69-77.
- NICÁCIO, M. F. et. al. Produzindo uma nova instituição em saúde mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial. Santos, Mimeo., 1990.
- NICÁCIO, M. F. *O processo de transformação da saúde mental em santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. 193p. Dissertação (Mestrado em ciências sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- NORONHA, J. C. e LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS-UERJ/ Relume Dumará, 1997.
- NOVAES, A. (org.) *Civilização e Barbárie*. São Paulo; Companhia das Letras, 2004.
- OLIVEIRA, J. A. DE A. & TEIXEIRA, S. M. F. *A (Im) Previdência Social Brasileira*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes, 1986.
- PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In FLEURY S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- e ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 32 (4): Junho, 1998, p. 299-316.
- PASSOS, E. e BARROS, R. B. A construção do plano da clinica e o conceito de transdisciplinarietà. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Jan./Abr. 2000, vol.16, nº.1, p.71-79.
- PELBART, P.P. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago editora, 1993.
- PRIGOGINE, I. & STENGERS, I. *Entre o tempo e a eternidade*. São Paulo: Companhia das letras, 1992.
- *O fim das certezas: tempo, caos e leis da natureza*. São Paulo: Ed. UNESP, 1996.

- & STENGERS, I. *A nova aliança*. Brasília: Ed. UNB, 1997.
- RAUTER, C. Oficinas para Quê? – uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In AMARANTE, P. (org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.
- RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A., COSTA, N.R. (orgs) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987. p. 15-73
- ROSA, J. G. *Grande sertão: veredas*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1985.
- A terceira margem do rio. In *Primeiras Estórias*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio da Silveira, 1981.
- ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via. In NICÁCIO, F. (org) *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 2001
- SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Ed. Afrontamento, 1987.
- *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. Volume: A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2001.
- (org.) *Conhecimento prudente para uma vida decente – ‘um discurso sobre as Ciências’ revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SANTOS, M. *O País Distorcido*.(W.C. Ribeiro, org.). São Paulo: Publifolha, 2002.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial; uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, A., (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1996, p.15-18.
- *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora Te Corá e Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

- SMITH, A. *A Riqueza das nações: Investigação sobre sua natureza e suas causas*. São Paulo: Nova Cultural, 1988. Coleção Os Pensadores.
- SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (2):264-460, 2003.
- STOTZ, E.N. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (2):264-268, Abr/Jun, 1994.
- TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In QUINET, A. (org.) *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.
- TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1995.
- TEIXEIRA, S.F. e MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.193-232.
- TELLES, V.S. Movimentos sociais: Reflexões sobre a experiência dos anos 70. In: SCHERER-WARREN, I., KRISCHKE, P.J. (orgs.) *Uma Revolução no Cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina*. São Paulo: Brasiliense, 1987. P. 54-85.
- TOBAR, F. E YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir tese e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.
- TOURAINE, A. *Crítica da modernidade*. 7ª Ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.
- UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social e mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1993. p.221-295
- VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar- epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.
- WOLF, F. Quem é bárbaro. In NOVAES, A. *Civilização e Barbárie*. São Paulo, Companhia das Letras, 2004, p. 19-43.
- WILLIAMSON, J. Our agenda and the Washington consensus. In Kuczynski, P.P. and WILLIAMSON, J. *After the Washington Consensus: Restarting Growth and Reform in Latin America*. Washington: Institute for International Economics, 2003, p. 323-331. O conteúdo do livro está disponível no endereço

[http://bookstore.iie.com/merchant.mvc?Screen=PROD&Product\\_Code=350](http://bookstore.iie.com/merchant.mvc?Screen=PROD&Product_Code=350)>,

acessado em 19/07/2005.

WILLIAMSON, J. What Washington Means by Policy Reform. In *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* Edited by John Williamson. Published April 1990. Texto disponível no endereço <http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?ResearchID=486>>, acessado em 19/07/2005.

YASUI, S. Caps: Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (org.) *Saúdeloucura*. São Paulo: Hucitec, 1989. vol. 01, p. 47-59

——— *Construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico* Assis: 1999. 245 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista.