

**ROSELANIA FRANCISCONI BORGES**

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:  
desafios e possibilidades**

**ASSIS**

**2012**

ROSELANIA FRANCISCONI BORGES

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:  
desafios e possibilidades

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Amélia Luzio

ASSIS

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

B732r Borges, Roselania Francisconi  
Reforma psiquiátrica brasileira e atenção básica  
à saúde; desafios e possibilidades / Roselania  
Francisconi Borges. -- Maringá, 2012.  
212 f. : il. col., figs.

Orientador: Prof.ª Dr.ª Cristina Amélia Luzio.  
Tese (doutorado) - Universidade Estadual  
Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Saúde mental -  
Atenção básica. 3. Política Nacional de Saúde Mental  
- Brasil. Saúde mental - Atenção básica - Brasil. I.  
Luzio, Cristina Amélia, orient. II. Universidade  
Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras de  
Assis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.  
Titulo.

CDD 21.ed. 362.2

ECSL-00073

ROSELANIA FRANCISCONI BORGES

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:  
desafios e possibilidades

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Amélia Luzio.

Aprovado pela banca examinadora em fevereiro de 2012.

---

Profa. Dra. Cristina Amélia Luzio – UNESP/ASSIS  
Orientadora

---

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser – UFSC  
Membro

---

Profa. Dra. Maria Lucia Boarini - UEM  
Membro

---

Prof. Dr. Francisco Hashimoto – UNESP/ASSIS  
Membro

---

Prof. Dr. Silvio Yasui – UNESP/ASSIS  
Membro

Aos meus pais, Lourdes e Agostinho, com quem aprendi que, acima de tudo, a prioridade absoluta deve ser o ser humano.

Aos usuários dos serviços de saúde mental, para quem o acesso à saúde, à liberdade e à vida, como preconizado nos princípios do movimento da reforma psiquiátrica, ainda está por se materializar.

## AGRADECIMENTOS

Ao final desta empreitada quero agradecer:

- à Cristina Amélia Luzio, minha orientadora, por ousar questionar o hegemônico. Por propor um contraponto ao instituído. Por imprimir leveza e, ao mesmo tempo força em suas orientações. Por amar o que faz e conseguir tornar isso transparente. Por saber demonstrar docilidade e bom humor e, ao mesmo tempo, firmeza e seriedade quando necessário. E, acima de tudo, por levar ao limite o ato de pensar.

- aos componentes da banca de exame de qualificação e de defesa, Profa. Dra. Maria Lucia Boarini e Prof. Dr. Silvio Yasui, pelas contribuições teóricas acrescidas ao exercício da escrita e pela busca de mudança de mentalidade a respeito dos fundamentos e das práticas em saúde mental. Especialmente à Prof. Dra. Maria Lucia Boarini, pelas inestimáveis contribuições ao processo de construção teórica deste estudo, por sua competência singular e pela seriedade com que conduz seus projetos profissionais/pessoais ao construir e dividir conosco, seus parceiros do Projeto de Extensão, um *filio de esperança* de que vale a pena prosseguir a empreitada e o sonho de lutar *por uma sociedade sem manicômios*.

- aos professores doutores Charles Dalcanale Tesser e Francisco Hashimoto, componentes da banca de defesa, pelos apontamentos teóricos que ofereceram para que este estudo pudesse ser concluído e pelas importantes contribuições que deram visando à continuidade da reflexão desta temática. Aos professores doutores Lucia Cecília da Silva, José Sterza Justo e Manoel Antonio dos Santos, pela disponibilidade em ficarem “de prontidão”, como suplentes.

- aos professores Abílio da Costa Rosa e José Sterza Justo, pelo conhecimento transmitido e o carinho dispensado a mim e aos demais colegas ao longo dos últimos anos.

- aos colegas de doutorado, meu abraço fraterno.

- aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela atenção e solicitude de sempre.

- aos meus colegas de trabalho, funcionários da área da saúde do município de Itambé, com quem compartilho desafios e esperanças de dias melhores para a saúde no SUS...

- aos amigos próximos e distantes (tantos e quantos), pessoas especiais em minha vida. Pessoas que tornam esta caminhada mais suave e prazenteira. A vocês, meu carinho e gratidão.

- à minha família: pais/sogros, filhos, irmãos e sobrinhos, pelo apoio e compreensão da necessidade da ausência em muitos momentos e pelo carinho e disponibilidade em retomar “os papos atrasados”.

- ao Walfredo, por tudo que já vivemos juntos e pelo que ainda virá.

- e, finalmente e principalmente, aos usuários dos serviços de saúde mental, alguns deles colaboradores deste estudo e participantes do Grupo *Bem-Me-Quer*, por nos mostrarem cotidianamente que, para além de todo e qualquer sintoma ou classificação diagnóstica há pessoas que pensam, sentem e vivem em um determinado tempo e lugar e que se constroem e são construídas objetiva e subjetivamente a partir de contingências históricas que, por sua vez, vão delineando as necessidades humanas, bem como as formas de atendê-las.

Escrever é traduzir.  
Mesmo quando estivermos  
a utilizar a nossa própria língua,  
transportamos o que vemos  
e o que sentimos para  
um código convencional de signos: a escrita.  
E deixamos às circunstâncias  
e aos acasos da comunicação  
a responsabilidade de fazer chegar  
à inteligência do leitor  
não tanto a integridade  
da experiência que nos propusemos transmitir,  
mas uma sombra ao menos  
do que, no fundo do nosso espírito,  
sabemos bem ser intraduzível.  
Por exemplo:  
a emoção pura de um encontro,  
o deslumbramento de uma descoberta.  
Esse instante fugaz de silêncio anterior à palavra  
que vai ficar na memória  
como o rastro de um sonho que o tempo  
não apagará por completo.

José Saramago, 2009.



BORGES, Roselania Francisconi. **REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: desafios e possibilidades**. 2012. 212 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

## RESUMO

Este trabalho objetiva desvelar dificuldades e possibilidades de implantar a Política Nacional de Saúde Mental e de construir o modelo de atenção psicossocial a partir de uma experiência desenvolvida na Atenção Básica no município de Itambé - PR. Esta experiência foi estabelecida pela parceria entre esse município e a Universidade Estadual de Maringá - PR para a realização de um projeto de extensão desenvolvido entre os anos 2006 e 2008. Pautado no método da análise histórica, foi realizado um estudo de caso do município a partir de pesquisa documental, entrevistas e observações descritivas. Foi possível vislumbrar algumas possibilidades que justificam a afirmação de que a experiência foi exitosa e que a Atenção Básica deve estar na centralidade do cuidado em saúde/saúde mental. Em relação aos usuários, os vínculos de confiança construídos a partir do acolhimento e do acompanhamento contínuo e a formação de um grupo de convivência deram suporte à produção de cuidado antes, durante e depois de situações de crise. As equipes de saúde pouco a pouco passaram a se envolver nas ações voltadas a estes usuários e a buscar novas formas de cuidado, marcadas por mudanças nos processos e na dinâmica de trabalho. A família passou a ter maior envolvimento e participação no processo de cuidado. Em relação aos estagiários de Psicologia, o contato frequente com pessoas em sofrimento psíquico em instituições não manicomiais e a inserção no cotidiano do serviço da Atenção Básica (UBS) puderam proporcionar-lhes importantes subsídios para a formação, quer pelo conhecimento de uma forma diferenciada de trabalho do psicólogo na Atenção Básica, quer pela desmistificação da loucura. As dificuldades ou limites estiveram ligados à falta de recursos materiais e humanos e às condições de trabalho. Foi possível constatar a importância de se realizar um trabalho na Atenção Básica e que esta é uma aposta factível e viável em termos de política de saúde/saúde mental. Para isso é necessário que haja capacitação permanente dos trabalhadores em saúde, que as ações sejam contínuas e tecidas coletivamente por todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores, familiares, sociedade civil) e que estes atuem na lógica da atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica brasileira. Política Nacional de Saúde Mental. Saúde mental na Atenção Básica.

BORGES, Roselania Francisconi. **BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM AND BASIC HEALTH CARE: challenges and possibilities.** 2012. 212 pages. Doctoral thesis in psychology. Science and Languages College, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

### ABSTRACT

This study aims at unveiling the troubles and possibilities of establishing a National Policy of Mental Health and building a model for psychosocial care on the basis of some previous experience at the Basic Health Care Service in the county of Itambé in the State of Paraná. An academic extension project was developed between 2006 and 2008. It consisted of a case study carried out in the county of Itambé based on the method of historical analysis through documental analyses, interviews and descriptive observations. It was considered a successful experience which evidenced that the Basic Health Care Service should be primarily on the center of healthcare / mental health. Regarding its patients/users, trust was firm from their sheltering and continuous care as well as with the formation of a sharing group which supported care before, during and after their crises. Gradually the health care teams became involved in the events related to these users and sought new means of health care resulting in some changes in the processes and work dynamics. Likewise, families were more involved and took part in the health care process. With regards to the undergraduate students / trainees in psychology, their frequent contact with psycho disabled people in non-mental handicap asylums and their insertion in the routine of the Basic Health Care Service (UBS) brought them some relevant mindset for professional education, such as, knowledge of a different way of working at UBS as a psychologist and the demystification of madness. Troubles or limitations were related to material and human resource deficiencies as well as to work conditions. It was possible to verify that it is important to develop some work at the Basic Health Care Service, and that it is a factual and viable bet in terms of health/mental health policies. For that, it is necessary to have health care laborers continuously developed, continuous and collective actions taken by all the people involved (managers, laborers, families, ordinary society) and that they all work on the reasoning of psychosocial care.

**Key words:** Brazilian psychiatric reform. National Policy of Mental Health. Mental health at Basic Health Care.

BORGES, Roselania Francisconi. **LA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEÑA Y LA ATENCIÓN BÁSICA CON LA SALUD: los retos y las posibilidades**. 2012. 212 páginas. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Ciencias y Lenguas, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es desvelar las dificultades y las posibilidades para la implantación de la Política Nacional de la Salud Mental y la construcción de un modelo de atención psicosocial desde una experiencia compartida en el servicio de Atención Básica en la ciudad de Itambé, Paraná. Un proyecto de extensión universitaria fue desarrollado entre 2006 y 2008. Éste se constituyó en un estudio de caso realizado en esta ciudad basado en el método del análisis histórico desde una investigación documental, entrevistas y observaciones descriptivas. Las posibilidades encontradas justifican que esta experiencia ha sido exitosa y también que la Atención Básica debe de estar en el centro del cuidado con la salud / salud mental. Respecto a los usuarios, los vínculos de confianza contraídos desde sus acogida y atención continua, y también, la formación de un grupo común a todos dieron apoyo a la producción de cuidado antes, durante y después de situaciones de crisis. Poco a poco los equipos de practicantes se quedaron más dedicados a las actividades relacionadas con estos usuarios y a buscar nuevas formas de cuidado con ellos, las cuales, resultaron en cambios en los procesos y en la dinámica del trabajo con ellos. La familia también se quedó más dedicada y partícipe en el proceso de cuidado. Con respecto a los alumnos practicantes de psicología, sus contacto a menudo con las personas en sufrimiento psíquico fuera de los manicomios y sus inserción en el cotidiano del servicio de Atención Básica (UBS) les proporcionaron importantes subsidios para la formación a través del conocimiento de una manera distinta de trabajo del psicólogo en la Atención Básica y por la demistificación de la locura. Las dificultades o límites encontrados estaban relacionados a la falta de los recursos materiales y humanos y a las condiciones de trabajo. Ha sido posible constatar que es importante desarrollar un trabajo en la Atención Básica y que esta es una apuesta factible y practicable en términos de políticas de la salud / salud mental. Para eso, es necesario que la formación de los practicantes en la UBS sea continua, que las acciones sean continuas e impartidas en su colectividad por todos los actores (los gestores, los trabajadores, los familiares y la sociedad civil) y que ellos obren según la lógica de la atención psicosocial.

**Palabras-clave:** Reforma psiquiátrica brasileña. Política Nacional de la Salud Mental. Salud mental en la Atención Básica.

## LISTA DE SIGLAS

- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- ACSS – Agentes Comunitários de Saúde
- AIH – Autorização para Internação Hospitalar
- APA - American Psychological Association
- APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APMI – Associação de Proteção à Maternidade e à Infância
- BPC – Benefício de Prestação Continuada
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CECCOs – Centros de Convivência e Cooperativas
- CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Edição
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CRP-8 – Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região
- CSM – Centro de Saúde Mental
- DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição
- EJA – Educação de Jovens e Adultos
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FGA – Ficha Geral de Atendimento
- I CNSM – I Conferência Nacional de Saúde Mental
- II CNSM – II Conferência Nacional de Saúde Mental
- III CNSM – III Conferência Nacional de Saúde Mental
- IV CNSM – IV Conferência Nacional de Saúde Mental
- INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
- IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
- GLBTT – Movimentos dos Gays, Lésbicas, bissexuais, transgêneros e transexuais
- LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
- LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
- MLA – Movimento da Luta Antimanicomial
- MTSM – Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DA CULTURA DO ISOLAMENTO AO PRINCÍPIO DA CONVIVÊNCIA: A BUSCA DE UMA UTOPIA ATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SUAS CONTRADIÇÕES.....</b>	<b>29</b>
2.1	A CRÍTICA AO DISCURSO CIENTÍFICO: CONFINAMENTO E IATROGENIA.....	34
2.2	A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL APÓS A DÉCADA DE 1960.....	41
2.2.1	A psiquiatria preventiva americana e suas heranças nas políticas de saúde mental	41
2.2.2	A medicina preventiva no Brasil.....	45
2.2.3	Alguns contrapontos históricos: a crítica ao preventivismo.....	47
2.3	NA ATUALIDADE: ENTRE O MODELO PREVENTIVISTA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	52
2.4	A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO META PRIMORDIAL.....	55
<b>3</b>	<b>NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>63</b>
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL.....	64
3.2	A ATENÇÃO BÁSICA NA CENTRALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE.....	68
3.3	SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA.....	70
3.4	NOVOS DISPOSITIVOS. NOVAS MENTALIDADES?.....	78
3.5	DIVERGÊNCIAS ENTRE LEGISLAÇÃO E PRÁTICA OU “NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA”.....	79
3.6	A NECESSIDADE DE UM TRABALHO EM REDE.....	84
3.7	PARA ALÉM DA REDE DE SAÚDE: A PROPOSTA DE UM TRABALHO INTERSETORIAL.....	87
3.8	DESAFIOS DA ATUALIDADE.....	90
3.9	SITUANDO A EXPERIÊNCIA.....	94

<b>4</b>	<b>NOVOS PRESSUPOSTOS. NOVAS PRÁTICAS? EM BUSCA DE ALGUMAS COMPREENSÕES.....</b>	<b>98</b>
4.1	DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PERÍODO DE ESTUDO.....	99
4.2	O FORMATO DO PROJETO DE EXTENSÃO.....	100
4.3	INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS.....	102
4.4	ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	107
<b>5</b>	<b>REVENDO TRAJETÓRIAS: CONSTRUINDO CAMINHOS.....</b>	<b>111</b>
5.1	QUANDO TUDO COMEÇOU.....	111
5.2	OS PRIMEIROS PASSOS E AS PRIMEIRAS DIFICULDADES.....	115
5.3	A FORMAÇÃO DE UM GRUPO.....	116
5.4	O FUNCIONAMENTO DO <i>GRUPO</i> : ALGUNS <i>FLASHES</i> SOBRE AS PARTICIPAÇÕES.....	119
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>175</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>185</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>202</b>



FIGURAS 1 e 2 – posando para foto  
GRUPO *BEM-ME-QUER* - arquivo pessoal



## 1 DA CULTURA DO ISOLAMENTO AO PRINCÍPIO DA CONVIVÊNCIA: A BUSCA DE UMA UTOPIA ATIVA<sup>1</sup>

Estou de acordo que é preciso estudar,  
é preciso teorizar, mas na prática  
e não na teoria.  
A teoria virá constantemente da prática,  
e da prática poderemos tirar a teoria.

Franco Basaglia, 1979.

O objetivo deste estudo é desvelar dificuldades e possibilidades de construção do modelo de atenção em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, a partir de uma experiência desenvolvida na Atenção Básica no município de Itambé, localizado na região norte do Estado do Paraná.

Visando atingir tal meta tenho como pressuposto básico que, colocar em discussão a temática da atenção à saúde mental no Brasil é condição obrigatória para compreender as práticas atuais neste setor, sejam estas amparadas no modelo tradicional denominado hospitalocêntrico/manicomial ou voltadas aos serviços de base extra-hospitalar em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, ainda não consolidada enquanto prática hegemônica em solo brasileiro.

Sobre esse aspecto, na história recente do Brasil é possível identificar iniciativas individuais que passaram a tomar corpo na década de 1980 com inúmeras manifestações e eventos voltados ao movimento social que é conhecido nos dias atuais como reforma psiquiátrica brasileira. Entre tais eventos, pode ser citado como um dos pioneiros desse processo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Criado no final da década de 1970, o MTSM é considerado por Amarante (1995, p. 51) como um “sujeito político fundamental” no processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, por ter acrescentado a ela uma dimensão crítica capaz de viabilizar mudanças significativas no modelo de atenção em saúde mental em todo o território nacional.

---

<sup>1</sup> Barembliitt (s/d) define utopias como “[...] conjuntos de desejos, idéias e crenças que os seres humanos constroem e assumem acerca de como deveria estar organizada sua existência, principalmente em seus aspectos e valores éticos, estéticos, políticos e econômicos” e afirma que estas podem transformar-se em utopia ativa quando são construídas possibilidades desses modos ideais serem realizáveis “em alguma medida aqui e agora, sempre coletivamente”. Fonte: Fundação Gregorio Barembliitt. *Glossário*. Disponível em: <http://www.fgbbh.org.br/glossario.htm>. Acesso em 08/04/2011.

Ao longo de algumas décadas houve o amadurecimento de questões que envolveram, não só a necessidade de renovação da assistência em saúde mental, mas também muitos debates sobre os variados aspectos relacionados à temática da loucura e da psiquiatria. Nesse processo, foi consolidado o lema *por uma sociedade sem manicômios*, pactuado no II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru em 1987. Esse evento contou com a participação e o engajamento de centenas de pessoas envolvidas de alguma maneira com a causa da reforma psiquiátrica e com a luta antimanicomial<sup>2</sup>. Como um de seus resultados foi elaborado o *Manifesto* ou *Carta de Bauru* o qual contém as seguintes afirmações:

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 sustenta os mecanismos de exploração e da 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 (CARTA DE BAURU, 1987).

Neste evento aconteceram debates, não só em torno das questões ligadas às concepções de saúde/doença mental e de mudanças de modelo de assistência, como também foi enfatizada a necessidade de articulação entre os setores sociais e as políticas de Estado. Sendo assim, ficou sintetizado que:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra 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 (CARTA DE BAURU, 1987).

Tais movimentos sociais estimularam a realização de quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, ocorridas respectivamente em 1987, 1992, 2001 e 2010. Tais Conferências, como importantes fóruns de debates e espaços para discussão, representaram avanços na construção de novos saberes e novas práticas e ofereceram forte sustentação ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

No *Relatório Final da III Conferência* consta um objetivo do Movimento da Luta Antimanicomial, lançado na *Carta de Bauru*, o qual propunha uma meta ainda não alcançada, qual seja:

---

<sup>2</sup> O Movimento da Luta Antimanicomial nasceu do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) em 1978 e ao longo das décadas seguintes configurou-se como o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica e pela extinção dos manicômios (AMARANTE, 2006).

Garantir que, até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios”, com a estruturação de uma rede substitutiva de atenção integral à saúde do usuário de saúde mental e com o desenvolvimento de uma estratégia de ampla discussão sobre a inclusão da loucura na sociedade. Os gestores da saúde municipais, estaduais e federal devem construir uma agenda que viabilize o alcance desta meta (BRASIL, 2002, p. 25).

A despeito das proposições desta Conferência, segundo dados do Ministério da Saúde até junho de 2010 havia no Brasil 35.426 leitos em hospitais psiquiátricos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 2.568 leitos em hospitais gerais também financiados pelo SUS (BRASIL, 2010b). Estes dados indicam que estamos ainda distantes de atingir a meta de ter *uma sociedade sem manicômios*, além de muitas outras elaboradas durante a III Conferência.

Outra recomendação que ainda demanda ações efetivas por parte de vários segmentos é a integração das diversas políticas que compõem o escopo governamental. Nesse sentido, para que a reorientação do modelo assistencial seja efetivada na perspectiva de garantir o cuidado, a inclusão social e a qualidade de vida daqueles que sofrem psiquicamente, foi recomendado que houvesse

[...] o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais 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)<sup>3</sup>, visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população (BRASIL, 2002, p. 54).

Embora estes, entre outros objetivos, ainda não tenham sido concretizados de forma plena, há evidências de que o movimento de reforma psiquiátrica brasileira congrega um número cada vez maior de pessoas pertencentes a vários segmentos sociais (trabalhadores em saúde mental, familiares, usuários, sociedade civil organizada), envolvidos com a causa da reforma. Uma destas evidências pode ser descrita pelo Encontro Nacional organizado na cidade de Bauru-SP em 2007, denominado “*20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios*” em comemoração aos 20 anos da luta antimanicomial. Nesse encontro pretendeu-se, entre outras coisas

[...] fazer um resgate do movimento antimanicomial no país e ser também um locus para se acolherem narrativas de usuários, trabalhadores e militantes da luta antimanicomial, com o objetivo de aprofundar a ideologia por uma sociedade sem

---

<sup>3</sup> Sobre a participação de organizações não-governamentais (ONGs) nas ações de saúde mental, há freqüentes impasses e divergências de opiniões, como é o caso do posicionamento do Conselho Federal de Psicologia (CFP) contrário ao financiamento público, via Sistema Único de Saúde, para as comunidades terapêuticas. Notas sobre esta temática podem ser encontradas no site do CFP cujo endereço eletrônico é <http://www.pol.org.br>.

manicômios! [...] Agora, 20 anos passados, enxergamos este como um momento extremamente importante, como o grande desafio de implementar a rede de saúde mental em busca da efetivação da inserção social e da cidadania (ENCONTRO NACIONAL..., 2007).

O intervalo histórico entre o primeiro e o último Encontro Nacional de Bauru aponta que houve importantes conquistas, principalmente em relação à legislação em saúde mental, porém demonstra também que ainda há muito a ser alcançado nos aspectos de implantação e implementação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico/manicomial<sup>4</sup>.

Nesse sentido, nos últimos anos e, mais precisamente ao longo de 2011, em diversos eventos foram desencadeados intensos debates sobre as questões e os impasses da atualidade, sejam eles: formas de financiamento, internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack, financiamento público de comunidades terapêuticas, necessidade de ampliação das redes de cuidado, formas de atenção à crise com ampliação de leitos em hospitais gerais, entre outros.

Atualmente a avaliação de diversos autores sobre o processo de reforma psiquiátrica brasileira, em seus avanços e retrocessos<sup>5</sup>, aponta a necessidade de repensar e/ou retomar os rumos definidos há algumas décadas. Nesse contexto, são lançadas importantes questões, tais como: “Estaria a Reforma dando sinais de exaustão?” (PITTA, 2011a, p. 4579) ou “Estaria ameaçada ou não a vitalidade da Reforma brasileira?” (LOBOSQUE, 2011, p. 4590) ou ainda: “Nessa atmosfera social, como formar profissionais competentes e críticos o bastante para levar adiante o ideário democrático e o impulso instituinte, transformador, que caracterizou a história da Reforma?” (BEZERRA JR., 2011, p. 4598).

Estas e outras questões estão na pauta de muitos estudos e projetos com proposições antimanicomiais. Mas, as respostas ainda não existem. O que existe de concreto é a constatação de que a reforma psiquiátrica brasileira “é exitosa, porém inconclusa” (PITTA, 2011b, p. 4600). Em função do cenário atual, urge estabelecer discussões sobre os rumos da

---

<sup>4</sup> Segundo levantamento do Ministério da Saúde realizado em 2010, a partir de 2006 os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram os investimentos nas ações hospitalares, sendo que o investimento extra-hospitalar cresceu em torno de 269%, enquanto que o investimento hospitalar decresceu cerca de 40%. Porém, ainda há muitos desafios a serem superados, tais como: a baixa efetividade de diversos CAPS, insuficiente articulação com a rede de urgência-emergência, ampliação das ações na Atenção Básica, atenção à demanda oriunda do consumo de álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, 2010b).

<sup>5</sup> Várias ações destinadas aos usuários de álcool e outras drogas tem sido tomadas como importantes retrocessos por entidades que defendem os princípios da reforma psiquiátrica. Entre estas ações está o financiamento das comunidades terapêuticas e outras instituições privadas com recursos do Sistema Único de Saúde, a internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack, a violação de direitos humanos sob a pretensão de cuidar, entre outras. Os resultados lamentáveis de muitas destas ações são veiculados pela imprensa, vez ou outra, em forma de denúncias de maus tratos, privação de liberdade, violação de direitos humanos e, até mesmo, de mortes ocorridas em várias instituições pelo Brasil afora.

Política Nacional de Saúde Mental no que tange à atenção aos usuários de substâncias psicoativas e aos portadores de transtornos mentais.

A despeito do que possamos identificar como retrocesso, por exemplo, a problemática das drogas sendo justificada para instituir o retorno do enclausuramento como política de Estado, neste estudo intento destacar questões que incluem o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico<sup>6</sup> na Atenção Básica, as concepções a respeito da loucura e a importância e a necessidade de um trabalho interdisciplinar que possa propiciar “[...] uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.” (BRASIL, 2006, p. 13).

Tais premissas vão ao encontro das formulações de Franco e Merhy (2005, p. 508) os quais apontam que os pressupostos básicos do processo de trabalho em saúde devem estar voltados a reorganização dos serviços e à produção do cuidado, em um formato de “trabalho usuário centrado” e amparado em relações acolhedoras e capazes de produzir vínculos resultantes de utilização de “tecnologias<sup>7</sup> mais relacionais para a assistência aos usuários.”

Esta nova forma de conceber o trabalho em saúde está intimamente relacionada a uma articulação de todos os passos estabelecidos para a produção do cuidado. Portanto, evitando-se a fragmentação da assistência e promovendo a integralidade deste.

De acordo com Machado et al. (2007) não há uma definição objetiva e pontual do que seja integralidade em saúde, pois ela remete a questões que superam a ideia de todo - enquanto somatória de partes - e agrega o conceito de totalidade, extrapolando “[...] a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde [...] percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.” (p. 336).

Para Franco e Magalhães Jr. (2004, p. 130) a proposta de uma assistência integral tem por base a reorganização dos processos de trabalho visando-se a atuação multiprofissional pautado no acolhimento e na vinculação à clientela onde a responsabilização pelo cuidado

---

<sup>6</sup> Muitos foram os termos adotados ao longo da história da assistência psiquiátrica e, mesmo anteriormente a ela, para fazer referência à figura do louco, alienado, doente mental, portador de transtorno mental, entre outros. Neste estudo adotarei o termo **pessoa em sofrimento psíquico**, ao me referir ao usuário dos serviços de saúde mental, em alusão ao termo **existência-sofrimento**, cunhado por Basaglia (1985).

<sup>7</sup> Merhy (2007, p. 49, grifos meus) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em “**leves** (como no caso das tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), **leve-duras** (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e **duras** (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).”

seja “um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais.”

Visando essa integralidade do cuidado, o Ministério da Saúde recomenda que nos pequenos municípios as ações e intervenções em saúde mental sejam estruturadas a partir da Atenção Básica, visto que

[...] por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005b, p. 33).

Sobre a organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, Tesser e Teixeira (2011, p. 89) afirmam que é preciso que o trabalho seja adaptado às “[...] realidades socioculturais de cada grupo, bem como aos limites organizacionais, políticos e profissionais de cada serviço [...]” na perspectiva de que “[...] não há modelos prontos, acabados.”

Em função do objetivo da integralidade da atenção à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>8</sup>, como uma estratégia estabelecida como prioridade pelo Ministério da Saúde para constituir a Atenção Básica, vem sendo gradativamente capacitado para atender, além de questões de promoção, prevenção, manutenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos em geral, também para atuar nas questões relacionadas ao sofrimento psíquico, já que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.” (BRASIL, 2005b, p. 33).

Em relação à demanda em saúde mental e à construção de uma rede de base territorial, o objetivo é que seja construída

[...] uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é necessária a implantação de Centros de Atenção Psicossocial<sup>9</sup> (BRASIL, 2005b, p. 33).

A perspectiva da integralidade do cuidado já havia sido afirmada na III Conferência Nacional de Saúde Mental no que tange à inclusão das ações de saúde mental no PSF como forma de ofertar “ações articuladas e no território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade.” (BRASIL, 2002, p. 48).

Nessa direção, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em junho de 2010, cujo tema foi *Saúde Mental: direitos e compromissos de todos – consolidar avanços e*

---

<sup>8</sup> Atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

<sup>9</sup> A recomendação do Ministério da Saúde de abertura de CAPS é para municípios com mais de 20 mil habitantes.

*enfrentar desafios* trouxe como um dos eixos de discussão a necessidade de consolidar a rede de atenção psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais visando o fortalecimento de “[...] ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante.” (BRASIL, 2010f, p. 67).

Diante da construção de inúmeras diretrizes e orientações, lançadas principalmente a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, visando dar suporte ao desenvolvimento de ações em saúde mental concatenadas com o novo modelo de atenção (substitutivo ao hospitalocêntrico/manicomial), é possível afirmar que atualmente busca-se não mais lutar, prioritariamente, pela conquista de direitos legais para as pessoas em sofrimento psíquico, haja vista que estes estão contemplados em uma série de leis e portarias (BRASIL, 2001; 2004a; 2005a; 2010c; 2010d; 2010e, 2011c, 2011e, 2011f). Sendo assim, a mais importante meta em nossos dias é garantir que a legislação seja cumprida visto que, o que a lei apregoa como direito, na prática, ainda não é assegurado para todos.

Mesmo diante da existência de garantias legais, inúmeros estudos demonstram as possibilidades, mas também as dificuldades de implantação do novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil (FERNANDES, 1999; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; BOARINI, 2009; LUZIO; YASUY, 2010). Em especial os trabalhos de Braga Campos (2000) e Luzio (2003) são referências desta temática, pois discutem dimensões que vão além dos aspectos legais e conceituais, situando-se no plano da análise das questões políticas que permeiam a adesão ou não ao que apregoa a legislação.

Braga Campos (2000) analisou as influências das experiências internacionais de reforma psiquiátrica para refletir sobre a reforma psiquiátrica brasileira, tomando para isso os modelos de assistência à saúde mental na cidade de São Paulo, Campinas e Santos, em momentos sociopolíticos específicos nos quais a bandeira *por uma sociedade sem manicômios* fulgurou entre os ideais e práticas de seus administradores. Nesse estudo a autora desenvolve uma análise comparativa entre as três experiências constatando que os caminhos que tais localidades trilharam rumo às experiências da reforma não foram iguais. Cada qual adquiriu configurações políticas e tecnoassistenciais que lhes deram certa identidade e repercussão no imaginário social.

Buscando conhecer as ressonâncias do Movimento da Reforma Psiquiátrica em municípios de pequenos e médios portes, Luzio (2003) estudou algumas vicissitudes desse processo no tocante à existência de possibilidades de construção de uma nova rede de cuidados em saúde mental na Atenção Básica. Nesse sentido, apontou que entre os maiores

desafios neste início de século estão: fazer avançar o Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecer a participação popular e o controle social e promover a integralidade dos dispositivos de saúde visando promover a construção da rede de atenção psicossocial que possa ativar “[...] os recursos do habitat de origem ou de referência do usuário, necessários para a construção de projetos terapêuticos emancipadores e transformadores do imaginário social.” (LUZIO, 2003, p. 350).

Tomando tais estudos como suporte, bem como os referenciais teóricos que atualmente oferecem sustentação teórica para a realização de experiências voltadas a mudanças em relação à assistência à saúde mental ou mesmo ao reconhecimento de sua necessidade, tomo como tema para esta reflexão uma experiência em saúde mental desenvolvida na Atenção Básica do município de Itambé-PR. Este município foi escolhido como campo de estudo por ser meu local de trabalho. Porém, não apenas por isso. Como psicóloga concursada da Prefeitura e lotada no Departamento Municipal de Saúde desde 2003, minha atuação está voltada às áreas da Saúde e Educação. Esta atuação é feita em conjunto com demais profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêutica, auxiliares de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde etc) e de outras políticas públicas (assistente social, professores, conselheiros tutelares). A escolha deste município como campo de estudo se deve também ao fato de que no período de 2006 a 2008 nele foi desenvolvido o Projeto de Extensão intitulado *Formação do psicólogo para atuar em um serviço substitutivo (aos hospícios) de atenção à saúde mental*. Este Projeto de Extensão foi oficialmente iniciado em fevereiro de 2006<sup>10</sup> e esteve em vigência até fevereiro de 2009. Nesse ano foi suspenso em função de meu afastamento para o doutorado e em fevereiro de 2010, encerrado. Ao longo dos três anos de vigência, contou com a participação de treze acadêmicos do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), duas psicólogas do município, sendo eu uma delas, e coordenado por uma docente do Departamento de Psicologia da UEM. Enquanto técnica da área de saúde mental e supervisora do mesmo pude desenvolver, conjuntamente com outros profissionais, usuários e familiares, práticas voltadas à perspectiva de atuação mais aproximadas ao modelo de atenção psicossocial e, a partir delas, produzir reflexões sobre seus limites e suas possibilidades.

A referida experiência se deu na perspectiva de enxergar a pessoa, para além do diagnóstico apontando para a construção de acessos historicamente negados à pessoa que sofre psicicamente: seja o acesso a assistência digna em saúde, seja a visibilidade perante a

---

<sup>10</sup> Houve a assinatura de um convênio entre as duas instituições.



comunidade, ou o acesso ao trabalho, ao lazer, à cultura e, em última instância, ao direito de existir. Sendo assim, para atingir o objetivo principal deste estudo busquei dar voz aos sujeitos da práxis, ou seja, aqueles que vivenciam cotidianamente a experiência da loucura pela via do cuidado enquanto gestor, profissional ou familiar, ou pela condição de sofrer psiquicamente.

Esse “caminho” foi escolhido pelo entendimento que, refletir sobre as dimensões presentes no Movimento da Reforma Psiquiátrica, é uma oportunidade para sistematizar um conhecimento que é produzido cotidianamente com a participação de todos os envolvidos no processo de construção/desconstrução das concepções sobre saúde/doença mental.

Outro aspecto que pode justificar um estudo dessa natureza é a possibilidade de discutir as ressonâncias da reforma psiquiátrica tendo como ponto de apoio a convivência direta com as pessoas em sofrimento psíquico - dando visibilidade a elas em seus anseios, desejos, queixas e expectativas frente às relações que estabelecem com familiares, profissionais e comunidade em geral.

Dessa forma, com o intuito de tecer algumas reflexões intento resgatar alguns fatos e suas memórias, em vista de situações compartilhadas entre os diversos participantes da experiência em questão, entre eles, familiares, trabalhadores da área da saúde, estagiários e, principalmente, entre as pessoas em sofrimento psíquico, protagonistas das atividades desenvolvidas no referido Projeto de Extensão.

Em termos metodológicos proponho a realização de uma pesquisa qualitativa, haja vista que a mesma permite o estudo das relações, das crenças, das percepções e opiniões, como resultado das produções humanas (MINAYO, 2008) visando privilegiar o caráter histórico dos fatos estabelecidos durante o período de vigência do Projeto de Extensão, incluindo-se nesta narrativa um pouco do “antes” e do “depois” do referido Projeto, como forma de enriquecer a descrição e avaliar possíveis ressonâncias na atualidade.

Tendo em mente a perspectiva da história como um processo, buscarei demonstrar o que Dias (2004, p. 02) salienta quando afirma que:

O mundo vem-se transformando à medida que o modo de produção capitalista se altera, criando novas relações entre indivíduos e a sociedade [...] No Brasil, estas alterações têm configurações particulares, numa conjunção de crise econômica e democratização política, que, no final no século XX, são o cenário para a construção da política pública de saúde e reforma psiquiátrica.

À luz de tal perspectiva e, tendo em mente a legislação vigente materializada pela Política Nacional de Saúde Mental e a literatura produzida a respeito do tema, aliado à

proposta de reflexão sobre a experiência vivenciada foram surgindo inúmeras indagações, entre elas: estamos construindo um modelo, realmente, substitutivo ao manicomial? Estamos produzindo novas possibilidades de vida àquele que sofre psiquicamente? Estamos trabalhando para que a pessoa em sofrimento psíquico possa conviver em sociedade sem que sofra preconceitos por sua condição de “doente”? Estamos avançando rumo a um novo paradigma ou reproduzindo as práticas asilares, mesmo em dispositivos novos? Ao superarmos o velho asilo (com tempo indeterminado para o confinamento) não o estamos substituindo por sucessivas internações? Como cuidar sem excluir, sem retirar o acesso ao convívio social e familiar? Com a implantação de novos serviços de base extra-hospitalar estaremos, realmente, repensando as questões da loucura e a visão historicamente arraigada de preconceitos em relação à pessoa em sofrimento psíquico? É possível reformular serviços sem rever conceitos e estabelecer novos posicionamentos frente ao sofrimento psíquico?

Tendo estas e outras indagações como fatores motivadores e, amparada em um referencial teórico delimitado, adentrei na tarefa de pontuar “evidências” sobre estas questões. Evidências estas produzidas no dia-a-dia, como resultado das ações e inter-relações construídas entre os diversos atores sociais envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde, bem como nos espaços privados e coletivos da sociedade, seja na família ou em outras instituições, com o intuito de refletir sobre esse processo social complexo (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001) que é a experiência do sofrimento psíquico e a convivência com aqueles que o vivenciam.

O resultado desta reflexão, na contemporaneidade, não pode ser tomado como algo formatado, mas como processo, no estrito sentido do termo. Processo este que está em constante modificação e que se altera a cada dia, tanto quando aspectos da política oficial são formulados ou modificados, por exemplo, pelo lançamento de uma nova portaria que visa regulamentar serviços e/ou procedimentos ou pela ampliação de programas ou projetos visando atender a demandas específicas, quanto pelas experiências que vão surgindo e dando novos contornos às práticas correntes. Tais experiências, em dado momento, poderão tornar-se proposta oficial.

Com o intuito de refletir sobre estas e outras questões que, por ventura, surgissem durante o exercício de pensar sobre o instituído e o instituinte<sup>11</sup>, na perspectiva da análise histórica, organizei esta reflexão em quatro capítulos, excetuando-se a introdução e as considerações finais.

---

<sup>11</sup> De acordo com Lapassade e Loreau (1972) instituído é o que se repete por estar estabelecido/consolidado e instituinte é o novo, o que pode vir a ser inventado e praticado.

No capítulo inicial, intitulado *A assistência à saúde mental no Brasil e suas contradições* recupero aspectos da história da assistência em saúde mental, principalmente no cenário sociopolítico e econômico brasileiro, visando subsidiar a discussão sobre as questões da atualidade, ou seja, as possibilidades e os desafios de se construir uma nova forma de lidar com tais questões na perspectiva da atenção psicossocial.

No capítulo seguinte, denominado *Novos paradigmas em saúde mental*, intento realizar uma breve discussão a respeito das questões atuais no que tange aos novos paradigmas em construção ao longo das últimas décadas, pelos quais o processo de adoecimento e cuidado demandam novas formas de conceber o sofrimento psíquico, enquanto condição humana. Nesse sentido, busco pontuar as propostas atuais e a necessidade de um trabalho que envolva os diversos setores das políticas públicas, bem como a participação da sociedade como um todo, como condição para avançar rumo a mudanças na forma de conceber e lidar com as questões que envolvem o adoecimento psíquico.

No capítulo destinado à metodologia e denominado *Novos pressupostos. Novas práticas? Em busca de algumas compreensões* delimito, em termos metodológicos, a lente teórica com a qual procuro recobrar os fundamentos que embasam as reflexões e, em função dela, estabelecer o percurso da pesquisa.

No último capítulo, intitulado *Reverendo trajetórias: construindo caminhos* apresento um estudo de caso do município de Itambé-PR, pelo qual busco recuperar e refletir sobre a forma como a assistência à saúde mental fora estabelecida naquele município no período de vigência do Projeto de Extensão em relação às orientações da Política Nacional de Saúde Mental, bem como apontar as possíveis ressonâncias que o referido Projeto produziu nas formas de estabelecer o cuidado em saúde mental daquele período em diante. Em termos de possibilidades, foi possível vislumbrar que a experiência mostrou-se exitosa, visto que foi capaz de interferir e modificar a dinâmica dos processos de trabalho das equipes de saúde do PSF e dos profissionais da Unidade Básica de Saúde os quais passaram a responsabilizar-se pelo cuidado ao usuário da saúde mental de forma mais integral e contínua. Em relação a estes, foi possível construir vínculos de confiança a partir do acolhimento e do acompanhamento contínuo além da formação de um grupo de convivência que se configurou como um suporte para a produção de cuidado antes/durante e após situações de crise, além da possibilidade de oferecer-lhes maior acesso aos serviços e espaços públicos com visibilidade social. Sobre a participação dos estagiários de psicologia, o contato frequente com pessoas em sofrimento psíquico em instituições não manicomiais e a inserção no cotidiano do serviço da Atenção Básica (UBS) puderam proporcionar importantes subsídios para a sua formação. Em

termos de dificuldades ou limites, estes estiveram ligados a falta de recursos físicos e materiais, tais como: veículos para visitas e espaço físico para o desenvolvimento de algumas atividades. Em termos de condições de trabalho as maiores dificuldades foram que as equipes de PSF muitas vezes ficavam incompletas pela ausência de um ou mais profissionais, falta de espaço para diálogo entre os profissionais no sentido de terem dificuldades para discutirem e repensarem os processos de trabalho e, principalmente, pelo fato de que a rede de atenção em saúde/saúde mental não está completa, ou seja, o serviço de emergência psiquiátrica que é referência para o município deve atender aproximadamente 1,2 milhões de pessoas, ou seja, a cada encaminhamento a este serviço as chances do usuário ser encaminhado ao hospital psiquiátrico por falta de vagas são muito grandes. De forma geral, foi possível constatar a viabilidade e a importância de se realizar um trabalho na Atenção Básica, entendendo-se que esta deve estar na centralidade do trabalho e que é uma aposta factível e assertiva em termos de política pública de saúde/saúde mental. Porém, é possível afirmar ainda que, para que o modelo de atenção psicossocial possa ser instituído como prática corrente é preciso que haja a construção de políticas públicas mais comprometidas com esta perspectiva para que existam os suportes necessários (como serviços de urgência e atenção à crise) e que esta forma de trabalho seja contínua e tecida coletivamente entre todos os atores envolvidos no processo de cuidado visando à superação da visão arraigada de “trancar para tratar”. Ou seja, pressupõe que o cotidiano dos serviços seja pautado na integralidade das ações e voltado à construção da atenção psicossocial.



FIGURAS 3 e 4 – Brincando  
GRUPO *BEM-ME-QUER*– arquivo pessoal

## 2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO BRASIL E SUAS CONTRADIÇÕES

Os homens fazem 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.

Karl Marx, 1977.

Visando empreender uma breve discussão a respeito das práticas em saúde mental construídas ao longo da história, mais especificamente, no contexto sociopolítico e econômico brasileiro nas últimas décadas do século XX, neste capítulo procurarei pontuar fatos e acontecimentos históricos que, por sua natureza e especificidade, possam auxiliar na reflexão sobre o processo de construção da assistência em saúde mental no Brasil na atualidade.

Muito embora incontáveis críticas estejam presentes em diversas obras consideradas clássicos da psiquiatria (GOFFMAM, 2005<sup>12</sup>; FOUCAULT, 2003<sup>13</sup>; CASTEL, 1978; BASAGLIA, 1985) que tratam sobre a necessidade de mudanças de concepções em relação à loucura e tais obras tenham encontrado eco e produzido repercussões em solo brasileiro (FERNANDES, 1999; NICÁCIO, 2004; AMARANTE, 1995, 2008), a prática cotidiana revela que a segregação em instituições asilares (muitas delas criadas no século XIX<sup>14</sup>) ainda representa a materialidade do modo hegemônico de lidar com o sofrimento psíquico; ou seja, a internação em hospitais psiquiátricos ainda é um dos recursos mais solicitados tanto por profissionais quanto por familiares, quando do surgimento de uma crise ou mesmo na iminência desta, haja vista as queixas sobre a falta de leitos em hospitais psiquiátricos veiculadas pela imprensa e a abertura de novos leitos em diversos Estados brasileiros<sup>15</sup>, em discordância com a legislação federal.

---

<sup>12</sup> 1ª edição publicada em 1961.

<sup>13</sup> 1ª edição publicada em 1973.

<sup>14</sup> A primeira instituição psiquiátrica asilar do Brasil foi o Hospício D. Pedro II. Inaugurado em 1852 pelo imperador D. Pedro II, no Rio de Janeiro, tinha capacidade para atender 350 internos e era destinado a receber pessoas de todo o Império. Foi administrado até 1886 pela Santa Casa de Misericórdia e em pouco mais de um ano de funcionamento já estava com sua lotação completa, sendo alvo de críticas de setores da medicina e do público em geral em função de não ter condições de atender a grande demanda a ele encaminhada. Eram frequentes as “denúncias de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e falta de assistência médica”. Em 1890 foi renomeado pelo médico alienista Teixeira Brandão, passando a ser conhecido como Hospício Nacional de Alienados (RESENDE, 1994, p. 39).

<sup>15</sup> A título de ilustração, destaco um fato noticiado em 22/04/2009 pelo Conselho Regional de Psicologia-CRP da 6ª região – sobre a abertura de uma clínica para dependentes químicos em São Bernardo do Campo-SP resultante

A história da assistência psiquiátrica brasileira, amplamente descrita por diversos autores (COSTA, 1989; RESENDE, 1994; AMARANTE, 1995), revela que até meados do século XIX a pessoa em sofrimento psíquico passava praticamente despercebida no cenário social. Somente após a inauguração do Hospício D. Pedro II e, mais tarde, em 1903, com a criação da primeira Lei de Alienados, é inaugurada oficialmente a trajetória da assistência à saúde mental, entregue definitivamente às mãos dos médicos alienistas.

Esta nova conotação - agora científica - da loucura como alienação mental, segundo Amarante (1995, p. 24), surge no contexto das “[...] condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura”. Em seu bojo, tais condições ressignificam a pobreza e o trabalho, passando este agora a ser visto como dignificante, enobrecedor e necessário a todos, e aquela como algo a ser superado pela ética e dedicação ao trabalho. Nessa nova realidade, pautada nos polos da razão ou desrazão, na produtividade ou improdutividade vão perdendo espaço outras possibilidades de ser ou estar no mundo e vai sendo paulatinamente construída uma “[...] rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle social sobre o louco.” (AMARANTE, 1995, p. 24).

A partir daí vão se somando, ao longo das primeiras décadas do século XX, concepções e práticas que, pautadas na laicização do asilo (RESENDE, 1994), incluem ações voltadas tanto às instituições asilares embasadas na terapêutica proposta por Philippe Pinel (1745-1826) quanto à sociedade como um todo (RICCIARDI, 2002). Tais concepções foram sendo fortalecidas ao longo das primeiras décadas do século XX, pela incursão dos movimentos higienista e eugenista<sup>16</sup> em solo brasileiro. Estes movimentos, amplamente divulgados e aceitos pelos setores médicos, materializaram-se em ações voltadas ao ideal de eugenia e higienização do povo tendo como foco a sociedade e, especialmente, a família e a escola<sup>17</sup>. Dessa forma, foi em consonância com tais discursos de bases internacionais e a partir deles que se constituiu o discurso psiquiátrico nacional ao longo do século XX.

Refletindo sobre a apreensão da loucura como doença e a preocupação com o encarceramento do louco e com sua saída da cena social, seja pela via das instituições como

---

de uma parceria entre o grupo que controla o Hospital Psiquiátrico Lacan e o governo do Estado. Segundo o CRP, a prefeitura de São Bernardo foi surpreendida com esta inauguração em função de que o município nem foi consultado sobre tal convênio, mesmo sendo gestor do SUS e responsável pela regulação sobre o acesso ou o controle desse serviço. Para a prefeitura, esse acordo fomenta a internação psiquiátrica e fere a Lei Federal 10.216/01 que proíbe a instalação de novos leitos psiquiátricos no país. Disponível em: <http://www.crp.org.br/crp/midia/noticias/politicapublica.aspx>. Acesso em: 22 jan. 2010.

<sup>16</sup> Reflexões sobre a inserção e a influência do eugenismo e do higienismo no Brasil são encontradas em Reis (2003) e Boarini (2003).

<sup>17</sup> O trabalho de Costa (2004) é fértil em exemplos dessa intervenção sobre a família e o trabalho de Gondra (2004) é rico em intervenções perante a escola e a sociedade daquele período.

as Santas Casas de Misericórdia, seja dos Hospícios, Resende (1994) advoga que no Brasil houve uma peculiaridade em relação a outros países. Esta peculiaridade é destacada por ele ao explicar que

[...] aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do qual o insano torna-se um ‘problema’ – a industrialização, a urbanização maciça e suas consequências – e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do ‘progresso’, ainda não se tinha instalado no Brasil e já a circulação de doentes pelas cidades pedia providências das autoridades (RESENDE, 1994, p. 30, grifo do autor).

A título de ilustração, ele observa que mesmo antes do início do período de desenvolvimento urbano-industrial brasileiro, quando a psiquiatria ainda era considerada pré-científica, a loucura passou a compor a pauta das ações públicas tendo como objeto de intervenção “a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho” (p. 39) considerados “degenerados atípicos” (p. 43) numa organização social ainda escravocrata. Em outro momento, caracterizado por um processo de urbanização e imigração, esse objeto de intervenção da psiquiatria científica é composto em grande parte por imigrantes considerados “material defeituoso” (p. 46). Mais tarde, em uma fase na qual a psiquiatria foi estendida à grande massa da população e amplamente financiada pelo Estado essa clientela era composta, em sua maioria, por indivíduos classificados quanto ao seu perfil profissional como “mal definidos e sem declaração.” (p. 68).

Sobre esta questão Resende conclui que a psiquiatria brasileira, desde seu período empírico até o período científico, vem cumprindo a função social de remover ou excluir/segregar do cenário social “os dejetos humanos da sociedade, os ‘homens livres’ num momento, os imigrantes num outro, os ‘mal definidos’ de hoje” (1994, p. 69, grifos do autor).

Analisando a constituição histórica da psiquiatria brasileira, Costa (1989) salienta que esta se conjugou entre impasses, rupturas e transformações em função de momentos históricos específicos. Em um destes momentos, caracterizado pela emergência da psiquiatria como especialidade médica autônoma em 1912, o número de instituições destinadas aos doentes mentais aumentou significativamente. Nesse percurso, nas duas décadas seguintes, esta jovem ciência brasileira já demonstrava certa “vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época” cujos sinais podem ser ilustrados pela “dificuldade que eles [os psiquiatras] tinham em delimitar o campo próprio à Psiquiatria.” (p. 72).



Em que pese ao fato de que os primeiros representantes da psiquiatria científica brasileira (os médicos alienistas Teixeira Brandão e Juliano Moreira<sup>18</sup>) terem sido inicialmente adeptos do tratamento moral e haverem buscado conhecimentos nos teóricos da psiquiatria francesa, de acordo com Pavão (2006, p. 149), no território brasileiro, o movimento de institucionalização da psiquiatria manteve certo distanciamento da perspectiva de Pinel - para quem os fatores biológicos não eram considerados determinantes de um funcionamento mental doentio - e uma aproximação dos princípios de Benedict-Augustin Morel (1809-1873), o qual associava a loucura “a desvios e desajustamentos na esfera social” produzindo ressonâncias nas formas de conceber e lidar com o adoecimento psíquico no período de transição do Império para a República, no qual os conflitos urbanos produzidos no bojo do processo de industrialização demandavam ações concretas por parte dos dirigentes políticos. Mediante explicações associadas a questões de hereditariedade, em diversos países do mundo passaram a ser desenvolvidos programas públicos “com o objetivo de impedir a propagação das tendências degeneradas entre a população” buscando preservar a “pureza da raça” e promover o “estímulo e manutenção dos bons costumes.” (PEREIRA, 2008, p 08).

Para Costa (1989, p. 72-73), estas idéias e ideais caíram como uma luva para o pensamento psiquiátrico dos médicos que procuravam um reconhecimento jurídico para a psiquiatria brasileira, tornando-a “um arranjo artificial de elementos que se faziam entrar à força na causalidade biológica”. Para tal linha de pensamento, “a causalidade biológica em Psiquiatria, como aliás, em política, moral etc., tornou-se um elemento apriorístico”. Esta falta de definição levou-os a adotar os princípios da psiquiatria organicista para “explicar o funcionamento psíquico e cultural da sociedade.” (p.72). Sendo assim,

Esses psiquiatras tinham todos tendência a confundir ou, pelo menos, a associar indevidamente os problemas psiquiátricos aos problemas culturais em geral. Para eles, os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade (COSTA, 1989, p. 72).

Paulatinamente, o foco na doença foi sendo suplantado pelo foco no indivíduo sadio e a intervenção sobre um único indivíduo foi sendo substituída pela intervenção no social, com a criação de programas de higiene mental promovida pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). A partir de 1928, de acordo com o Estatuto da LBHM, o objetivo principal passou a ser a “higiene social da raça” (COSTA, 1989, p. 84). No início da década de 1930 esse ideal é

---

<sup>18</sup> Sobre a importante atuação destes dois médicos nos primórdios da psiquiatria brasileira, consultar MEMÓRIA..., s/d; TEIXEIRA, 2005.

assim expresso por um de seus representantes em seu propósito de regeneração da sociedade brasileira:

É preciso saber, entretanto que se a higiene mental muito tem a vêr com o aperfeiçoamento dos methodos educativos, muito mais ainda deverá cuidar da parte sublimar o caracter e impedir a eclosão de psychoses nas pessoas normaes ou mesmo predispostas. Não poderá, todavia, obstar que as taras se transmittam e que a degeneração se propague (CALDAS, 1930, p. 36, grifo meu).

No rastro de tais concepções, inúmeras instituições psiquiátricas asilares foram criadas no Brasil ao longo do século XX e ainda no final do século XIX, com o propósito de segregar os considerados incapazes de viver em sociedade e de evitar a propagação das *eivas hereditárias*.

Destacando uma destas instituições, o Hospital do Juquery<sup>19</sup>, Cunha (1988) acentua que, assim como outras criadas com o mesmo objetivo, esta se materializou como um espaço de reclusão daqueles que a sociedade burguesa quis esconder. Para ela, a construção do Complexo do Juquery representou a instauração de um espaço médico para aqueles que não dispunham de um espaço social ou para “[...] indivíduos por diversas razões incapazes de adaptação às disciplinas exigidas pela vida e pelo trabalho urbano.” (p. 20).

Apesar do tempo transcorrido, esta realidade ainda persiste em todo o território brasileiro. Muitos dos hospitais psiquiátricos espalhados pelo Brasil, de vez em vez, são alvos de denúncias de falta de assistência mínima aos internos. Em 2009 o Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia de Camaragibe, no Estado de Pernambuco, foi denunciado pela imprensa e sofreu intervenção do Ministério Público daquele Estado por completa falta de condições de atendimento. Segundo o Conselho Regional de Psicologia (CRP), nessa instituição morriam, em média, cinco pacientes por mês. Para a conselheira da comissão de saúde do CRP, esse dado por si já demonstrava que “ali não é um espaço de cuidado, de confinamento, mas de morte.” (PACIENTES..., 2009).

Outro exemplo não menos contundente foi divulgado em 2011, na região de Sorocaba, no Estado de São Paulo, a qual tem a segunda maior concentração de leitos psiquiátricos do País (perde somente para o Rio de Janeiro). Em um dos hospitais psiquiátricos daquela região (Hospital Vera Cruz) o número de óbitos é considerado abusivo, haja vista que é três vezes maior do que a média de óbitos de outros hospitais psiquiátricos da mesma região. Em função

---

<sup>19</sup> Idealizado pelo médico psiquiatra Francisco Franco da Rocha (1864-1933) e inaugurado em 1898 o Hospício do Juquery foi uma instituição modelo em sua época. Criado para atender 800 internos, em pouco tempo havia superado sua capacidade, chegando em 1960 a abrigar 14.000 internos (Barbosa, 1992) e 16.000 internos em 1970 (DIP, 2006).

dessa constatação estatística foi desenvolvido um estudo intitulado *Levantamento de Indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região* com o objetivo de conhecer as circunstâncias dessa alta taxa de mortalidade pela análise de suas causas. Como resultado foi encontrado que a maioria das mortes teve como justificativa no atestado de óbito “causas desconhecidas ou mal-esclarecidas”. Diante dos indicadores coletados os autores concluem que

[...] os manicômios de Sorocaba e região mostram, em seu conjunto, uma situação gravíssima, em todos os aspectos investigados. Entre eles ressaltamos o número de leitos cinco vezes superior ao que a legislação recomenda, o alto índice de pacientes-moradores indocumentados (mais de duas vezes superior ao do restante do Estado), o número de funcionários inferior à metade do que é determinado pela legislação e o número de mortes elevado (uma a cada três dias), mortes estas na maior parte dos casos por motivos evitáveis e mal-esclarecidos e que dobram nos meses mais frios. Isto nos fornece um panorama geral de negligência no cuidado aos pacientes destes manicômios (LEVANTAMENTO..., 2011, p. 22).

De acordo com os autores desse estudo “o conjunto dos dados evidencia, portanto, uma situação alarmante, seja em relação ao número de mortes, seja em relação a sua adequada investigação.” (LEVANTAMENTO..., 2011, p. 21).

## 2.1 A CRÍTICA AO DISCURSO CIENTÍFICO: CONFINAMENTO E IATROGENIA

O manicômio é il luogo zero dello scambio.  
[O manicômio é o lugar zero da troca].

Franco Rotelli, 1981.

Evidentemente, o modo arraigado de conceber e lidar com a questão da loucura tendo como centralidade do tratamento a internação em hospitais psiquiátricos não é prerrogativa do Brasil. Tecendo uma severa crítica ao arcabouço teórico que sustentava a psiquiatria italiana na década de 1960, o médico psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), contesta a realidade manicomial. Em *A Instituição Negada*, escrita em 1968, ele aponta a relação entre a violência presente no hospital psiquiátrico e a de outros sistemas sociais, afirmando que não há como conviver com a lógica do manicômio quando, pelo contato direto com esta instituição, enxerga-se “a eloquente condição de violências, afrontas e injustiças” pela qual passa o

doente mental. Nesse sentido, para ele “ou *se é cúmplice ou se age e destrói.*” (1985, p. 10, grifo do autor).

Sobre a necessidade de mudança de paradigma, Basaglia (1985) afirma que para que isso aconteça, a realidade precisa ser transformada e que essa transformação não se restringe à ciência psiquiátrica. Passa, igualmente, pela revisão de valores presentes na sociedade como um todo. Defendendo esta ideia ele afirma que

[...] o nosso discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico), não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política (BASAGLIA, 1985, p. 09).

Discorrendo sobre o papel da ciência psiquiátrica no tocante ao poder que esta exercia sobre o doente na década de 1960 na Itália, Pirella (1985) a identifica como uma ciência teórico-prática que atua sobre comportamentos individuais desviantes e sobre a gestão desses comportamentos, tendo como instância de controle e de restituição da normalidade perdida o hospital psiquiátrico. Para ele, o doente mental, quando está sob a tutela desta instituição “é um cidadão privado de seus direitos” por ter cometido uma “infração à norma do ‘viver civil’”, por ter sido incapaz “de ‘jogar o jogo’” e por não ter suportado “a angústia de viver num mundo que limita e oprime” e que faz com que ele pague esta incapacidade “com esta passagem pela instituição total.” (p. 176-178, grifos do autor).

Não obstante, a existência de legislação nem sempre assegura o que é apregoado como direito. Sobre isto Costa (1989) afirma que para analisar a questão da assistência psiquiátrica no Brasil ou o “aprisionamento da loucura no discurso de nossa ciência médica” é preciso ir além dos “interstícios da lei” e contemplar as “relações de poder” presentes nessa temática (p. 42). Para ele, tal análise pode revelar como a psiquiatria brasileira se relacionou historicamente com a loucura e como os interesses corporativos triunfaram tendo como mote, em momentos históricos simultâneos, os discursos: organicista (materializado pela prescrição desmedida de psicotrópicos); preventivista (dirigido ao Estado como instituição capaz de sistematizar a prevenção dos degenerados mentais e a proliferação dos socialmente inaptos); e psicoterápico (voltado à normalização e moralização das camadas mais abastadas).

Não menos contundente que Basaglia, Costa (1989) ainda pontua que a psiquiatria está há mais de dois séculos se ocupando da loucura, portanto é responsável direta pelas condições desumanas vivenciadas nas instituições de atendimento à crise. Nessa pontuação ele verifica o atravessamento da questão racial e de classe social. Eis suas palavras:

As pessoas morrem feito ratos nesses lugares malcheirosos e horrorosos. As pessoas, porque são *loucas*, são pessimamente tratadas onde quer que estejam: ambulatórios, serviços de clínica geral, unidades de internação. Com preto, pobre e psicótico se fazem coisas que jamais seriam feitas com paciente privado: excesso de neurolépticos; medicação endovenosa de alto risco; medicação anti-hipertensiva sem *follow-up*. *A ética da Psiquiatria termina onde começa a pobreza e o asilo*. A gente tem de dizer isto, em alto e bom som. *Calar é cumplicidade* (COSTA, 1989, p. 49, grifos do autor seguido de grifo meu).

Discutindo a lógica da psiquiatria, ou seja, a lógica do asilamento, Nicácio (2004) aponta o manicômio como lugar onde os conflitos sociais encontram guarida e onde, por meio do controle e da exclusão, a sociedade segrega o que tem como desmerecedor, haja vista que aquele é o “lugar de louco, da miséria, dos improdutivos, daquilo que ‘desencaixa’ da ordem da razão e da produção”. Sendo assim, “não é por acaso que a maioria das pessoas internadas pertencem ao proletariado e ao lumpemproletariado.” (NICÁCIO, 2004, p. 93, grifo da autora).

Entre tantas polêmicas e discussões, em meio a consensos e dissensos, uma coisa é possível ser dita: a ciência até hoje não deu conta das questões relacionadas à loucura, quando muito oferece os meios químicos, representados pelos psicofármacos, os quais, inclusive, são muito importantes no processo de cuidado; ou os meios físicos, representados pelos espaços restritivos ou não; porém não há como não considerar que a questão da loucura ultrapassa os limites da lógica e da razão, desafiando cotidianamente os técnicos da ciência. Estes, em sua ânsia de cuidar, por vezes acabam reproduzindo as ideias veiculadas pelo célebre personagem de Machado de Assis, Simão Bacamarte o qual, em sua determinação de separar os loucos dos sãos, acreditava veementemente que “a ciência era a ciência” (ASSIS, 1990)<sup>20</sup> e que fora dela só restaria a loucura.

Recuperando-se alguns aspectos históricos a respeito da prática do confinamento da pessoa em sofrimento psíquico em instituições totais sob a justificativa de tratamento é possível tecer algumas reflexões, não só sobre a existência deste tipo de instituição, mas também a respeito do modelo de ciência sobre o qual a psiquiatria se erigiu, amparou-se e ainda se ampara para legitimar suas práticas.

Nessa direção, versando sobre o modelo manicomial, Vecchi (2004) afirma que o gerenciamento científico da loucura, nascido a partir do século XIX, põe fim a uma era caracterizada pelo poder da família, do monarca ou da justiça sobre ela. Estes “aparelhos” de controle faziam intervenções por vezes concorrentes e desarmônicas entre si para operar esse

---

<sup>20</sup> 1ª edição publicada em 1881.

gerenciamento. Pouco a pouco, a medicina fez com que houvesse a “subordinação dos três poderes, jurídico, administrativo e familiar à instância médica.” (CASTEL, 1978, p. 31).

A Arte também se dedicou a retratar a loucura em todas as suas nuances e formas de manifestação, bem como a forma como as relações sociais produzem os seus conceitos, em determinado tempo histórico. Inclusive grande parte desta literatura revela de forma metafórica, ou mesmo direta, as contradições presentes nas instituições criadas no processo de atendimento e acolhida desta manifestação humana.

Como não teria condições de abarcar, nos limites deste estudo, nem mesmo as principais obras clássicas cujo tema central são as manifestações da loucura em suas vicissitudes, tomarei como exemplo clássico a pintura datada de 1549 intitulada *A Nau dos Insensatos*. Pintada por *Hieronymus Bosh* (1450-1516), esta obra é baseada na sátira *Narrenschiff*, escrita em 1494 por Sebastian Brant<sup>21</sup>. Ela é representada por uma embarcação que desliza ao longo dos rios da Renânia guiada por marinheiros cuja função é levar loucos de todos os tipos de uma cidade a outra. Tais embarcações cumpriam a função de expurgo, mas também de peregrinação (FOUCAULT, 2003, p. 10).

A habilidade de representar com maestria as questões que perpassam o gerenciamento humano ocorrido em instituições totais como já apontado anteriormente em obras cujos autores são clássicos (SZASZ, 1976; FOUCAULT, 2003; GOFFMAN, 2005), também coube a escritores cujas obras estão entre os clássicos da literatura. Como exemplo, é possível citar o romance *O Ateneu*, de Raul Pompeia (1863-1895), escrito em 1888, no qual o autor faz sua autobiografia quando de sua permanência em um internato escolar. Outro exemplo de autoria internacional e, por isso, não menos interessante e extremamente chocante, é a obra *É isto um homem?* publicada em 1947, pelo escritor italiano Primo Levi (1919-1987)<sup>22</sup>. Nela, Levi narra os momentos que passou em Auschwitz como prisioneiro judeu.

No Brasil, em se tratando de crítica à instituição criada para abrigar a loucura os escritores brasileiros Joaquim Maria Machado de Assis (1839-1908) e Afonso Henriques de Lima Barreto (1881-1922) certamente são as principais referências em uma época em que o

---

<sup>21</sup> Atualmente esta obra está em exposição permanente no Museu do Louvre, instalado no Palácio do Louvre, em Paris, na França.

<sup>22</sup> Escritor e químico italiano nascido em Turim, se destacou por uma obra sobre os horrores nazistas. Filho de pais judeus, após completar a instrução doméstica matriculou-se na Universidade de Turim para estudar química. Durante a guerra formou uma pequena força de guerrilha, mas foi traído e aprisionado em Auschwitz. Como um dos poucos sobreviventes voltou à Itália (1945), onde retratou a natureza da brutalidade nazista e a variedade de respostas para suas vítimas. *Se questo un de è Uomo* (1947, *Se este é um Homem*), foi o primeiro destes. Com *Tregua de La* (1963, *A Trégua*). O seu livro mais conhecido é *A Mesa Periódica* (1985), um volume de reflexões autobiográficas. Como escritor e químico ganhou muitos prêmios em Veneza, Milão, Viareggio e Roma e morreu em sua cidade natal. Disponível em: [http://www.netsaber.com.br/biografias/ver\\_biografia\\_c\\_2957.html](http://www.netsaber.com.br/biografias/ver_biografia_c_2957.html). Acesso em: 26 jan. 2010.

asilamento do doente mental e as práticas da psiquiatria como ciência médica estavam em ascensão no seio de uma sociedade que buscava disciplinamento das condutas, iniciado em face do acelerado processo de modernização e desenvolvimento econômico desencadeado do país.

No contexto de transição do Império para a República as ações de saneamento e urbanização das cidades brasileiras - e com isso, as intervenções na saúde pública - foram freqüentes e importantes<sup>23</sup>. Nesse cenário de mudanças, *O Alienista*, conto escrito por Machado de Assis, em 1881, traz uma crítica ao cientificismo e à supremacia da razão, predominante no final daquele século. Esta obra é tomada por diversos pensadores da temática da loucura como o primeiro tratado brasileiro de antipsiquiatria. Por ela é possível tecer considerações sobre a arte e a psicopatologia em um dado momento histórico. Usando de um pessimismo irônico, Machado de Assis faz uma grande sátira ao saber médico, demarcando as fronteiras entre o normal e o patológico e as relações entre loucura e religião e entre loucura e poder. Seu personagem principal, o médico Simão Bacamarte, supondo o espírito humano como uma grande concha da qual seria preciso que se extraísse a pérola (a razão), sentenciava: “[...] demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades, fora daí insânia, insânia, e só insânia.” (ASSIS, 1990, p. 23).

Segundo Amarante (2006, p. 01) *O Alienista* é uma obra que antecipa as críticas ao paradigma psiquiátrico que décadas depois seriam formuladas “por autores como Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman, Ronald Laing, David Cooper, entre outros”. Pelas mãos de Simão Bacamarte

Machado questiona a ideia de ciência como produtora de verdade e sua pretensão de se apresentar como um saber neutro e desinteressado; denuncia a função da psiquiatria na construção do ideal de normalidade e de sociedade, bem como a relação entre a psiquiatria e ordem pública (AMARANTE, 2006, p. 02).

Outra obra da literatura brasileira que também é considerada de grande importância para a antipsiquiatria é *O cemitério dos vivos* (1961). Nela, Lima Barreto relata as suas duas passagens pelo Hospício Nacional de Alienados, a primeira em 1914, quando foi conduzido por decisão policial, e a segunda entre 1919 e 1920, quando foi levado por seu irmão. O motivo desses enclausuramentos forçados foi seu vício, o alcoolismo. Com maestria e sensibilidade para as questões sociais, durante o período de clausura ele se ocupou em analisar a sua condição de excluído. Ao mesmo tempo em que faz uma denúncia sobre as condições a

---

<sup>23</sup> A esse respeito, ver Costa (1985).

que estão submetidos os internos, foge da alienação que a instituição desenvolve. Refletindo sobre a loucura, relata: “O espetáculo da loucura, não só no indivíduo mas, e sobretudo, numa população de manicômio, é dos mais dolorosos e tristes espetáculos que se pode oferecer a quem ligeiramente meditar sobre ele” (BARRETO, 1961, p. 177). Imerso na história daqueles que estavam na contramão da ordem vigente ele condena o enclausuramento afirmando que “a maior, senão a única ventura, consiste na liberdade.” (p. 258).

Estes, entre tantos outros autores clássicos, encontraram na arte uma forma poética de representar as agruras humanas com as mais variadas cores e matizes que o espírito humano é capaz de imaginar ou vivenciar. Na contemporaneidade, outras formas de manifestação artística também propõem uma análise crítica, baseada em fatos reais, sobre os mecanismos de exclusão tentando dar visibilidade às práticas que ainda teimam em existir, embora a história já tenha mostrado que a prática do confinamento da pessoa em sofrimento psíquico está calcada na iatrogenia<sup>24</sup>.

Nesse sentido, para Dias:

O manicômio gera uma conseqüente degradação nos indivíduos, vistas sua prática de massificação do atendimento, a partir das classificações nosológicas, criando uma despersonalização dos sujeitos; de uso de espaços restritivos como medidas terapêuticas, gerando uma dupla mortificação; de desconhecimento do motivo da internação; de ausência de privacidade; de ausência de liberdade de expressão; de violação de correspondência; de negação da sexualidade; de infantilização; de acesso à atividade como prêmio e de interdição civil (DIAS, 2004, p. 07).

Essa constatação já era apontada por Franco Basaglia na década de 1960 como “o duplo da doença mental”. Este duplo “é algo que se sobrepõe à doença, que surge como conseqüência do processo de institucionalização”, o qual homogeneiza o doente, em função das “[...] formas de lidar, olhar, sentir o internado, com base naquilo que se supõe ser o louco e sua loucura.” (AMARANTE, 2008, p. 80). Nesse sentido

[...] ‘por duplo da doença mental’ é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de ‘pré-conceitos’ ‘científicos’, fundados em noções tais

<sup>24</sup> Esta questão pode ser exemplificada em filmes, tais como: *Em Nome da Razão* (1979) de Helvécio Ratton; *Bicho de Sete Cabeças* (2000) de Laís Bodansky, baseado na obra autobiográfica *O Canto dos Malditos* de Austregésilo Carrano Bueno (1990) e no livro *Nos Porões da Loucura* (1982), de Hiran Firmino. Por outro lado, o filme *Estamira* (2004) de Marcos Prado e o documentário *Moacir – Arte Bruta* (2005), de Walter Carvalho, são exemplos de como é possível viver e sobreviver em liberdade.



como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental (AMARANTE, 2008, p. 80-81, grifos do autor).

Todas as perdas que, em geral, vão se somando ao longo da situação recorrente de confinamento, tais como: o direito de ir e vir, a impossibilidade de escolha sobre o que vestir, o que comer, e até o que dizer e o que querer, fazem com que o alheamento da realidade, a apatia e a inércia diante do mundo passem a existir para além da loucura. Tudo se torna produto da loucura e, ao mesmo tempo, produz loucura enquanto alienação de si; alienação que configura uma situação iatrogênica capaz de determinar a carreira moral do paciente, como bem apontou Goffman (1961/2005), ao destituir o sujeito de sua condição de humano – portanto, também de sua condição de diverso, plástico e dinâmico - ao colocá-lo numa condição de objeto a ser administrado e conduzido, segundo os dogmas de uma ciência voltada ao controle e à normatização do social.

Na atualidade muitas críticas a essa condição de exclusão se fazem presentes nos discursos e nas práticas daqueles que lutam *por uma sociedade sem manicômios*. Inclusive, a bandeira de muitos movimentos sociais é a luta pela liberdade<sup>25</sup>; liberdade de ir e vir, como no caso das pessoas encarceradas por contestarem o modelo hegemônico, cujo exemplo mais acabado se viu com a ditadura militar fortemente instaurada no Brasil nas décadas de 60 e 70 do século XX; liberdade para protestar, como nos casos que envolvem posicionamentos divergentes do instituído, como, por exemplo, a questão da liberdade de imprensa; liberdade para amar, como nos casos que abarcam vivências e subjetividades que contrastam com certo padrão de normalidade, cujo exemplo mais tácito é o movimento conhecido como GLBTT, que inclui gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e transexuais; liberdade para viver e para ser como se é, como nos casos que incluem as pessoas com deficiência física, mental, sensorial, múltiplas ou as pessoas que padecem de sofrimento psíquico.

A luta pela liberdade das pessoas em sofrimento psíquico para viver e para ser é a bandeira do Movimento da Luta Antimanicomial. Esse movimento dissemina a ideia de que o isolamento é antiterapêutico e iatrogênico e que a liberdade é condição para o desenvolvimento ou a manutenção da capacidade de estabelecer contratualidade social (SARACENO, 2010).

---

<sup>25</sup>O termo aqui empregado se refere ao “conjunto de direitos reconhecidos ao indivíduo, considerado isoladamente ou em grupo, em face da autoridade política e perante o Estado; poder que tem o cidadão de exercer a sua vontade dentro dos limites que lhe faculta a lei”. (Fonte: Dicionário Houaiss. Disponível em: <http://dic.busca.uol.com.br/result.html?t=10&ref=homeuol&ad=on&q=liberdade&group=0&x=15&y=3&dict=a> cesso). Acesso em: 25 mar. 2011.

## 2.2 A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL APÓS A DÉCADA DE 1960

A loucura, objeto dos meus estudos,  
era até agora uma  
ilha perdida no oceano da razão; começo a  
suspeitar que é um continente.  
(Simão Bacamarte)

In: Machado de Assis, 1990.

Após resgatar alguns pressupostos referentes à constituição do modelo asilar, visando estabelecer uma breve discussão sobre os fundamentos teóricos que embasaram as práticas relacionadas à assistência à saúde mental no Brasil, em seus primeiros tempos, pretendo enfatizar duas questões que considero fundamentais para compreender os avanços e os desafios que se colocam na atualidade, quais sejam: a) a construção de um modelo de atenção identificado com a psiquiatria preventiva americana, iniciado na década de 60, do século passado; b) a tentativa de sua superação, construída ao longo das últimas décadas daquele século e continuada no início do século atual. Desse ponto em diante, tratarei da primeira questão com o intuito de identificar a emergência da necessidade de mudança como fator desencadeante de tentativas de transformações no modelo de atenção ou de instituição de práticas, mais afinadas com os pressupostos deste novo modelo.

### 2.2.1 A psiquiatria preventiva americana e suas heranças nas políticas de saúde mental

Em meados do século XX, no contexto histórico do Pós-Guerra, muitos países passaram a questionar os resultados terapêuticos dos manicômios deflagrando em alguns deles ideias reformistas sobre a assistência psiquiátrica, tanto em função da baixa resolubilidade dos serviços como, principalmente, da necessidade de contenção de custos com a assistência em saúde, já que muitos destes hospitais eram públicos ou custeados pelo Estado.

Segundo Birman e Costa (1994, p. 03) nesse novo contexto

[...] o asilo passa a ser considerado como o grande responsável pela deterioração dos pacientes, como agente produtor e mantenedor da enfermidade. Um conjunto de

críticas que se vinham formulando de modo esporso sobre o contexto asilar são reatualizadas [...] Não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividade, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho.

Desse período em diante passaram a ser desenvolvidas em diversos países experiências voltadas ao atendimento extra-hospitalar que vão aos poucos demarcando um novo projeto para a psiquiatria envolvendo uma mudança no seu objeto “que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental” e, por meio do qual a psiquiatria adquire contornos de uma prática fortemente voltada ao social (AMARANTE, 1995, p. 22).

De acordo com Amarante (2007), a expressão psicossocial surgiu na década de 40 do século passado, no período do Pós-Guerra, cunhada pelo inglês James L. Halliday em sua obra intitulada *Psychosocial Medicine* e publicada em Londres em 1948. Esta obra ficou conhecida pelo pioneirismo do autor em estabelecer relações entre as transformações sociais e as questões psíquicas, tendo forjado as bases para uma nova forma de constituir os cuidados em saúde mental pela valorização de grupos de discussão envolvendo o paciente em seu tratamento e dando-lhe espaços para participar do projeto terapêutico.

A partir dessas premissas iniciais e em um contexto de demandas geradas no período pós-guerra, foram surgindo mudanças no cenário mundial, no tocante à condução política e econômica dos países que, amplamente afetados pelas conseqüências da guerra, buscavam projetos de reconstrução nacional. Nesse cenário, na área da psiquiatria o questionamento do asilo, compreendido então como “metáfora da exclusão” ocorreu de forma importante tanto na América no Norte como na Europa. Paulatinamente, foram surgindo novos conceitos que produziram novas experiências como as comunidades terapêuticas com Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959, a psicoterapia institucional ou coletivo-terapêutica com Francois Tosquelles, na França, criada também nesse período. Esta última modalidade tinha como pressuposto a problematização das hierarquias e hegemonias, através da “[...] premissa de que no hospital todos teriam uma função terapêutica e deveriam fazer parte de uma mesma comunidade e, enfim, deveriam questionar e lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações intra-institucionais.” (AMARANTE, 2007, p. 44-45).

À medida que estas experiências de coletivo terapêutico eram desenvolvidas e mostravam a possibilidade de os doentes mentais serem tratados fora do manicômio, ou seja, no espaço social, modificações em torno delas eram introduzidas em função da necessidade de existência de um trabalho integrado à sociedade e externo ao manicômio, com vistas a

evitar re-internações ou ocorrências de novos casos. Essa proposta foi denominada de psiquiatria de setor, inaugurando a ideia de regionalização com a criação de centros de saúde mental (CSM) na França. A ideia era levar a psiquiatria à população, às comunidades, deslocando o eixo da assistência do hospital para o espaço extra-hospitalar. Nesse sentido, “diferentemente dos ambulatórios, que eventualmente existiam, e que até então deveriam ser os responsáveis pelo acompanhamento extra-hospitalar, os CSM agora propostos foram estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões.” (AMARANTE, 2007, p. 45).

Assim como na Europa, no continente americano também foram implantadas reformas na assistência psiquiátrica. Nos Estados Unidos, na década de 1960, foi criada uma proposta de psiquiatria preventiva comunitária que ficou conhecida como saúde mental comunitária. Seu principal criador foi o psiquiatra Gerald Caplan (1917-2008) o qual explicitou esta experiência no livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, escrito em 1964. Seu projeto tinha a pretensão de estabelecer uma reforma radical na psiquiatria, cujo objeto passaria a ser a prevenção visando à erradicação das doenças mentais.

Para elaborar tal proposta Caplan se inspirou no modelo da *História Natural das Doenças*, de Leavell & Clark, para quem o processo saúde/doença era pautado em uma linearidade passível de prevenção. Tal visão foi transposta para as doenças mentais, passando a ser veiculada a ideia de sua prevenção, desde que detectadas precocemente; ou seja, a meta seria agir antes da eclosão da doença. Para Caplan a tarefa mais importante era “a busca de suspeitos” com vista a realizar a intervenção precoce, caso fossem detectadas condições propícias ao aparecimento de desordens mentais. Naquele período, os Estados Unidos viviam uma situação bastante peculiar caracterizada pela “guerra do Vietnã, o crescente envolvimento da juventude com as drogas, as *gangs*, o movimento *beatnik*, o movimento *black power*” que traziam à tona importantes questões sociais, como a pobreza e a exclusão social (AMARANTE, 2007. p.48, grifos do autor).

O projeto empreendido por Caplan e apresentado como proposta de reformulação da assistência psiquiátrica - pela substituição das instituições psiquiátricas por meios alternativos - caiu no gosto das instâncias governamentais já que era evidente a falência do modelo hospitalar. Em função disso esse projeto foi adotado como política oficial de saúde mental com apoio incondicional do presidente americano John F. Kennedy, que em 1963 assim anunciou:

Proponho um programa nacional de saúde mental que assista na inauguração de uma ênfase e de uma abordagem inteiramente novas para cuidar de doentes mentais [...]

Governantes em todos os níveis - federal, estadual e local -, as fundações particulares e cada cidadão devem arcar com suas responsabilidades nessa área (CAPLAN, 1980, p. 17).

Nesse discurso há o deslocamento do eixo do cuidado, que, do centramento na internação em hospital especializado em psiquiatria e na figura do psiquiatra, passa a valorizar o enfoque pedagógico e comunitário, visando à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos doentes mentais pela implantação de serviços comunitários. O plano era tão grandioso que incluía até a iniciativa privada, devendo os psiquiatras que atendiam em clínicas particulares “captar os remanescentes dos programas comunitários” haja vista que, mesmo com todo o planejamento possível, sempre haveria aqueles que não estariam contemplados pelos programas oferecidos (CAPLAN, 1980, p. 33).

Segundo Amarante (1995), o principal fator motivador dessa proposta foi um censo realizado em 1955 nos hospitais psiquiátricos daquele país, segundo o qual a assistência prestada era precária e ofertada sob condições subumanas. Em função disso, o governo estabeleceu mudanças na assistência até então oferecida tomando como meta a redução das doenças mentais nas comunidades e a promoção da saúde mental.

Esse projeto de mudanças marcou a adoção do modelo preventivista de Caplan não somente pelos Estados Unidos, mas também pelas organizações sanitárias internacionais (OPAS/OMS) que o recomendaram a inúmeros países do Terceiro Mundo, inclusive ao Brasil.

Nesse programa apresentado por Caplan (1980) o conceito de prevenção, como parte de um esforço comunitário, envolvia “[...] a redução da taxa de novos casos de distúrbio mental numa população durante certo período, neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham oportunidade de causar a doença”. Segundo ele, enquanto não fosse possível “intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros” um programa de prevenção primária atuaria sobre as “influências perniciosas correntes, as forças ambientais que apóiam os indivíduos na resistência àquelas, a as forças ambientais que influenciam a resistência da população a futuras experiências patogênicas”. Esse programa partia da idéia de que as perturbações mentais “[...] resultam da inadaptação e desajustamento, e que, pela alteração do equilíbrio de forças, é possível conseguir uma adaptação e um ajustamento saudáveis.” (CAPLAN, 1980, p. 40-42).

Nesta perspectiva, a prevenção se daria nos níveis primário, secundário e terciário e seria amparada pelos mesmos princípios utilizados nos programas sanitários propostos pelos reformadores higienistas do início do século os quais levantavam fatores que pareciam estar associados à presença ou ausência de doenças. Nesse caso, a prevenção das doenças mentais viria pela detecção de fatores que influenciariam sua ocorrência.

Segundo Caplan (1980, p. 45) esse modelo poderia fornecer:

[...] uma visão a longo prazo dos fatores constantes que moldam o desenvolvimento do estilo geral de vida de uma pessoa, e uma visão a curto prazo das crises recorrentes que estão associadas a súbitas mudanças em seus padrões de comportamento. Ambos os níveis do modelo enfatizam as influências ambientais que afetam comumente muitas pessoas em grau significativo e ignoram os fatores idiossincráticos que determinam as diferenças individuais.

De acordo com Amarante (1995) esse movimento de prevenção acarretou um aumento significativo da demanda ambulatorial e extra-hospitalar em função da identificação e encaminhamentos dos “suspeitos” a estes serviços, além de ter servido como um sistema de retroalimentação do modelo asilar.

### **2.2.2 A medicina preventiva no Brasil**

A assistência prestada no Brasil ao doente mental ao longo das primeiras décadas do século XX, efetivamente assentada na ciência psiquiátrica e caracterizada pela criação dos grandes asilos públicos seria parcialmente modificada após o golpe militar de 64. Nesse novo contexto, a assistência anteriormente destinada ao doente mental pobre passa a ser expandida aos trabalhadores e seus dependentes através da contratação, pelo Estado, de leitos em hospitais privados. Nesse período, “enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 no final do período”. A lógica das internações “seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 65 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000.” (RESENDE, 1994, p. 61).

Após um período promissor para as empresas médicas conveniadas em termos de clientela e lucros, o cenário sociopolítico e econômico foi sendo modificado e um dos rebatimentos dessas novas condições sociais foi a diminuição desse tipo de investimento por parte do Estado e a adoção de formas de reduzir os custos com esse tipo de assistência.

Paralelamente a esse esgotamento de recursos, começavam a surgir manifestações contra a chamada “indústria da loucura” com vistas a questionar o modelo hospitalocêntrico de cunho ineficiente e cronificador, em favor de um modelo de base comunitária.

No bojo das críticas e denúncias sobre o atendimento desumano feitas por alguns segmentos da sociedade e na emergência de condições adversas para a economia do país, marcada pelo intenso desgaste da mão-de-obra e pela deterioração das condições de vida dos trabalhadores e de suas famílias, na década de 1970 passaram a ser estabelecidas outras formas de conduzir a política de assistência psiquiátrica tendo como meta não mais a hospitalização desordenada, mas o controle delas e do seu tempo, visando a reduzir o número de internações que traziam ônus para o País, tanto pelo alto custo da assistência em si como pela diminuição da mão-de-obra para a indústria.

Nesta perspectiva, em 1972 o Ministério da Saúde “incorpora como seu o discurso de seus críticos” e assina, em conjunto com os setores de saúde de outros países latino-americanos em Santiago do Chile, um documento que “[...] recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando a pronta reintegração social do indivíduo.” (RESENDE, 1994, p. 65).

Essa nova forma de conceber o processo saúde-doença - pela via da não cronificação e, principalmente, pela intervenção anterior ao agravo - tinha forte identificação com os princípios da medicina preventiva que vigoravam nos Estados Unidos e estavam sendo transpostos para os países latino-americanos. Não há como não reconhecer que estas ideias encontraram terreno fértil em solo brasileiro pela inserção já consolidada das ideias higienistas - presentes desde o início do século XX- haja vista a congruência de objetivos preventivo-comunitários da LBHM e da psiquiatria preventiva americana.

Neste sentido, a proposta de organizar a medicina preventiva no Brasil se deu tanto pela orientação de instâncias internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), quanto por fundações americanas de pesquisa (Rockefeller, Milbank e Kellog), as quais financiaram pesquisas sobre a temática a apoiaram a implantação de ações. Dessa forma, durante os anos 60, professores e alunos de medicina e enfermagem “[...] foram intensamente bombardeados por textos, seminários, ofertas de viagens de reconhecimento e bolsas de estudos nos Estados Unidos, além das possibilidades de terem suas pesquisas e programas de educação financiados.” (TAMBELLINI, 2003, p. 50).

Em um país que vivia a necessidade de mudanças pelo esgotamento de um modelo que já havia se mostrado ineficaz e altamente oneroso para o Estado, essa proposta causou grande impacto e seduziu inúmeros centros universitários ávidos por novidade e alternativas de mudança social. Por outro lado, também causou resistências de setores engajados com uma visão mais abrangente e profunda sobre as condições de vida, ligada à saúde enquanto ausência de doença, mas também enquanto produção de vida.

### 2.2.3 Alguns contrapontos históricos: a crítica ao preventivismo

A crítica ao modelo americano de psiquiatria preventiva adveio principalmente da Itália. Após ter sido convidado a conhecer este programa implantado nos Estados Unidos oficialmente em 1963, Franco Basaglia escreveu o texto *Carta de Nova York – o doente artificial*, no qual expressava seu ponto de vista sobre essa forma de encaminhar as questões referentes ao cuidado em saúde mental. Nele, Basaglia aponta que a experiência em questão, colocada como inovadora, nada mais fazia do que tentar “resolver tecnicamente as contradições da realidade” presentes naquele país, por meio de uma parceria entre as “instituições da violência” e as “instituições da tolerância”, sendo estas últimas representadas pelas comunidades terapêuticas que “com suas regras e seus dogmas” cumpriam a função de reprimir o doente, impossibilitando qualquer função terapêutica (BASAGLIA, 2005, p. 153).

Para ele,

Se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes transtornados, o resto é mistificação. Ou a organização comunitária interna e externa consegue criar um suporte suficiente para os doentes mentais do setor do qual está encarregada, ou o jogo comunitário só serve de *staff*, à sua sobrevivência e aos seus problemas psicológicos [se assim for, a instituição comunitária] cria um novo tipo de marginalidade improdutiva, que só pode ser recuperada se for incorporada a uma nova instituição (dentro do ciclo produtivo) capaz de encontrar nessa marginalidade a justificativa para a própria existência [...] A prevenção, nesse caso, serve para dilatar o campo da “doença” mais que para reduzi-lo (BASAGLIA, 2005, p.154-156, grifo do autor).

Essa dilatação era o resultado da criação de uma nova categoria de doentes que, pela negação do movimento dialético da sociedade, passavam de revoltosos e excluídos, à condição de desviantes, marginais ou desadaptados socialmente, numa manobra cuja finalidade já é bem conhecida historicamente: o acobertamento das contradições sociais.



Assim como Franco Basaglia havia tecido severas críticas ao modelo psiquiátrico americano de atenção à saúde mental na década de 1960, no Brasil, na década de 1970, houve importante análise sobre o modelo preventivista de saúde, à medida que este passou a ser implantado no meio acadêmico brasileiro por recomendação da OPAS/OMS visando à formação dos novos profissionais. Tal análise foi sistematizada na tese intitulada *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* apresentada em 1975 e defendida em 1976 por Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941-2003) junto à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp de Campinas. Atualmente esta tese é considerada um trabalho de referência sobre a construção de uma teoria social a respeito da saúde no contexto brasileiro das últimas décadas do século XX. Em 2003, ano de sua morte, este trabalho foi organizado e publicado em forma de livro composto por capítulos apresentados por comentadores comprometidos em manter a fidedignidade das ideias de Sérgio Arouca. Para Silva (2003, p. 15) este trabalho teve um papel “[...] fundamental para a construção de uma teoria social da saúde no Brasil e tem sido um dos trabalhos mais citados pelos pesquisadores dessa área”. Na mesma perspectiva, Nunes (2003, p. 108) acentua que o mesmo se “constitui um dos nossos clássicos da saúde coletiva.”

Em função da importância das ideias desse notável pensador sobre a saúde pública, julgo necessário destacar alguns de seus conceitos, com vistas a contribuir para a reflexão sobre as práticas atuais no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Neste trabalho, Arouca (2003) busca demonstrar a formação do discurso preventivista no bojo da estrutura de um dado modo de produção, apontando as contradições presentes no modo de se conceber a medicina preventiva e a medicina curativa que deveriam ser tidas não como disciplinas isoladas ou opostas, mas como faces de uma mesma concepção ainda que postas sob diferentes nuances. Nesta perspectiva, tal discurso reorganiza o conhecimento de saúde pública de modo a incorporá-lo à prática liberal da medicina.

Segundo Arouca (2003, p. 55), “o discurso preventivista, operou uma biologização de seu campo conceitual, ao incorporar enunciados de diferentes campos teóricos sob a dominância dos conceitos biológicos e médicos concentrados e centralizados na medicina e utilizados como elementos do poder médico”. Ele não só não se sentiu seduzido por tal alternativa, mas também percebeu nela questões que ultrapassavam os limites do que era proposto. Seu posicionamento estava em defesa do discurso da saúde coletiva como “uma prática teórica que opera contrariamente ao discurso preventivista” pela instauração do “domínio compartilhado e flexível de um regime articulado dos conceitos sociais e

biológicos” capazes de redefinir “poderes no interior da área da saúde, na medida da inclusão de uma prática política.” (AROUCA, 2003, p. 55).

Ainda conforme Arouca, a inserção do discurso preventivista nos países da América Latina, “[...] representou uma construção teórico-ideológica do real nos países dependentes, criando não só seus intelectuais orgânicos, como também uma forma de pensar essas novas realidades, transplantando não só a problemática, como também a forma de pensá-la e de resolvê-la”. Nesse sentido, tal discurso acabou sendo suporte para a construção de “projetos racionalizadores” por parte da prática médica. Em última instância, para ele “o impacto das concepções preventivistas sobre as condições de saúde da população fica limitado, nos dois modelos, à não solução da contradição fundamental existente, isto é, ao uso atribuído à vida humana nas diferentes formações sociais.” (AROUCA, 2003, p. 251-252).

No entendimento de Paim (2003), com esta tese Arouca demonstrou a fragilidade dos conceitos, modelos e noções que o discurso da medicina preventiva procurou instaurar e apontou que, mesmo tendo acenado para mudanças na educação e na prática médica, esta era incapaz de realizá-las. O autor ainda afirma que tais análises

[...] inundaram de dignidade a Saúde Pública no Brasil, haja vista que suas propostas de democratização da saúde redefiniram as perspectivas da medicina preventiva e social, como Saúde Coletiva, assentadas na ampliação das conquistas democráticas e na busca de um novo projeto de sociedade para o Brasil (PAIM, 2003, p. 156).

Na análise de Buss (2003, p. 266) o sanitarista Sergio Arouca acreditava que a reforma sanitária pudesse operar “[...] uma mudança profunda, que alcançaria toda a sociedade, buscando modificar profundamente as condições de vida e os determinantes do processo de saúde-enfermidade, bem como as bases sociais da construção do sistema de saúde”.

O impacto da produção teórica de Sérgio Arouca permanece pulsante no meio acadêmico até a atualidade. Suas ideias propiciaram e ainda propiciam leituras, releituras e reflexões sobre as políticas de saúde implantadas no Brasil desde o Império até a época atual, inclusive sobre as políticas de saúde mental, as quais, a partir da década de 1990 passaram a ser concebidas no bojo das ações em saúde em geral com a constituição do Sistema Único de Saúde<sup>26</sup>. Destarte, muito do que hoje se produz em termos de políticas de saúde e também de saúde mental, carrega a marca de suas reflexões, embora seja inegável que nos projetos forjados durante o processo de construção do aparato teórico que embasa a reforma

---

<sup>26</sup> O marco de criação do SUS foi umas das pactuações feitas na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, presidida por Sérgio Arouca.

psiquiátrica brasileira são produzidas práticas ainda centradas do modelo preventivista. O caso das comunidades terapêuticas é um exemplo delas. Por outro lado, no centro das discussões sobre a atenção psicossocial há muitas das ideias lançadas por Arouca, entre elas, a premissa básica da atenção voltada à produção de vida protagonizada por aqueles que sofrem psiquicamente e por aqueles que estão identificados com tais valores e necessidades.

Por outro lado, naquele mesmo período histórico da década de 1970, enquanto Sérgio Arouca tecia severas críticas à adoção do preventivismo na saúde, floresciam outras críticas à psiquiatria tradicional, as quais tinham como meta a criação de novas experiências voltadas justamente ao modelo americano de psiquiatria, ou seja, ao modelo preventivista. Estas vinham de profissionais engajados em uma visão voltada à construção de serviços extra-hospitalares, como aqueles propostos por Ulysses Pernambucano, em Pernambuco, na década de 1930 (MEDEIROS, 2001). Inclusive o principal mentor de tais ideias foi o professor Luiz da Rocha Cerqueira (1911-1984). Em sua trajetória, como médico e professor universitário no Rio de Janeiro Luiz Cerqueira, como era conhecido, foi um crítico do modelo hospitalocêntrico, depois de ter vivido uma longa história institucional no hospício da Tamarineira, em Recife-PE, e herdado de Ulysses Pernambucano as ideias inovadoras a respeito dos cuidados em saúde mental. Luiz Cerqueira foi docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP e autor de vários livros, dentre os quais *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental* (1984). Nesta obra ele defende a necessidade de melhorias nas condições de trabalho para os trabalhadores psiquiátricos com vista a melhorar o atendimento aos doentes, condena a “generalizada medicalização” e a “psiquiatrização da comunidade”, a falta de controle e de critérios sobre as internações e a persistência dos chamados “leitos-chão” em que o número de camas disponíveis nos hospitais psiquiátricos era bastante inferior ao número de internos (CERQUEIRA, 1984, p. 10-11).

Sobre as metas do Estado de implantar a psiquiatria comunitária no Brasil, Cerqueira (1984, p. 107) afirma que, embora os psiquiatras daquele período tivessem grandes dificuldades em considerar “saúde mental como problema de saúde pública”, este seria o caminho a ser percorrido. Defendia ele que as práticas comunitárias faziam parte de uma nova mentalidade assistencial que deveria ser implantada para que esse setor pudesse estar livre dos “empresários de saúde”. Para tanto, reitera as recomendações que a Comissão de Saúde Mental da Associação Brasileira de Psiquiatria havia feito em 1971, as quais enfatizam a necessidade de “uma ação global de saúde mental, com serviços hospitalares e extra-hospitalares, todos eles solidamente ligados à comunidade.”

Neste aspecto Luiz Cerqueira destacou-se por ter desenvolvido um trabalho incansável de levantamento das condições da assistência à saúde mental no Brasil, além de ter denunciado os rumos mercantilistas da atividade psiquiátrica que ele qualificou de “indústria da loucura.” (MEMÓRIA..., s/d).

Para Perez (1984, p. s/d), a história pessoal e profissional de Luiz Cerqueira se interpõe em função de sua incansável luta em favor do doente mental e da ciência psiquiátrica no Brasil. Ele não media esforços para modificar e melhorar a assistência psiquiátrica e denunciar a ganância de algumas empresas médicas que exploravam o erário e prestavam uma assistência desumanizada e marcada pela “exploração selvagem do doente.”

A despeito da adesão de Luiz Cerqueira ao modelo de psiquiatria preventiva em sua luta para melhorar as condições de assistência à saúde mental oferecida a população, no Brasil esse modelo também passou a ser alvo de críticas por parte de um segmento da intelectualidade médica. Nisto Joel Birman e Jurandir Freire Costa podem ser considerados pioneiros. Em *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*, (publicado originalmente em 1976), eles tecem críticas ao modelo preventivista em saúde mental afirmando que essa nova função da psiquiatria de promover a saúde mental, na prática, passou a ser a de “esquadrinhar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas”, pois nesta nova concepção “o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 09).

Nesse percurso, o papel dos técnicos ou líderes comunitários passou a ser fundamental para prestar apoio nas situações de crise e fazer delas meios de se produzir saúde mental, entendida esta como promoção do ajustamento social. Além da dimensão ideológica, essa psiquiatrização da comunidade, segundo Birman e Costa (1994, p. 11), teve outro desdobramento diretamente ligado ao objetivo de barateamento de custos com a assistência, haja vista que,

Economicamente, nestes projetos, o psiquiatra, como mão-de-obra, encontra-se multiplicado, na medida em que será prolongado através da população não-doente, atuando junto a ele ou dirigida por ele, junto às populações de “alto risco”, quanto à perspectiva de doença mental (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 11).

Em função destes e de outros pressupostos, na visão de Birman e Costa (1994) a psiquiatria comunitária não pode ser considerada como um sistema teórico inovador, pois se seu suporte gira em torno do conceito de prevenção primária, esta está fadada ao descrédito, já que este “[...] não tem absolutamente qualquer suporte em qualquer das teorias

psicopatológicas existentes, sejam estas psicanalíticas, psicológicas ou organicistas” (p. 16). Nesse sentido, uma comunidade “cooperativa” é mais um desejo do psiquiatra que uma realidade dos indivíduos. Uma comunidade “terapêutica” é mais um abuso teórico e terminológico que uma realidade manipulável pela psiquiatria (BIRMAN; COSTA, 1994, p.16).

### 2.3 NA ATUALIDADE: ENTRE O MODELO PREVENTIVISTA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Apesar de você amanhã há de ser outro dia.  
Você vai ter que ver  
A manhã renascer  
E esbanjar poesia.

Chico Buarque, 1970.

De acordo com Amarante (1995), o modelo preventivista em saúde mental assentado no modelo americano de psiquiatria comunitária e pautado na expansão dos preceitos médico-psiquiátricos voltados para um conjunto de normas e princípios de intervenção na sociedade, pela via de uma perspectiva crítica “significa um novo projeto de medicalização da ordem social”, antes representada exclusivamente pela reclusão daqueles que incomodavam a ordem pública. Na atualidade, tal modelo se inscreve como um “dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até a moderna ‘promoção da sanidade mental’, como a conhecemos agora” com vistas à produção “de um tipo psicossociológico ideal, traduzido num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas”. Esse modelo guarda estreita semelhança com as ideias higienistas fortemente presentes na sociedade brasileira do início do século XX (AMARANTE, 1995, p. 41, grifo do autor).

Por outro lado, vislumbra-se a construção de um novo paradigma em saúde mental. Nesse sentido, estaríamos vivenciando uma transição paradigmática pela qual passa a ser possível uma nova forma de atendimento em saúde mental como consequência da construção de um “[...] outro olhar sobre a loucura, uma outra atitude de cidadania e uma distinta estratégia terapêutica”. Tal transição seria a consequência da configuração da crise de valores,

procedimentos e técnicas historicamente construídas para oferecer assistência à pessoa que sofre psiquicamente, denominada modelo hospitalocêntrico ou manicomial, crise que foi desencadeada pelo abalo da “crença em suas próprias regras e padrões conceituais.” (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001, p. 102).

A reboque dessa crise, temas como iatrogenia da instituição asilar, desinstitucionalização, direitos humanos e cidadania, bem como novos modelos assistenciais passam a fazer parte da agenda de discussões em instâncias formais, como no caso das Conferências de Saúde Mental, e em outras instâncias, como no caso dos movimentos sociais ligados à luta antimanicomial.

Nesta nova perspectiva, a expressão psicossocial vai ganhando contornos mais definidos e se configurando como um conceito voltado a uma prática de construção de projetos comprometidos com a construção de uma nova lógica de cuidado.

Ao traçarem uma trajetória do conceito de atenção psicossocial no contexto da construção do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 13) acentuam que, pouco a pouco, este termo vai ganhando elementos tanto “[...] teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante [...]”. Para eles, o termo psicossocial (como expressão do conceito) engloba e supera os termos apoio e reabilitação, haja vista que delinea várias transformações no paradigma asilar e psiquiátrico e atua nas esferas político-ideológica e teórico-técnica, pautando-se em uma ética de singularização capaz de ocasionar o reposicionamento do sujeito e não a mera supressão de sintomas.

Para Tesser e Teixeira (2011, p. 91) o modelo de atenção psicossocial se baseia na reconstrução das relações que o usuário estabelece com seus entes próximos - sejam eles familiares ou vizinhos - e consigo mesmo, “[...] no sentido da reorganização e estabilização de suas dinâmicas afetivas, emocionais e vitais da forma mais saudável e sustentável possível.”

A construção dessa prática é um grande desafio na atualidade, visto que muitos embates e muitas tensões são produzidos em torno da mudança de visões a respeito da loucura e da possibilidade de construir de novas formas de cuidado àquele que sofre psiquicamente.

Com um retrospecto histórico dessa questão é fácil perceber que muitos foram os avanços decorrentes da mobilização de diversos segmentos e movimentos sociais em prol da melhoria da assistência e em torno da reorientação do modelo prestado até então. Mas é também inegável que, lado a lado com tais avanços, ideias e concepções “antigas” sobre loucura permanecem arraigadas no imaginário popular fazendo com que práticas tradicionais

vigorem até a atualidade, como, por exemplo, a prestação de assistência somente em momentos de crise, cujo desfecho, na maioria das vezes, é o encaminhamento para internação em hospital psiquiátrico.

Em relação a esse novo modelo, atualmente é possível afirmar que sua construção se encontra em processo. Um processo que engloba a formulação de novas práticas, que norteiam as ações desenvolvidas e segundo o qual:

[...] a crise é entendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade ou tolerância de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica (AMARANTE, 2007, p. 81).

No Brasil, atualmente convivemos com duas situações diversas e não complementares: a existência de direitos das pessoas em sofrimento psíquico no plano da legislação e a persistência de uma prática de desconsideração ou usurpação desses direitos. Tal prática, no que tange aos serviços de atenção à saúde mental, é representada pelo predomínio do modelo hospitalocêntrico/manicomial. Dito de outro modo, ao mesmo tempo em que construímos leis e portarias que propõem formas inovadoras de assistência a serem prestadas, ainda convivemos com ocorrências tidas como inadmissíveis, constantemente veiculadas pela imprensa<sup>27</sup>, e até com o recém-aprovado código de ética médica, segundo o qual o paciente passa a ter maior participação nas questões do diagnóstico e mais autonomia sobre as decisões a serem tomadas sobre seu tratamento, porém no caso do paciente psiquiátrico esta autonomia sobre as decisões certamente não encontra eco na realidade.

Na perspectiva do movimento de reforma psiquiátrica brasileira ou de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, é inegável que já construímos muitas possibilidades. Produzimos princípios norteadores que embasam o planejamento de como deve ser a assistência a ser prestada em saúde mental. Essa produção, inspirada nos pressupostos da

---

<sup>27</sup> Em julho de 2010 duas clínicas psiquiátricas privadas/conveniadas com o SUS da cidade de Londrina-PR, - a Clínica Psiquiátrica de Londrina (CPL) e a Villa Normanda Psiquiatria Comunitária - foram alvo de investigação do Ministério Público em função de inúmeras denúncias feitas por familiares e ex-funcionários sobre a precariedade das condições de higiene, baixa qualidade da alimentação, falta de funcionários e mortes de pacientes por espancamento. Disponível em: <http://portal.rpc.com.br/jl/online/conteudo.phtml?tl=1&id=1022009&tit>. Acesso em 05/09/2010. Em se tratando de hospitais públicos, também no mês de julho o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira da cidade de João Pessoa-PB passou a ser alvo de fiscalização do Ministério da Saúde por denúncias de estupro, tráfico de drogas, espancamento de idosos, desvio de mercadorias (alimentos e medicamentos) e fraude de documentos. Disponível em: <http://osm.org.br/osm/ministerio-da-saude-ira-inspecionar-na-quinta-hospital-psiquiatrico-juliano-moreira/>. Acesso em 05 set. 2010.

reforma psiquiátrica italiana, nasceu da necessidade de refletir sobre uma prática que não faz sentido: o confinamento e a exclusão social da pessoa em sofrimento psíquico.

Neste sentido, é preciso que produzamos novas práticas, pois só com elas poderemos repensar os velhos princípios e as velhas concepções e construir outros capazes de retroalimentar novas práticas. É o que Basaglia (1979) denominou de primazia da prática: uma prática entendida não só como primazia do fazer, mas “como produtora de outra realidade e de outra cultura” que sobrepuje “[...] o preconceito social para com o doente mental, seja com o preconceito científico para com a doença.” (AMARANTE, 2008, p. 11).

#### 2.4 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO META PRIMORDIAL

Quando alguém é louco e entra num manicômio  
deixar de ser louco para tornar-se um doente.  
Então se torna racional enquanto doente. O  
problema é como desmanchar esse nó, além da  
loucura institucional e encontrar a loucura lá,  
onde ela se originou, quer dizer, na vida.

Franco Basaglia, 1979.

No bojo dessa discussão, seja pela ótica do modelo preventivista seja pelos pressupostos da psiquiatria democrática italiana, a ideia de segregação e confinamento como indicação terapêutica começou a ser questionada ao longo do século XX e, mais veementemente, no início do século atual. Isso pode ser evidenciado pela literatura produzida, principalmente, - nos últimos anos - sobre o tema da desinstitucionalização (ROBORTELLA, 2000; GRADELLA JUNIOR, 2002; HEIDRICH, 2007; BARROS; BICHAFF, 2008, DIMENSTEIN; BEZERRA, 2009, KINKER et al. 2010).

Entre os posicionamentos dos diversos autores envolvidos na discussão sobre a temática da loucura, a questão da desinstitucionalização é consenso; porém, pensar a desinstitucionalização no campo da saúde mental requer muito mais que estabelecer a criação de uma rede de serviços substitutivos à instituição manicomial. Congrega, igualmente, a



necessidade de construir um novo modo de cuidar que vai além das fronteiras disciplinares, normatizadoras e de controle social (ROMAGNOLI et al. 2009).

Nesse sentido, além da criação de equipamentos extra-hospitalares, a desinstitucionalização implica um processo contínuo de reflexão e crítica sobre valores e crenças que, tidos como naturais ou verdadeiros, restringem as possibilidades de intercâmbios sociais e os espaços de circulação, reafirmando o manicômio como local de cuidado para aqueles que são tidos como incapazes de viver em liberdade, reforçando a exclusão social.

Em *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização*, escrita em 1964, Franco Basaglia aponta a necessidade de liberdade como algo premente e incondicional no trato da loucura. Ele a coloca como o primeiro passo do processo de tratamento. Para ele, o confinamento que fora criado com o objetivo de reconduzir o doente ao seu estado anterior, tendo como pressupostos as concepções de Pinel, na realidade, se configura como um fator de “aniquilamento completo de sua individualidade”, como um caminho certo para “sua total objetivação.” (BASAGLIA, 2005, p. 24).

Nessa linha de análise Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) asseveram que a desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no processo de assistência e cuidados, chamando à responsabilidade conjunta, pois implica em “um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos”, descartando a “solução-cura” mas fazendo “com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33, grifo dos autores).

Para Nicácio (2004), essa mobilização conjunta implica em mudança de conceitos rumo a um processo social de grandes dimensões, que requer ações concretas no cotidiano. Desde modo, o percurso a ser trilhado com vistas à desinstitucionalização “implica também a desmistificação, desmontagem de formulações tidas como verdade em nossa estrutura social: o mito da periculosidade do louco, o conto de fadas de que o manicômio trata e a ideologia da neutralidade da ciência psiquiátrica.” (NICÁCIO, 2004, p. 92-93).

Desse modo, a desinstitucionalização não pode ser confundida com desospitalização, pois esta implica em associar a mudança apenas com a extinção das instituições manicomiais quando aquela significa ir além e estabelecer uma nova forma de conceber e lidar com a diferença, ou seja, uma nova forma de “[...] entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos.” (AMARANTE, 1995, p. 49). Para Daúd Júnior (2011, p. 119) esta nova forma inclui a necessidade de “[...] construção das práticas radicalmente antimanicomiais, que

acumulem forças suficientes para imprimir uma nova lógica nas relações institucionais e intersubjetivas, que transitem da cultura à política, passando pelo cotidiano.”

A desinstitucionalização pressupõe a desconstrução do modelo manicomial, ou seja, o desaparecimento do “[...] aparato científico, cultural, de saber e de poder envolvidos na sua constituição e manutenção.” (KINKER et al. 2010, p. 11). Para tanto é preciso que haja a negação da psiquiatria enquanto ideologia rumo a “um processo ético-estético-político” que supere “as reformulações técnicas dos serviços e das ações terapêuticas”. Nesse sentido ela implica em

[...] renúncia da vocação terapêutica instituída, por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico. Isto significa negar a instituição manicomial; o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da Loucura; o poder do psiquiatra em relação ao paciente; o seu mandato social de custódia. Implica também a denúncia da violência a que o doente está submetido dentro e fora da instituição (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 13).

Também partindo dos pressupostos da psiquiatria democrática italiana, Nicácio (2004, p. 103), coloca que a desinstitucionalização “não é uma desospitalização administrativa” ou a prática “de descarregar aquilo que não se quer” em outras instituições. Nesse sentido, a produção de novos serviços está condicionada à “produção de uma nova realidade”, ou seja, para que os serviços extra-hospitalares substituam o manicômio, de fato, é preciso que não se precise mais dele.

Parte desta “lição de casa” o Brasil está fazendo, haja vista que em 2007 a revista científica *The Lancet*, uma das mais prestigiadas publicações científicas mundiais na área médica, apontou o Brasil como exemplo positivo em relação ao tratamento de doenças mentais ao mencionar vários estudos sobre o tema. O Brasil foi “elogiado por ter, nos últimos dez anos, diminuído o papel dos hospitais psiquiátricos e asilos no tratamento de doentes mentais”. Não obstante, a mesma revista cita ainda um caso que o Brasil foi condenado pela Corte de Direitos Humanos da Organização de Estados Americanos (OEA) pela morte de um paciente dentro de um hospital<sup>28</sup> (BRASIL MELHOROU..., 2007).

---

<sup>28</sup> Trata-se de um caso ocorrido em 1999 nas dependências da Casa de Repouso Guararapes de Sobral-CE, na qual Damião Ximenes Lopes, de 30 anos, foi encontrado morto após cinco dias de internamento. A família recorreu à justiça, mas o caso foi negligenciado pelo poder público. Com o apoio de entidades de direitos humanos a denúncia foi levada à Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA (Organização dos Estados Americanos) que condenou o Brasil por não ter investigado e punido os culpados na época em que a denúncia fora feita. Para maiores informações sobre casos de mortes/violações de direitos humanos envolvendo pacientes psiquiátricos, consultar o Observatório de Saúde Mental & Direitos Humanos. Disponível em: <http://osm.org.br/osm/corte-da-oea-condena-brasil-por-morte-de-portador-de-transtorno-mental/>. Acesso em: 15 mai. 2010.

Denúncias sobre má qualidade na assistência prestada pela rede hospitalar em psiquiatria no Brasil não é fato recente nem isolado. Desde a criação do primeiro hospício (D. Pedro II, em 1852) até a atualidade, vez ou outra a grande imprensa veicula denúncias sobre as péssimas condições a que são submetidos os internos de instituições psiquiátricas. Tais denúncias vão desde a existência de “leitos fantasmas”, falta de higiene, existência de celas-fortes até de clínicas similares a um “campo de concentração.” (ALZUGARAY, 1994, p. 36).

Em 2002 existiam no Brasil 228 hospitais psiquiátricos com 51.393 leitos, contra 208 em 2010, com 32.735 (BRASIL, 2011b). Embora saibamos que esta diminuição e proibição de abertura de novos leitos em hospitais especializados em psiquiatria representem avanços, ainda há muito a ser alcançado em termos de melhoria da assistência prestada, como o enfrentamento da questão da situação dos pacientes de longa permanência (moradores) e, principalmente, a necessidade urgente de ampliação de leitos de psiquiatria em hospitais gerais. Para tanto, a participação da sociedade é condição indispensável.

Realizando um balanço da Política de Saúde Mental do SUS em 2009, o Ministério da Saúde divulgou as principais ações ou avanços alcançados até o período e também as metas para a continuidade do processo de reforma psiquiátrica, tais como: expansão e qualificação dos serviços extra-hospitalares ou substitutivos, investimentos em iniciativas de acesso à arte, cultura e renda, ampliação de programas de prevenção e tratamento para usuários de álcool e outras drogas, estímulo à implantação de leitos de atenção integral em hospitais gerais, entre outras. Esse balanço aponta que em 2009 o tema da saúde mental “esteve no olho do furacão” haja vista a realização de dez audiências públicas no Congresso Nacional visando revogar a Lei 10.216/2001 com a justificativa de que a redução de leitos produziu desassistência e a solicitação ao Ministério da Saúde, via Ministério Público, para ampliação de “[...] leitos psiquiátricos para o patamar de 80.000 leitos, como na década de 90 do século passado.” (BRASIL, 2009a, p. 01).

Nesse embate entre favoráveis e contrários à reforma, a atuação dos movimentos sociais representa importante papel no fortalecimento e na reafirmação dos princípios antimanicomiais da Política Nacional de Saúde Mental.

Como resultado da mobilização de familiares, usuários, trabalhadores e representantes de entidades de várias categorias, em setembro de 2009 aconteceu a *Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília-DF*. Na pauta de reivindicação desse movimento havia, desde a revisão da forma de atendimento e remoção de pacientes pelo Serviço de Atendimento Móvel

---

de Urgência (SAMU) e seu deslocamento para as unidades de pronto atendimento - como a revisão dos critérios para concessão de benefícios e a criação de moradias e projetos culturais - até a garantia da realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

A realização dessa *Marcha* em favor da reforma psiquiátrica brasileira contou com o apoio de instâncias governamentais responsáveis por diversas políticas sociais, entre elas o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos, o Ministério da Justiça, o Ministério da Cultura, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Secretaria de Economia Solidária, o Ministério da Previdência Social, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Outro importante avanço foi a criação de diálogo com instâncias ligadas aos poderes legislativo e executivo, representadas pela Procuradoria Geral da República, Senado Federal e Presidência da República. Desse processo surgiram novas possibilidades de reafirmação dos preceitos de uma reforma psiquiátrica antimanicomial calcada na transformação da política de assistência em saúde iniciada na década de 80. Nesse sentido,

Na ocasião da *Marcha*, coletivos de usuários, familiares e trabalhadores organizaram-se para exigir esses avanços, na direção de uma assistência efetivamente antimanicomial. Isso quer dizer exigência pela completa substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de serviços. Isso quer dizer ter a cidadania como prerrogativa essencial para a promoção e a garantia da saúde mental. Isso quer dizer denunciar todas as formas de violência e opressão operadas contra as pessoas, muitas vezes no interior de serviços hospitalares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p. 13).

Diante de todas essas reflexões apontadas por estudiosos da reforma e, principalmente, pelas proposições defendidas pelos diversos movimentos sociais e legitimadas por atores sociais implicados nesse processo, fica a indicação de que não há outra possibilidade para a efetivação da reorientação de um novo modelo de atenção à saúde mental, senão o fim da exclusão e do confinamento em instituições totais. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica configura-se como possibilidade de atribuir à questão da loucura uma resposta social que vá além do confinamento e pela qual se possa conceber a loucura como uma condição do que é humano.

Não obstante, a extinção das instituições totais, por si só, não garantirá a mudança de paradigmas, pois a lógica manicomial pode ser reproduzida em outros serviços. Nesse sentido, carece ir além da desospitalização. Urge a construção de espaços inclusivos que possam ser geradores de mais possibilidades de vida para aqueles que ainda não a conquistaram ou a tem

paulatinamente ceifada em função do constante enclausuramento em instituições totais ou em função de sucessivas exclusões na sociedade.

Mesmo diante das dificuldades já elencadas pela literatura produzida, o Movimento da Reforma Psiquiátrica tem dado mostras de sua efetiva incursão pelo território brasileiro pela voz e ação de incontáveis grupos militantes, trabalhadores da área da saúde, usuários, familiares, entre outras categorias. São referências sobre esta temática, trabalhos como os de Amarante (1995; 2007; 2008), Luzio (2003); Costa-Rosa; Luzio; Yasui (2003), Nicácio (2004); Oliveira (2005); Boarini (2007a, 2009); Yasui (2010) - os quais têm apontado perspectivas ou possibilidades no que tange à necessidade de mudança de paradigma em relação à loucura e ao adágio popular que “lugar de louco é no hospício”. Tais estudos podem ser considerados pertinentes e esclarecedores no que tange aos rumos da reforma no sentido de embasarem as diretrizes propostas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010a) segundo as quais os avanços estão condicionados à participação de vários segmentos sociais, tanto no cuidado e na assistência prestada como na construção de um espaço social para a loucura.

Conquanto a proposta de “alianças” entre os diversos setores sociais exista há várias décadas, somente agora esta foi enfatizada nos documentos norteadores das propostas de mudança. Sobre esse aspecto, a história já mostrou que o trabalho em rede numa perspectiva intersetorial é condição *sine qua non* para avanços. Nesse sentido, a despeito de inúmeras experiências inovadoras sobre o trato à loucura construídas em solo brasileiro principalmente após os anos 90, é preciso admitir que o modelo asilar permanece extremamente hegemônico e arraigado no cenário nacional brasileiro<sup>29</sup>, pautado ainda na existência do manicômio como instituição credenciada pela ciência e pelo apelo popular para o tratamento do sofrimento psíquico.

Sobre este aspecto, Amarante (2007, p. 67) afirma que uma das grandes contribuições de Basaglia foi a construção de uma nova forma de pensar a doença, ou seja, de “colocar a doença entre parênteses”, promovendo “[...] uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e cronificar o sujeito e a experiência humana”. Nesse sentido, enxergando-se a pessoa e não a doença haverá a possibilidade de contato com “seus

---

<sup>29</sup> A título de exemplo, encontramos que recentemente na cidade de Maringá-PR, foi inaugurada pelo Secretário Estadual de Saúde do Estado do Paraná uma ala psiquiátrica com 12 leitos para adolescentes no Hospital Psiquiátrico de Maringá. Esta ala é parte de uma política estadual de abertura de 114 leitos para adolescentes em diversas instituições psiquiátricas do Estado. Fonte: Agência Estadual de Notícias em 04/04/2008. Disponível em <http://www.agenciadenoticias.pr.gov.br/modules/news/article.php>. Acesso em: 02 set. 2008.

problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial.” (AMARANTE, 2007, p. 69)

Sobre tal perspectiva Zambenedetti (2009, p. 343-344) afirma que nessa forma de conceber a atenção em saúde mental estão implicados processos de produção de saúde, de vida e de sociabilidade, a partir da lógica “[...] de um deslocamento intensivo [cujo] objetivo deixa de ser a tutela e o olhar sobre a doença mental e passa a ser a produção de saúde e o olhar sobre o sujeito em sofrimento em relação ao seu contexto social.”



FIGURAS 5 e 6 – Oficinas  
GRUPO *BEM-ME-QUER* – arquivo pessoal

### 3 NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma.  
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma.  
A vida não para...

Lenine e Dudu Falcão, 1999.

A atual orientação do modelo de assistência em saúde, iniciada no Brasil ao longo dos anos 80 do século passado, resultou de um longo processo de lutas por melhores condições de vida travadas no bojo de relações sociais em que interesses econômicos e políticos contraditórios se fizeram presentes. Historicamente, tais interesses se manifestaram com grande intensidade no processo de construção, implantação e implementação das políticas de saúde<sup>30</sup>.

Em relação à saúde mental, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira decorreu, em grande parte, de discussões internacionais ocorridas ao longo de algumas décadas que resultaram em documentos norteadores, entre eles: a Declaração de Caracas<sup>31</sup> e a publicação *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* (1991) adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas para a proteção das pessoas com doenças mentais visando à melhoria da atenção em saúde e enfatizando o papel da família e da comunidade no cuidado, bem como os direitos das pessoas com transtornos mentais (OPAS/OMS, 2001).

Outro fator facilitador desse processo foram as visitas que Franco Basaglia fez ao Brasil. Suas ideias se constituíram em algumas das principais influências para o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. Uma delas ocorreu em 1979, enquanto o Brasil vivia um período histórico marcado pelo regime de ditadura militar. Nesse contexto, setores envolvidos na tentativa de superação desse regime, buscavam resgatar o “[...] direito de viver condignamente, de se organizar em sindicatos livres, de lutar contra uma brutal concentração

---

<sup>30</sup> Sobre a construção das políticas de saúde no Brasil no contexto da Velha e da Nova República, consultar Luz (1991), Mendes (1996), entre outros.

<sup>31</sup> Este documento nasceu na Conferência de Caracas, realizada na Venezuela em 1990, da qual o Brasil foi signatário e cujo objetivo foi discutir a reestruturação da atenção psiquiátrica na região da América Latina. Nela foi proclamada a necessidade de reestruturação imediata do sistema de prestação de serviços psiquiátricos pela adequação das legislações nos respectivos países a fim de que tal determinação pudesse ser cumprida (OMS/OPAS, 1990).



de renda nas mãos de uma minoria, que achata o seu salário, que avilta sua vida e a da sua família, promove miséria, a desgraça, a doença e a morte.” (PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979, p. 09). Nessa oportunidade, Basaglia participou de um ciclo de conferências e debates nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Em Minas Gerais visitou o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, o qual abrigava em 1979 cerca de 4.000 internos e era alvo de denúncias de maus tratos e mortes frequentes<sup>32</sup> e o comparou “a um campo de concentração nazista.” (ORLANDO, 2010).

Em meio a este contexto de crise do modelo de assistência, após a década de 1980 o movimento de reforma psiquiátrica brasileira foi tendo como suporte o movimento de reforma sanitária, a promulgação da Constituição de 1988 e uma construção histórica para a área da saúde: a criação da Lei 8.080/90<sup>33</sup> que instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS.

### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL

O SUS pode ser compreendido como um processo que, embora tenha mais de vinte anos de existência, ainda está em construção. Esse processo nasceu de um movimento de luta pela saúde e em defesa da vida (CAMPOS, 1991). Amparado por uma vasta legislação, está em marcha e é marcado por intensas contradições decorrentes de interesses divergentes, portanto ainda carece de consolidação. Para que esse processo avance é preciso que haja a

[...] reconstrução de um novo “movimento sanitário”, que ao mesmo tempo em que realize uma crítica radical da atual estrutura médico-sanitária e procure tornar transparentes os reais determinantes do processo de saúde e doença, busque vincular-se organicamente aos trabalhadores e ao conjunto das forças sociais

<sup>32</sup> Inaugurado em 1903, o então Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena passou a ser o destino comum de doentes mentais de várias partes do país. Para lá eram levados excluídos de toda sorte, desde aquelas pessoas acometidas por transtornos mentais graves até alcoolistas, deficientes mentais, mendigos, mães solteiras e deserdados pela família, cuja condenação era sair do hospício apenas no dia de sua morte. Na década de 80, em meio a denúncias e constatação de elevado índice de mortalidade de pacientes associado à venda de cadáveres para faculdades de medicina de todo o Brasil, houve a intervenção do Estado modificando esse quadro de horror (ARCO E FLEXA, 1998).

<sup>33</sup> Esta lei dispõe sobre as condições sob quais devem ser organizadas a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e como devem funcionar os serviços correspondentes. Em seu artigo 4º institui que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS.” Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 23 jun. 2011.

capazes de consolidar a democracia política, social e econômica em nosso país (CAMPOS, 1991, p. 53).

Para Magalhães Jr (2004, p. 11) a criação do SUS “[...] significa o alcance de um grau civilizatório maior, uma vez que estabeleceu as diretrizes e os princípios que expressam na saúde a cidadania conquistada com esse processo”. Concordando com Campos (1991), o autor ainda salienta que a instituição do SUS abriu um ciclo de permanente construção e reconstrução do setor de saúde implicando

[...] um esforço cotidiano, que congrega todos os atores implicados com o trabalho em saúde, e os que fazem uso do serviço, de forma individual e coletiva [e que] juntos protagonizam permanentes processos de atualização do que foi a forma original da proposta que concebeu o SUS como modelo a ser seguido (MAGALHÃES JR, 2004, p. 11).

Nesse sentido, enquanto proposta atrelada aos princípios do SUS, o movimento de reforma psiquiátrica também expressa uma busca por mudança do modelo de atenção em saúde/saúde mental e, enquanto tal, é permeado por contradições que atravessam as concepções e as práticas em saúde, também carecendo de consolidação. Para tanto, é preciso que seja trazida à baila a necessidade de pensar as relações entre os homens e promover discussões sobre a dimensão ética presente nas instituições. Em sendo assim, ancora-se na necessidade de reflexão sobre “[...] os conceitos da loucura, periculosidade, anormalidade, desvio e outros tantos, sobre os quais a psiquiatria construiu seu mandato terapêutico, legitimou e autorizou determinada ação institucional violenta e tutelar sobre os sujeitos assim classificados [...]” (AMARANTE, 2008, p. 31).

Refletindo sobre o aspecto da assistência, Amarante (2007, p. 62) enfatiza que muitas vezes “as iniciativas de inovação” acabam se reduzindo a apenas “reestruturação de serviços”. Nesse sentido, tentativas como, humanizar o hospital psiquiátrico ou construir serviços substitutivos que evitem constantes internações, de modo que a hospitalização em hospital psiquiátrico seja o último recurso, não alteram significativamente o modelo de atenção, pois se limitam a modificar os serviços, não alterando conceitos ou visões sobre a loucura.

Dito de outro modo, enquanto a sociedade precisar de instituições que segreguem os considerados inadaptados, improdutivos ou considerados diferentes, estas instituições continuarão a existir, pois estarão atendendo a uma necessidade histórica: a de retirar do convívio social as pessoas incômodas ou inadaptadas.

Destarte, fica cada vez mais explícito que a mudança de modelo de atenção implica em suplantiar o paradigma da clínica médica pela superação da figura da tutela e pelo alcance da

condição de existir condignamente. Segundo Amarante (2007), esse processo de mudança congrega quatro dimensões. A primeira delas, de caráter teórico-conceitual, aponta a necessidade de revisão do conceito de doença criado pela ciência positivista; a segunda, de caráter técnico-assistencial, refere-se à mudança na forma de promover o cuidado e a assistência; a terceira, voltada à dimensão jurídico-política, aponta para uma revisão na legislação penal e civil no sentido de garantir direitos e alterar termos que em si perpetuem o preconceito e o estigma; e a quarta, voltada à dimensão sociocultural, pressupõe o envolvimento da sociedade no processo de construção de novas formas de cuidar, mediante a participação social e política nas questões de saúde mental, envolvendo usuários, familiares, trabalhadores - enfim, todas as pessoas que estejam engajadas nos princípios de defesa da vida.

Imbuído dos fundamentos da reforma psiquiátrica italiana, Amarante (2007) assevera que se quisermos ultrapassar a visão que reduz o processo de reforma psiquiátrica a apenas uma reestruturação dos serviços, necessitamos superar a lógica da alienação ou a prática da reclusão da pessoa em sofrimento psíquico. Para tanto:

O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, *mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo*. Esta é a proposta de Franco Rotelli, sucessor de Basaglia e uma das mais importantes expressões da reforma italiana (AMARANTE, 2007, p. 63, grifo meu).

Sobre esse “ponto de partida” Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) destacam a necessidade de desconstrução desse modelo conceitual que aprisiona o indivíduo no conceito da doença cientificamente catalogada e o retira de sua condição humana. Eis suas palavras:

O olhar do médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas (ROTELLI; LEONARDIS, MAURI, 2001, p. 92).

Para tanto, a premissa inicial deve ser pensar o atendimento à saúde mental não como um modelo fechado, mas como um processo social que implica em transformação das concepções sociais sobre a loucura. Tal transformação pressupõe a reformulação de velhas práticas e, conseqüentemente, a produção de novas formas de pensar e lidar com o sofrimento

psíquico. Neste sentido, faz-se necessário o estabelecimento de discussões amplas e contínuas sobre os conceitos que envolvem questões como segregação, cura, reabilitação social e outras.

Esta não é uma tarefa fácil nem uma meta atingível em curto espaço de tempo, haja vista que a sociedade ocidental contemporânea sustenta uma visão naturalizada de sofrimento psíquico como objeto de intervenção da ciência. Isto significa que os quadros nosológicos são delimitados em função de protocolos médicos, normatizados atualmente pela *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão* – CID-10, editada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) e pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* – 4ª Edição, editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994). Nesse sentido, a cura para aquele que sofre psicicamente é buscada pela via da “(re) adaptação a um mundo do qual ele não faz parte ou ao qual se mostra estranho”. Tal visão sobre o fenômeno da loucura está arraigada no imaginário popular e - o que pode ser ainda mais preocupante - é ainda largamente aceita nos meios científicos, tanto “que se corre até mesmo o risco do ridículo se tentar apresentar os fatos sob outra ótica.” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 592).

Tendo-se em mente a reestruturação da assistência à saúde/saúde mental em termos da dimensão técnico-assistencial um grande desafio é a inversão do modelo assistencial, que, deixando de ancorar-se no paradigma doença/cura, necessita ser centrado no usuário e voltado à produção do cuidado.

Esta reestruturação foi contemplada na Portaria GM 2.048/2009 assinada pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, a qual aprovou o regulamento do SUS. Esta Portaria trata da sistematização e consolidação de todas as normas referentes a procedimentos adotados pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS. Estas normas devem ser referências para a União, os Estados e os Municípios. No que tange à assistência à saúde mental, esta regulamentação prevê que os programas de saúde mental sistematizem alguns procedimentos básicos, tais como:

D) avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental; b) II - supervisão e avaliação, in loco, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País; III) análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental; IV) elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar essa assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população (BRASIL, 2009b, p. 75).

Na perspectiva de que um novo modelo de atenção à saúde se torne uma realidade em todo o território nacional, a Atenção Básica<sup>34</sup> à saúde coloca-se como uma aposta do Ministério da Saúde para fazer avançar o SUS com vista à integralidade da atenção, inclusive na área da saúde mental.

De acordo com o Ministério da Saúde a Atenção Básica “[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (BRASIL, 2006, p. 02). Sendo assim, ela se constitui como a porta de entrada preferencial do SUS, também para as ações em saúde mental.

### 3.2 A ATENÇÃO BÁSICA NA CENTRALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE

Ao longo de mais de uma década de construção do SUS, foram sendo reconhecidos os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990) os quais passaram a ordenar as ações em saúde. Ao longo desse processo necessidades de redefinições estiveram e estão presentes nos mais diversos âmbitos dessa política pública, inclusive na Atenção Básica à saúde.

Lançada em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) objetiva revitalizar a Atenção Básica à saúde no Brasil calcada na atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse evento teve como participantes segmentos de setores acadêmicos, trabalhadores do SUS, profissionais da saúde, usuários e entidades da sociedade civil organizada. O documento que serve de referencial resultou na redefinição dos “[...] princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família.” (BRASIL, 2006, p. 03).

---

<sup>34</sup> O termo Atenção Básica à saúde, adotado pelo Ministério da Saúde ao longo de décadas, vem sendo gradativamente substituído pelo termo Atenção Primária à saúde, conforme consta no Relatório Mundial de Saúde 2008 (OMS, 2008). Neste estudo, optei por conservar o termo Atenção Básica, conforme consta no anexo da Portaria Nº 2.048, de 3 de setembro de 2009 que aprovou o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) para fazer referência aos cuidados primários em saúde/saúde mental (BRASIL, 2009c).

O marco inicial desse processo foi lançado em 1978 em Alma Ata (URSS) onde foi realizada a *Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde*. Nesse evento foram lançados os princípios para a reorganização dos serviços de saúde dos 144 países participantes (incluído o Brasil). Assim, ficou definido que

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1978).

Nesse sentido, a partir da Declaração de Alma-Ata, priorizou-se a aproximação dos serviços de saúde às necessidades da população na perspectiva da reorganização das diretrizes da assistência, tendo-se como porta de entrada para o sistema de saúde a atenção primária ou Atenção Básica.

No ano 2008, em comemoração aos 30 anos da Declaração de Alma, a OMS lançou o Relatório Mundial de Saúde 2008 intitulado *Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca*. Nele se reflete sobre os problemas globais enfrentados pelas comunidades humanas e se constata que em um mundo globalizado, urbanizado e em envelhecimento populacional os novos desafios em saúde são iminentes. Responder a esses desafios em um mundo cujas tendências apontam para sistemas de saúde construídos em torno de hospitais e especialistas é tarefa complexa e urgente. O principal desafio é priorizar a equidade e garantir a saúde das comunidades “colocando as pessoas no centro dos cuidados de saúde.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008, p. xiv).

No caso brasileiro, tais desafios fazem parte da agenda de discussões a respeito dos rumos da saúde pública e da necessidade de fazer avançar o SUS e estão entre as principais produções de diversos autores (CAMPOS, 1991, 1992; MENDES, 1996; MERHY, 1992, 2004; FRANCO; MERHY, 2004; FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004). No bojo de tais discussões, refletindo sobre os processos de trabalho e os colocando como fundamentais para as mudanças pretendidas, Franco e Merhy (2004, p. 121) afirmam que a mudança do modelo assistencial só se viabilizará quando houver uma efetiva reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais da área de saúde, “[...] particularmente do médico, no

*sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves, que operam em relações intercessoras entre trabalhador-usuário.”* (grifo do autor).

Nesse aspecto,

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida (FRANCO; MERHY, 2004, p. 121-122).

### 3.3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

É vasta a literatura que afirma ser o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um dos dispositivos estratégicos da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005b; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2006; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2010f). O interesse pelo estudo deste dispositivo certamente está vinculado ao papel a ele atribuído no contexto da reorganização da assistência à saúde mental no Brasil no início dos anos 1990 e à quantidade de unidades distribuídas pelo Brasil. Sua implantação e qualificação vêm sendo gradativamente incentivadas pelo Ministério da Saúde. Em 2011 chegou-se à marca de 1.650 CAPSs em funcionamento (BRASIL, 2011b) e a previsão é de que até o final de 2011 esse número chegue a duas mil unidades (BRASIL, 2009a).

Tal legislação foi criada em 1992, oficialmente a partir da Portaria GM 224/92. Por esta Portaria estes serviços são definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.” (BRASIL, 2005a, p. 12).

Outro importante documento sobre os CAPSs foi produzido dez anos depois. Trata-se da Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria estabelece que o Centro de Atenção Psicossocial pode constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSad e CAPSi definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e de especificidade quanto aos atendimentos (BRASIL, 2004a).

Nesse sentido,

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, *preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana* (BRASIL, 2004a, p.14, grifo meu).

Entre a criação do primeiro CAPS<sup>35</sup> e a regulamentação da Portaria 336/02 ocorreram relevantes mudanças no cenário sociopolítico e econômico brasileiro, além de importantes acontecimentos na área da assistência à saúde mental, entre eles, a realização de três Conferências Nacionais de Saúde Mental e a aprovação da Lei 10.216/01. Sem dúvida, estes eventos históricos representaram avanços na construção de novos saberes e novos fazeres em saúde mental e ofereceram forte sustentação ao movimento social de reforma psiquiátrica brasileira e, por conseguinte, embasaram a construção de novas concepções e novas práticas em saúde mental.

Apesar de tudo, ainda há muito a ser feito, principalmente porque a implantação e implementação de novos serviços não envolve somente mudanças na forma de organizá-los e de prestar os cuidados, mas sobretudo, mudanças de paradigmas ou “[...] reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais.” (YASUI, 2010, p. 77).

Sobre esta necessidade afirma Yasui (2010, p. 77, grifo meu):

Trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto, mas de uma ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões de 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.*

De modo geral, as experiências já sistematizadas a respeito deste dispositivo demonstram avanços no modelo de cuidado, porém, apontam práticas e limites que depõem contra a ruptura com o modelo hospitalocêntrico em função de reproduzirem relações produtoras de exclusão e estarem muito aquém dos projetos comprometidos com a luta contra as desigualdades sociais e com um modelo, realmente, substitutivo ao manicomial (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

Refletindo sobre este dispositivo de cuidado, Luzio (2011) afirma que o CAPS enquanto um dos principais serviços do novo modelo de atenção possui dupla finalidade. Segundo a autora:

Ele deve tanto viabilizar uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de rede de sociabilidade capaz de

<sup>35</sup> O primeiro CAPS foi criado em São Paulo em 1987.



fazer emergir a instância terapêutica, como também se responsabilizar, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em Saúde Mental, no âmbito do seu território (LUZIO, 2011, p. 154).

Tomando-se como parâmetro para a implantação de um CAPS o aspecto populacional preconizado pelo Ministério da Saúde (no mínimo 20.000 habitantes), é fácil perceber que, mesmo diante da importância desse serviço, ele jamais será realidade em todos os 5.564 municípios brasileiros, haja vista que 75% deles têm menos de 20.000 habitantes. Por outro lado, a maior concentração de pessoas se encontra em apenas onze municípios brasileiros, aqueles cuja população ultrapassa um milhão de habitantes (IBGE, 2010a).

Esses dados remetem a três importantes questões: a primeira é que a imensa maioria dos municípios brasileiros não poderá implantar um CAPS pelo critério populacional, a segunda é que nos municípios com maior concentração populacional (11) o número de CAPS implantados pode não ser suficiente para atender a demanda, por eles serem referência para um número muito grande de pessoas e a terceira é que, mesmo que este dispositivo seja considerado estratégico para o cuidado, a porta de entrada para a saúde mental deve ser a Atenção Básica.

Nesse sentido, a orientação do Ministério da Saúde é que a rede de cuidados deve ser estruturada necessariamente a partir da Atenção Básica, sendo que nesse nível de atenção as ações de saúde mental devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica sintetizados nos conceitos de

[...] noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p. 07).

Caracterizada por um conjunto de ações voltadas à promoção, prevenção, proteção e a recuperação da saúde a Atenção Básica cumpre o papel fundamental de ser a porta de entrada para as ações em saúde mental em todos os municípios brasileiros e tem como principal estratégia o trabalho em equipe o qual deve ser desenvolvido junto às populações de territórios delimitados e norteados pelos princípios da “[...] universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2006, p. 10).

Nesse aspecto, de acordo com a atual Política Nacional de Saúde Mental as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas em articulação com a Atenção Básica pela convergência de princípios entre elas; mas, para que a saúde mental seja concretizada na

Atenção Básica é preciso que os princípios do SUS se tornem práticas cotidianas. Nesse sentido, ações que envolvam conceitos como acolhimento e vínculo, atuação em equipe e no território, integralidade do cuidado e responsabilização pelas ações, trabalho em rede, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, são condições *sine qua non* para a construção de cuidados comuns entre estas políticas.

A proposição das ações desenvolvidas na Atenção Básica foi colocada na centralidade do processo de cuidado da rede de atenção psicossocial na Portaria N. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, editada pelo Ministério da Saúde com vista à “[...] criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.” (BRASIL, 2011c).

No rastro da legislação ou mesmo anteriormente a ela, ao longo das últimas décadas do século XX e, mais especificamente neste início de século, foram produzidos inúmeros estudos sobre a assistência à saúde mental na Atenção Básica, abordando aspectos da relação entre o Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção à saúde mental e enfatizando êxitos e dificuldades concernentes à parceria entre elas.

Em um destes estudos Ribeiro, Ribeiro e Oliveira (2008, p. 549) apontam que o desenvolvimento de ações de saúde mental no PSF pode representar uma importante contribuição para a construção do modelo de atenção psicossocial. Nesse sentido, a relação entre a família e a pessoa em sofrimento psíquico deve ser tomada como fator de suma importância na produção do cuidado haja vista a meta de “reconstrução das pessoas como sujeitos sociais em suas múltiplas dimensões existenciais e não mais somente a remoção de sintomas”. Nesse sentido, ampliar o “[...] poder das trocas sociais e promover o fortalecimento dos laços de sociabilidade na família são objetos do cuidado psicossocial que se constrói cotidianamente.”

Nessa forma de atuação e com tais metas, o PSF se torna uma estratégia da reforma psiquiátrica na luta pela melhoria das condições de saúde e de vida para os usuários. Não obstante, para que tal parceria obtenha resultados positivos é preciso capacitar gestores e trabalhadores, visto que mudanças de modelo de atenção só serão possíveis por meio de “planejamento e avaliação de ações e serviços coerentemente articulados.” (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008, p. 556). É preciso ainda que haja investimento em recursos materiais e físicos para as unidades (como locais adequados para atendimento e veículos para visitas), além do atendimento continuado e articulado com outros níveis de atenção da rede de saúde.

Discorrendo sobre o nível primário de atenção como um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, Lucchese et al. (2009) afirmam que ações integradas entre o PSF e a atenção à saúde mental podem ser imensamente frutíferas, já que

[...] ambos têm princípios e diretrizes que se convergem: a busca em romper com o modelo médico hegemônico, o desafio de tomar a família em sua dimensão sócio-cultural como objeto de atenção, de planejar e executar ações num determinado território, promover cidadania/participação comunitária, e constituir novas tecnologias para melhoria da qualidade de vida das pessoas (LUCCHESE et al. 2009, p. 2034).

Em que pese isso, de modo geral o cotidiano dos serviços das equipes da Atenção Básica retrata uma realidade que ainda está aquém do almejado. Sobre isso Lucchese et al. (2009, p. 2036) afirmam que as ações em saúde mental, na maioria das vezes, reduzem-se à prescrição de medicação ou encaminhamentos para hospitalização quando na situação de crise, haja vista que o hospital psiquiátrico permanece como referência para esse atendimento. Relatam ainda que, quando estas ocorrem, elas se dão de forma pouco sistemática e planejada, através de atendimentos pontuais e improvisados. Esse fato revela que a atenção a esta demanda não encontra “por parte dessas equipes, um planejamento de cuidado, que expressaria uma intencionalidade da atenção”. Outro ponto assinalado neste estudo é que muitas das ações desenvolvidas são fundadas em concepções místicas ou leigas, pautadas em conceitos estereotipados sobre o portador de transtornos mentais. Tais ações demonstram que a atuação se dá mais por meio de um “fazer empírico” do que “clínico-assistencial”. Nesse sentido, a reorientação do modelo de atenção requer considerar como questão central a formação de trabalhadores na perspectiva da superação do paradigma biomédico centrado na dicotomia mente-corpo.

Como fatores facilitadores desse processo as autoras destacam a responsabilização pelo cuidado, a construção de vínculos e o estabelecimento de parcerias entre as diversas políticas e setores sociais. Tais fatores se apresentam como recursos denominados tecnologias leves (MERHY, 2007) capazes de produzir novos padrões de relacionamento entre usuários e trabalhadores os quais, por sua vez, serão “recursos terapêuticos indispensáveis para a consecução dos objetivos tanto do PSF quanto da atenção psicossocial.” (LUCCHESE et al. 2009, p. 2040).

Dentre muitos estudos pesquisados sobre atuação em saúde mental na Atenção Básica, um dos mais significativos, em minha concepção, é o relatado na obra *SaúdeLoucura 7* da Coleção *Saúde em Debate*. Da experiência da equipe de saúde mental do Projeto Qualis/PSF

desenvolvido no município de São Paulo em 1998, resultaram três ideias básicas. A primeira foi ativar os recursos da comunidade e entrelaçá-los às ações do Projeto; a segunda, que o processo terapêutico consistiria em ressignificar o sintoma; e a terceira, que a invenção deveria ser o método a ser buscado, pois não havia e não deveria haver ideias prontas. Nesse sentido, a dinâmica do trabalho se fundamentou na atuação da equipe e não na figura do médico. Para os membros da equipe a produção de vínculos era o fio condutor do processo. Nesse aspecto, *atores* muito importantes eram os agentes comunitários de saúde, considerados “os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade.” (LANCETTI, 2000, p. 106).

Para Lancetti (2000, p. 16), uma das marcas do Projeto Qualis foi “nunca aceitar como natural a miséria e a injustiça” contando, para isso, com a parceria da comunidade visando “a participação e o controle social”. Como consequência dessa interlocução houve a percepção de que “[...] essa trama tecida pela organização sanitária era a esteira fundamental de onde deveria emanar um processo que viesse a produzir saúde mental.”

Isto consistiria em organizar uma rede de atenção que envolvesse a produção de cuidados pela mobilização de recursos sanitários, culturais, sociais, econômicos e afetivos, visando à luta contra a exclusão. Essa rede incluiria outros dispositivos, tais como, por exemplo: serviços residenciais terapêuticos (SRTs)<sup>36</sup>, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência e cooperativa.

Muitos são os dispositivos de cuidado criados ao longo das duas últimas décadas ou em construção e ampliação nos últimos anos visando melhorar a assistência em saúde mental. Entre eles, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) são um dispositivo capaz de beneficiar as pessoas em sofrimento psíquico que estiveram ou estão em processo de institucionalização.

De acordo com a Portaria N. 106/2000, baixada pelo Ministério da Saúde em 11 de fevereiro de 2000, os SRTs, os quais são “[...] moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.” (BRASIL, 2004a, p. 100). Em 2003 a Lei 10.708/03 criou o Programa de Volta para Casa (PVC), como forma de amparar financeiramente os egressos desse confinamento; porém, mesmo com os investimentos realizados, sabe-se que há uma defasagem entre a implementação de moradias e concessão do

---

<sup>36</sup> De acordo com Furtado (2006) estes serviços foram criados na década de 70 e eram denominados de pensões protegidas.

auxílio-reabilitação (PVC) ou de Benefício de Prestação Continuada (BPC). Nesse sentido, apesar dos avanços constatados neste setor “[...] apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício.” (BRASIL, 2011a, p. 13).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) até junho de 2010 haviam sido implantados 716 módulos residenciais terapêuticos com 3.062 moradores. Esse número é considerado baixo em relação à demanda. Não há informações oficiais disponíveis sobre a quantidade de pacientes de longa permanência (moradores) internados em hospitais psiquiátricos em todo o território brasileiro, mas estima-se que os SRTs existentes representam em torno de 10% da demanda (FURTADO, 2006).

Para ampliar a oferta desse dispositivo e abarcar também as pessoas com transtornos mentais que estão em hospitais de custódia o Ministério da Saúde editou em 23 de dezembro de 2011 a Portaria N. 3090 que estabelece que os SRTs, sejam definidos em tipo I e tipo II em função de algumas especificidades destas pessoas (BRASIL, 2011d).

Para Furtado (2006), entre as estratégias previstas para essa clientela é preciso que sejam previstos também os riscos da transinstitucionalização<sup>37</sup>, de negligência social ou da simples desospitalização. Como resultado de uma pesquisa envolvendo profissionais responsáveis pela gestão e acompanhamento de SRTs ele apresenta o que seriam os principais entraves e desafios à expansão de módulos residenciais, quais sejam: baixo envolvimento do gestor local do SUS, redes municipais de saúde mental incipientes ou inexistentes, falta de garantia de acesso e utilização de recursos já existentes (realocação de autorização para internação hospitalar-/AIHs, por ex.), impedimentos para contratação de recursos humanos para a saúde mental (Lei de Responsabilidade Fiscal), baixo envolvimento dos técnicos no processo, ameaça de desemprego vivida por trabalhadores dos hospitais, falta de campanha nacional que enfoque as mudanças na área de saúde mental e falta de aceitação da comunidade (vizinhos aos SRTs).

Outro grande obstáculo à efetivação do modelo de base comunitária é a baixa oferta de leitos de atenção integral em hospitais gerais para atender a clientela da saúde mental quando esta necessita de suporte em situação de crise. Sobre este aspecto, Dias et al. (2010, p. 73) asseveram que:

---

<sup>37</sup> De acordo com Bandeira (1991), a transinstitucionalização consiste na transferência de pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos para outras instituições (asilos para idosos, penitenciárias ou outros), estas diferindo pouco dos hospitais psiquiátricos.

A experiência da rede de saúde mental vem se deparando com o desafio de criar sistemas efetivamente substitutivos em municípios de pequeno porte. Essa dificuldade se dá porque redes plenamente substitutivas devem dispor de recursos para o desenvolvimento do cuidado contínuo (vinte e quatro horas por dia) de seus usuários, especialmente em situações de crise.

Faz parte da Política Nacional de Saúde Mental a redução planejada de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais. Entre os anos 2002 e 2011 foram reduzidos 18.712 leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011b) e abertos 2.568 em hospitais gerais (BRASIL, 2010b). Esse número é insuficiente e demanda novas ações por parte dos gestores das políticas de saúde para que possa haver atendimento em situação de crise. Pelos dados apresentados pelo Ministério é possível verificar que a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos ocorre lenta e gradualmente, sendo ainda um grande desafio para o efetivo funcionamento da rede substitutiva em saúde mental.

Outro importante dispositivo de atenção psicossocial são os centros de convivência. De acordo com o Ministério da Saúde, os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs) são “importantes equipamentos intersetoriais de inclusão social” enquanto “espaços fundamentais para a consolidação do processo de mudança de modelo de atenção à saúde”. Atualmente existem apenas 51 CECCOs em todo o Brasil. Além de haver poucas unidades, esta distribuição é bastante desigual, pois 19 deles estão localizados na cidade de São Paulo, 09 em Belo Horizonte, e 07 em Campinas. Os demais estão distribuídos unitariamente por outras cidades das regiões Sudeste e Sul. Nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste não há nenhum equipamento dessa natureza (BRASIL, 2010b, p. 15).

Idealizados para funcionar em espaços públicos (parques, praças, centros esportivos, centros comunitários) os CECCOs são, de acordo com Lopes (1999, p. 151) dispositivos “de uma rede articulada de atenção à saúde mental” que congregam múltiplos e distintos saberes, interesses e atores sociais, na busca pelo direito à vida e pela conquista da cidadania. Assim, a partir das diversas linguagens artísticas, musicais, artesanato, pintura, danças, vai surgindo uma identidade grupal construída pelos interesses e tarefas comuns, e não por uma “classificação nosológica.”

Pela baixa quantidade de equipamentos dessa natureza existentes no país (51 unidades), pode-se perceber que, embora seja considerado um dispositivo estratégico, ele ainda não recebeu os investimentos de que necessita. Por outro lado, se levarmos em conta que estes pertencem mais ao setor da cultura do que propriamente ao da saúde, compreenderemos sua “ausência” na rede de atenção, haja vista que os investimentos em

cultura no país ainda são pouco valorizados e expressivos, em qualquer uma de suas modalidades (artes cênicas, artes visuais, música etc).

### 3.4 NOVOS DISPOSITIVOS. NOVAS MENTALIDADES?

Uma aranha executa operações que se assemelham às manipulações do tecelão, e a construção das colmeias pelas abelhas poderia envergonhar, por sua perfeição, mais de um mestre de obras. Mas há algo em que o pior mestre de obras é superior à melhor abelha, e é o fato de que, antes de executar a construção, ele a projeta em seu cérebro.

Karl Marx, 1974.

Refletindo sobre esta epígrafe, provavelmente poderíamos dela extrair muitas mensagens. Uma certamente seria o fato de que o homem, diferentemente dos animais, é capaz de planejar aquilo que pretende realizar e, por assim dizer, além de reproduzir a vida, tal como os outros animais, o homem vai mais longe: ele é capaz de produzir sua própria vida; porém, tal produção não surge ao acaso nem tão pouco é fruto da cabeça de algum iluminado ou visionário de uma época. Ela é fruto da prática dos homens em dado momento histórico. Nesta perspectiva, tomando as ideias como produto de necessidades criadas pelos homens, é preciso analisá-las não como acaso, mas como decorrência de mudanças nas relações materiais que, em sua essência, determinam as produções teóricas dos homens. Neste sentido, reporto-me a Engels (1894, *apud* FERNANDES, 1983, p. 470) que, ao assinalar a ocorrência de fatos históricos tidos como produto do acaso, adverte:

Que um tal homem, e exatamente este, apareça nesta época determinada, exatamente neste país, é, naturalmente, mero acaso. Mas se o riscamos do mapa, então existe aí a demanda de um substituto, e este substituto é encontrado, tant bien que mal [bem ou mal], mas com o tempo ele é encontrado. Que Napoleão, exatamente este corso, tenha sido o ditador militar tornado necessário pela República francesa cansada da guerra civil, isso foi acaso; mas que, à falta de um Napoleão, um outro teria preenchido o lugar, isso é provado pelo fato de que sempre se encontrou o homem toda vez que e assim que ele se tornou necessário.

Tomando-se, então, as produções dos homens não como produto unilateral, produzido e executado apenas de forma isolada ou não-intencional, mas como produto coletivo

legitimado por uma sociedade nele envolvida, é possível perceber que estas produções resultam de necessidades históricas surgidas em dado momento da história social dos homens.

Tendo em mente tais premissas, desse ponto em diante proponho um breve retrospecto da construção das novas práticas em saúde mental - enquanto fatos históricos produzidos neste final de século e de milênio, - buscando localizá-las no bojo da produção de novos saberes e novas concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005). O intuito não é apenas descrever o conceito e a implantação dos chamados dispositivos extra-hospitalares, mas principalmente, trazer à discussão suas possibilidades e contribuições para uma nova forma de cuidar, bem como as limitações de se atribuir somente à área da saúde uma questão que é mais ampla ou os equívocos que possam engendrar, no tocante ao risco de serem apenas serviços reformados.

### 3.5 DIVERGÊNCIAS ENTRE LEGISLAÇÃO E PRÁTICA OU “NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA”

No tocante à construção de dispositivos de atenção psicossocial, como consequência em função da atuação de movimentos sociais afinados com os ideais da reforma psiquiátrica, especialmente da italiana, e do engajamento de algumas categorias profissionais na luta em prol da implantação de um novo modelo de atenção, a partir de 1991 alguns projetos substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de oferecer cuidados extra-hospitalares. No ano seguinte passou a vigorar a Portaria N. 224/92, que estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Ambulatórios, Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), além do atendimento hospitalar na modalidade hospital-dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leitos ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (BRASIL, 2005a).

Ao longo dos anos seguintes a discussão sobre a necessidade de expandir a oferta de serviços substitutivos ganhou força e também a sistematização legal dessa expansão. Nessa direção, o Ministério da Saúde passou a editar novas portarias tanto para estabelecer controle e vigilância sobre os hospitais psiquiátricos, como para incentivar a criação de dispositivos que operassem na lógica do novo modelo de atenção (LUZIO; YASUI, 2010).



Dessa forma, além da Portaria 224/92, que deu amparo institucional aos CAPS/NAPS, baixadas outras portarias, as quais, em meu entender, merecem destaque. São elas: a Portaria 106/00 que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), a Portaria 336/02 que estabelece as diferentes modalidades de CAPS (I, II, III, CAPS AD e CAPSi), o Programa De Volta para Casa (Lei 10.708/03); a Portaria 1.190/09, que estabelece o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas; e a Portaria 2.629/09, que reajusta valores para internação em hospitais gerais e incentiva internações de curta duração. Esta medida faz parte de uma estratégia para incentivar a ampliação de leitos nessas instituições, haja vista que pela primeira vez os procedimentos em psiquiatria em hospitais gerais passam a ser mais bem remunerados do que os procedimentos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2009d).

Três Portarias mais recentes, editadas em 20 de setembro de 2010, definem outros procedimentos, a saber: a Portaria N. 2.841, que criou o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas – CAPS AD III (BRASIL, 2010c); a Portaria N. 2.842, que aprova as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas – SHRad (BRASIL, 2010d); e a Portaria N. 2.843, pela qual são criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2010e). Mais recentemente foram editadas as Portarias n. 3.089 e n. 3.099 ambas de 23 de dezembro de 2011 que alteram a forma de financiamento dos CAPSs, redefinindo valores e formas de aplicação (BRASIL, 2011e; 2011f).

Quando tomamos a legislação como parâmetro para avaliação dos avanços da reforma psiquiátrica, certamente a Lei Federal Nº 10.216/01 é a principal delas. Ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, assim como redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Após doze anos de tramitação, o Projeto de Lei N. 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG) foi aprovado em abril de 2001, embora tenha sido bastante descaracterizado por inúmeras emendas. Em linhas gerais preconiza o atendimento pautado na territorialidade, estabelece os parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, recomenda o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial, além de estabelecer critérios para internação compulsória. Mesmo tendo sido alterada em suas proposições antimanicomiais, esta lei é considerada “um passo à frente” (TENÓRIO, 2002) na construção de outra lógica de cuidados.

Sobre esta questão Britto (2004) acentua que ao longo dos doze anos de tramitação do referido projeto de lei, o País viveu uma série de mudanças nos contextos político-econômico e sociocultural. Em função desses fatores socio-históricos,

[...] as negociações legislativas juntamente com o jogo de interesses e as forças políticas acabaram fazendo com que houvesse mudanças fundamentais no texto final da lei. A principal mudança diz respeito ao ponto central do PL, a extinção dos manicômios que não foi mencionada no substitutivo do Senador Sebastião Rocha (BRITTO, 2004, p. 92).

O texto final aponta a necessidade de redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e condiciona a hospitalização às situações nas quais “os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001), porém preserva o hospital psiquiátrico como um dos dispositivos de cuidados, ou seja, retira o caráter antimanicomial pretendido pelo projeto original.

No que tange aos Estados brasileiros, oito deles já contam com legislação própria antes mesmo de a Lei Federal<sup>38</sup> ter sido aprovada. Esse é o caso do Estado do Paraná, cuja Lei Estadual nº 11.189, de 09 de novembro de 1995, propõe a substituição gradativa dos manicômios por rede integrada a vários serviços, estabelecendo inclusive que, quando da construção de hospitais gerais no Estado, seja requisito obrigatório a existência de serviço de atendimento para pessoas que padecem de sofrimento psíquico (PARANÁ, 1995).

Mesmo com a criação de todos esses instrumentos legais, o estudo do processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, discutido por autores como, Amarante (1995, 2007, 2008); Tenório (2002); Luzio (2003); Luzio; L`abatte (2006); Yasui; Costa-Rosa, (2008); Yasui (2010) - não deixa dúvidas de que os princípios e as práticas referentes à mudança no modelo de atenção foram produzidos em meio a intensos debates, posicionamentos divergentes e marcantes contradições que determinaram avanços e retrocessos nessa trajetória. Para esses autores, a emergência de práticas inovadoras no âmbito da saúde veio acompanhada das contradições do modelo neoliberal. Segundo Luzio (2003), uma dessas contradições pode ser verificada no fato de muitos laboratórios farmacêuticos se considerarem defensores do lema *por uma sociedade sem manicômios*, numa clara certeza de que seus medicamentos seriam, cada vez mais, os meios para substituição das internações psiquiátricas.

---

<sup>38</sup> Estes Estados são: Espírito Santo (1992); Rio Grande do Sul (1992); Ceará (1993); Pernambuco (1994); Paraná (1995); Distrito Federal (1995); Rio Grande do Norte (1995) e Minas Gerais (1997). O fato de alguns Estados terem se antecipado à aprovação da Lei Federal, criando leis próprias, gerou um situação curiosa caracterizada pela produção de efeitos, mesmo antes de esta de ter sido aprovada (TENÓRIO, 2002).

Luzio e Yasui (2010, p. 19) ainda ressaltam que, no contexto histórico dos anos 90 do século passado, cujo marco administrativo é o início da implementação da política neoliberal, o movimento de reforma psiquiátrica buscou atualizar-se “com as questões sociais de seu tempo histórico” estabelecendo “a articulação dos novos serviços com outros segmentos dos movimentos sociais” e ocupando espaços no aparelho do Estado, porém preservando sua identidade de “movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e das associações de usuários.”

A existência destes embates nos planos político, econômico e, principalmente ideológico, deixa a indicação de que a existência de instituições criadas para substituir o manicômio, em si, não aponta para uma transformação. É o que adverte Nicácio (2004, p. 106) quando afirma que pode ser “[...] um equívoco de análise imaginar que a superação do manicômio possa ocorrer pela expansão e criação de outros serviços”. O que está em jogo na cena social é a “[...] transformação da lógica de compreender e agir da psiquiatria que tem como uma de suas principais ações a codificação do sofrimento em doença mental”. Nisto está implicada a reflexão sobre o conceito de doença presente no modelo médico, que pressupõe pensar o sofrimento psíquico como uma das possibilidades do que é humano e considerar que essa transformação representa mais do que “uma modernização dos serviços”. Nessa direção,

Na análise dos riscos dessa modernização podemos pensar no que se refere às famosas equipes multiprofissionais e ao papel profissional. A equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem no tratamento da doença tendo a cura como ideal, o modelo médico presente não apenas na ação do médico, mas como o modelo hegemônico de intervenção em saúde, a hierarquia e rigidez dos papéis codificados, a cisão entre técnico e político e a mística da ação profissional como “técnica pura” e não como prática social (NICÁCIO, 2004, p. 107, grifo da autora).

Em função dessas questões, novamente trago à cena o memorável personagem de Machado de Assis Simão Bacamarte que, em sua ânsia de demarcar os limites entre a razão e a loucura, levou à Casa Verde “uma multidão de inquilinos.” (ASSIS, 1990, p. 60). Nessa “coleta desenfreada”,

Um homem não podia dar nascença ou curso à mais simples mentira do mundo, ainda daquelas que aproveitam ao inventor ou divulgador, que não fosse logo metido na Casa Verde. Tudo era loucura. Os cultores de enigmas, os fabricantes de charadas, de anagramas, os maldizentes, os curiosos da vida alheia, os que põem todo o seu cuidado na tafalaria, um ou outro almotacé enfunado, ninguém escapava aos emissários do alienista. Ele respeitava as namoradas e não poupava as namoradeiras, dizendo que as primeiras cediam a um impulso natural, e as segundas a um vício. Se um homem era avaro ou pródigo, ia do mesmo modo para a Casa Verde; daí a

alegação de que não havia regra para a completa sanidade mental (ASSIS, 1990, p. 59-60).

Assim, pela ótica do novo modelo de atenção em saúde mental, os espaços restritivos à condição de ir e vir estão fora da possibilidade de avanços, como estão também aqueles que restringem ou coartam as possibilidades de expressão da subjetividade ou das formas de estar no mundo. Nesta perspectiva, para cumprirem o papel que lhes foi atribuído no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, os novos serviços devem ser concebidos como lugares de acolhimento, de produção de cuidados e, principalmente, de trocas sociais.

Para Amarante (2006), um dos grandes méritos “[...] do processo brasileiro de reforma psiquiátrica está no fato de, em vez de tratar de doenças, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais”. Outro é que aborda “[...] questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade e, por isso, não é um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais.” (AMARANTE, 2006, p. 04).

Na perspectiva do novo modelo de cuidado, estratégias como acolhimento e continência têm pautado a implantação de experiências inovadoras, as quais se revelam como instrumentos capazes de transformar o saber e o fazer em saúde mental. Tais projetos assistenciais inovadores começam a delinear novas formas de produzir saúde, sinalizando uma modificação do processo de trabalho dos profissionais da saúde, trabalho que se caracteriza pela atuação coletiva e por novas formas de responsabilização pelos cuidados em saúde. Enquanto um conceito derivado da psiquiatria democrática italiana, a responsabilização pelo outro pode ser pensada como uma atitude voltada ao “[...] fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento e o serviço e o território onde deve ser baseado o atendimento.” (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817).

Essa tomada de responsabilidade

[...] significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros. É ao redor deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares, que trabalham no cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817).

Sobre isso Amarante (2008) entende que não se trata de criar outro estatuto de verdade que possa sobrepujar a prática da psiquiatria atual com a criação de outra psiquiatria, mas sim

de atuar sobre a realidade e suas contradições não com a pretensão de construir um modelo que confirme suas próprias hipóteses, mas de produzir “um novo modelo de organizar aquilo que, paradoxalmente, não pode ser organizado”, mas que possa tornar possível “[...] construir/desconstruindo um novo tipo de relação entre doentes, técnicos e sociedade.” (p. 94).

### 3.6 A NECESSIDADE DE UM TRABALHO EM REDE

Um galo sozinho não tece uma manhã.  
 Ele precisará sempre de outros galos.  
 De um que apanhe esse grito que ele  
 e o lance a outro; de um outro galo  
 que apanhe o grito que um galo antes  
 e o lance a outro; e de outros galos  
 que com muitos outros galos se cruzem  
 os fios de sol de seus gritos de galo,  
 para que a manhã, desde uma teia tênue,  
 se vá tecendo, entre todos os galos.  
 [...]  
 João Cabral de Melo Neto, 1966.

É recomendação, principalmente desde a II CNSM realizada em 1992, que as ações de saúde mental sejam inseridas nas ações gerais de saúde. Esta orientação é um desdobramento do que organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas presentes na *Conferência de Caracas* haviam declarado em 1990 sobre a atenção em saúde mental. Esta Conferência trouxe indicações de que:

[...] a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; [...] a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; [...] (OMS/OPAS, 1990).

Como um dos desdobramentos de *Caracas*, seguindo os princípios lançados pelo SUS, a III CNSM definiu que,

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção

intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASIL, 2002, p. 07).

Nesse sentido, o trabalho em rede “implica um conjunto de diferentes ofertas de cuidado”, propiciadas por diversos dispositivos “[...] intimamente articulados de forma complementar, solidária e com propósitos definidos.” (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010, p.119-120).

A proposta de um trabalho em rede, “[...] formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p. 86) constitui um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas de saúde, como demonstrado por Luzio e L`abbate (2006, 2009) Henna et al. (2008); Zambenedetti e Silva (2008), Boarini (2009), entre outros. Enfrentar este desafio exige, em primeiro lugar, definir o que se entende por trabalhar em rede na saúde. Tendo em mente esta proposta, busquei uma definição que pudesse orientar discussões a respeito. No Dicionário Aurélio<sup>39</sup> a palavra rede é definida como “tecido de malha com aberturas regulares. É feita pelo entrelaçamento de fibras que são ligadas por nós ou entrelaçadas nos pontos de cruzamento.”

Transpondo-se este conceito de entrelaçamento para a área da saúde é possível perceber a complexidade do estabelecimento das ações em saúde no tocante à implantação de um trabalho em rede caracterizada por “pontos de cruzamento”. Para o Ministério da Saúde<sup>40</sup> (BRASIL, 2003, p. 03), este trabalho pauta-se em serviços que “[...] buscam afirmar os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social [...] de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde.”

De acordo com Junqueira (2004, p. 30),

[...] a rede é uma construção coletiva, que se define na medida em que é realizada. Sua verdade está na sua concretização, na superação das determinações sociais mediante o estabelecimento de parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos, mobilizados por objetivos construídos e apropriados coletivamente, para a construção de uma nova realidade social.

---

<sup>39</sup> Fonte: <http://www.dicionarioaurelio.com/Rede>. Acesso em: 06 set. 2010.

<sup>40</sup> Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31308](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31308). Acesso em: 06 set. 2010.

Não obstante, a despeito do que apregoa a legislação sobre a proposta e a necessidade de um trabalho em rede, na prática este ainda é um caminho a ser trilhado em relação às ações de saúde em geral e, principalmente, em relação às ações de saúde mental. Em função desse desafio, a seguir farei menção a algumas experiências que enfocam dispositivos da rede de atenção em saúde mental, buscando saber-se em que medida ocorre um trabalho em rede e se tais estudos apontam avanços decorrentes desse tipo de trabalho, bem como identificar dificuldades para implantação de tal forma de trabalho, pois trabalhar nesta perspectiva engloba muito mais do que apenas reorganização de serviços, exigindo um olhar diferenciado (BOARINI, 2009), a responsabilização no cuidado (ELIA, 2004) e a capacidade de orientar os profissionais na lida com os desafios do cotidiano.

Buscando refletir sobre a noção de rede no contexto das reformas sanitária e psiquiátrica, Zambenedetti e Silva (2008, p. 133-134) afirmam que o conceito de rede é um “importante operador conceitual” no que tange às discussões que envolvem esses dois movimentos. Para eles, o trabalho em rede ainda é algo a ser desenvolvido, portanto, é especulativo afirmar que os municípios “têm conseguido constituir uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental”. Esta afirmação dos autores vem acompanhada de análises sobre a confusão que geralmente ocorre sobre a ideia de rede que, na maioria das vezes, é entendida como sistema ou estrutura de serviços existentes lado a lado para onde cada profissional vai encaminhando os casos que atende e para os quais não tem solução. Nesse sentido, esta ideia está mais atrelada ao conceito de ter diversas estruturas ou serviços e menos à perspectiva de se trabalhar em rede ou de funcionar em rede, articulando os recursos de forma compartilhada (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Para que se possa afirmar a existência de um trabalho em rede é preciso que esta “não seja apenas complementar ao hospital psiquiátrico”, mas de fato substitutiva a ele, de acordo com o “modelo desinstitucionalizante”, e que supere os níveis hierárquicos do SUS (atenção primária, secundária e terciária) preconizados para a saúde física, haja vista que a doença mental não respeita essa hierarquização e carece de serviços que incorporem “em suas ações todos os graus de complexidade.” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 146).

Nesta perspectiva, Alves e Guljor (2004 *apud* Zambenedetti, 2009, p. 338-339) apontam que, ao longo do processo de construção de uma rede de assistência de base comunitária que supere o atendimento baseado no paradigma problema-solução/doença-cura, o princípio de hierarquização acabou favorecendo a “assistência partida” ou a chamada “empurroterapia” pela qual os conceitos de referência e contra-referência acabam sendo “transferência de responsabilidade.”

Sobre esta questão Zambenedetti (2009, p. 342) afirma que a verdadeira função do serviço de referência “[...] é articular a atenção junto a outros lugares – seja serviços de saúde, assistência social, trabalho -, traçar a linha de cuidado e buscar formas de ativá-la [nesse sentido] articular não significa apenas encaminhar o usuário de um lugar para outro”. Para ele, a peculiaridade do atendimento a usuários em sofrimento psíquico grave requer “um compartilhamento de responsabilidades”, haja vista que “existe uma perspectiva temporal tendencialmente longa em relação a uso dos serviços de saúde.”

### 3.7 PARA ALÉM DA REDE DE SAÚDE: A PROPOSTA DE UM TRABALHO INTERSETORIAL

[...]

E se encorpando em tela, entre todos,  
se erguendo tenda, onde entrem todos,  
se entretendo para todos, no toldo  
(a manhã) que plana livre de armação.  
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo  
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto, 1966.

A presença de diversos ministros de Estado na abertura da IV CNSM realizada em Brasília em 2010 pode representar muito para a causa da reforma psiquiátrica. Estiveram presentes os ministros da Saúde, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação e Trabalho, além dos chefes da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres<sup>41</sup>.

No discurso de abertura o Secretário Nacional de Atenção à Saúde, Alberto Beltrame, ressaltou que essa Conferência representa o transbordamento das fronteiras da saúde e da saúde mental e aponta para uma construção de caminhos capazes de consolidar o SUS e de construir políticas públicas que promovam a autonomia e a inclusão social dos cidadãos brasileiros. Estavam demarcados, oficialmente, os caminhos da intersectorialidade.

Mas, o que é a intersectorialidade? Para este termo há muitas definições e sentidos.

---

<sup>41</sup> Em 2001, quando da realização da III CNSM, não houve esta ampla participação do *staff* do Estado, inclusive foi feita uma moção de repúdio à ausência do então Ministro da Saúde, José Serra, no evento.



Segundo Junqueira e Inojosa (1997, p. 01) a intersectorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos, em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”. Para eles, esta forma de atuar é nova em função disso, é capaz de “[...] acarretar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas públicas.” Assim, além de englobar aspectos diretamente ligados aos setores da saúde, congrega vários saberes e setores, na busca de estabelecimento de um olhar mais amplo e global sobre determinada questão, com vistas à elaboração de uma melhor solução ou desenlace aos problemas cotidianos, sendo assim,

[...] um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersectorial (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

Nesta perspectiva, o ponto central da IV CNSM foi a busca de convergência de esforços por parte dos diversos setores envolvidos com as políticas públicas somando-se a isso o incentivo à participação da sociedade como um todo, por meio da intersectorialidade. A busca de participação social parte do princípio de que:

[...] as conquistas feitas no processo de consolidação das políticas sociais universais em geral em nosso país, e em particular no SUS e no processo de reforma psiquiátrica, dependem fundamentalmente da presença e da ação política de movimentos, atores e forças sociais comprometidos com os interesses populares democráticos que pressionam de fora para dentro os espaços possíveis dentro do aparelho de Estado para garantir o financiamento e a ampliação das novas políticas e programas (BRASIL, 2010a, p. 30).

Desse modo, a meta da intersectorialidade está concatenada como as contingências do próprio processo de reforma psiquiátrica, o qual esteve historicamente condicionado ao engajamento e à participação da população na implantação da rede de saúde mental de base comunitária, aos avanços da gestão colegiada do SUS e à construção de novas formas de cuidado em saúde mental.

Segundo esta perspectiva, o movimento de reforma psiquiátrica indo além da reformulação de serviços, passa por um conjunto de transformações de saberes, valores e práticas que demandam uma diversidade de atores sociais e estratégias de gestão, que requerem a participação de instâncias governamentais e movimentos da sociedade civil. Nesse

contexto, as discussões ultrapassam os limites das políticas de saúde, demandando ações intersetoriais e alcançando outras instâncias governamentais e não governamentais implicadas em um projeto de afirmação dessas políticas e contrário à exploração e à exclusão social.

Pelo tempo transcorrido e pelas experiências somadas às revisões de conceitos e teorias, atualmente é possível afirmar que apenas a área da saúde não será capaz de dar conta de garantir outro *status* social ou uma nova visão sobre o fenômeno complexo que é a loucura. Mesmo que esta seja revista e reorganizada é preciso construir uma nova via (ROTELLI; LEONARDIS, MAURI, 2001), pela qual seja possível acionar os atores sociais diretamente envolvidos com aqueles que sofrem psiquicamente, mas também aqueles que estão atualmente em uma posição de plateia, que estão no *em torno* das questões que atravessam o cuidado em saúde mental, no sentido de avançar para além da reorganização da assistência, alcançando novas concepções sociais que por si possam levar à construção de novos saberes e novos fazeres.

Tenório (2002) enfatiza a necessidade de reflexão constante sobre os conceitos que permeiam a construção desses novos saberes e novo fazeres. Para ele,

[...] a ideia de uma ação comunitária, igualmente cara à reforma, exige atenção permanente aos riscos de “psiquiatrização” e “normalização do social”. Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a doença mental (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou o que visamos em nossa prática junto aos loucos). Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão) (TENÓRIO, 2002, p. 31, grifos do autor).

Ainda na opinião desse autor, a psiquiatria já passou por muitas reformas, sendo ela mesma fruto de uma reforma implantada por Pinel no século XVIII com o objetivo de “[...] humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade.” (TENÓRIO, 2002, p. 27). Ele ainda acentua que muitas reformas já foram produzidas no sentido de instituir ou modificar a assistência à pessoa com transtorno mental, porém marca singular é impressa ao movimento atual, haja vista que o fator norteador desse processo é a superação do asilamento e não seu “aperfeiçoamento ou humanização”. Nesse sentido, “tem como marca distintiva e fundamental o *reclame da cidadania do louco*” (grifo meu). Para ele,

A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2002, p. 28).

Nesse sentido, o desenvolvimento de ações intersetoriais adquire importância fundamental na desconstrução da cultura manicomial, pois engloba a participação de instâncias variadas e complementares, na lógica da diversidade. O estabelecimento de diálogo com outros campos e áreas do saber, incluindo-se nessa questão os saberes que vêm do cotidiano, pode promover a consideração das condições de vida e afastar mecanismos de opressão e de exclusão, os quais se manifestam nos modos de vida e na produção dos processos de subjetivação.

### 3.8 DESAFIOS DA ATUALIDADE

[...]

Mas sei que uma dor assim pungente  
 Não há de ser inutilmente, a esperança  
 Dança na corda bamba de sombrinha  
 E em cada passo dessa linha pode se machucar  
 Azar, a esperança equilibrista  
 Sabe que o show de todo artista  
 Tem que continuar.

João Bosco e Aldir Blanc, 1979.

A partir da promulgação da Lei 10.216/01 e, mais especificamente após a virada do século, o movimento de reforma psiquiátrica brasileira deixou de ser uma “[...] proposta alternativa e se consolidou como marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial”; todavia, para Bezerra Jr, (2007, p. 243), como uma forma inusitada de lidar com as questões da assistência à saúde mental, esta política envolve grandes desafios que precisam ser enfrentados sob risco de acumularmos retrocessos.

Esse autor coloca alguns desses desafios nos planos assistencial, jurídico, político e sociocultural, assim como na formação de recursos humanos. Sobre este último aspecto, avaliando o grau de envolvimento e engajamento dos profissionais que atuam nas políticas públicas conclui que

Boa parte desses profissionais se tornou adulta num momento da vida do país em que as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história, momento em que a própria esfera da política *começou a experimentar um*

*esvaziamento que só fez acentuar desde então* (BEZERRA JR, 2007, p. 245, grifo meu).

Analisando a atual Política Nacional de Saúde Mental, Eduardo Mourão Vasconcelos também nos adverte quanto aos riscos de retrocesso dos avanços e conquistas. Para ele, “países periféricos e semiperiféricos como o Brasil, em contexto de políticas neoliberais” vivem problemas estruturais em função de desinvestimento nas políticas sociais que trazem repercussões negativas para os programas e serviços de saúde mental, “[...] além de dificultar a expansão dos serviços mais complexos e efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico.” (VASCONCELOS, 2010, p. 10).

Segundo ele, o processo de reforma psiquiátrica brasileira já passou por três fases marcantes. A primeira foi de denúncias, de militância e de início do Movimento de Luta Antimanicomial (1978-1992); a segunda caracterizou-se pelo surgimento de um processo de desinstitucionalização e de conquista de legislação (1992-2001); e a terceira foi marcada pela aprovação da Lei 10.216 e por iniciativas de expansão e tentativas de consolidação da rede de atenção psicossocial (2001-2010).

Realizando uma avaliação sobre esta última fase, ele expressa a mesma preocupação de Benilton Bezerra Jr quando aponta que

[...] nos últimos anos, há sinais de excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de saúde mental, *com forte precarização dos vínculos de trabalho e entrada maciça de uma nova geração de gestores e trabalhadores, muitos dos quais sem contato com a história e a experimentação e mobilização dos períodos anteriores* (VASCONCELOS, 2010, p. 21, grifo meu).

Outra importante dimensão dessa questão é abordada por Saraceno (2010, p. 17) ao discorrer sobre técnicas de reabilitação. Para ele, não importa o tipo de técnica empregado pelos profissionais visando à reabilitação. Em um contexto micro o que importa é o “[...] nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação”; já num contexto macro o que conta

[...] é a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24h ou 12h, se está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também, aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais (SARACENO, 2010, p. 17).

Entre tantos desafios atualmente presentes no processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental outra questão das mais prementes a ser considerada é a concepção

arraigada no imaginário social que Basaglia (1985) apontou como o fato de se confundir o doente com a doença. Assim, por essa forma de enxergar, retira-se qualquer possibilidade de a pessoa ser alguém que não um doente. Em decorrência disso se enxerga “a doença divorciada do doente.” (BOARINI, 2006, p. 116).

Em fase de tal premissa, pelo paradigma científico ainda hegemônico isola-se o doente para tratar a doença e a prática centenária de isolar para cuidar vai sendo perpetuada. Ademais, esse isolamento estabelecido inicialmente por meio da grande internação (FOUCAULT, 2003), é prática ainda não revista pela ciência médica e pela sociedade como um todo, tal conduta é mantida, embora a história já tenha mostrado que o isolamento da pessoa com o fim de tratar está fundamentado em uma visão criada ainda na época medieval, e “[...] figuras arcaicas de pessoas enlouquecidas vagando pelas ruas, provocando pânico na população, cometendo desvarios, fazem parte de pesadelos passados registrados pela literatura [...]” (BOARINI, 2006, p. 115).

Por outro lado, não podemos romantizar a questão a ponto de incorreremos no equívoco de acreditar que a desospitalização por si só, resolverá tais questões. Inclusive, recentemente, um fato noticiado por um jornal de circulação nacional sobre a assistência à saúde mental na China<sup>42</sup> deixa claro que a desassistência pode produzir mais doença (agravos) e também muitas tragédias.

Segundo Amarante (1995, p. 94), para que este grande desafio do processo de reforma psiquiátrica seja vencido

[...] é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades.

Para ele, é necessário construir uma “ética da desinstitucionalização” com vista a superar os pressupostos sobre os quais a ciência psiquiátrica erigiu seus fundamentos e através dos quais os “aspectos ditos ‘negativos’ da estrutura mental (alienação, desrazão, incompreensibilidade, periculosidade, incapacidade)” passaram a ser a “a percepção que se tem da loucura”. Diante disso, a imposição da reclusão passou a ser o instrumento mais marcante da psiquiatria, o qual persiste até a atualidade por ser defendido por vários

---

<sup>42</sup> Sobre isso consultar “Doentes mentais chineses vivem nas sombras”. *Folha de S.Paulo*. 15/11/2010. Disponível em: <http://search.folha.com.br/search?q=doentes%20mentais%20chineses%20vivem%20nas%20sombras&site=online&sd=15%2F11%2F2010>. Acesso em: 28 dez. 2010.

segmentos da sociedade: profissionais, famílias, comunidade e até mesmo por muitos usuários dos serviços de saúde mental. Na base dessa crença está o estigma socialmente construído de que o louco é perigoso, portanto, incapaz de conviver em sociedade (AMARANTE, 2008, p. 111-112, grifo do autor).

Para Bezerra Jr (2007, p. 250):

Ultrapassada a fase de resistência e proposições alternativas, o projeto reformista encontra-se de certo modo numa encruzilhada: ou aprofunda seu movimento – deixando claro seu horizonte ético e seu projeto de transformação social e subjetiva, ou corre o risco de deixar-se atrair pela força quase irresistível da burocracia e da institucionalização conservadora.

Nesse sentido, analisando-se a conjuntura macro-econômica (caracterizada pelo modelo neoliberal) em todos os seus desdobramentos, é possível perceber como no âmbito político-econômico e social se reflete a dificuldade de implantação de políticas públicas sociais como um todo e também empecilhos ao avanço dos propósitos da reforma psiquiátrica. A continuidade de algumas dessas conquistas depende “[...] fundamentalmente da presença e da ação política de movimentos, atores e forças sociais comprometidos com os interesses popular-democráticos [...]”. Estes, ao pressionarem de fora e ao ocuparem “os espaços possíveis de luta e gestão dentro do aparelho do Estado”, podem vir a garantir o financiamento e a implantação das novas políticas e programas (VASCONCELOS, 2010, p. 23). Por outro lado, nesses casos corre-se o risco da cooptação através da qual, geralmente, a militância é abandonada quando se ingressa na política oficial. Esse risco faz com que muitos movimentos sociais se recusem a participar das instâncias governamentais, com vista a não perder seu poder de luta ou abandonar seu projeto original. Esta visão ampara-se na ideia de que “[...] quando diminui o espaço político no campo institucional e no Estado, o movimento antimanicomial ganha ainda mais importância, porque tem mais autonomia para mobilizar forças na sociedade para pressionar o Estado de fora.” (VASCONCELOS, 2010, p. 24).

Refletindo sobre tais questões Luzio (2011, p. 155-156) assevera que com a diminuição do papel do Estado na gestão das políticas públicas intensificada nas últimas décadas, a ideia corrente é a de que “as regras do mercado são consideradas suficientes para produzir o bem-estar do homem”. Tal concepção faz com que na maioria dos municípios ocorra uma “pulverização das políticas públicas e a precarização dos direitos constitucionais da população”, entre elas as políticas voltadas ao setor da saúde/saúde mental. Em face de tais constatações, segundo ela um dos desafios atuais é “[...] fazer avançar o SUS e a construção

da rede de atenção psicossocial e, essencialmente, criar uma rede de resistência para a manutenção de seus pressupostos básicos.”

Pensam vários autores que a superação de tais obstáculos requer ampla mobilização da sociedade, além de vontade política em todos os níveis de governo para enfrentar os problemas e desafios decorrentes da conjuntura macro-econômica os quais, na maioria das vezes, ultrapassam os limites da esfera nacional e exigem dos gestores um maior compromisso político com os interesses da população. Nesta perspectiva, ganha peso uma necessidade inexorável: a articulação intersetorial entre políticas e programas, como amplamente discutido na IV CNSM. Esta articulação entre as diversas políticas potencializa, em princípio, a luta por melhores condições de vida e de trabalho. Outra possibilidade engendrada através da articulação de saberes e experiências é a questão das alianças entre as instituições. Tais elos podem ser geradores de maior mobilização de recursos, tanto materiais quanto simbólicos capazes de promover ações que envolvam os diversos níveis de governo e gerem resultados capazes de interferir em uma dada realidade. Nesse caso, muitas vezes, “[...] são as próprias experiências inovadoras locais que nos mostram novas direções possíveis de trabalho integrado para níveis mais amplos das políticas sociais.” (VASCONCELOS, 2010, p. 29).

### 3.9 SITUANDO A EXPERIÊNCIA

O município de Itambé está situado na Região Norte do Estado do Paraná, a 40 km de Maringá, sua cidade polo. Possui 5.977 habitantes, dos quais 89,3% residem na zona urbana. Fundado em 30 de novembro de 1961, tem sua base econômica na agricultura cultivando cana-de-açúcar, milho, soja e algodão, trabalho que absorve grande parte da população economicamente ativa. Outra parcela da população economicamente ativa trabalha em empresas industriais ou comerciais da cidade de Maringá. Apresenta índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,76 e taxa de analfabetismo de 13%. O índice de pobreza<sup>43</sup> é de 19,39% (IPARDES, 2010).

---

<sup>43</sup> O índice de pobreza é calculado em função da renda familiar *per capita* de até 1/2 salário mínimo. Os dados referentes à situação de pobreza são provenientes dos micro dados do Censo Demográfico (IBGE) e das tabulações especiais feitas pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social (IPARDES).

A rede pública de saúde constitui-se de dois estabelecimentos de saúde, a saber, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde funcionam duas equipes do Programa de Saúde da Família, e o Hospital Municipal, com 25 leitos, que atende casos de baixa e média complexidade. Não possui estabelecimentos privados de saúde conveniados com o SUS, tampouco particulares.

Na área da Educação o município conta com os seguintes serviços: sete estabelecimentos de Educação Básica, sendo dois centros de Educação Infantil municipais, duas escolas municipais de Ensino Fundamental - I ciclo e uma escola estadual de Ensino Fundamental - II ciclo, além de uma escola estadual de Ensino Médio e uma escola de Educação Especial. No tocante à educação superior, mantém um polo de educação à distância, fruto de um convênio com a Universidade Estadual de Maringá pelo sistema Universidade Aberta (UAB).

Como opções de lazer e entretenimento, conta com um ginásio de esportes municipal e um clube recreativo privado. Possui quatro salões comunitários, três deles localizados em conjuntos habitacionais urbanos e um na Vila Rural do município. Possui três praças públicas e dois “campinhos de futebol” destinados à prática de esportes e uso geral, principalmente de idosos e crianças, haja vista que nas praças há parques infantis e em uma delas uma academia de ginástica para a terceira idade. Conta ainda com a Casa de Cultura, onde são realizadas atividades que envolvem a comunidade, como concursos variados, apresentações teatrais, palestras, reuniões etc. Em relação ao terceiro setor, conta com várias entidades cadastradas no Conselho de Assistência Social, tais como: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Projeto Esperança (ligado à Igreja Presbiteriana Independente) e a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância (APMI).

O município em tela, assim como outros 311 do total de 399 municípios do Estado do Paraná, possui menos de 20.000 habitantes. Em números percentuais este índice representa 78,2% do total de municípios do Estado, sendo Itambé considerado um município de pequeno porte. (IBGE, 2010b). Nesse caso, sua rede de saúde não reúne condições para oferecer determinados serviços, tais como consultas especializadas. Os atendimentos que exigem procedimentos de maior complexidade (como consulta a especialistas e procedimentos hospitalares específicos) são encaminhados para Maringá que é o município de referência, inclusive para a área de saúde mental. Em relação aos atendimentos de emergência em saúde mental para os quais é indicada a internação, até o ano 2003 os usuários em crise eram



encaminhados diretamente ao Hospital Psiquiátrico de Maringá<sup>44</sup>, da cidade de Maringá ou ao Hospital Regional do Vale do Ivaí<sup>45</sup>, localizado na cidade de Jandaia do Sul, distante 50 km de Itambé.

Com a criação do Serviço de Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal de Maringá em outubro de 2003, este serviço passou a ser a referência para emergência e/ou internações psiquiátricas para três regionais de Saúde<sup>46</sup> nos casos em que, após avaliação psiquiátrica, tem-se a indicação de internação de curta permanência (de até 15 dias). Este serviço também passou a ser a “porta de entrada para a internação em hospital psiquiátrico” para os casos considerados crônicos (aqueles que exigem um período de internação superior a 15 dias). Outro motivo comum de encaminhamentos ao Hospital Psiquiátrico de Maringá é a falta de vagas neste serviço de emergência psiquiátrica, haja vista que atualmente este equipamento conta com apenas 26 leitos, dos quais dez são destinados ao público feminino e dezesseis ao público masculino, para atender uma população de mais de um milhão de habitantes (MARINGÁ, 2004).

A seguir apresentarei o percurso metodológico elaborado para empreender esta pesquisa visando dela retirar alguns apontamentos que, quiçá, possam oferecer contribuições ao debate sobre o processo de construção de um modelo pautado na perspectiva da atenção psicossocial.

---

<sup>44</sup> Hospital especializado em psiquiatria. Empresa privada. Gestão municipal. Oferta 272 leitos, sendo 240 conveniados ao SUS, além de 12 leitos para adolescentes aberto em abri de 2008 através de convênio com o Estado do Paraná. Fonte: [http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=4112102573504](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4112102573504). Acesso em: 04 out. 2010.

<sup>45</sup> Hospital especializado em psiquiatria. Entidade beneficente sem fins lucrativos. Esfera administrativa privada. Gestão estadual. Dispõe de 270 leitos, sendo 240 conveniados ao SUS. Fonte: [http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=4112102573504](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4112102573504). Acesso em: 04 out. 2010.

<sup>46</sup> Este serviço deve atender três regionais de saúde, a saber: 11ª Regional de Campo Mourão, 13ª Regional de Cianorte e 15ª Regional de Maringá, perfazendo um total de 1.195.322 habitantes. (Fonte: Plano Diretor de Regionalização. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. SESA/PR). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2418>. Acesso em: 16 dez. 2010.



FIGURAS 7 e 8 – pique-nique  
GRUPO BEM-ME-QUER – arquivo pessoal

#### 4 NOVOS PRESSUPOSTOS. NOVAS PRÁTICAS? EM BUSCA DE ALGUMAS COMPREENSÕES

[...] se a realidade é essencialmente construída, pode ser substancialmente modificada.

Paulo Amarante, 2008.

Visando alcançar o objetivo proposto para este estudo, em seus respectivos desdobramentos, desenvolvo um estudo exploratório caracterizado como pesquisa de abordagem qualitativa. Este tipo de investigação é definido por Minayo (2008, p. 47) como aquela que trata “[...] do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. Segundo esta autora, a pesquisa social não pode ser definida de forma estanque, sendo necessário conceituá-la historicamente de modo que sejam desveladas suas contradições, suas interposições e os conflitos que se colocam pelo caminho.

Dessa forma, a abordagem qualitativa é definida como aquela

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

Nesta perspectiva, esta pesquisa inserida no campo da metodologia de pesquisa qualitativa, está norteada pelos pressupostos teórico-conceituais da investigação histórica. Abordagem esta que busca relacionar as ações humanas com a cultura e as estruturas sociais e políticas sob a concepção de que nenhum processo social pode ser compreendido de forma isolada. Ao contrário, pressupõe que esses processos estão sempre profundamente vinculados ao contexto social que os produzem.

Tendo como eixo teórico-metodológico tal concepção teórica, comungo com a premissa de que as ideias não surgem espontaneamente no seio da sociedade, mas são construídas durante o processo histórico-social vivenciado pelos homens, à medida que estes se relacionam e constroem coletivamente suas vidas, ao longo da história. Desse modo, utilizo como fundamento o pressuposto da existência de uma relação dinâmica entre os grandes acontecimentos históricos e o cotidiano dos homens na perspectiva que “[...] 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 campo de pesquisa, tomo uma experiência de atuação na Atenção Básica em saúde, por mim empreendida durante alguns anos, juntamente com outros atores sociais, com vistas a discutir aspectos ligados à implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental, bem como da construção do novo modelo de atenção em saúde mental denominado atenção psicossocial.

Trabalhando com tais pressupostos teóricos, a experiência em questão será tomada como possibilidade de desenvolvimento de um trabalho voltado à construção do modelo de atenção psicossocial e também de reflexões sobre entraves e dificuldades inerentes a ele, a partir da participação dos usuários da saúde mental, seus familiares, trabalhadores de saúde e da comunidade em geral, como participantes do processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental.

#### 4.1 DELIMITAÇÃO DO CAMPO E PERÍODO DE ESTUDO

Embora minha experiência de atuação no município de Itambé tenha se dado desde o ano 2003, tomarei como referência para este estudo o período compreendido entre 2006 a 2011, por abarcar tanto a época de vigência do Projeto de Extensão (2006 a 2008) como as possíveis ressonâncias que tal experiência possa ter produzido na forma de encaminhar as questões referentes ao processo de cuidado em saúde mental. Ou seja, até o período em que os dados foram levantados durante os anos 2009, 2010 e 2011. Nesse sentido, busquei delimitar o período citado, como forma de estabelecer um parâmetro necessário à conclusão deste estudo, visto que as pessoas que fazem parte da experiência em questão continuam construindo cotidianamente suas vidas e, nesse movimento, vão sendo constantemente modificadas.

## 4.2 O FORMATO DO PROJETO DE EXTENSÃO

O referido Projeto de Extensão foi criado a partir da preocupação de uma docente do departamento de Psicologia da UEM, com a formação do acadêmico de Psicologia, para que este tivesse a possibilidade de entrar em contato com questões ligadas à atenção à saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, ainda durante a formação. Diversos autores, entre eles, Dimenstein (2001); Luzio (2003, 2011); Oliveira (2005); Yasui e Costa-Rosa (2008) advogam que o avanço do movimento de reforma psiquiátrica depende, dentre outros fatores, da formação do profissional para essa nova perspectiva de atuação. Nesse caso, é de fundamental importância a preparação do acadêmico para o trabalho na nova perspectiva, na rede pública de saúde.

Dentre os vários objetivos propostos, dois deles demonstram a finalidade básica do Projeto: a) formar o acadêmico de psicologia para atuar em serviços substitutivos (aos hospitais psiquiátricos) dirigidos aos usuários dos serviços de saúde mental; b) favorecer o retorno ao convívio social do paciente psiquiátrico com longo histórico de internações e/ou re-internações.

Visando atender a essas proposições, o Projeto de Extensão teve como plano de ação realizar intervenções junto aos profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, sendo estas desenvolvidas em etapas previamente programadas. Tais atividades compreendiam ações de:

- a) capacitação dos funcionários da área de saúde do município, visando a reflexão sobre a atenção à saúde mental, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica;
- b) levantamento da demanda para a saúde mental, através de triagem realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), comunidade, psicólogas e estagiários de Psicologia;
- c) avaliação da demanda por meio de visitas, pesquisa em prontuários médicos, histórico familiar, entrevistas com familiares e/ou usuários, diálogo com equipe da UBS (enfermeiros, médicos, etc);
- d) reunião quinzenal entre psicólogas e estagiários de Psicologia no município e supervisão mensal com a coordenadora do Projeto de Extensão, na Universidade Estadual de Maringá.
- e) visitas domiciliares visando o conhecimento da demanda e a formação de vínculos;

- f) atuação junto aos usuários, suas famílias e comunidade através de reuniões semanais, tendo em vista a construção de vínculos de confiança, acompanhamento contínuo e o desenvolvimento de iniciativas de autonomia e integração à comunidade;

As reuniões semanais com usuários e familiares tiveram como consequência a formação de um grupo de encontro denominado Grupo *Bem-Me-Quer*. Este grupo foi criado com o intuito de acolher as pessoas em sofrimento psíquico, suas famílias e quem dele quisesse participar.

Em setembro de 2006, a prefeitura cedeu um espaço físico localizado na Associação de Proteção à Maternidade e à Infância (APMI) onde passaram a se reunir convidados e participantes do *Grupo*, todas as sextas-feiras das 13h30min às 15h30min. Ali eram realizadas atividades variadas com objetivos de estabelecer trocas sociais visando a formação de vínculos e o estabelecimento de relação de confiança entre os proponentes do Projeto e os convidados e suas famílias. Eram propostas atividades variadas sempre em forma de “rodas de conversa”, das quais eram retiradas as ideias que se tornariam atividades concretas que poderiam ser desde confecção de artesanato (xuxinhas, cestos, porta lápis, quadros decorativos, enfeites), organização de gincanas, sessões de cinema, planejamento de passeios e festas comemorativas (aniversários, festas juninas, festas natalinas etc). Durante o ano 2008 foi organizado um coral que contou com a participação de um músico e uma fonoaudióloga da cidade, os quais se propuseram a ensaiar o *Grupo* para realizar apresentações variadas pela cidade no período anterior às festas natalinas. Essa atividade foi desenvolvida ao longo de alguns meses e resultou na descoberta de muitos “talentos” para o canto coral, além de ter demonstrado o valor terapêutico da música para toda e qualquer pessoa, independente de qualquer classificação de sanidade/insanidade mental. De forma geral, naquele espaço e de forma um tanto improvisada<sup>47</sup>, eram realizadas atividades variadas que contavam com a adesão de um número cada vez maior de pessoas<sup>48</sup>.

Nesse sentido, a formação do *Grupo* foi a segunda etapa do Projeto de Extensão. A primeira delas foi a realização do levantamento inicial da demanda para a saúde mental, feita através de triagem realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), demais profissionais da área da saúde, comunidade, estagiários de Psicologia e psicólogas. Após esse primeiro momento foi percebida a necessidade de capacitação dos funcionários da área de saúde do município, visando a reflexão sobre o processo de cuidado em acordo com os

---

<sup>47</sup> O espaço físico era compartilhado por outros grupos que participavam de cursos ali desenvolvidos por entidades da assistência social, tais como: costureiro, bordado, confecção de doces caseiros, entre outros.

<sup>48</sup> Em 2006 a média semanal de participantes ficou em torno de 08 pessoas. Em 2008 essa média aumentou para 15 pessoas, sendo que em dias especiais (festivos) a participação era de 25 a 30 pessoas.

princípios da Política Nacional de Saúde Mental. Além da capacitação desses profissionais, também foram realizadas durante o ano 2007 várias capacitações envolvendo diversos segmentos da sociedade, tais como: professores, políticos, grupo da terceira idade, conselheiros municipais, entidades da sociedade civil organizada, entre outros. Contatos maiores com as pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias foram sendo estabelecidos progressivamente por meio de visitas, visando a construção de vínculos de confiança e o fornecimento de informações básicas sobre as novas formas de cuidados em saúde mental.

Dessa forma, o reconhecimento da demanda se dava por meio de visitas, entrevistas com familiares e/ou com as próprias pessoas em sofrimento psíquico, pesquisa em prontuários médicos, intercâmbio e diálogo com a equipe da UBS (enfermeiros, ACSs, médicos, farmacêutica etc). Essa atividade foi contínua ao longo da existência do Projeto, visando acompanhar os “casos antigos” e acolher os “casos novos.”

As ações desenvolvidas nas duas etapas tiveram como meta principal a participação de vários setores das políticas públicas e da sociedade como um todo na perspectiva de que tanto a gestão do trabalho em saúde mental, como a participação da comunidade deveriam ser pautadas em ações conjuntas que visassem o fortalecimento de ações públicas para melhorar a qualidade da atenção oferecida a esta clientela (BOARINI, 2007b, 2008, 2010).

#### 4.3 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

Em acordo com os objetivos deste estudo e com o referencial metodológico escolhido, busco desenvolver uma análise que privilegie o caráter histórico dos fatos. Sendo assim, oriento-me pela perspectiva de inspiração marxista de que o pensamento é determinado pela realidade, ou seja, a perspectiva de que a partir de suas práticas os homens vão produzindo suas ideias e a partir delas vão formulando suas concepções. Nesta perspectiva, não é possível deixar de fora desta análise o fato de que em uma sociedade cuja produção é coletiva e a apropriação é individual, as contradições sociais estão presentes nas relações entre os homens, tanto no modo como produzem e distribuem a riqueza gerada com a colaboração de todos os homens, como na forma como constroem e distribuem os bens relacionados à manutenção da vida, como a saúde, por exemplo.

Tendo em mente tal premissa, considero importante recuperar o que nos ensinou o médico sanitarista Sérgio Arouca (2003, p. 220) o qual afirma que o cuidado em saúde

implicaria em duas questões fundamentais: a primeira delas ao fato de que é “[...] um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre processos vitais (biológicos e psicológicos)” e a segunda que “[...] ao atender necessidades humanas de ser uma unidade de troca à qual é atribuído, social e historicamente, um valor” a saúde passa a ser um bem social que deve estar ao alcance de todos. Nesta perspectiva, o objeto de consumo é o próprio cuidado que só se efetiva enquanto bem a ser consumido coletivamente, a partir de um valor que deve ser de uso e não de troca. Este valor só cumpre essa finalidade quando a vida é valorizada como um bem maior a ser preservado.

No bojo dessa questão, tem-se que as relações sociais vão determinando as necessidades dos homens em um determinado tempo histórico e configurando suas ideias e suas concepções, as quais podem ser expressas por meio da arte, do pensamento, da ciência e de outras formas de manifestação humana, ou seja, estas são materializadas no cotidiano das relações sociais.

Desse modo, as práticas em saúde produzidas pelos participantes deste estudo não podem ser estudadas apartadas da realidade concreta ou das condições de vida destas pessoas e da sociedade da qual fazem parte, sejam elas, usuários dos serviços de saúde e suas famílias ou trabalhadores em saúde. Em função dessa compreensão empreendo uma reflexão sobre a experiência construída no município em tela a partir da realização do Projeto de Extensão e a apresento em forma de estudo de caso. Nesse aspecto, tenho como pressuposto que ao circunscrever o caso deste município em particular - a partir da forma como a assistência à saúde mental é pensada e vivida - poderei estar alcançando o inverso, ou seja, abrangendo o todo social presente nesse fragmento da sociedade.

Assim, me amparo na premissa de que as relações e as concepções produzidas socialmente e veiculadas pelos sujeitos da pesquisa, sejam eles usuários dos serviços de saúde mental, familiares, trabalhadores em saúde, estagiários, comunidade e demais setores envolvidos na questão do cuidado em saúde mental, podem auxiliar na compreensão de como estas pessoas estabelecem suas práticas e, a partir delas, elaboram/reelaboram seus conceitos e suas concepções. Ou seja, estudando em profundidade tais “fragmentos” objetivo realizar a “[...] aproximação entre a abstração dos resultados da pesquisa e a concretude da prática social.” (GIL, 2009, p. 15).

Sobre o estudo de caso, Chizzotti (1995) o caracteriza pelas etapas de seleção/delimitação do caso, trabalho de campo e organização/redação de um relatório. Segundo ele, o estudo de caso é um estudo sistematizado e crítico de uma experiência cuja unidade se torna significativa do todo, pois além de revelar condições socioculturais a respeito



de uma situação particular, retrata também uma realidade social ao demonstrar aspectos globais presentes na situação específica estudada.

Para Yin (2005, p. 32) o estudo de caso, enquanto uma investigação empírica compreende um método abrangente que pode incluir tanto estudos de caso único quanto de múltiplos casos e ser utilizado tanto em abordagens qualitativas quanto quantitativas. Nesse sentido, “é uma investigação empírica que conjuga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.” Assim, pelo estudo de caso são buscadas as “condições contextuais” pertinentes a um fenômeno estudado.

Ainda segundo esse autor

[...] o estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – tratando da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas *uma estratégia de pesquisa abrangente* (YIN, 2005, p. 33, grifo meu).

Tal abrangência é esperada, principalmente, do ponto de vista dos membros dos grupos estudados, pois parte “de um delineamento que atenta para a subjetividade dos participantes” e busca conhecer em profundidade as contradições e os conflitos presentes nos fenômenos sociais, tendo como via de acesso o ponto de vista dos próprios sujeitos (GIL, 2009, p. 17).

De acordo com Ventura (2007) nos estudos de caso que priorizam a abordagem qualitativa

[...] as características consideradas fundamentais são a interpretação dos dados feita no contexto; a busca constante de novas respostas e indagações; a retratação completa e profunda da realidade; o uso de uma variedade de fontes de informação; a possibilidade de generalizações [...] e a revelação dos diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo (VENTURA, 2007, p. 284).

Ventura (2007) ainda esclarece que o que faz com que um estudo de caso se torne algo exemplar é o fato de mostrar-se significativo e completo pela apresentação de evidências capazes de torná-lo coerente e formal.

De modo geral, traçar os caminhos a serem percorridos durante uma produção teórica é uma tarefa complexa, pois implica no estabelecimento de uma trajetória que é iniciada desde o momento da escolha do tema, da delimitação do objeto de estudo, do estabelecimento da *lente teórica* a ser utilizada para a leitura de uma dada realidade, até a utilização de

procedimentos e técnicas formuladas para a coleta de dados, sejam eles quantitativos ou qualitativos, e finalmente, chegar à análise dos mesmos.

Visando seguir este percurso, no que tange aos procedimentos e técnicas para coleta de dados, a pesquisa realizada apresenta-se sob a forma de pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas e observações descritivas (diários de campo).

Por englobar um estudo com seres humanos houve a necessidade de estabelecer algumas delimitações éticas contidas na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil (BRASIL, 1996). Em decorrência disso, todos os participantes desse estudo receberam o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (ANEXO 01) o qual foi lido, conjuntamente com cada um deles e assinado antes das entrevistas, visando garantir o sigilo e o anonimato e mesmo à desistência a qualquer tempo. Esse procedimento visou atender também o exposto na Lei 10.216/01, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 11, a referida Lei orienta que as pesquisas científicas “[...] não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.” (BRASIL, 2001). O projeto foi aprovado segundo o parecer n. 007/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP/CÂMPUS DE ASSIS.

A pesquisa documental foi realizada no Centro de Saúde Dr. Lafayette Grenier do município de Itambé-PR, após autorização prévia da diretora do Departamento Municipal de Saúde para *Uso de Arquivos, Registros e Similares* (ANEXO 02) e *Autorização para Realização de Entrevistas com Funcionários da Secretaria Municipal de Saúde* (ANEXO 03). A coleta de dados incidiu sobre os prontuários médicos dos usuários participantes do estudo e sobre os relatórios produzidos nos serviços que congregam dados de saúde sobre a clientela atendida. Houve ainda, por parte da diretora do Departamento Municipal de Saúde, a elaboração de uma *Declaração sobre a Existência de Infra-Estrutura* necessária para o desenvolvimento da pesquisa (ANEXO 04).

De acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 02) a pesquisa documental deve ser valorizada na investigação científica, pois dela se pode extrair e/ou resgatar uma “riqueza de informações” capazes de “[...] ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.”

Nesse sentido, diante da necessidade de reconstrução de aspectos de uma história de vida,

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito freqüentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (CELLARD, 2008, p. 295 *apud* SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 02).

Outro recurso empregado para a coleta de dados foram as entrevistas. Estas, do tipo semi-estruturadas, foram gravadas por equipamento de áudio e depois transcritas *ipsis verbis*, ou seja, na íntegra, de forma a preservar a genuinidade dos relatos, bem como os seus sentidos próprios. Foram elaborados roteiros diferenciados para os diversos segmentos participantes do estudo (pessoas em sofrimento psíquico, familiares e profissionais) (ANEXO 05). Estas poderiam ser realizadas em dois ambientes físicos: no local de residência dos usuários, familiares e no local de trabalho dos profissionais.

As entrevistas são um recurso amplamente utilizado em função de serem consideradas técnicas de comunicação capazes de abarcar aspectos ou conteúdos que podem ultrapassar os limites da simples indagação escrita e caminharem em direção ao desvelamento de ideias, opiniões e concepções a respeito de um dado fenômeno ou de uma dada realidade.

Nesse sentido,

A entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2008, p. 261).

No caso da entrevista semi-estruturada, esta se constitui pela elaboração de questões fechadas e abertas pela quais o entrevistador tem a possibilidade de abordar o tema de estudo de forma não-rígida ou fechada. Geralmente a ela são incorporadas situações/informações provindas do contexto de observação dirigida ou de diários de campo. Nesse sentido, além do conteúdo coletado por meio de questões formuladas na situação de entrevistas, também elementos “[...] de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderações que pontuam o cotidiano” farão parte do material de análise (MINAYO, 2008, p. 263).

Outro instrumento utilizado foi a observação descritiva ou diário de campo (ANEXOS 06 e 07). Este é um instrumento metodológico utilizado como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa.

De acordo com Loureau (2004, p. 273) a criação do diário de campo é atribuída ao antropólogo polonês B. Malinowski (1884-1942) autor da obra *Diário de etnógrafo*, escrito entre 1914 e 1918. Este antropólogo, inspirado na etnografia, concebia suas observações e registros sobre o campo como um relato etnográfico por meio do qual o observador “comparece em carne e osso” na situação investigada, implicando-se no campo e instituindo a ideia de que “não existe um dentro e um fora da ciência.”

Ao relatar situações ocorridas sobre uma experiência o pesquisador vai registrando ao longo do processo de pesquisa impressões, fatos, situações que não foram apresentadas nas entrevistas e, nem tampouco nos documentos formais, mas que surgem em momentos informais revelando modos de vida e concepções, ou seja, contradições e conflitos presentes nas relações sociais capazes de oferecer dados preciosos à análise das mesmas. Tais registros auxiliam na elaboração dos dados e podem ser compostos de fatores, tais como: regras implícitas nas atividades de um grupo social, tradições, costumes e formas de colocar frente a situações sociais diversas, sentimentos e ações verbalizadas ou evidenciadas em gestos e atitudes, entre outras (MINAYO, 2008).

Se tais fatores forem levados em conta pelo pesquisador, este não terá dificuldades para “colocar-se do ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção, o mais íntima e mais intensamente possível” criando condições para “ter abertura para o grupo, sensibilidade para sua lógica e para sua cultura, lembrando-se de que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisa.” (MINAYO, 2008, p. 277).

Nesse sentido, o trabalho em ciências sociais leva a evidenciar que este campo “não é transparente” e, com isso, tanto o pesquisador como os seus interlocutores e observados “interferem dinamicamente no conhecimento da realidade.” (MINAYO, 2008, p. 203).

#### 4.4 ANÁLISE DE DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os dados serão apresentados em forma de um estudo de caso que abará o período de inserção do Projeto de Extensão no município de Itambé, considerando-se o contexto anterior e posterior a ele. Como forma de enriquecer a apresentação deste e facilitar a

compreensão das questões destacadas, serão extraídos relatos ou excertos de entrevistas realizadas no ano 2010 com diversas pessoas que participaram direta ou indiretamente das atividades propostas e/ou resultantes do Projeto de Extensão. Tais excertos serão analisados à luz do referencial teórico proposto nos primeiros capítulos deste estudo.

Além dos dados extraídos das entrevistas, serão também utilizadas informações contidas nos documentos consultados (prontuários, diários de campo, relatórios de estágio, etc) com o intuito de perceber nos discursos e nas práticas dos profissionais, de familiares e, principalmente, dos usuários dos serviços de saúde mental, como lidam com as questões advindas do cotidiano, o que sentem e o que pensam sobre as questões que permeiam a vida com o sofrimento psíquico no cotidiano e como se posicionam frente às necessidades e desafios inerentes a esse processo. Em relação aos usuários, interessa conhecer como eles e aqueles que estão ao seu redor (familiares, profissionais, comunidade) lidam com o processo de adoecimento e como se situam diante do agravo (crise), que possibilidades vislumbram de participação na comunidade e de acesso à própria cidade. Em suma, como se estabelece os campos teórico/conceitual, jurídico/político, técnico/assistencial e sociocultural (AMARANTE, 2007) para estas pessoas e seus familiares, bem como para os profissionais e para a comunidade em geral.

Entendendo que esta é uma tarefa complexa, haja vista que os dados coletados podem suscitar diferentes significados, utilizarei como recurso didático um minucioso trabalho de leitura “[...] das transcrições de entrevistas, registros de observação e de documentos selecionados para [me] familiarizar com os temas e obter uma visão global do material.” (GIL, 2009, p. 101).

Após esta etapa, os dados serão apresentados em forma de narrativa. Segundo Faraco e Moura (1983) a narrativa é o relato de um fato ou episódio, ou seja, a narração de uma história que envolve um cenário onde ocorrem ação e movimento, a partir de um enredo composto por personagens que se relacionam em torno de um fato específico ou de diversos fatos.

Portanto, imaginemos como poderá ser feito tal relato. O cenário será o município de Itambé. O enredo principal a assistência à saúde mental prestada pelos profissionais da área da saúde do município e o fato a destacar a presença do Projeto de Extensão naquele município entre os anos 2006 e 2008. Porém, um enredo não existe sem personagens. Estes são as pessoas que participam dos acontecimentos e que são citadas pelo narrador. Portanto, serão os usuários dos serviços de saúde mental, seus familiares e também os trabalhadores da área da saúde, bem como os demais integrantes do Projeto de Extensão.

A narrativa será feita em primeira pessoa e o narrador - que é quem conta a história – que pode ser um narrador-personagem (quando ele participa do enredo) ou um narrador-observador (quando ele apenas observa e faz a narração), serei eu. Nesse caso, me identifico com a primeira definição.

Por meio dos excertos retirados das entrevistas serão ilustrados fatos vivenciados por estes personagens ao longo da passagem do Projeto de Extensão pelo município com o propósito de recuperar ou destacar alguns episódios específicos, entre tantas e diferentes situações que se configuraram durante a experiência em questão, bem como acontecimentos ocorridos após o encerramento da mesma. Ou seja, como as entrevistas foram realizadas depois de consolidada a experiência, com as informações nelas contidas será possível tanto rememorar passagens ou acontecimentos específicos daquele período, mas também evidenciar situações contemporâneas que se colocam como ressonâncias do período no qual a experiência ocorreu oficialmente (entre 2006 e 2008). Com esse propósito estabelecerei temas para análise visando salientar pontos em comum vivenciados pelos usuários entrevistados<sup>49</sup>, bem como pelos demais personagens deste enredo, destacando particularidades a respeito de suas experiências ou de questões que estes demandavam.

Os temas a serem analisados serão: a) memórias do manicômio; b) atenção não manicomial e crise; c) efeitos subjetivos para os usuários, familiares e equipe de saúde; d) o preconceito e a não credibilidade; e) capacidade, incapacidade e seus desdobramentos; f) o diagnóstico e a medicação; g) cuidados realizados na Atenção Básica; h) loucura e sociedade; i) restrições e possibilidades da atualidade.

---

<sup>49</sup> Os usuários serão identificados por nomes fictícios, por eles escolhidos, visando preservar suas identidades e o sigilo necessário ao desenvolvimento da pesquisa. Serão eles: Beija-Flor, Cristina e Tuco.



FIGURAS 9 e 10 – gincanas  
GRUPO *BEM-ME-QUER* – arquivo pessoal

## 5 REVENDO TRAJETÓRIAS: CONSTRUINDO CAMINHOS

Vocês, artistas, que fazem teatro  
em grandes casas, sob a luz de sóis postiços,  
ante a plateia em silêncio,  
observem, de vez em quando  
esse teatro que tem na rua o seu palco:  
cotidiano, multifário, inglório,  
mas tão vívido e terrestre,  
feito da vida em comum dos homens –  
esse teatro que tem na rua o seu palco.

Bertold Brecht, 1967.

Após ter protagonizado diversos episódios de transformação de visões a respeito de concepções sobre a loucura e a assistência a ela prestada a partir de práticas inovadoras, Franco Basaglia professou o desejo de que sua experiência se tivesse que ser contada, que não fosse por meio de datas e números descritos em documentos ou portarias, “[...] mas, pela história das vidas que foram reinventadas, reconstruídas, redescobertas a partir deste processo de transformação.” (AMARANTE, 2007, p. 58).

Com esta orientação, a seguir, apresentarei um estudo de caso pelo qual caracterizo a passagem do Projeto de Extensão da Universidade Estadual de Maringá pelo município de Itambé-PR. Como afirmado anteriormente, o desenvolvimento deste estudo de caso será feito em forma de narrativa construída em torno da experiência em questão. Ao longo desta narrativa incluirei trechos de algumas histórias de vida cujas personagens principais são pessoas para as quais a existência, muitas vezes, se coloca como um fardo pesado demais. Fardo este, em parte aliviado pela possibilidade de obterem guarida social e, principalmente, serem reconhecidos enquanto pessoas.

### 5.1 QUANDO TUDO COMEÇOU...

O Projeto de Extensão foi iniciado no município de Itambé em 03 de fevereiro de 2006. Porém, desde outubro de 2005 já existia extra-oficialmente. O mesmo foi desenvolvido em Maringá-PR em 2004 e 2005 em duas Unidades Básicas de Saúde da rede pública do



município, sendo supervisionado pelas psicólogas dessas Unidades, tendo duração de dois anos. A ideia de levar este Projeto para Itambé surgiu do contato que eu tinha com a coordenadora do mesmo em Maringá.

Minha experiência de atuação na rede pública de saúde de Itambé desde 2003 me inquietava, pois embora ainda não conhecesse um jeito diferente de trabalhar, sabia que a forma como eram desenvolvidas as ações em saúde mental naquele município não estava de acordo com o que apregoa a literatura atual sobre a temática a qual fundamenta a Política Nacional de Saúde Mental, ou seja, as ações passavam longe deste ideal.

Em termos de equipamentos de saúde, como já referido na página 95, o município de Itambé conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um Hospital Municipal equipado com 25 leitos para baixa e média complexidade. Na UBS funcionam duas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). As equipes atendem a totalidade do município, inclusive a zona rural.

Sobre a relação do PSF e a saúde mental, o Ministério da Saúde havia lançado em 2003 a publicação *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários* onde é afirmado que cotidianamente as equipes “[...] se deparam com problemas de ‘saúde mental’. Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde “por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico”. Porém, na prática, o próprio Ministério afirmava que nem sempre esse recurso é viabilizado, haja vista que “[...] a falta de pessoal e a falta de capacitação, acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes [ademais] atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa.” (BRASIL, 2003, p. 03, grifo do autor).

Em função de tais constatações e, visando tornar a atenção à saúde mental uma prática constante e vinculada à Atenção Básica, a partir de 2003 o Ministério da Saúde passou a preconizar que as ações de saúde mental deveriam ser pautadas no modelo de redes de cuidado e que estas pudessem ser implantadas e implementadas segundo a lógica do acolhimento e da formação de vínculos, como apontado na introdução deste estudo.

Se na data desta publicação para o PSF o trabalho com pessoas em sofrimento psíquico era algo novo ou estranho, para mim, enquanto psicóloga, atuar junto a esses usuários também era uma novidade, e mais do que isso, era um desafio, haja vista que minha formação esteve totalmente voltada ao modelo hegemônico de atuação do psicólogo “[...]”

centrado no caráter privatista e individualizante de atendimento.” (BOARINI; BORGES, 2009, p. 604).

Dessa forma, até a vigência do Projeto de Extensão eu ainda não atuava na perspectiva que viria a ser recomendada também pelo Conselho Federal de Psicologia no *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública* realizado em 2006, no qual foi proposto “[...] que a prática da Psicologia na porta de entrada do SUS tenha qualidade e resolubilidade e vá ao encontro da luta pela efetivação da integralidade e de um trabalho intersetorial e articulado com os saberes da população atendida”. Nesse encontro foi definido que o Sistema Conselhos de Psicologia viabilizasse “[...] o estudo e a pesquisa de outras tecnologias de intervenção clínica, como o acompanhamento terapêutico, a atenção domiciliar, as abordagens comunitárias, a intervenção grupal, o aconselhamento, a intervenção institucional e outras formas que ampliem as ferramentas clínicas do trabalho do psicólogo.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2006, p. 17).

Porém, a despeito desse não preparo por parte de diversas categorias profissionais, entre elas a psicologia, essa demanda sempre existiu e neste município os atendimentos eram feitos somente perante situações de crise. Quando isso acontecia os “surtados” eram encaminhados para internação ao Hospital Psiquiátrico de Maringá, na cidade de Maringá, ou ao Hospital Regional Vale do Ivaí, localizado na cidade de Jandaia do Sul-PR. Em 2003, com a criação do Serviço de Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal de Maringá outras possibilidades foram construídas em termos de acesso a uma forma de internação para além do manicômio. Porém, por se tratar de um serviço criado para atender 67 municípios na abrangência de três Regionais de Saúde, de imediato houve a constatação que a demanda é infinitamente maior do que o número de vagas disponíveis, ou seja, são 26 vagas para atender 1,2 milhões de habitantes.

Em termos de intervenção diferenciada, embora ainda distante do modelo de atenção psicossocial, houve uma primeira tentativa a qual considero o início de tudo. Ou seja, surgiu um momento de contato com uma pessoa em sofrimento psíquico fora da situação de crise e o desencadeamento de um processo de responsabilização pelo seu cuidado. Isso ocorreu ainda antes da implantação do Projeto de Extensão, inclusive este fato configurou-se como um dos estímulos para sua inserção no município. Trata-se de um episódio ocorrido com uma pessoa em sofrimento psíquico que passou a morar com a mãe há alguns anos. Até o ano 2004 ele residia com os avôs na cidade M., distante 110 km do município de Itambé. Porém, os avôs e tios não o quiseram mais residindo consigo em função das constantes crises pelas quais era acometido.

Em entrevista a mim concedida <sup>50</sup> este usuário afirmou nem se lembrar quantas vezes já esteve internado em hospitais psiquiátricos por conta dessas crises, mas afirma que foram muitos internamentos. Mais de dez vezes, ele acredita. Relata que já esteve internado em várias cidades, tais como: Curitiba, Umuarama, Cascavel, Jandaia do Sul e Maringá, todas no Estado do Paraná. As internações, a cujos dados tive acesso <sup>51</sup>, ocorreram em dois diferentes hospitais, algumas delas em diferentes anos e outras ao longo de um mesmo ano. A última ocorreu no ano 2008.

Lembro-me que em uma das vezes em que ele obteve alta do Hospital Psiquiátrico de Maringá (24/08/2004), quando ainda residia com os avôs na cidade M., sua mãe foi avisada que deveria buscá-lo, pois os avôs não mais o aceitariam morando na casa deles. Ela repudiou a ideia de tê-lo residindo consigo. Naquela época, a pedido da gestora do Departamento Municipal de Saúde durante vários dias eu e a enfermeira do PSF tentamos convencê-la a receber o filho em casa. Ela alegava que estava doente e que não poderia cuidar dele. Segundo ela, seria melhor que ele permanecesse sob os cuidados dos avôs e tios com quem havia morado desde o nascimento. Porém, estes estavam irredutíveis quanto a recebê-lo de volta. Depois de muita insistência de nossa parte, ele pode passar a residir com a mãe que para ele era quase uma estranha.

Segundo a mãe, no começo a convivência foi tumultuada, pois ela não aceitava que ele fumasse em função de sua religião <sup>52</sup> e queria que ele trabalhasse para ajudar nas despesas da casa. Porém, ela se lembra como era difícil para ele trabalhar, mesmo quando residia com os avôs. “Em 2003 ele tentava ir na diária, de bóia-fria mais ele fazia tudo errado, aí já mandava ele embora”, afirma ela.

Quando ele veio morar com a mãe, constantemente ela procurava o Serviço de Assistência Social do município visando encontrar meios para “encostá-lo”. Nesses momentos, eu e a assistente social oferecíamos ajuda através dos programas sociais existentes no município (bolsa-família e vale-gás <sup>53</sup>) e conversávamos com ela sobre a necessidade de acompanhamento contínuo da medicação, pois ele não fazia uso da mesma da maneira correta. Nesse período esta não era uma tarefa fácil, pois ele, assim como muitas outras pessoas em sofrimento psíquico eram desconhecidos das equipes do PSF. A demanda em saúde mental era algo ainda novo para essas equipes de saúde em termos de atendimento.

---

<sup>50</sup> As entrevistas mencionadas ao longo deste estudo foram realizadas durante o segundo semestre de 2010.

<sup>51</sup> Os dados foram fornecidos pelo Hospital Vale do Ivaí de Jandaia do Sul-PR e Hospital Psiquiátrico de Maringá, da cidade de Maringá. Neles há informações a respeito das datas de internação e alta e sobre o diagnóstico.

<sup>52</sup> A mãe segue a religião denominada Congregação Cristã no Brasil a qual condena o uso de tabaco.

<sup>53</sup> Programas do Governo Federal.

## 5.2 OS PRIMEIROS PASSOS E AS PRIMEIRAS DIFICULDADES

Tomada a decisão de levar o Projeto de Extensão para Itambé, motivada pela demanda do usuário que havia mobilizado a atenção de alguns profissionais da saúde e assistência social, formulamos as primeiras providências para realizar o levantamento da demanda para a saúde mental<sup>54</sup>. Para tanto, elaboramos uma ficha de cadastro (ANEXO 08) para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) preenchessem e realizamos um encontro com estes profissionais para explicar-lhes o motivo e a finalidade de tal cadastro ou triagem. Solicitamos que fizessem a identificação também daqueles que ainda não freqüentavam o serviço de saúde mental, mas que na avaliação deles e das famílias, necessitariam que algum tipo de assistência em saúde mental. Nosso objetivo era obter informações sobre a demanda já conhecida e de uma possível demanda reprimida que poderia ser de conhecimento dos ACSs em função do acesso que estes profissionais tinham às famílias.

Com este objetivo muitas fichas foram preenchidas, inclusive uma quantidade muito maior do que esperávamos. Em um segundo momento, analisamos estas fichas juntamente com os ACSs e estagiários e constatamos que muitas das pessoas cadastradas eram alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do município e tinham algum tipo de deficiência (mental, física, sensorial ou múltipla). Esta constatação foi feita de forma rápida, pois enquanto psicóloga do município, eu prestava serviço de 4 horas semanais na APAE e conhecia a clientela atendida naquela instituição, inclusive aqueles que não a freqüentavam, embora tivessem algum tipo de deficiência.

Em função dessa variável, o passo seguinte foi promover uma capacitação com os funcionários da área da saúde para que estes reconhecessem os usuários que pudessem ser considerados pessoas em sofrimento psíquico. Desta capacitação participaram, além dos ACSs, também dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem e um dentista do PSF. Os médicos do PSF não participaram, mesmo tendo sido convidados. A partir das fichas selecionadas foram travadas conversas com os ACSs nos casos em que o usuário nunca havia freqüentado a UBS e nas situações em que a família havia solicitado atendimento sem, contudo, o usuário ter concordado. Concomitantemente, fazíamos visitas às famílias que tinham sido identificadas pelos ACSs para conhecer pessoalmente as pessoas por eles indicadas.

---

<sup>54</sup> Pessoas que já haviam sido internadas em hospitais psiquiátricos e/ou faziam uso de psicotrópicos.

Essa atividade inicial de levantamento da demanda foi frequente durante todo o período de vigência do Projeto de Extensão, tanto para conhecer os “casos novos” que iam sendo indicados pelos ACSs, como para acompanhar os “casos já conhecidos”. A proposta desse acompanhamento em forma de visitas domiciliares tinha o objetivo de formar vínculos com a família e a pessoa em sofrimento psíquico na perspectiva de que “o ponto central é o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território onde deve ser baseado o atendimento.” (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817).

Nesse momento inicial de conhecimento, reconhecimento e formação de vínculos algumas dificuldades estiveram presentes, tais como: frequência esparsa de alguns dos estagiários, pois por tratar-se de um município distante 40 km da Universidade, alguns deles tinham uma frequência quinzenal de 8 horas e não de 4 horas semanais como seria o ideal (esse intervalo longo de tempo trazia prejuízos para o processo de vinculação e acompanhamento dos usuários); distância de moradia de alguns usuários (no caso daqueles que residiam na zona rural); falta de veículos disponíveis para visitas (tanto na área urbana como, principalmente, na área rural); além da falta de condições de realizar atendimentos de urgência no município pelo nosso despreparo e da equipe de PSF para lidar com essa clientela em função da cultura arraigada de oferecer atendimento somente em situação de crise com encaminhamento exclusivamente para internação.

### 5.3 A FORMAÇÃO DE UM GRUPO

Durante o primeiro semestre de 2006 nos dedicamos a acompanhar os usuários e suas famílias em suas casas, ou seja, indo até eles. Porém, já planejávamos formar um grupo do qual poderiam freqüentar tanto os usuários, seus familiares e amigos, bem como outras pessoas e trabalhadores em saúde. A ideia era que tal grupo não se tornasse um grupo homogêneo ou só de pessoas “com problemas mentais” para que não fosse reproduzido ali o estigma da loucura. Assim que conseguimos um espaço físico (cedido pela APMI<sup>55</sup>) passamos a nos reunir todas as sextas-feiras das 13h30min às 15h30min. Para as primeiras reuniões convidávamos pessoalmente os participantes. Anotávamos os nomes de quem não comparecia e fazíamos visitas durante a semana para incentivá-los a comparecer. Solicitávamos também

---

<sup>55</sup> Associação de Proteção à Maternidade e à Infância.

que os ACSs entregassem convites (feitos por nós e pelas estagiárias) àqueles a quem não tínhamos podido visitar (por falta de tempo ou por falta de veículo). Desse grupo passaram a participar inúmeras pessoas, entre elas o usuário que passou a residir com a mãe a partir do ano 2004, inclusive, após votação feita entre os participantes o nome escolhido para o grupo foi o sugerido por ele: *Bem-Me-Quer*. Até esse dia nós nos referíamos ao grupo com a expressão *nosso Grupo*. Após esse “batismo” passamos a nos referir ao grupo como Grupo *Bem-Me-Quer* ou simplesmente *Grupo*.

Além do usuário que “batizou” o *Grupo*, outras pessoas eram bastante assíduas às reuniões. Porém, uma das pessoas convidadas quase não comparecia aos encontros semanais e justificava que estava ocupada cuidando da casa e dos netos. Quando recebia nossas visitas (psicólogas e estagiárias), mostrava-se sempre solícita e afetuosa. Porém, não gostava de falar sobre seu tratamento e sobre os medicamentos que fazia uso.

Na ocasião em que foi entrevistada para este estudo declarou que na época do Projeto de Extensão quase não comparecia às reuniões, pois não se sentia à vontade junto a pessoas em sofrimento psíquico, pois isto a fazia lembrar-se das clínicas onde esteve internada. Ela expressa experiências especialmente traumática em relação aos tratamentos a que já foi submetida, quando internada em vários hospitais psiquiátricos, em diversos Estados brasileiros.

No período de vigência do Projeto de Extensão sua “resistência” em participar das atividades do Grupo *Bem-Me-Quer* já nos levava a refletir sobre o preconceito e o estigma por que passam as pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico antes, durante e depois de terem sido tratados como pessoas desprovidas de razão quando confinadas em instituições totais. Porém, em função da entrevista que concedeu para este estudo, esta usuária e alguns de seus familiares (uma das filhas e o marido) relataram episódios das experiências pelas quais ela havia passado durante suas internações em hospitais psiquiátricos. Tais relatos são tão vívidos que é como se estas tivessem ocorrido há apenas alguns meses. Porém, a primeira delas ocorreu há mais de 40 anos. Segundo ela, as memórias de suas experiências dolorosas trouxeram-lhe grande obstinação em relação a conviver com pessoas que a fazem lembrar-se de fatos que quer esquecer. Sua resistência denuncia as mazelas de um sistema arcaico de atenção à saúde mental vigente no Brasil há mais de um século, mesmo que a perspectiva da atenção psicossocial já seja uma política de Estado.

Ao ser indagada sobre o que lhe acontecia em termos de sofrimento psíquico, relata que ao longo dos anos muitas foram as explicações que já ouviu. Eis suas palavras:

Os católicos usavam dizer que eu estava louca. Os crentes usavam dizer que eu estava endemoniada [...] E os médicos, não sei o que falavam para minha família. Para mim não falavam nada. Sempre me tratavam como louca. A vida inteira.

Queixando-se que sua vida nunca foi fácil ela relata que fora internada pela primeira vez aos 16 anos de idade na cidade de Recife na clínica psiquiátrica Casa Amarela<sup>56</sup> onde permaneceu por 15 dias. Sobre essa experiência ela conta que ficaria internada durante 30 dias, porém um vizinho que já havia sido internado naquele local advertiu seu pai sobre como era o tratamento e este foi buscá-la antes do tempo programado. Ela preferiu não falar sobre o motivo pelo qual fora internada, explicando que “foi uma coisa que aconteceu envolvendo quem já morreu e eu quero deixar os mortos quietos, no lugar deles”. Mas, sua filha sabe dizer como foi o ocorrido e o relata desta forma:

Diz que foi uma vez que ela estava passando roupa na casa dela, daí uma irmã dela ficou provocando ela na frente de um namorado. Daí ela bateu o pé. A irmã dela correu e bateu a cabeça no pau da cama. Daí minha avó falou para meu avô que era ela que tinha batido na irmã. Meu avô pegou uma corda, dobrou em quatro, e ela estava nos dias dela [menstruada]. Ele batia e falava para não chorar e ela, segurando o choro, e naqueles dias e, de repente, ela ficou ruim. Foi a primeira vez que teve foi aí.

Desse episódio em diante, de tempos em tempos, ela passou a vivenciar momentos os quais considera “terríveis”, quando é internada em hospitais psiquiátricos. Dessa forma, ela expressa extrema aversão a tratamentos psiquiátricos pautados no modelo hospitalocêntrico/manicomial.

Outro participante do Grupo *Bem-Me-Quer* que era bastante assíduo aos encontros do Grupo, ao ser entrevistado relata que depois dos vinte e cinco anos de idade passou a viver um período de adoecimento. Segundo os médicos, ele passou a ter “doença mental”, o que sua irmã nomeia de “uma depressão forte”. Desse tempo em diante sua vida mudou sob muitos aspectos. Ele passou a fazer uso de psicotrópicos e não pôde mais trabalhar. Sobre isso a irmã afirma: “[...] ele precisa tomar o remédio, porque se não tomar o remédio ele agride as pessoas. Ele é muito irritado, muito nervoso. Conversa sozinho”. Atualmente ela avalia que o irmão está em um período mais tranquilo, embora sofra algumas restrições em relação à vida social e comunitária. Ele vive um tanto recluso em companhia dos familiares. Referindo-se a isso a irmã alega:

Ele só vai onde eu mando. Hoje eu pedi para ele ir ao laboratório pegar um exame meu. Ele foi. Ele fala direitinho. Talvez se precisar pagar uma conta ele vai. [...] Não mexe com ninguém. Talvez se alguém mexer com ele... Aí é diferente. Mas, se deixar ele do jeito que ele está... Aí não tem nada, não.

---

<sup>56</sup> Casa Amarela é o bairro da cidade de Recife-PE onde fica o Hospital da Tamarineira, no qual Cristina foi internada.

Para ela, na fase atual o irmão está bem. Esta comparação é feita em relação ao período anterior, no qual ele tinha crises freqüentes e tentava agredir algumas pessoas pela rua. Porém, para este usuário ainda faltam algumas conquistas para que possa sentir-se bem. Ele sonha em voltar a estudar e trabalhar ou conseguir um benefício do INSS.

#### 5.4 O FUNCIONAMENTO DO GRUPO: ALGUNS FLASHES SOBRE AS PARTICIPAÇÕES

A formação de um grupo, como uma das ações previstas no Projeto de Extensão, cumpria o objetivo principal de congregar as pessoas em torno de atividades variadas (passeios, confecção de artesanato, brincadeiras, festejos etc). Porém, era também uma forma bastante eficiente de formar e/ou estreitar vínculos com as pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias. Esse propósito é destacado por Ribeiro, Ribeiro e Oliveira (2008, p. 551) quando afirmam que

[...] elementos expressos na forma de acolhimento, na atenção dispensada, na interação entre os trabalhadores, propiciam bem estar ao usuário, uma vez que a pessoa quando se reconhece no ambiente, se sente mais segura para expressar suas reais necessidades, o que permite o estabelecimento de um elo de confiança, fazendo deste serviço e desta equipe referência para o mesmo.

Mesmo que a proposta do Grupo *Bem-Me-Quer* tenha sido trabalhar aspectos ligados ao acompanhamento contínuo e a formação de vínculos na perspectiva da reabilitação psicossocial (PITTA, 2010), ele não foi concebido no formato de uma oficina terapêutica, mas como um espaço para criação de “novas configurações tecnológicas [visando fomentar] modos de fazer diferentes dos tradicionais.” (BRAGA CAMPOS, 2000, p. 138).

O nosso grande mote era *estarmos próximos* aos considerados “doentes mentais”, na perspectiva de produzir “práticas antimanicomiais” (SCARCELLI, 1999) ligadas a espaços de intervenção

[...] para além daqueles considerados terapêuticos tradicionalmente, no sentido estrito do termo (psicoterapias, consulta médica com indicações e uso de medicação etc.), para outros que transcendem o limites da instituição psiquiátrica (oficinas de trabalho, passeios, atividades artísticas e de expressão corporal) (SCARCELLI, 1999, p. 195).



Em termos conceituais, durante a realização de tais atividades não tínhamos claro que tipo de oficina estávamos instituindo. Porém, refletindo sobre tal prática é possível identificá-la ao formato apresentado por Almeida et al. (2008) como oficina auto-expressiva compreendida enquanto “[...] um espaço livre para um conjunto de experiências simbólicas e criativas do ser humano, sua capacidade de fantasiar e de brincar, sem urgência, sem necessidade imediata, sem objetivo específico [...] misturando solidariedade e acolhimento afetivo.”

Nesse sentido, o formato do *Grupo* era parecido com o de um grupo de convivência o qual, de acordo com Lopes (1999, p. 147), é “[...] um serviço com perfil cultural, um espaço de encontro de vidas entre portadores de necessidades especiais e a população em geral [...]” capaz de se organizar como um fator balizador na definição de “qualidade de vida”.

Sobre sua participação no Grupo, uma das estagiárias expressou:

O *Grupo*, além de nos proporcionar uma visão mais humana em relação às pessoas com transtorno mental, nos ajuda a perceber e lidar com as necessidades das mesmas. Neste grupo são realizadas várias atividades artesanais, lúdicas etc. Atividades estas que proporcionam maior interação entre os participantes, assim como destes com os membros do Projeto, desta forma podendo melhorar suas relações dentro e fora do *Grupo*, bem como sua auto-estima.

Entre as diversas atividades desenvolvidas no *Grupo*, uma das mais apreciadas era jogar bingo. Porém, procurávamos perceber o interesse de todos os participantes e solicitar sugestões visando diversificar as atividades. Em geral, as propostas eram trazidas por nós psicólogas, pelos estagiários e também pelos convidados. Procurávamos realizar o que era possível em termos de acesso a matérias-primas para confecção de produtos, veículos para deslocamentos para outros lugares e outras questões específicas. Quando havia divergências quanto à preferência por certas atividades para uma mesma data, negociávamos em termos de possibilidades de acesso a materiais, necessidade de planejamento prévio ou outras condições previamente necessárias.

Porém, como mencionado anteriormente, jogar bingo era algo que todos apreciavam. Ou melhor, quase todos. A usuária que quase não comparecia aos encontros do *Grupo* declarava extrema aversão ao jogo de bingo. Sobre isso, durante a entrevista concedida em 2010, ela explicou tal rejeição da seguinte maneira: “os prêmios do bingo me lembravam de lá [hospital psiquiátrico]”. Nesse sentido, tudo o que pudesse fazê-la lembrar-se das internações em hospitais psiquiátricos era motivo de muito sofrimento para ela. Inclusive, sua frequência ao *Grupo* era baixa e quando comparecia, se não sabia qual era a proposta para aquele encontro ia logo perguntando e caso fosse algo que não a interessasse, pedia licença dizendo

que teria um compromisso de visitar uma amiga ou fazer alguma compra e se retirava. Diante disto, na época foi-lhe sugerido que comparecesse somente nos dias em que quisesse, pois a frequência ao *Grupo* não era obrigatória, ela justificava que os netos sempre queriam acompanhá-la, mas que se sentia constrangida em trazê-los. Nós a incentivávamos a trazê-los quando quisesse ou ao menos nos dias em que houvesse atividades especiais (festas). A ideia era construir um projeto terapêutico singular como produção de um caminho terapêutico que pudesse formar uma rede social e familiar (CUNHA, 2005), ou seja, incluí-la nas ações respeitando sua singularidade. Nossa aposta era que nos dias festivos, além dos participantes habituais, compareciam muitas pessoas e talvez isto a fizesse sentir-se mais integrada. Mesmo dizendo que se sentiria envergonhada em comparecer apenas em dias festivos, esteve presente em alguns encontros e, principalmente, às festividades do *Grupo*, sozinha ou trazendo alguns netos consigo.

Na atualidade, lembrando das atividades de que mais gostou de participar ela se recordou de quando fizemos um piquenique em uma área verde da cidade. Relatou que havia apreciado as brincadeiras que realizamos e gostado de estar entre pessoas que a tratavam bem. Provavelmente, fazer um piquenique lhe tenha suscitado a ideia de estar livre, pois além da satisfação de estar entre pessoas conhecidas, a liberdade é algo que ela preza sobremaneira.

Durante as reuniões do *Grupo* havia aqueles que eram assíduos e apreciavam tudo o que era proposto. A irmã de um dos participantes avalia o quanto tal participação representou para ele um espaço de possibilidades. Em suas palavras:

Quando ele vinha nas reuniões de vocês, ele chegava em casa e contava tudo o que vocês faziam. Ele gostava. Ele chegava em casa animado. Tudo o que vocês falavam, ele chegava em casa e contava. Tudo ele contava. O que ele comia, aquelas fotos que ele tirou. Umas latinhas que ele fez, acho que de barbante. Aquela foto que ele tirou e que vocês deram para ele está lá em casa guardada. *Tudo ele tem guardado (destaque meu).*

A ACS que atua na área de abrangência onde este usuário reside também observa que o período no qual ele participou do *Grupo* foi bastante promissor. Ela relata que na época percebia tal questão “pelo jeito dele”. Segundo ela, ele

Era mais diferente. Quando ele fica só na casa sem fazer nada, ele fica mais sério. Quase não fala. Quando ele participava do *Grupo* ele tinha mais diálogo. Ele se fecha quando ele está sozinho. Quando participava, ele começava a se abrir mais. Ficava mais animado.

As palavras dessa profissional pode ser um indicativo de que a convivência dele com os colegas puderam oferecer-lhe oportunidades para compartilhar tarefas e trocar experiências

e, principalmente, para criação de canais de comunicação. Para Lopes (1999, p. 151) a integração a um grupo possibilita “[...] o desenvolvimento de um fazer desalienante e criativo e um processo que permite a construção de novas formas de vínculos e pensamento, de relação entre experiência, representação e realidade.”

Durante a entrevista, a fala deste usuário fez eco com a anterior. Recordando-se daquele período ele relata: “Nós vínhamos na APMI<sup>57</sup>. Tinha as brincadeiras. Era muito legal”. Sobre o que mais gostava de fazer ele aponta:

Gostava de fazer as coisas. De aprender coisas novas. [...] De aprender a fazer aquelas coisas... Aprender a fazer trabalhos manuais. Aprender a fazer coisas bem legais. Eu gostei muito quando fizemos um vaso que era anti-dengue com garrafa de refrigerante. E gostava também das brincadeiras que a gente fazia. Eram bem divertidas. E gostei também de ver os filmes, porque eu gosto de comédia.

Embora concordando com Costa, Gabbay e Silva (2008, p. 280) quando afirmam que “não há unanimidade sobre o que é terapêutico”, acredito que seja possível afirmar que o contato entre as pessoas e as atividades propostas no *Grupo* foram terapêuticas, haja vista que puderam oferecer-lhes um “cardápio de opções terapêuticas e de ações territoriais” (TESSER; TEIXEIRA, 2011, p. 86) e estas, em certos momentos de suas vidas, representaram um meio de alívio do sofrimento psíquico pela oportunidade que cada um deles teve de “conviver, produzir, relacionar-se, sentir-se respeitado e aceito”, ou seja, terem lhes proporcionado um espaço de convivência para além das relações apenas familiares. Estas atividades representaram no dizer de Lopes (1999, p. 150) um espaço “para a efetivação de trocas e edificações criativas”.

Sobre as atividades em si, muitos dos usuários participavam com entusiasmo e interesse de tudo que era proposto. Referindo-se às pessoas com quem convivia no *Grupo*, um deles relata: “Algumas eu já conhecia. Outras eu não conhecia, não. Aqueles que eu conhecia era o *fulano* e o *sicrano*, os outros eu não conhecia, não”. Sobre as estagiárias, ele diz: “elas eram legais, conversavam com a gente, umas mais, outras menos.”

As estagiárias participavam tanto das atividades coletivas, quando das visitas às famílias e usuários. Durante as visitas obtinham a possibilidade de ter contato com pessoas em sofrimento psíquico em situação de crise ou fora dela. Sobre esta experiência uma delas relata:

As visitas proporcionam uma interação com o paciente psiquiátrico em sua própria casa, o que me revelou a um outro olhar sobre a doença e o doente mental. Este olhar ultrapassa manuais de psicopatologia, permitindo ver o paciente psiquiátrico

---

<sup>57</sup> Local onde era desenvolvida a maioria das atividades do Grupo *Bem-Me-Quer*.

como alguém que trabalha, tem uma casa, uma família, que interage socialmente, tem uma história de vida única e uma forma pessoal de viver sua patologia.

O usuário que, indiretamente, “inspirou” a inserção do Projeto de Extensão no município era também um freqüentar assíduo do *Grupo*. Mesmo passados cinco anos desde nossos primeiros contatos, ele se lembra com clareza do convite que fiz a ele para que participasse conosco e diz:

Eu vim parar aqui. Eu achei que era a única porta que podiam me ajudar. Que eu podia contar com a bondade de você. Porque eu nem te conhecia, né. Mas, se tem uma psicóloga ali... Já me falaram que tem uma psicóloga [a assistente social no havia encaminhado]. Eu vou falar com ela que talvez ela me ajude. E foi difícil nos primeiros dias... Você ainda começou a jogar dominó. Começou a jogar dominó. Nós ficamos jogando dominó, né. E você foi conversando comigo e foi abrindo minha cabeça. E foi melhorando. Aí logo a gente, você me convidou para participar de um grupo que você ia ter. Um grupo aqui em Itambé. E eu participei do *Grupo* e foi bom... Estou animado... Bem melhor, né.

Atualmente ele afirma que o que o diverte é “andar de bicicleta e ficar em paz em casa [ou] trabalhando ou também conversando com as psicólogas [...]”. Ainda a respeito de passatempos ou diversões ele reitera que gostava quando “ia no *Grupo*”. Opinando sobre o que considera que o filho precise para se sentir melhor, sua mãe exprime: “eu gostaria que tivesse atividade direto [ela se refere às atividades do Grupo *Bem-Me-Quer*]. Para ele poder ir num lugar que ele pudesse ficar bastante. Todo dia ou duas vezes por semana, pelo menos. Para ele poder distrair a mente, né. Ela gostaria que ele se distraísse “com atividades criativas de... Fazer as coisas. Que ficasse entre amigos para distrair a mente”. E acrescenta: “[...] ele se junta com os amigos só no dia que ele vem no *Grupo*, né. Daí, depois... E agora que não tem o *Grupo*...”.

Refletindo sobre a passagem do Projeto de Extensão por este município no período de 2006 a 2008 e, tendo como tema, as atividades desenvolvidas em termos de levantamento, acolhimento e acompanhamento contínuo da demanda para além da atuação somente perante a crise, é possível recuperar diversas situações nas quais houve tentativas bem sucedidas de prestar um atendimento mais afinado com o modelo de atenção psicossocial, do que atuar estritamente pela lógica manicomial. O que quero pontuar é que houve momentos em que foi possível evitar agravos ou mesmo acolhê-los no território. Porém, por diversas vezes houve a constatação que o trabalho deveria ser contínuo e desenvolvido por meio da construção de uma rede de cuidados, capaz de sobrepujar e, quiçá, superar a lógica manicomial.

Como forma de ilustrar e refletir sobre tais afirmações, desse ponto em diante, prosseguirei estabelecendo a análise das temáticas levantadas ao longo da pesquisa, as quais

foram descritas na metodologia como meio de apresentação de resultados. A primeira delas diz respeito a uma experiência que é comum a muitas pessoas em sofrimento psíquico: as internações em hospitais psiquiátricos.

### **. Memórias do manicômio**

Muitos participantes do Projeto de Extensão carregam memórias das experiências de terem sido internados em hospitais psiquiátricos. Esta temática, vez ou outra, era tratada nas reuniões do *Grupo*. Quando alguém era internado tratávamos de comunicar o fato aos outros participantes e procurávamos discutir as circunstâncias que culminaram com a internação e como havia sido tal processo. Alguns falavam com tranquilidade sobre o assunto. Outros preferiam não acessar tais lembranças. Estas memórias eram bastante contundentes para uma das participantes que, desse ponto em diante será denominada de Cristina, inclusive ela evitava se lembrar e falar sobre os períodos em que esteve internada. Segundo ela, era como se estivesse revivendo novamente aqueles momentos de martírio pelos quais passou durante as internações.

Durante a entrevista, quando lhe foi perguntado como havia sido a situação de ter sido internada pela primeira vez, lembrando-se de como foi o tratamento que recebeu em uma instituição total da cidade de Recife-PE, precisamente em 1970, ela dá exemplos do que vivenciou naquele local:

Ficar presa em quarto escuro. Solitária. Ficar no meio dos loucos. Os loucos arrancar a roupa da pessoa [...] Quando meu pai me levou lá, ele falou que ia me levar numa festa. Eu me arrumei com a melhor roupa. Coloquei correntinha. Me aprontei como se eu fosse para festa. Cheguei lá, me soltaram no meio daqueles uns. Aí arrancaram minha roupa. Me deixaram pelada. Só vestia um roupão quando ia receber visita. Quando não ia receber visita, quando entrava um homem lá na ala da mulher, na ala feminina, eu tinha que me agachar encolhidinha lá num canto de vergonha dos homens, porque eu ficava sem roupa.

Ela relata ainda que depois de alguns anos, já casada, foi internada pela segunda vez em função de uma crise, agora pelo marido após o parto da filha mais velha, em outro hospital e em outro Estado: na Paraíba. Sobre essa internação relata que ficou três meses e dez dias em um hospital em João Pessoa do qual não se lembra o nome. Sobre as condições de hotelaria ela descreve: “tanto em Pernambuco quanto na Paraíba, tinha que dormir em cima de cama de

ferro sem colchão ou então no chão e sem coberta. Aí em João Pessoa, às vezes tinha uma roupinha e lá em Recife nada de roupinha.”

Explicando que ela se queixa que ele a internava e não visitava, durante a entrevista o marido reportou-se a uma das condutas terapêuticas utilizadas naquele período afirmando que seguia as orientações da época. Sobre esse tipo de conduta ele relata:

Ficou noventa dias internada é quando eu ia visitar, ela fala que ficou esse tempo todinho e não veio a família. Mas eu ia. Mas chegava lá, as enfermeiras, a doutora dizia, você não pode ver ela, você vai ver só as costas dela, mas a cara dela não. Porque se ela lhe vir, ela vai se agitar e vai querer ir embora.

Tal orientação médica faz lembrar o tratamento oferecido ao doente mental em meados do século XVIII onde a partir da aplicação de uma rígida disciplina constituída “pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica” que ficou conhecida como tratamento moral, o doente era isolado para que recobrasse a normalidade. (AMARANTE, 1995, p. 26). Nesta perspectiva, a loucura era atribuída a uma causa moral e para ela era previsto um tratamento que implicava em prestar “assistência ao doente durante o processo mórbido, de modo a favorecer o organismo na execução da cura” pelo isolamento em instituição especializada (RICCIARDI, 2002, p. 05).

Nessa época entendia-se que o ambiente seria fundamental ao tratamento e o isolamento a condição necessária para demover o doente das causas do seu padecimento. Com irrestrita autoridade sobre o doente, a tarefa do médico era “[...] subjugar e dominar o alienado, colocando-o em uma estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja próprio a exercer sobre ele uma autoridade irresistível e a mudar a cadeia viciosa de suas idéias.” (PINEL, 1800 *apud* RICCIARDI, 2002, p. 06).

Nesse período, Resende (1994) afirma que em relação à assistência à saúde mental o Brasil vivia a necessidade de mudanças em função do esgotamento do modelo hospitalocêntrico, o qual já havia se mostrado ineficaz e altamente oneroso ao Estado. Nesse sentido, após uma fase promissora para as empresas médicas conveniadas em termos de clientela e lucros, o cenário sociopolítico e econômico foi sendo modificado e um dos rebatimentos dessas novas condições sociais foi a diminuição desse tipo de investimento por parte do Estado e a adoção de formas de reduzir os custos com esse tipo de assistência. Paralelamente a esse esgotamento dos recursos, começavam a surgir manifestações contra a chamada “indústria da loucura” (CERQUEIRA, 1984) com vistas a questionar o modelo hospitalocêntrico, de cunho ineficiente e cronificador, em favor de um modelo de base comunitária. Porém, tais vozes eram esparsas e não encontravam eco na sociedade. Esta

situação permaneceu praticamente inalterada ao longo das décadas seguintes. Assim, as condições desumanas de atendimento caracterizadas por “[...] superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que os piores presídios.” (RESENDE, 1994, p. 55) continuaram a ser uma realidade e, inclusive, atualmente ainda se fazem presente naquilo que se insiste em denominar de tratamento<sup>58</sup>. Sobre este não-cuidado Cristina se recorda que “[...] os que estavam piores arrancavam a roupa dos que estavam melhores, rasgavam, mordiam. Saí de lá toda roxa. Toda machucada, de mordida, cheia de hematomas, de apanhar.”

Seu relato pode ser considerado uma ilustração do que Amarante (2008, p. 113) afirma ao se reportar ao modo como a psiquiatria historicamente considera o louco. Para este autor:

Se a psiquiatria afirma que o alienado deve ser isolado, submetido a uma pedagogia moral e – mais que isso – sobre ele exerce, na prática, uma ação de violência, abandonando-o nu e imundo no pátio de um manicômio, é porque – pode-se concluir – é ele um ser perigoso, nefasto, incapaz, um não-ser.

No caso de outro usuário o qual, deste ponto em diante, será denominado Beija-Flor, a respeito de seu histórico de internações em diversos hospitais psiquiátricos do Estado do Paraná, ele afirma que já perdeu as contas de quantas vezes e em quais lugares já esteve internado:

[...] fiquei mais uma vez... Mais uma vez... Deixa eu ver onde que foi? Eu não lembro se foi... Não sei se foi Cascavel ou Umuarama. E... Daí teve mais internamentos. Eu morava... Fugi... Eu fugi de Umuarama... Daí vim para cá. Minha mãe me internou em Jandaia do Sul. Fiquei... Já tinha ido... Não... Primeiro fui a Maringá. Lá de M. fui para Maringá. Aí vim pra cá [...] dizem os médicos lá do INSS que eu tenho ao todo doze vezes internado.

Relata ainda que alguns funcionários de alguns dos hospitais atendiam bem, outros atendiam mal e exemplifica:

Uma vez eu estava batendo a cabeça, corria numa rampa que tinha lá, descia a rampa correndo, enfiava a cabeça no portão, na porta, eu já tinha batido três vezes, daí o

---

<sup>58</sup> As condições de asilamento nas instituições totais são alvo de denúncias pela imprensa vez ou outra. Uma das mais recentes data de 29/12/2010 e informa que a Justiça determinou o fechamento de três clínicas de recuperação de doentes mentais e dependentes químicos na cidade de Embu-Guaçu, na região metropolitana de São Paulo. Segundo esta reportagem, o Ministério Público constatou situação desumana por meio de uma visita realizada. Foram vistas cerca de 20 pessoas de ambos os sexos dentro de três espaços gradeados, fora dos quais ficava uma funcionária com as chaves nas mãos, que intimidava os pacientes. Essas pessoas eram mantidas sem refeição e sem água, apenas com cigarros. Entre outros fatos narrados por familiares, espancamentos, cárcere privado, castigos, fome, choques elétricos eram a base do tratamento que 59 dependentes químicos dizem ter recebido após procurar a Prefeitura de São Paulo em busca de ajuda para se livrar das drogas. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/852431-justica-fecha-clinicas-para-dependentes-quimicos-acusadas-de-tortura-em-sp.shtml>. Acesso em 30/12/2010.

enfermeiro me surpreendeu com um pescoção, me segurou e me amarrou na cama... No outro dia eu acordei bonzinho. Não quis fazer mais nada.

No caso de outro usuário o qual será identificado como Tuco, sua irmã não se esquece como foi difícil para a família quando ele teve a primeira crise e foi internado em um hospital psiquiátrico pela primeira vez.

Eles o internaram em Maringá, né. Aí eles mandaram falar para mim. Até eu passei mal. Minha mãe passou mal. Então justamente a hora que eu passei mal e até não deixei ele muito lá. Fui lá e tirei, porque a minha mãe começou a passar mal. Porque a gente não esperava que ia acontecer isso com ele. Que ele ia ficar num lugar como aquele. Jamais a gente ia querer que acontecesse isso com ele, né. Nós passamos mal. Minha mãe só ficava chorando e não dormia. Eu fiquei desesperada [...]

O episódio acima relatado ocorreu em 1998. De lá para cá, houve outras três internações em duas instituições psiquiátricas diferentes. A última ocorreu no ano 2005. Sobre elas, Tuco afirma resignado: “Eu estava ruim. Eles fizeram o que precisava”. Inclusive, ele tece comparações entre o atendimento que recebeu em uma e em outra instituição total. A respeito de uma destas instituições ele afirma que o tratamento era melhor, pois: “Os médicos ficavam junto com a gente. As moças que atendiam ficavam no mesmo lugar. Você podia conversar com elas. Elas conversavam com a gente”. Sobre a sua permanência na instituição maior, avalia que era ruim estar lá. Nesse sentido, acredita

[...] que é porque é bem maior. Em Jandaia [o hospital] é menor. Acho que é mais fácil deles cuidarem da gente. Não tem tantas portas, tantos cômodos repartidos e tantos corredores. Em cada cômodo daqueles tem um monte de gente internada e funcionário quase nem se vê. Para chamar a gente, eles gritam o nome até alguém encontrar.

Pelas experiências às quais já passou e com a avaliação que empiricamente faz delas, ele confirma o que na atualidade se busca superar: os grandes espaços destinados ao confinamento de pessoas sob condições de tratamento pautado na lógica do confinamento e sob cuidados esparsos e, por vezes, assentados em relações desiguais. É o que argumentam Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 29) quando discutem a necessidade de superação das práticas hegemônicas do modelo tradicional e sua substituição pela produção e consolidação de outros instrumentos que possam viabilizar “[...] a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular.”



## . Atenção não manicomial e crise

Atualmente o usuário citado acima e sua família recebem atendimento contínuo, mesmo fora dos períodos de crise. Tal forma de atendimento segue os princípios do SUS, sintetizados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual objetiva revitalizar a atenção primária no Brasil calcada na atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A principal estratégia é o trabalho em equipe o qual deve ser voltado a populações de territórios delimitados e norteados pelos princípios da “[...] universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2006, p. 10).

Porém, como afirmado anteriormente, a primeira pessoa a ser incluída nas atividades do Projeto de Extensão foi o usuário Beija-Flor. No ano anterior eu havia passado a atendê-lo semanalmente mesmo sem saber o que poderia oferecer a um paciente que apresentava um quadro mental grave, que era como eu denominava os pacientes com sintomas psicóticos. Havia lido *Clínica da psicose* de Jairo Goldberg e já almejava que o município de Itambé tivesse um CAPS. Sem preparo técnico, eu tentava trabalhar “com a *prevenção* da internação.” (GOLDBERG, 1996, p. 51, grifo do autor).

Assim como não sabia o que oferecer-lhe, Beija-Flor também não sabia o que esperar daquele atendimento, pois não conhecia seus direitos à assistência em saúde/saúde mental. Nem mesmo sabia que tinha um “transtorno mental”. A partir do mês de maio de 2005 alguns pontos começaram a ser modificados em sua vida. Ao receber alta do hospital psiquiátrico de Jandaia do Sul em 12/04/2005, Beija-Flor foi levado pela mãe ao Serviço de Assistência Social do município na tentativa de solicitar o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>59</sup>. A assistente social solicitou que eu o avaliasse, visando obter dados diagnósticos que respaldassem um pedido de benefício assistencial junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 1993).

No início Beija-Flor relutou em ser atendido. Eu já o conhecia por ter atuado junto a sua mãe no ano anterior no sentido de tentar convencê-la a recebê-lo em sua casa já que os avôs não o queriam mais morando consigo. Insisti em atendê-lo, mesmo percebendo sua

---

<sup>59</sup> O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Atualmente, esse Benefício pode ser concedido também àqueles que têm transtorno mental ou que tem 65 anos ou mais, desde que comprovem renda mensal per capita inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo (BRASIL, 1993).

resistência. Persisti em marcar horários mais flexíveis para que ele comparecesse, já que ele faltava aos horários agendados e depois me procurava dizendo que havia se esquecido do combinado. Interpretei esses “esquecimentos” como dificuldade em ser visível/relacionar-se já que, até então, dialogar com um profissional da área da saúde era algo próprio dos momentos de crise e sempre marcado pela lógica da “relação de opressão e de violência entre poder e não-poder” (BASAGLIA, 1985, p. 101). Após um tempo de insistência de minha parte, da parte da assistente social e também da mãe, Beija-Flor mostrou-se mais a vontade para comparecer nas datas e horários marcados, dando mostras de que já começava a se sentir reconhecido e considerado. Durante os primeiros encontros jogamos dominó e palitinhos enquanto eu ouvia sua história de vida, sempre sujeita a momentos bastante contundentes. De muitos destes momentos, Beija-Flor dizia que preferia nem se lembrar, pois foram momentos nos quais sofreu muito, sem saber como agir ou proceder diante do que lhe acontecia. Estes eram relatos de uma pessoa que se sentia em condição de extremo abandono. Sobre esse período de sua vida ele comenta: “Eu ficava sempre pensando em Deus... Sempre pensando que Deus tinha se esquecido de mim... Parecia que estava tudo acabado. Foi... Foi difícil”.

O modo como a assistência era feita enquanto ele residia com os avôs é explicado pela mãe na entrevista:

Eles [os familiares] achavam que ele era louco... Teve época de ele ficar muito fechado. Fechado vários meses no quarto. A Saúde [os profissionais] levava o remédio, tentava agir. E às vezes ele não aceitava o remédio da Saúde... Até que foi indo, foi indo, foi indo que a situação mudou... Daí que ele passou a sozinho pedir para internar.

Beija-Flor também comenta como era o atendimento que recebia. Sobre isso ele diz: “tinha gente que ia lá e me levava os remédios... Mas eu não tomava... Mais teve uma vez que eu até tomei, que eu tomei 60 [comprimidos] de uma vez [...] eu queria me matar, numa crise dessas que eu tinha.”

Esta forma de atendimento marcada pela atenção específica à crise e desprovida da construção de vínculos e de acolhimento enquanto fios condutores do processo de cuidado, tal como apontada por Lancetti (2000), era o que antecedia a internação. Assim, atuava-se na lógica do modelo hegemônico onde o encaminhamento ao hospital psiquiátrico era a única conduta. Inclusive, paulatinamente, ele internalizou essa lógica e, segundo a mãe, “passou a pedir para internar.”

Os dados constantes no Registro de Atividades da Equipe de Saúde (RAES) do município onde residia são esparsos, havendo lacunas de meses e até de anos. Esse fato me leva a considerar duas possibilidades: que havia atendimento sem, contudo, registro de todos

os dados ou que os atendimentos eram irregulares, ora com intervalos longos, de até mais de seis meses em alguns períodos, ora em períodos bem próximos com intervalos de apenas alguns dias. Acredito que a segunda possibilidade corresponde mais à realidade, haja vista que os relatos de Beija-Flor confirmam que seus atendimentos eram descontínuos, existindo somente nos momentos de crise.

A rotina da família de Tuco também foi modificada depois que ele passou a ter crises. Sua irmã relata que ela e o marido residiam em uma cidade próxima, porém voltaram a residir em Itambé, na casa da mãe, para ajudar nos cuidados com ela e com o irmão, haja vista que

[...] o dia que ele está nervoso, agitado, ele não sabe pegar nem comida na panela. Ele fica perdido, ele fica meio perdido. A mente perde e a gente não pode teimar com ele, porque se teimar ele vem na gente [...]. Não sei se você sabe, mas teve uma época que ele andou querendo matar o prefeito por causa dos problemas mentais deles. [...]. Meu pai era funcionário da prefeitura. Ele colocou na mente que eles tinham que dar dinheiro que ele achava que era do meu pai, mas meu pai já estava morto. Então agora eu não posso descuidar [...]. Eu passei a morar junto com eles para cuidar dele.

Na Ficha Geral de Atendimento (FGA) que Tuco possui na Unidade de Saúde há apenas um registro de atendimento em 1990, seguido de um intervalo de sete anos sem registro. Provavelmente ele não tenha freqüentado a Unidade naquele período. A partir de 1998, ano em que fora internado pela primeira vez em um hospital psiquiátrico os atendimentos passaram a ser mais freqüentes. Porém, exatamente no período anterior a esta primeira internação, há apenas um registro feito dois meses antes da internação e oito registros nos meses seguintes. Esses dados mostram que até esse período não havia atenção anterior à crise. No período posterior à última crise (2005) esse atendimento passou a ser frequente e realizado pelo PSF, sendo intensificado de 2006 em diante, como uma das ações do Projeto de Extensão.

Nesse caso, de 2006 em diante, tais atendimentos passaram a ser mensais. Independente de solicitação, Tuco tem consulta de acompanhamento agendada mensalmente. Na oportunidade, é avaliado em relação à saúde como um todo (peso, pressão arterial, queixas em geral).

A mudança reconhecida pela irmã e por Tuco no que tange ao acolhimento e acompanhamento contínuos pode ser entendida como um trabalho que tem como referencial teórico a perspectiva do novo modelo de atenção em saúde mental onde esta deve ser pensada a partir da Atenção Básica e ser “[...] de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.” (BRASIL, 2003, p. 03).

O modo de Cristina interagir com os profissionais da saúde se mostra continuamente pautado em uma relação de pouca abertura para formação de vínculo. Afirmando tal questão baseada em seu depoimento durante a entrevista pelo qual se queixa que não é atendida em muitas de suas necessidades. Em suas explicações para tal recusa Cristina afirma que atendem até mesmo pessoas de outros municípios e a deixam sem atendimento. Em outros momentos relata que apenas procura os profissionais da Unidade de Saúde quando necessita de alguns cuidados, mas para outros, prefere atendimento particular, como é o caso do atendimento em saúde mental.

Durante a crise a qual resultou em sua última internação em 2008, Cristina permaneceu internada por 49 dias em um hospital psiquiátrico. Naquela data foi encaminhada ao Serviço de Emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá e como não havia vagas, foi transferida para o Hospital Psiquiátrico de Maringá. Nas semanas anteriores sua família procurou ajuda dos profissionais da saúde. Estes fizeram várias tentativas frustradas de orientá-la a tomar a medicação, já que Cristina a havia suspenso alegando que os medicamentos estavam fazendo mal ao seu estômago e lhe causando alergia. Ela mesma agendou e compareceu à consulta com um médico psiquiatra de sua confiança o qual aumentou a quantidade e a dosagem da medicação. Na ocasião eu a acompanhei a esta consulta e conversei com o médico. Ele avisou-me que, caso ela não aceitasse a nova medicação, seria preciso interná-la. Cristina se recusou a tomar os remédios novos, pois não queria ficar sedada. Estava instável emocionalmente, ora tomava alguns dos medicamentos, ora dizia que não precisava deles. Justificava que precisava encontrar meios de saber notícias de um dos filhos e para isso necessitava estar atenta, sem os efeitos colaterais da medicação. Recordo-me que a cada dia tornava-se mais agitada e hostil a contatos, recusando-se a aceitar a visita dos profissionais. Os filhos, temerosos em relação a seu estado, solicitavam internação. Houve a tentativa de interná-la no hospital municipal de Itambé para que a medicação fosse administrada adequadamente, porém Cristina se recusou. Como não há oferta de leitos psiquiátricos no município, o médico do PSF decidiu encaminhá-la ao Serviço de Emergência Psiquiátrica em Maringá para que fosse atendida de forma intensiva. De lá foi transferida ao Hospital Psiquiátrico de Maringá<sup>60</sup>.

Este episódio causou grande frustração e divergências de opinião sobre a questão entre os profissionais da área da saúde do município. Para alguns haveria a necessidade de insistir

---

<sup>60</sup> Segundo dados fornecidos pelo referido Hospital, as internações de pessoas residentes em Itambé foram: 03 em 2008; 00 em 2009; 08 em 2010 e 06 em 2011. Dados referentes aos anos anteriores não puderam ser coletados, pois o Hospital só passou a armazenar estes dados por município a partir do ano 2008.

na atenção extra-hospitalar à crise. Para outros, no entanto, a decisão de interná-la foi a mais correta. Porém, em meu entender, o que deve ser trazido à discussão não é o fato de Cristina ter sido internada ou não, inclusive tal procedimento é previsto nos protocolos de atenção à saúde mental, quando necessário. O que está em jogo é a ausência do direito a ser cuidada sob a proposta de um projeto terapêutico singular pelo qual pudesse ser acolhida sem que houvesse a necessidade da internação.

### **. Efeitos subjetivos para os usuários, familiares e equipe de saúde**

Em sua vida cotidiana as pessoas em sofrimento psíquico encontram muitos obstáculos a serem transpostos. Tais obstáculos dizem respeito a questões voltadas a dificuldades no âmbito familiar e social e, mesmo de acesso a bens e serviços, bem como à superação de adversidades em geral.

Sobre Beija-Flor, sua mãe expressa o que a comunidade pensava quando ele começou a ter crises: “as pessoas achavam que ele era louco, que ele era drogado” [...]. Com isso ele evitava sair de casa. Esquivava-se de estar em público. Segundo ela “teve época dele ficar muito fechado. Fechado vários meses no quarto”. Este comentário materializa uma visão arraigada socialmente pela qual são edificados os preconceitos pautados em uma noção de cientificidade que tem como pressupostos básicos a ideia de periculosidade e de irreversibilidade do louco, como bem apontou Amarante (2008).

Em função da convivência entre eles, ao conceder uma entrevista o seu padrinho<sup>61</sup> afirma que sabe quando ele não está bem e diz: “eu também o conheço. Quando ele chega em minha casa que ele não está bom, que vem pedir um pacote de fumo, você nota pelas mãos, pelos pés, você sente que ele está mal porque ele mexe com os pés, com as mãos também”. Outro “indício” de que não está bem é quando não aceita ser contrariado: “Alguma coisa que ele quer fazer e alguém dizer não para ele e quando está faltando o cigarro é a hora que ele fica mais atacado, mais ruim”, acrescenta o padrinho.

Segundo Rosa (2003) as pessoas que mais conseguem desenvolver algumas qualidades relacionais positivas com as pessoas em sofrimento psíquico são aquelas que estabelecem uma relação pautada na paciência, no respeito, no conhecimento sintomatológico e na

---

<sup>61</sup> Este senhor é seu padrinho de crisma que é um dos ritos do catolicismo.

confiança. Isto pode ser verificado nas palavras do padrinho e também nas atitudes da mãe de Beija-Flor na época atual. Sabendo como lidar com ele, ela sinaliza: “Então, tudo depende de paciência. A gente tem que entender e compreender que não pode estar forçando com uma pessoa assim”.

Após vários anos de convivência com o sofrimento psíquico e de esclarecimentos por parte de estagiários e profissionais quanto a isso, atualmente Beija-Flor percebe quando não está bem. Segundo ele, nessas circunstâncias “não dá certo as coisas. A gente aplica uma memória e dá errado. Daí volta e aplica novamente, de novo e não dá. E daí já a terceira, já não adianta nem tentar a terceira vez, né”. Sua mãe o apóia e o aconselha a procurar os profissionais quando começa a perceber que ele não está bem. Nesses momentos ele recorre aos técnicos da saúde, em geral a uma nós, psicólogas da Unidade de Saúde. Quando não nos encontra, procura ajuda da enfermeira do PSF ou solicita uma consulta com a médica da Unidade de Saúde. Esta o atende há vários anos. Inclusive, sobre isso ele observa: “Mas agora está tendo outros médicos porque a doutora teve bebê [em função disso] às vezes é um, às vezes é outro”. Sobre tal questão a diretora do Departamento Municipal de Saúde esclarece que a médica está em licença maternidade e que suas funções estão sendo desempenhadas por outros profissionais conforme disponibilidade dos mesmos, haja vista que não houve interesse por parte de nenhum deles em assumir um contrato temporário pelo tempo de licença da referida profissional. Ela acentua que, mesmo não havendo um profissional fixo, os atendimentos continuam sendo feitos normalmente.

Atualmente Beija-Flor sabe o que se passa com ele. Quando perguntado sobre sua saúde, responde:

Tem vez que eu tenho... Sinto alguns transtornos, algum transtorno mental... Assim... E tomo remédio. Mas, está tudo bem. Mas, tem hora que tem esse transtorno aí [...] Eu fico fora de mim às vezes... Eu não sei aonde que eu estou... Eu tenho muito esquecimento.

Sua resposta oscila entre estar bem e sentir “algum transtorno”. Sobre o atendimento que necessita em saúde mental, atualmente ele afirma: “Tem muito tempo [que necessitava de atendimento em saúde mental] só que eu não procurava, né. Eu não procurava porque não tinha alguém por mim. E eu sozinho assim, não tinha com quem me agarrar, né”. Quando ele faz a afirmação “não tinha com quem me agarrar”, confirma a inexistência de uma rede de cuidados estabelecida entre as diversas políticas públicas e tão pouco entre estas e a comunidade (família, vizinhos, amigos, associações) que pudessem apoiá-lo nas situações de

crise e, principalmente, fora dela. Seu depoimento deixa claro que não havia a formação de vínculos entre ele e os setores responsáveis pelo cuidado, ou seja, não eram estabelecidos vínculos com os serviços públicos capazes de oferecer-lhe atendimento integral, acompanhamento e suporte dentro de “uma rede integrada de serviços e ações em saúde mental” (ZAMBENEDETTI, 2009, p. 134) e, nem tampouco, eram acionados os recursos da comunidade (LANCETTI, 2000).

Em relação a Cristina, ela relata que já foi internada cinco vezes. Duas delas na região Nordeste quando ainda era jovem. As outras internações foram no Estado do Paraná, já quando residia em Itambé. Todas no Hospital Psiquiátrico de Maringá. As razões dessas últimas internações ela esclarece: “Uma vez foi quando a casa do meu filho pegou fogo e a última foi quando conheci aquele pastorzinho que me mandou jogar fora os remédios [...] que o remédio era Jesus. [...] Eu não joguei, mas comecei a ficar sem tomar”. Na época em que concedeu-me esta entrevista Cristina ainda não havia sido internada pela quinta vez. Isso ocorreu semanas depois, em agosto de 2010, haja vista que o processo de sofrimento ao qual ela se referiu no início da entrevista (falta de notícias do filho) foi se agravando nos dias subsequentes. Essa situação vivenciada por Cristina não foi compreendida na perspectiva do novo modelo pautado na atenção psicossocial, conforme pontuado por Amarante (2007).

Dessa forma, se há 40 anos o tratamento oferecido durante a internação era aquele pautado no isolamento e na administração de medicação e também na falta de dignidade, atualmente esse quadro não se modificou muito. Embora reconhecendo que as condições de hotelaria do hospital onde fora internada nas últimas vezes são melhores pois “ali tinha roupa”, Cristina relata a conduta de um enfermeiro dizendo:

Me deu uma gravata porque eu queria a minha roupa. Eu não queria por a roupa do hospital. Queria a minha. Ela estava lá. A minha estava lá. Daí eu ficava pedindo a minha roupa. Daí a mulher que cuidava da roupa chamou o enfermeiro para me tirar de lá, porque disse que eu estava perturbando. Aí ele chegou e me deu uma gravata e me arrastou quase pelo corredor todo.

Em outro momento relembra outro fato e assim o relata: “uma enfermeira me mandou tomar remédio com água da privada, porque eu falei que não tinha água pra engolir o remédio. Ela falou, nem na privada não tem?” Todas essas lembranças vão fazendo Cristina avaliar como é terrível a situação de ter sido subjugada, de ter sido forçada a seguir regras impostas, de estar à mercê de outros, de não ter sido tratada com dignidade nessas instituições totais (PIRELLA, 1985).

Outra questão que pode ser destacada no caso de Cristina é a questão familiar. A participação da família em relação aos cuidados que ela necessita quando em situação de crise é bastante confusa. O marido diz que já a acompanhou em uma consulta, mas não falou com o médico. A filha que mora no mesmo quintal informa que não sabe os horários e o tipo de medicamentos que ela faz uso e nem o nome dos profissionais de saúde que a atendem. Afirma que não pergunta para não deixá-la “nervosa”.

O papel da família no processo de cuidado é destacado em diversos documentos, como por exemplo, nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, principalmente na terceira e quarta Conferência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010f), bem como em diversos estudos, tais como o de Navarini e Hirdes (2008, p. 680) as quais afirmam que, quando os familiares possuem informações sobre o que acontece com a pessoa em sofrimento psíquico, passam a lidar melhor com “[...] as situações de crise, a culpa pela doença; a solidão e o desamparo, quando do aparecimento dos primeiros sintomas; os sentimentos, como o medo, a tristeza, a vergonha e a raiva, assim como, o afeto e o cuidado presentes.”

Assim como o papel da família, talvez a participação dos profissionais da saúde nos cuidados a Cristina é bastante indefinida. Eles a atendem na Unidade de Saúde ou mesmo no hospital municipal, quando necessário. No período em que esse estudo foi realizado não havia Agente Comunitário de Saúde em sua área de abrangência e o PSF, que é composto por duas equipes, estava apenas com uma enfermeira para atender as duas equipes. De acordo com a Diretora do Departamento de Saúde, já havia sido realizado concurso e a contratação desses profissionais seria imediata. O atendimento em saúde mental era oferecido a ela somente em situações de crise, quando ela ou sua família solicitavam. No período de 2006 a 2008, durante a vigência do Projeto de Extensão houve acompanhamento mais contínuo, porém mesmo assim o tempo de dedicação às atividades dessa natureza (acompanhamento, acolhimento, formação de um grupo de convivência etc) por parte dos profissionais era pequeno (inclusive da parte de nós psicólogas) em função do acúmulo de outras atividades que tínhamos por atribuição.

Sobre o cotidiano de Tuco, a ACS que visita periodicamente sua família afirma: “ele não é um paciente ruim de trabalhar”. Sobre isso ela reitera:

Eu acho que da minha área ele é um dos melhores, porque ele sabe ler e escrever. Tomando o medicamento ele fica estabilizado. Ele não é acamado, né. Ele diferencia as coisas. Eu acho assim, que a família tinha que ser menos leiga, pois é a família que está em volta dele.



Para explicar o motivo de atribuir à família algumas dificuldades no cuidado a ele dispensado a ACS se recorda de uma situação na qual havia percebido que ele não estava bem. Comentando que foi visitá-lo juntamente com a auxiliar de enfermagem, relata: “Nós fomos até lá para ver como ele estava outra vez. Porque sempre um da família tem que ser o responsável. Mas, ela [a irmã] não sabe nem ler e nem escrever. Ela estava dando os remédios errado”. Esta e outras situações a fazem pensar que deveria haver um trabalho mais intenso e contínuo junto às famílias para que pudessem compreender o que se passa com o familiar que tem sofrimento psíquico e também para que essas famílias pudessem sentir-se mais apoiadas em suas dificuldades. Essa sugestão está em consonância com o que seria apregoadado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM) a qual

[...] ratifica a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, envolvendo todos os atores no processo terapêutico; e o acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços [...] (BRASIL, 2010f, 63).

Nesse caso, as orientações que a família recebe dos profissionais pode proporcionar tanto apoio emocional como meios para estabelecer interação com o familiar em sofrimento psíquico. Tal interação pode auxiliar na redução da sobrecarga que incorre sobre a família, envolvendo a diminuição de sintomas e de incapacidades (NAVARINI; HIRDES, 2008).

A propósito das condições atuais, Tuco demonstra que está satisfeito com o serviço, haja vista que recebe atendimento domiciliar com visitas da ACS e de outros profissionais, tem consulta médica a cada mês e recebe orientação quanto ao uso da medicação. Sobre sua frequência na Unidade de Saúde, comenta: “[...] eles sabem meu nome porque eu nasci aqui e sempre fui atendido no Posto, quer dizer, antes era no hospital. Não tinha Posto de Saúde. Era mais difícil, eu acho. Mas, eu era pequeno e nem me lembro direito”. Sobre as visitas que recebe da equipe do PSF, sua irmã relata: “Tem aquela menina [a ACS], ela sempre vai na minha casa. E vocês também [as psicólogas], sempre vão lá para ver como ele está. Inclusive ele gosta muito da visita de vocês. Ele fica animado”.

Ao explicar como ela e os demais familiares lidam com as questões de Tuco, afirma: “eu acho que o mais de tudo é ter muita calma”. E complementa:

Ele é assim, sabe. Tem dia que ele está meio bravo. Só que ele não agride não. Mas, nós conhecemos bem ele. [...] Ele pode estar cara a cara com você, você pergunta e se ele não responder, você não pergunta mais não. [...] E quando ele não quer responder eu percebo. É só olhar aqui (aponta as pálpebras). Aqui fica roxo.

No processo de relatar as características do irmão ela também reconhece aspectos que a deixam orgulhosa, dizendo: “Ele é bem sabido. Ele tem estudo<sup>62</sup>. O que você tiver de perguntar ele tem a resposta. Ele fala bem. Ele é muito bom”. Para ela, essa é uma habilidade importante que o irmão possui. Habilidade esta que ela não possui. Inclusive ele é o único membro da família que é alfabetizado. Essa falta de acesso a informações escritas, a irmã compensa participando ativamente dos atendimentos em saúde que Tuco recebe. Comentando sobre algumas mudanças neste atendimento e, com isso, revelando novamente o cuidado em relação a ele, relata:

As enfermeiras, a ACS e as auxiliares eu conheço bem. O médico é que mudou. O dr M. foi embora. Agora é o dr M. Eu o conheço, pois já consultei com ele. Eu estou até preocupada, pois ele não conhece o meu irmão. [...] No dia da consulta eu vou com ele e vou levar a receita para mostrar para ele. Eu não sei como é que vai ser. Eu vou acompanhar ele. Quero falar o jeito dele.

Comparando o acesso que Tuco tem à Unidade de Saúde atualmente ao que ele tinha anos atrás, a irmã comenta: “Agora está mais fácil. Eu acho assim que, da parte dele, toda vez que ele precisa, tudo que eu preciso para ele, eles [os profissionais] estão na hora para me ajudar”. E sobre a forma de atuação desses profissionais, ela observa: “Eles nunca me deixaram na mão a respeito do remédio, consulta e vão em casa também. Uma vez por mês ele tem consulta. Eles dão um papelzinho com o dia e horário e ele vai direitinho”. Em outro momento, reitera: “Ah, hoje melhorou bastante. Eu acho que ele tem mais assistência. Ele é atendido sempre. Vocês estão sempre cuidando dele. Eu acho que isso melhora muito.”

Esta forma de atendimento não foi implantada de modo espontâneo na Atenção Básica desse município em particular. Ela é resultado de um processo definido como política de Estado, em nível nacional e ainda em construção, que visa a superação do modelo biomédico, pelo qual é almejada uma visão de saúde como uma construção histórica voltada à produção de vida condicionada a profundas mudanças nas bases sociais da construção dos sistemas de saúde. Desse modo, afinado com tais pressupostos o Projeto de Extensão buscou constituir-se como um incentivo e um apoio à realização de ações voltadas a mudanças na assistência em saúde mental na Atenção Básica deste município. O avanço desse processo implica em transformação de paradigma capaz de fomentar “[...] a ruptura dos limites do setor saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade, como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de prática.” (TANAKA; RIBEIRO, 2009. p. 478).

---

<sup>62</sup> Tuco cursou até a 7ª série do Ensino Fundamental.

Ainda sobre a participação da família nos cuidados, de acordo com Rosa (2003, p. 22) esta “[...] constrói-se no ensaio e erro da experiência cotidiana.” Nesse sentido, o cuidador aprende pela observação e pela vivência, como pode aplacar, por exemplo, o nível de agressividade da pessoa em sofrimento psíquico, conseguindo impor-se a ele. Exemplificando esta questão, a irmã de Tuco relata:

Eu conheço ele. Sei o dia que ele não está bem. Ele fica assim (mordendo a língua). Você sai de perto. Você não pode mexer. Ele até morde a língua quando ele não está bem. Porque ele é assim, se você falar com ele, ele responde. Se não, ele fica quieto. [...] Mas, você já sabe. Ele está bem pelo seguinte: eu cuido mesmo. Eu cuido. E eu sou meio brava com ele. Exijo as coisas.

Porém, tal aprendizagem pode e deve ir além daqueles cuidados que, por restringir demasiadamente o espaço de circulação física e emocional, acabam privando a pessoa em sofrimento psíquico de situações denominadas por Oliveira (2009, p. 142) de “banalidades cotidianas” por lhe impostarem cerceamentos sobre escolhas simples como o que vestir, onde ir com ou sem compromisso ou mesmo sobre a hora de dormir ou acordar. Esta é uma das preocupações da ACS que atua junto à família de Tuco, quando afirma: “Eu acho que a família não dá chance para ele ser independente em alguma coisa. Eu acho que a família tem medo [...] Como elas [as irmãs] acham que é um problema, elas tem medo de soltar ele, entendeu. Elas sabem que se acontece alguma coisa com ele, a família é responsável. Então, elas cortam as asas dele.”

Discorrendo sobre isso, Costa, Gabbay e Silva (2008, p. 275) afirmam que, em geral, as pessoas em sofrimento psíquico intenso têm um “universo de relações bastante estreito e frequentemente dependente”, de pessoas da família ou de técnicos. Nesse caso, quanto menor for a rede relacional, maior é o nível de dependência e sua capacidade de “contrapartida” e “interdependência” fica reduzida, haja vista que não conseguem “produzir normas para gerir a própria vida que não sejam submetidas à vontade arbitrária dos outros”. No caso de Tuco, a dependência em relação à família e, especialmente, à uma das irmãs, pôde ser constatada em diversos momentos, inclusive quando ele diz: “eu acho que sou independente, né. Não tenho muita certeza, não. A minha irmã, é ela quem resolve as coisas lá em casa.”

A preocupação com a participação da família no cuidado e o fortalecimento do “protagonismo social”, é uma das atuais prerrogativas da Política Nacional de Saúde Mental. Para tanto, entre outros aspectos, busca-se “[...] garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental.” (BRASIL, 2010f, p. 63).

Sobre tal questão Rosa (2003) aponta que a partir dos anos 1990 floresceram pesquisas sobre a relação da família com a pessoa em sofrimento psíquico e destas com os serviços de assistência em função dos debates suscitados pelo movimento de reforma psiquiátrica. Nesse sentido, ela destaca cinco direções atribuídas à família, a saber: de ser um recurso, de ser um lugar de possível convivência, de ser sofredora, de ser sujeito da ação e de ser provedora de cuidado. Para ela, tais direções foram determinadas pela visibilidade que foi dada à família no campo “psi” no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, mas, sobretudo, “[...] pela configuração que ganhou a política de assistência psiquiátrica baseada no modelo hospitalocêntrico.” (p. 83).

Nesse sentido, apesar da preocupação legítima e necessária com a inserção da família no processo de cuidado por parte daqueles que a defendem, não se pode perder de vista que tal responsabilização também acarreta um grande peso para a família, muitas vezes pela falta de condições mínimas de sobrevivência, tais como: falta de acesso a moradia, escolarização, assistência contínua e a informações como um todo. Dessa forma, é fundamental ter como apoio a esta reflexão o fato de “[...] que o cuidado ao portador de transtorno mental, no meio familiar de baixa renda, é sempre mediado pelas formas históricas que assumiram a psiquiatria e o estado na atenção a este segmento social.” (ROSA, 2003, p. 85).

## **. O preconceito e a não credibilidade**

No cotidiano dos serviços de saúde ou das famílias e/ou vizinhança de pessoas que, vez ou outra, vivenciam um sofrimento psíquico extremo (crise) não é raro ouvir como alternativa primeira o conselho para internar. Inclusive na mídia televisiva, especialmente em programas humorísticos ou em telenovelas é possível identificar tais “recomendações” com grande frequência. Esses discursos - quase que automáticos - e essas “soluções” encontradas pelos familiares, vizinhos ou mesmo por profissionais da área da saúde fazem parte de um imaginário popular enraizado culturalmente e validado pela ciência psiquiátrica como o meio de lidar com as manifestações da loucura. É o preconceito contra a loucura mostrando como consequência a sua face mais dura e perversa: a exclusão da convivência social.

Em relação a mídia, o discurso contra-hegemônico pode ser identificado via documentários, filmes, reportagens, campanhas etc; que abordam a questão da necessidade de implantação de serviços extra-hospitalares e, acima de tudo, novas formas de conceber a

loucura e lutar pela superação do preconceito em relação a ela. Nesse caso, a arte e a cultura passam a ser alguns dos veículos rumo à mudança de paradigmas e não de confirmação e ratificação de preceitos arcaicos ou velhas verdades. Tal questão contribui para a construção de uma “[...] nova atitude epistemológica e ética frente ao fenômeno da loucura.” (BEZERRA JR, 2007, p. 249).

Para Beija-Flor, Cristina e Tuco o preconceito que sofrem e que, muitas vezes, reproduzem no dia-a-dia pôde ser verificado em suas falas e nas falas de seus interlocutores, a partir do relato de situações cotidianas ou mesmo em situações específicas quando estão em crise. Para a mãe de Beija-Flor as pessoas notam o transtorno pelo jeito dele andar na rua. Já para seu padrinho, algumas pessoas o temem por terem informações que ele agrediu uma pessoa na rua em um momento de crise. Beija-Flor prefere nem se lembrar desse episódio, mas diz que sente alguma “insegurança” quando está em público.

Para o marido de Cristina, o que se passa com ela é uma depressão incurável. Ele acredita que tudo tenha começado devido à surra que ela levou do pai aos 16 anos de idade, pois segundo ele,

[...] ela estava menstruada [...] o sangue subiu para a cabeça de uma vez e ela ficou ruim da depressão porque o sangue subiu [...] daí já não teve mais jeito de acalmar [...] passaram remédio, ela foi tomando remédio, mais esse problema dela não tem cura. Só normaliza um pouco.

Por medo do rótulo da loucura a filha de Cristina também acredita que a mãe tenha depressão. E justifica: “eu conheço por depressão. Para mim não é loucura, porque é igual diz o ditado, se fosse louco rasgava dinheiro. E ela não rasga. Ela dá para os outros ou gasta à toa, mas rasgar não rasga. Então é depressão”. E, preocupada com o que as pessoas pensam a respeito, ainda reforça:

Eles falam que ela é louca. Que ela está doida. A gente passa e o povo fala: sua mãe está louca de novo? Sua mãe está doida? Não, a gente fala não. É depressão. O povo fala: mais que tipo de depressão é essa que deixa a pessoa doida? Porque tem gente que fala que depressão é só chorar, né. Tem gente que entra em depressão e só quer saber de chorar. Só quer saber de ficar preso. Ela não. Ela é o contrário. Ela não fica dentro de casa.

Quando da penúltima internação em 2006, Cristina conheceu o médico que a atende até o presente momento. Ele trabalhava no hospital psiquiátrico onde ela ficou internada durante trinta dias, na cidade de Maringá. Ela relata que, mesmo depois da alta, ele passou a atendê-la no próprio hospital sem cobrar pela consulta. Porém, depois de algum tempo ele se

desligou do quadro clínico daquele hospital. Cristina localizou seu novo endereço e continuou a se consultar com ele. Passou a pagar consulta, pois ele a informou que não poderia mais atendê-la gratuitamente, haja vista que agora a atenderia em consultório próprio e não mais em horário de trabalho do hospital.

Sobre uma das consultas, Cristina comenta que disse ao seu médico que em 2006, quando esteve internada no hospital psiquiátrico onde o conheceu, que havia sido maltratada pelos funcionários. Ele respondeu que ela deveria ter se queixado a ele naquela época, já que ele já era seu médico durante o período de internação. Porém, ela lhe respondeu: “lá vocês não dão crédito para a gente porque acham que estamos loucos e que louco não sabe o que diz e o que faz”.

Seu relato me faz lembrar novamente da brilhante obra *O Alienista* de Machado de Assis (ASSIS, 1990) na qual Simão Bacamarte era o médico para quem a razão era o perfeito equilíbrio entre todas as faculdades mentais e que, fora disso, tudo era insânia. Cristina encontrou vários personagens como esse em vários períodos de sua vida. Em outro momento relatou que quando havia ficado três meses e dez dias internada logo após o parto da filha mais velha, ainda na década de 1970, ela contava aos médicos e enfermeiros que tinha uma filha, mas “ninguém acreditava”. Provavelmente, para eles isso não passava de um delírio decorrente de sua condição de insana. Essa falta de credibilidade é apontada por Amarante (2008, p. 81) como fruto das relações estabelecidas dentro da instituição total, na qual “[...] todas as pessoas tornam-se iguais, são objetivadas; não importam suas histórias, culturas, sofrimentos [tudo o que é dito] é tomado como os sinais ulteriores da doença [...]”. Tudo passa a ser visto como loucura, como sintoma psicopatológico.

Ao relatar como se sente em relação a conviver socialmente, Cristina diz que se sente preterida pelas pessoas e “excluída da sociedade”. Comenta que quase não recebe visitas. Nem mesmo dos vizinhos. Sobre isso afirma: “olha, eu não sei responder direito pelos outros, né, como eles veem porque eles não me dizem, mais o que dá para perceber é que eu fico meio... Como que eu vou dizer agora... Eles me excluem.”

Porém, é possível verificar que o preconceito atribuído à sociedade - tal como um reflexo dessa realidade - também existe em sua casa, por parte de seus familiares e por parte de si mesma. Isto pôde se evidenciado quando Cristina relatou como vai às consultas: “sempre sou a primeira [a chegar]. Às vezes levo uma companhia de uma criança. Mas, criança é companhia? Criança é acompanhante de louco?” No caso dos familiares, o marido diz que quem a conhece não se incomoda com o jeito dela, mas “para quem não conhece, acha que ela é louca. Mas, não é”. Ele afirma que quem a conhece, sabe que é depressão “porque [...] não é

coisa continuada. Passa dois, três anos, quatro anos, cinco. Depois começa a voltar. Agora pode ser também do remédio [que ela parou de tomar].”

Abordando a questão do preconceito, a irmã de Tuco acredita que ele exista em relação a seu irmão. Sobre o comportamento de muitas pessoas ela ilustra: “Elas perguntam para mim se ele está calmo. Todo mundo conhece ele. Ele nasceu aqui. Mas, tem pessoas que tem receio dele. Tem gente que diz que não vai na minha casa fazer visita porque tem um louco lá”. E confidencia: “Meu irmão não sabe disso.”

Sobre o receio ou medo em relação a atender famílias nas quais haja pessoas em sofrimento psíquico, a ACS afirma: “por enquanto, nunca tive esse medo”. Porém, ela sabe que algumas colegas de trabalho que tem esse receio, pois há pacientes mais agressivos em suas áreas. Questionada sobre se alguém oferece orientação e apoio sobre como proceder nesses casos, ela diz: “Temos sim. [...] das nossas chefes, de você, por exemplo. Porque a gente, as vezes tem medo de chegar na casa [...] Aí, no caso a gente conversa com as chefes e elas dão as indicações para a gente”. Quando incentivada a discorrer sobre tal medo, ela diz:

É em serem agressivas. Porque é assim, uma pessoa com transtorno você não pode ter confiança de imediato. Você não sabe o que está se passando na cabeça dela. Então você não pode chegar muito perto dela. Você não pode estar duvidando dela, né. Então a gente não sabe o que está se passando. Esse é o medo. Você não sabe a atitude que ele vai tomar. [...] Eu, primeiro eu procuro conquistar a família. Aí eles vão vendo o que eu quero, porque eles não são bobos. Eles vão vendo que eu não quero prejudicá-los, que eu não quero judiá-los e depois disso eu vou conquistando a amizade e a confiança deles.

Suas palavras retratam as estratégias que constrói para criação de vínculos. Estas são baseadas no acolhimento como “[...] uma atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários; implicando relação de interesse mútuo, confiança e apoio.” (SCHIMDT; FIGUEIREDO, 2009, p. 132).

Nesse sentido, tomando o acolhimento como “aquilo que imprime qualidade à assistência” Schmidt e Figueiredo (2009, p. 132) apontam que sua utilização “como técnica é a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário”. É esse o objetivo visado pela ACS em sua atuação junto às famílias que atende como forma de ganhar sua confiança e desempenhar o papel de “ponte” entre elas e o serviço de saúde.

Refletindo sobre a questão do preconceito e a falta de credibilidade social que perpassa a vida cotidiana destes três usuários, é possível afirmar que a história de Cristina é a mais emblemática em termos de manifestação de preconceito social ou preconceito em si, mas também de preconceito de si. Em outras palavras, como Cristina transita com frequência pela

cidade, inclusive para comercializar os produtos que revende e como, segundo sua família, nos momentos de crise ela intensifica essas visitas ou mesmo faz passeios pela comunidade, as pessoas com quem ela estabelece contatos nos momentos de crise ficam surpresas com a diferença comportamental que ela expressa e questionam sua família para saber se “ela está louca de novo” ou se “está doida”. Em relação ao preconceito de si, ou seja, ao preconceito revelado por Cristina e por seus familiares sobre a sua própria condição, é possível constatá-lo em diversas situações como, por exemplo, quando sua filha afirma que a mãe não gosta de falar sobre o tratamento que faz e que ela o reconhece como “depressão” e não como “loucura”. Cristina também expressa esse preconceito quando relata suas internações e como não suporta nada que a faça lembrar-se da situação de estar identificada como alguém que já esteve internada em hospitais psiquiátricos, ou seja, como alguém que já enlouqueceu.

### **. Sobre capacidade, incapacidade e seus desdobramentos**

Das pessoas em sofrimento psíquico entrevistadas para este estudo somente Beija-Flor tem renda fixa. Atualmente ele recebe o BPC, conseguido após quatro anos de tentativas. A mãe também recebe benefício do INSS em função de problemas de saúde. Anteriormente trabalhava como cuidadora de idosos e recebia auxílios esporádicos oferecidos pelos membros da igreja a qual frequenta ou pelo Serviço de Assistência Social do município (vale gás, bolsa-família, cestas básicas, ajuda financeira para pagar o aluguel etc), conforme suas necessidades mais imediatas.

Comentando sobre o fato de não ter tido ocupação frequente nos últimos anos e sobre seu direito a ter um benefício por não ter trabalho formal, Beija-Flor relata: “eu já ouvi falar que as pessoas tem direito [...] eu sei a norma do direito. Por exemplo, quem tem transtorno mental tem que ser guiado, né. Tem que ter o tutor, né”. Suas palavras demonstram que agora ele sabe que tem direito a ter um benefício por não estar em condições de trabalhar. Porém, atrelado a isso ele expressa um pensamento bastante presente na contemporaneidade: a associação entre incapacidade para o trabalho e incapacidade para a vida civil. Esse pensamento, materializado pelo processo de interdição<sup>63</sup>, conforme acentua Basaglia (1985, p.

---

<sup>63</sup> Segundo Gugel (2007, p. 06) a interdição “é uma medida judicial que declara a falta de capacidade da pessoa para gerir seus negócios e atos decorrentes da vida civil [que deve ser requerida] por meio de petição inicial apresentada por advogado ou defensor público. O pedido deve ser apresentado no juízo do domicílio da pessoa e



29) faz parte de um modelo de ciência que considera a pessoa em sofrimento psíquico como “um indivíduo incompreensível e, como tal, perigoso e imprevisível, impondo-lhe, como única alternativa, a morte civil”.

Houve um percurso empreendido para conseguir o BPC iniciado em 2006, ano em que pela primeira vez a mãe de Beija-Flor entrou com o pedido junto ao INSS e este foi recusado. O motivo alegado foi que Beija-Flor é registrado como filho dos avôs e, por estes serem pensionistas, ele não teria direito a receber benefício do INSS, pois perante a lei é considerado dependente daqueles. Pelos cálculos do INSS a renda dos seus genitores formais (os avôs) foi utilizada como critério para definir sua renda *per capita*. Ou seja, perante a lei Beija-Flor não era considerado um cidadão com renda *per capita* abaixo de um quarto do salário mínimo nacional, que é o critério obrigatório mínimo para se requerer o BPC.

Em função desta variável, na época a assistente social e eu cogitamos que Beija-Flor deveria solicitar novo registro civil junto ao Fórum da Comarca a qual pertence o município de Itambé visando alterar sua situação legal. A mãe considerou a ideia inviável temendo ser prejudicada, pois ela também estava requerendo o Benefício junto ao INSS. Diante dessa questão, tal hipótese foi descartada.

No momento de recusa do pedido de benefício outra variável havia sido colocada e a mãe se lembrou dela. A atendente do INSS a orientou a entrar novamente com o pedido, mas a aconselhou a fazê-lo por meio de um advogado para que pudesse obter êxito da próxima vez. Informou ainda que o processo duraria em torno de dois anos, porém as chances de conseguir o Benefício seriam maiores.

Essa recomendação da funcionária do INSS é algo que chama a atenção, pois remonta a uma situação criada historicamente de banalização das interdições judiciais no Brasil. Ou seja, a prática comum de interditar “a pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho”, ou seja, aquela pessoa que precisa de ajuda para sua sobrevivência (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 09). Pelos critérios exigidos por lei para ter acesso a esse benefício

[...] não é necessário que a pessoa portadora de transtorno mental seja interdita. A interdição – e a conseqüente curatela – é uma medida extrema só recomendada quando o beneficiário não tem a menor condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; quando está, em síntese, em uma situação extrema de incapacidade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 05).

E este não é o caso de Beija-Flor. Porém, por força de algumas contingências, dois anos depois ele passou a ser uma pessoa interdita. Sua mãe, por indicação de uma amiga, havia entrado em contato com um advogado e o mesmo a orientou a reunir os comprovantes das diversas internações do filho em alguns hospitais psiquiátricos da região e também a solicitar um atestado médico psiquiátrico. Além disso, reuniu provas de que Beija-Flor residia em Itambé há alguns anos, não estando mais sob os cuidados daqueles que, perante a lei, eram considerados legalmente seus pais. Também sob orientação do advogado, foram à Delegacia da Justiça Federal em Maringá e obtiveram sua interdição. O juiz nomeou a mãe sua curadora. Isto significa que ela foi designada pela justiça como “uma pessoa que seja capaz de proteger, zelar, guardar, orientar, responsabilizar-se e administrar os bens de uma pessoa declarada judicialmente incapaz”, no caso o filho. Esta incapacidade pode ser declarada no caso de “má formação congênita, transtornos mentais, dependência química ou doenças neurológicas” e veta a pessoa a “reger os atos da vida civil” por considerá-la incapaz “de compreender as conseqüências de suas ações e decisões em relação à assinatura de contratos, vender e comprar, movimentar conta bancária, entre outros.” (GUGEL, 2007, p. 02).

Porém, a interdição como contingência para a obtenção do BPC é questionada em três documentos importantes nesta área: na LOAS que foi editada em 1993 (BRASIL, 1993), no atual Código Civil Brasileiro que vigora desde janeiro de 2003 (BRASIL, s/d) e no Memorando-Circular n. 09 editado pelo INSS em 23 de fevereiro de 2006 (INTERDIÇÃO..., 2007). Pelo atual Código Civil Brasileiro essa condição fere os direitos das pessoas com transtorno mental e dificulta sua integração social. Ademais, segundo esse documento “não raras vezes, a interdição tem oferecido, ao portador de transtorno mental, um caminho de ‘morte civil’ no qual sua própria condição de sujeito é desconsiderada [portanto] tal medida deve ser aplicada sempre como um recurso excepcional e extremo.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 20, grifo do autor). Porém, contrariando as orientações contidas nos documentos acima mencionados, segundo a mãe “o juiz não achou capacidade nele para poder administrar o dinheiro dele”. Após esse procedimento jurídico Beija-Flor perdeu seus direitos civis. Sobre o direito à cidadania Amarante (2008, p. 15) acentua que este é considerado um dos principais objetivos do movimento de reforma psiquiátrica, haja vista que na ausência desse direito “[...] o doente é despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, tornando-se, dessa maneira, um não-cidadão.”

Antes de ter sido considerado incapaz para o trabalho e para a vida civil, Beija-Flor teve vários empregos. Sobre o fato de já ter trabalhado como ajudante de serviços gerais com registro em carteira, ele afirma: “eu já trabalhei na Cooperativa Agropecuária Mouraense

Ltda, Unidade de M., lá em M.”. Pelo tom de voz e pela ênfase que deu a esta fala, este parece ser o trabalho do qual mais se recorda e sobre o qual sente uma ponta de orgulho.

Os demais trabalhos que já desenvolveu, ele os coloca como “bicos” e afirma:

Eu gostava de trabalhar no parque [de diversões] montando brinquedo. Daí depois eu saí do parque e era assim, entrava, saía, entrava um ano, trabalhava quatro meses, mudava o parque. Depois às vezes trabalhava na fazenda ajudando minha tia. Depois trabalhei de sorveteiro... Ah trabalhei também em jardim, eu cortei grama também [...] eu trabalhava também com meu padrinho, no quintal dele, às vezes puxando tijolo para ele... Ajudei a fazer uma parede.

Atualmente ele ajuda a mãe nos afazeres domésticos capinando o quintal, varrendo a casa e cortando lenha, já que eles têm um fogão do tipo econômico que funciona a lenha. Desse modo, essa é uma tarefa quase diária. Mas, segundo sua mãe, “A única coisa que ele acha que é responsável, que ele acha que ele tem que fazer é lavar loucinha. Lavar uma loucinha em casa”. Após vários anos de tentativas, Beija-Flor tem medo de ocupar-se com alguma atividade laboral e perder o BPC. Sobre isso, o padrinho comenta: “agora esses dias eu o chamei para me ajudar lá no meu quintal. Ele falou que ele não ia porque não podia trabalhar agora porque se não eles [o INSS] iam cortar o benefício dele”. Preocupado com a falta de atividade do afilhado, seu padrinho acrescenta: “Eu peço para ele fazer caminhada porque ele está engordando muito. Eu falei: eu vou com você. E ele disse não, eu não gosto de andar, eu tenho medo”.

Beija-Flor acredita que não pode ocupar-se com nenhuma pequena atividade laborativa sob pena de perder o BPC. Ademais, praticamente não usufrui o que recebe. O benefício é recebido e administrado integralmente pela mãe, ou seja, não é ele quem tem o benefício, é sua mãe quem o tem. Ele faz uso do dinheiro diretamente apenas para comprar o tabaco que consome diariamente. Mesmo que, aparentemente, resignado com essa condição de incapacitado, Beija-Flor comenta que às vezes é chamado de “vagabundo” e lamenta:

Ah, porque eu fiquei assim... não queria ficar. Não queria, né. Eu gostava de viajar, de trabalhar. Assim... ser uma pessoa não dependente, né. Trabalhar. Viver de mim mesmo, né. Mas, Deus quis assim. Para viver assim, né. Deus quer, então eu fico com Deus, né. Com as pessoas. Com a minha mãe.

Apesar de todos estes poréns, de maneira geral a vida de Beija-Flor e a de sua mãe melhorou. Agora eles tem renda capaz de dar-lhes mais segurança em relação à moradia, alimentação e acessos a outros bens materiais. Beija-Flor conquistou apoios importantes. Construiu vínculos com profissionais da saúde e também de outras áreas, além da amizade de algumas pessoas da comunidade. Porém, para acessá-los não tem independência. Frequentar o

*Grupo* foi uma grande possibilidade para desenvolvê-la. No momento, solicita que sua mãe o oriente em tudo o que faz. Até seu padrinho está preocupado com seu sedentarismo e sua falta de iniciativa. Se tivesse mais suportes Beija-Flor, tal qual o pássaro escolhido como pseudônimo, vez ou outra poderia deixar o ninho enquanto lugar seguro, e se aventurar um pouco mais pela cidade. Poderia bater as asas da liberdade. Para tanto, as possibilidades que foram parcialmente construídas precisariam ser continuadas e ampliadas.

Diferentemente de Beija-Flor, Cristina não tem o BPC e como não tem um emprego formal, em tese, é dependente do marido. Porém, apresenta elevada auto-suficiência. É independente para tomar decisões sobre a casa, agendar e comparecer às consultas médicas, pagar contas e ter uma atividade produtiva informal da qual retira uma pequena renda mensal. Essa condição é verificada quando ela diz: “Por exemplo, meu marido ele trabalha, mais se eu não administrar o dinheiro dele, ele gasta à toa, à toa. No fim do mês não tem nada e não pagou todas as contas [...] eu tenho que administrar”. Em seu cotidiano ela é bastante dinâmica. Sai de casa com frequência para fazer “algum negócio, vender alguma coisa”.

Cristina é vendedora autônoma. Para revender os produtos que comercializa ela estabelece contatos com inúmeras pessoas: conhecidas e desconhecidas. Entre as pessoas conhecidas estão aquelas para quem ela oferece, vende e é remunerada pelas mercadorias vendidas. As pessoas conhecidas são parentes, vizinhos ou mesmo moradores de outros bairros da cidade. As pessoas desconhecidas são os vendedores autônomos que lhe repassam as mercadorias. Com estes estabelece relações comerciais de compra, prestação de contas e pagamentos. Porém, tais relações não são pautadas em formalidades (notas fiscais, garantias em cheques ou notas promissórias, por exemplo), mas sim, em confiança mútua onde, da parte dela, é estabelecido um tipo de negociação assentado na materialidade ou na mercadoria em si, haja vista que estas são deixadas em consignação sob sua responsabilidade. Da parte de seus fornecedores, a negociação é firmada pelo diálogo que estabelecem com ela e no juízo que surge a partir dele. Nesse sentido, Cristina detém, por parte de seus fornecedores, a credibilidade necessária a estar de posse das mercadorias que revende. O fato de desenvolver esta atividade há vários anos é motivo de grande satisfação para ela. Revelando certo contentamento afirma: “eu cheguei a pegar coisas para vender de até dez viajantes ao mesmo tempo”. Assim como administra os negócios, administra também seu tempo. Sobre ir ao centro da cidade afirma: “[...] se eu tiver três, quatro coisas para resolver, eu já quero aproveitar e fazer tudo de uma vez”. Sobre as vendas que faz, afirma: “Ultimamente eu vou a algumas casas. Mas, eu vou até a casa das pessoas e às vezes as pessoas falam, olha, eu vou ficar mais eu não sei que dia eu posso te pagar. Eu falo não, pode ficar”.

Suas palavras deixam ver que ela transita pela cidade constantemente, tanto para pagar contas como para comprar produtos e/ou efetuar vendas. Esta sua inserção pela cidade sugere a existência do que Junqueira (2005) denomina de produção de redes e de trocas sociais. Evidentemente tais incursões pelos espaços públicos e também privados da comunidade são momentos que demandam trocas entre ela e aqueles com quem estabelece contatos, configurando-se como espaço privilegiado de convivência social. Na área financeira, vez ou outra um filho precisa de uma ajuda e recorre a ela. Ela se mostra satisfeita em poder socorrê-los, afirmando: “Então, eu acho assim, se eles dependem um pouco de mim, é como se eles não tivessem saído de casa, como se estivessem comigo ainda, sabe.”

Apesar de todas essas características de independência em diversas áreas, no plano emocional ela se mostra bastante frágil e vulnerável às atitudes dos outros, tanto dos familiares quanto dos vizinhos, dos clientes e até daqueles que a atendem quando necessita de um serviço público. Sente-se preterida em várias instâncias de seus relacionamentos. Queixa-se que na Unidade de Saúde, muitas vezes pessoas são atendidas e ela não, que os filhos não a acompanham nas consultas e não a auxiliam nas tarefas domésticas, apesar de ajudá-los quando necessitam. Com isso revela grande insatisfação nas relações interpessoais. Refletindo sobre isso, afirma: “[...] Eu sempre me senti sozinha. Eu sempre fui assim. Um dia eu estava no meio de uma multidão de gente e eu sempre me senti sozinha”. E conclui que precisa de “carinho e compreensão.”

No caso de Tuco, pelos critérios do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome até 2010 sua família não era considerada de baixa renda<sup>64</sup>. Porém, no último ano a renda familiar mudou. Ela é composta pelo benefício que a mãe recebe do INSS e pela renda que o cunhado obtém como trabalhador rural autônomo (bóia-fria). Porém, segundo a irmã, o marido quase não consegue trabalhar por problemas de saúde e sua renda decaiu significativamente. Ela, Tuco e a irmã mais nova não trabalham. A família reside em uma pequena casa cedida pela prefeitura. Até alguns meses ela trabalhava como autônoma confeccionando artesanato para uma vizinha e recebia por peças produzidas. Porém, teve problemas de saúde e já passou por duas cirurgias. Está aguardando a terceira. No caso de Tuco, como ele não vê perspectivas de trabalhar em curto prazo, aguarda um benefício do INSS, cujo pedido está em tramitação há mais de dois anos. A respeito de tal meta sua irmã afirma:

Ele precisa muito conseguir o benefício. Ele não tem condição de comprar uma roupa. Ele não pede nada também. Eu é que peço para os outros. Minha mãe tem

---

<sup>64</sup> Esse critério é definido pela renda familiar que deve ser inferior a meio salário mínimo *per capita*.

aposentadoria, mas é pouco para todos nós. Esses dias ele não tinha nem uma coberta para se cobrir. Sapato ele também não tem. Nós passamos necessidade de várias maneiras. Eu peço roupas para minhas amigas. Restos de roupas que não usam mais.

Tuco afirma que necessitaria “de um ganho” para que pudessem “comprar mais comida”. Ele tem consciência de que sobreviver somente da aposentadoria da mãe e do trabalho do cunhado está se tornando cada vez mais difícil para eles.

Nesse aspecto, novamente tomando como referencial a IV CNSM, no eixo III - *Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersectorial*, é possível verificar que a seguridade social é prevista como uma das condições para avanço do processo de reforma psiquiátrica. Nesse sentido, é ratificada a importância de mudanças nas regras para concessão de benefícios “particularmente do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS)” visando um novo paradigma que suplante o laudo “apenas médico” e tenha como referência um “laudo psicossocial” capaz de superar uma “visão clínica restrita” a ser composto pela “[...] interação entre as características biológicas, psicológicas, sócio-culturais e econômicas dos indivíduos e seu meio.” (BRASIL, 2010f, p. 133).

O tema da cidadania é bastante caro à reforma, mas também bastante complexo. Pensar essa temática no contexto da reforma psiquiátrica brasileira exige que se resgate o contexto sociopolítico e econômico mundial e brasileiro no qual emergiu este conceito. Refletindo sobre a relação entre cidadania e saúde mental no Brasil, Medeiros e Guimarães (2002) afirmam que a cidadania no Brasil é “marcadamente desigual” e propõem o seguinte questionamento: “fazendo parte do grupo de países periféricos, como o Brasil se coloca hoje em relação à conquista e ao exercício da cidadania?”. À guisa de estabelecerem algumas respostas, os autores apontam que pelo lado da relação capital/trabalho “são considerados cidadãos os trabalhadores que se encontram engajados na produção e cujas ocupações sejam reconhecidas e definidas por lei”. Nesse processo, pela lógica do paradigma racionalista que marca o projeto burguês de saúde, é subtraída “dos ‘anormais’ as condições de cidadania, prerrogativa dos ‘ajustados’.” (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002, p. 573-576, grifos dos autores).

Cristina e Tuco não são foram interditados e nem tampouco recebem benefício do INSS. Tuco está reivindicando tal direito via sindicato rural de trabalhadores do município. Sua interdição ainda não foi solicitada e, quiçá, não seja tomada como indicação para auferir sucesso no processo de solicitação do referido benefício. Quando solicitado a responder se ele se considera uma pessoa independente, ele afirma: “ah, eu acho que eu sou independente, né.

Não tenho muita certeza, não”. Cristina, por sua vez, pretende requerer o benefício por idade, daqui a alguns anos, já que não tem trabalho formal e não visa a possibilidade de requerê-lo por motivos de saúde. Com relação a Beija-Flor, a interdição foi uma estratégia para conseguir o BPC, haja vista que os critérios apregoados para definição de tal condição não encontram respaldo em suas reais condições psicossociais. Isto não significa que ele não tenha direito ao Benefício, porém denota que para isso Beija-Flor não precisaria ter sido interditado já que segundo o novo Código Civil em seu artigo 1.767 (BRASIL, s/d) a interdição só deve ser decretada quando a pessoa for “absolutamente incapaz”, ou seja, quando “não tiver o discernimento necessário aos atos da vida civil”, o que não é o caso de Beija-Flor.

Estas duas situações – interdição e benefício do INSS – repercutiram sobremaneira no cotidiano de Beija-Flor. Em função do receio de perder o benefício ele evita qualquer tipo de ocupação que possa ser tomada como trabalho, embora se sinta mal por achar que as pessoas o identificam como “vagabundo”, por não trabalhar. Beija-Flor já trabalhou como jardineiro, sorveteiro e auxiliar de pedreiro e de serviços gerais. Atualmente não se permite realizar nem mesmo pequenas tarefas como capinar o quintal para o padrinho ou ajudá-lo em atividades caseiras como fazia antes. Sobre a sua interdição avalia que “quem tem transtorno mental tem que ser guiado, tem que ter o tutor.”

A reversão dessa visão que Beija-Flor reproduz foi amplamente discutida nas Conferências Nacionais de Saúde, especialmente na III e IV Conferências, sendo que nesta última foi colocada como proposta a garantia da “[...] não-exigência do processo de interdição/termo de curatela para o acesso aos benefícios previdenciários [...]” (BRASIL, 2010f, p. 135).

Atualmente o debate sobre tais questões é parte das discussões empreendidas a respeito dos direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais. Pouco a pouco, tal discussão “[...] vem deixando de ser uma defesa dos mecanismos de proteção jurídica a pessoas com déficit ou perturbação (trabalho protegido, pensão protegida)”, para ser considerada como uma temática que envolva a construção de “[...] mecanismos jurídicos que possibilitem a inclusão civil e social de pessoas com características especiais (formas de contratualidade, mecanismos de responsabilização) e ampliação de sua autonomia”. Assim, tal questão transpõe “os limites da argumentação médica e se insere progressivamente no debate político acerca da inserção no campo da cidadania.” (BEZERRA JR, 2007, p. 246).

## . O diagnóstico e a medicação: seus efeitos e desfeitos

Uma das questões mais amplamente debatidas no contexto das novas práticas em saúde mental é o conceito de classificação diagnóstica e o uso da medicação no manejo da crise e também fora dela. Este uso passou a ser corriqueiro a partir da década de 1950 com a descoberta da clorpromazina, ocasionando uma verdadeira revolução psicofarmacológica. Esta descoberta foi um divisor de águas no tratamento à loucura. Porém, na atualidade o uso deste ou de tantos outros psicofármacos desenvolvidos nas últimas décadas faz com que, na maioria dos casos, a medicação seja o tratamento por si só, tal como uma contingência única e necessária. Nesse sentido, “[...] existe a intenção de se vender a ideia de que a medicação pode restaurar o equilíbrio, dar ao indivíduo condições de ter uma vida produtiva, reintegrá-lo plenamente à sociedade [...]”. Segundo esta concepção “[...] a ação médica passa a ser mais um coadjuvante do sistema capitalístico e o remédio seu instrumento principal” (RODRIGUES, 2003, p. 19) e o uso da medicação como alívio de sintomas e mal estares passa a ser indicado como solução para o recrudescimento de uma doença que é compreendida como uma entidade nosológica e não como uma experiência subjetiva capaz de encontrar guarida na sociedade.

Todos os usuários apresentados neste estudo fazem uso de medicação e tem algo a revelar sobre tal questão. Beija-Flor faz uso de vários medicamentos. São nove comprimidos ao dia e cinco fórmulas diferentes. Um deles é fornecido pela 15ª Regional de Saúde de Maringá-PR desde o mês de setembro de 2008. Essa medicação é considerada de alto custo<sup>65</sup> e envolve menos efeitos colaterais e está entre as “medicações antipsicóticas atípicas” que são fornecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b, p. 23). Porém, como faz uso de outros medicamentos que tem alto poder de sedação, ele comenta “[...] o meu corpo fica parado... Assim... Parece que está anestesiado. Uma coisa assim. Eu sinto um sono... Eu fico mais deitado porque eu tenho muito sono, né”. Porém, quando não faz uso de medicação ele entra em crise. Em função disso, a mãe considera a medicação de fundamental importância. Acredita que os remédios são “para controlar, para não dar crise nele. Porque se ele fica sem esses remédios dá crise. Dá transtorno”. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1993), ele tem dois diagnósticos diferentes: F. 23.2 (transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico) e F. 31.2 (transtorno afetivo bipolar episódico atual maníaco

---

<sup>65</sup> A medicação de alto custo é fornecida nos casos de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária.



com sintomas psicóticos). Tais diagnósticos ou classificações nosológicas, feitos pelos profissionais dos hospitais onde esteve internado, - pela ótica do atendimento que ele deve receber, independentemente de categorias diagnósticas isto pode nada significar, haja vista que na perspectiva atual do paradigma psicossocial busca-se atuar sob uma ética da singularização, capaz de ocasionar o reposicionamento do sujeito e não a mera supressão de sintomas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Sobre esta premissa, ainda na década de 1960, Basaglia (1985, p. 28) já havia deixado claro que a velha psiquiatria sempre se preocupou com a doença e “relegou, aprisionou e excluiu” o sujeito do sofrimento. Para ele, há uma necessidade premente de colocar “o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição” para que seja possível ocupar-se do sujeito, em sua existência-sofrimento, para que se possa “considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define.”

Porém, o fato de Beija-Flor ter sido diagnosticado em tipos nosológicos diferentes (F. 23.2 e F. 31.2), pode ter sido um fator diferencial no que tange ao uso de medicação, haja vista que algumas das medicações produzem interação medicamentosa entre si (SORIAK, 2009). Segundo a farmacêutica da Unidade de Saúde do município, quando ocorre uma interação medicamentosa, pode haver diminuição ou aumento dos efeitos desejados ou indesejados de algumas drogas em função do uso conjunto. Assim, o efeito de sedação, que é peculiar a três dos cinco tipos de medicamentos que ele faz uso, provavelmente esteja ocasionando intensos sintomas de sedação e determinando um estado de frequente sonolência e hipotensão por ele relatada.

Em termos de classificação diagnóstica, o médico informou a Cristina que ela tem transtorno bipolar. Ela avalia que o que lhe acontece é em decorrência de “problemas sentimentais”. E complementa: “digamos assim, que eu não soube lidar direito”. Ela tem claro que quando não está bem aos olhos dos outros é quando mais se sente bem, em sua própria avaliação. Relata que quando fica em crise permanece “alegre, contente, cantando”. Observa que quando está em crise passa a ter comportamentos diferentes dos habituais. Passa a agir de forma quase oposta à de costume. O seu médico diz que isto é euforia e que é um sintoma do transtorno bipolar. Ela concorda, dizendo: “Eu acho que a euforia é porque quando eu estava me sentindo bem eu ficava eufórica. Eu ficava muito eufórica. Demais da conta. Daí incomodava”. E complementa: “Você já ouviu dizer que a felicidade alheia incomoda? Então, incomodava muita gente!” Aproximando suas questões do que Basaglia (1985) denominou de existência-sofrimento Cristina desabafa: “Sinto um vazio, um buraco aqui no peito que é difícil de preencher. Acho que esse vazio é alguma coisa que está me faltando. E esse remédio

não vai preencher”. Com esse comentário ela justifica o fato de não aceitar mais a medicação. Suas palavras fazem ver o que, de acordo com Amarante (2008, p. 89-90), Basaglia havia dito sobre a loucura e o sofrimento psíquico no sentido de que ambas “[...] não são condições a serem nem violentadas, nem simplesmente toleradas; precisam, ao contrário, serem em parte aceitas pela sociedade, e em parte verdadeiramente tratadas enquanto tal.”

Tuco faz uso de medicamentos psicotrópicos fornecidos mensalmente pela farmácia da Unidade de Saúde. Sobre a assistência farmacêutica prestada a ele, a irmã comenta que nunca faltou medicação. Nesse caso, “[...] a oferta do acesso gratuito e integral a medicamentos diversificados, eficazes, seguros e de qualidade” é uma das deliberações da IV CNSM, “de forma a garantir o abastecimento pleno e contínuo dos medicamentos”, porém sem “desrespeitar o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico.” (BRASIL, 2010f, p. 33-34).

Dessa forma, na vida destes usuários o uso da medicação é um fato constantemente presente. Todos apresentam queixas em relação a seu uso em função dos efeitos adversos que descrevem. Beija-Flor, por exemplo, se queixa que se sente bastante “sonolento” e como se estivesse constantemente “anestesiado”. Tuco refere que sente “muito sono” e os médicos dizem “que é por causa do remédio”. Por sua vez, Cristina afirma que sente “um vazio” que o “remédio não vai preencher.”

As medicações que eles fazem uso são prescritas mediante uma hipótese diagnóstica. Em que pese tal classificação do sofrimento humano em síndromes pela ciência psiquiátrica, no caso de Beija-Flor tal classificação suscita questionamentos em função de existirem duas hipóteses diagnósticas específicas em seus prontuários médicos<sup>66</sup> com prescrição de diferentes medicações para ambas, cujos efeitos são cumulativos. Quanto a Cristina, ela se queixa que a medicação não a deixa pensar direito e tomar decisões quando necessita. Acredita que o remédio não vai resolver os problemas que tem que enfrentar no dia-a-dia e que quando não está tomando a medicação sente-se “eufórica” e por isso incomoda as pessoas. Relata que quando as pessoas dizem que ela não está bem, é quando mais se sente bem. Tuco relata que os remédios não o deixam trabalhar, pois “eles tiram as forças”. Acrescenta que gostaria de trabalhar, porém sente “moleza no corpo e muito sono” e se lembra que o médico lhe disse que terá que tomar “remédio por toda a vida.”

Das decisões sobre a prescrição medicamentosa que recebem, em geral, não participam outros profissionais da área da saúde que não o médico psiquiatra. Porém, este

---

<sup>66</sup> Prontuários fornecidos pelos dois últimos hospitais psiquiátricos onde ele esteve internado.

profissional não acompanha Beija-Flor, Tuco e Cristina em seu cotidiano. Sendo assim, eles não têm chance de relatar o que sentem em relação a efeitos adversos, ou melhor, relatam sim, porém o fazem aos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACSs, médicos do PSF, à farmacêutica da Unidade de Saúde e a nós psicólogas. Este fator é algo bastante truncado e limitante, pois por um lado não podemos indicar que suspendam ou modifiquem a posologia da medicação e, por outro, os contatos com o médico psiquiatra são bastante esparsos (e o médico generalista do PSF evita alterar a prescrição da medicação e vai apenas repetindo a receita indefinidamente). Em função de tais adversidades uns permanecem sentindo os desconfortos que os medicamentos demandam como é o caso de Beija-Flor e Tuco, e outros muitas vezes abandonam seu uso, como é o caso de Cristina, como forma de sentir-se mais atenta e participativa, visando ser protagonista de sua própria vida.

Refletindo sobre a conduta médica tradicional em psiquiatria ou esta tendência medicalizante (TESSER, 2006), podemos perceber que esta preferência pela indicação de medicação não está restrita à vontade exclusiva do médico, haja vista que, atualmente, como em diversas outras áreas de nossas vidas para o sofrimento psíquico também optamos pela busca de soluções rápidas, geralmente pela via da medicação. Vale lembrar ainda que esta busca tem encontrado forte respaldo no assédio que a indústria farmacêutica promove para aumentar o consumo daquilo que produz. Sobre essa lógica médico-centrada assentada na consulta psiquiátrica e na prescrição de medicação Luzio e L`abbate (2009, p. 111) afirmam que seu objetivo básico é a remissão dos sintomas e “o restabelecimento do suposto equilíbrio mental”.

Fazendo uma reflexão sobre os desafios da atualidade em termos de implantação do novo modelo assistencial Yasui e Costa-Rosa (2008) ressaltam que ainda prevalece o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, como dominante no campo da saúde mental sendo este “[...] orientado pela utilização da medicação como resposta preferencial às demandas do sofrimento psíquico”. Porém, como lidar com uma questão tão complexa? Como lidar com uma situação de crise sem buscar a resposta imediata na medicação?

Parte desta questão é respondida por Bezerra Jr (2007, p. 247) quando afirma que “[...] uma intervenção sensível e cuidadosa pode abrir caminhos para soluções que não necessariamente envolvam tratamento especializado, reduzindo muito o processo de patologização e medicalização que o sistema de saúde formal tende a estimular”. Porém, este autor também assevera que tal questão demanda uma “proposição de mudança paradigmática” que envolve muito mais que a questão de uma reforma assistencial. Demanda, igualmente,

novas formas de pensar e atuar, tanto frente a questões que envolvem os planos assistencial, jurídico e político, como na esfera da clínica, onde se faz preciso

[...] avançar na elaboração de dispositivos teóricos e de formas de ação que ao mesmo tempo retenham o horizonte fundamental da clínica (a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito) e amplie o alcance da rede (a constituição de uma clínica ampliada, a incorporação de várias categorias profissionais às estratégias terapêuticas, o recurso a modalidade de intervenção oriunda de diversas orientações teóricas, etc) (BEZERRA JR, 2007, p. 244).

Ainda para Bezerra Jr (2007, p. 247) existe a necessidade de mudanças significativas no plano sociocultural onde os desafios ultrapassam as fronteiras do discurso técnico. Nesse aspecto o grande desafio é “[...] produzir uma nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico”. Trata-se de demandar outro olhar para a questão, sendo capaz de fundar “[...] atitudes de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida.”

#### **. Cuidados realizados na Atenção Básica**

Depois de sua participação na experiência do Projeto de Extensão e mesmo depois do encerramento deste, é possível afirmar que a vida de muitos participantes do *Grupo* se modificou. Entre eles, a vida de Beija-Flor. De alguns anos para cá ele passou a freqüentar a Unidade de Saúde mensalmente onde recebe consulta médica, de enfermagem, tem a pressão arterial aferida, obtém a receita e os medicamentos de que faz uso, além de receber orientações da farmacêutica sobre como utilizá-los. Assim, tem visibilidade frente àqueles que são responsáveis pelos cuidados que necessita periodicamente. Além dessa visita mensal, também recorre a Unidade de Saúde quando não se sente bem ou para fazer exames de rotina, quando são recomendados pela equipe do PSF nas visitas que fazem à sua casa, já que Beija-Flor é hipertenso.

Sobre o percurso que faz na Unidade de Saúde na entrevista ele exemplificou: “Faz uma pré-consulta. Mede a pressão e pesa, né. Daí sai da salinha e espera ali até na hora do médico chegar e ser atendido”. Sobre isso a mãe também afirma: “Graças a Deus, depois de 2004, agora, direto a saúde visita. Manda apoio pra ele”. Ele recebe acompanhamento médico psiquiátrico com a mesma profissional desde 2008, na cidade de Maringá-PR. Ele a conheceu

no Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá quando da sua última internação em 2008. Como não havia vaga naquele Serviço, no mesmo dia ele foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico de Maringá, permanecendo internado por 26 dias. Esta profissional o atende quando alguém solicita uma consulta, geralmente sua mãe ou os profissionais da área da saúde do município. Porém, ela não faz parte da rede pública de saúde. O preço da consulta é significativamente mais baixo do que o praticado no mercado. Até 2008 o município pagava por esta consulta, via Serviço Social. Atualmente a mãe consegue custear tal despesa. Não há troca de informações entre os profissionais que o acompanham na Atenção Básica e esta médica, nem mesmo a respeito do uso da medicação ou sobre aspectos de sua saúde em geral. Pela perspectiva da atenção psicossocial este cuidado está incompleto ou com ações fragmentadas, haja vista que, embora seja feito o acolhimento e o acompanhamento contínuo de Beija-Flor no município, as decisões sobre um aspecto muito importante que é a medicação são tomadas de forma solitária e unidirecional por esta profissional, sem que ela conheça seu contexto, sua saúde em geral e os efeitos imediatos ou em médio prazo da medicação em seu organismo. E mais, não há participação dessa profissional em um projeto terapêutico singular (CUNHA, 2005) que envolva não só o sofrimento psíquico, mas outros aspectos da vida de Beija-Flor. Possivelmente esta profissional concebia a doença divorciada do doente, como apontado por Boarini (2006).

Na última vez em que foi internado, no ano 2008, Beija-Flor foi encaminhado à Emergência Psiquiátrica de Maringá, pois estava delirante e confuso. Dias antes havia feito consulta com a médica na Unidade de Saúde onde foi constatada uma infecção urinária. Na ocasião, precisou ser internado no hospital geral do município e passou a tomar medicamentos para controlar o quadro infeccioso. Foram necessários vários dias até que tal quadro fosse parcialmente controlado. Porém, nesse período passou a apresentar pensamento delirante e confusão mental. A médica que o atendeu no hospital municipal, que é sua médica de referência no PSF, e a farmacêutica da Unidade de Saúde acreditam que houve interação entre os medicamentos de uso contínuo e aqueles que foram introduzidos para o tratamento da infecção urinária. Sendo assim, ela recomendou que ele fosse levado ao Serviço de Emergência Psiquiátrica de Maringá para que pudesse ser avaliado por um especialista da área e tivesse a medicação ajustada já que ela não estava conseguindo auxiliá-lo nisso. Nessa ocasião a mãe e eu o acompanhamos até aquele serviço onde ele recebeu atendimento e foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico de Maringá por falta de vagas.

Recordo-me que esse episódio foi bastante frustrante para nós, pois durante dias houve várias tentativas de mantê-lo no hospital geral de Itambé. Porém, assumir sua condição

delirante implicaria em que todos os profissionais trabalhassem na perspectiva do cuidado e da atenção à crise ou que esse hospital tivesse leitos psiquiátricos, como apregoado na Portaria 224/92 (BRASIL, 2005a). Nesse caso, um dos grandes obstáculos à efetivação do modelo de base comunitária é a inexistência de oferta de leitos em hospitais gerais para atender a clientela da saúde mental quando esta necessita de suporte em situação de crise.

Quando indagado sobre como é o atendimento que recebe atualmente no município Beija-Flor, relata: “aqui eu sou atendido. Mas, eu também procuro mais. E eu converso com minha mãe, né. Muito. E quando está faltando o remédio ela me fala, ó, está faltando o remédio. E daí eu vou lá [na UBS]”. Beija-Flor valoriza o modo como é acolhido e tratado pela equipe de saúde: “eu vou no Posto de Saúde [...] eles me conhecem. Sabem meu nome. Eles tem um grande carinho pela gente”. Ao expressar como se sente em relação àqueles que o atendem quando vai à Unidade de Saúde, Beija-Flor materializa o que Barros, Oliveira e Silva (2007, p. 817) querem impostar ao afirmarem que “cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro”. Fazendo uma avaliação do modo como era atendido em seu município de origem e como é atendido agora ele relata:

Eu acho que... Depende da gente. Mas, por exemplo, lá eu não... Aqui eu sou bem atendido. Melhor. né. Eu sou bem atendido aqui. Eu acho melhor. Assim... Lá as psicólogas não iam em casa, né. Às vezes, se precisasse ia. Já foi uma vez. Mas, assim... Não tinha o *Grupo*. Não sei se tinha. Eu não participei de grupo lá. Não sei se tinha grupo lá. Não procurei saber. Não sei.

Nessa análise por ele empreendida, percebe-se que desconhece as diretrizes da *Política Nacional de Atenção Básica*, segundo a qual é apregoado que o trabalho na Atenção Básica deve prever uma série de fatores que impliquem em um cuidado integral e contínuo. Alheio a estas informações e, tomando para si a responsabilização por sua saúde, afirma que não procurava o serviço de saúde apesar de concluir que “estava bem ruim naqueles tempos”. As informações por ele prestadas são respaldadas pelas anotações contidas na Ficha Geral de Atendimento (FGA) da Unidade de Saúde do município, onde é constatado que nos últimos anos ele foi atendido continuamente. Quase que mensalmente ou até, mais de uma vez durante o mês.

De forma geral, essa “tomada de responsabilidade” por parte da equipe de saúde “significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta, o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social

[...]”. Ou seja, quando não se sente bem, ou mesmo para manter o acompanhamento contínuo de que necessita, Beija-Flor sabe que tem com quem contar, sabe que terá acolhimento e receberá assistência e, para além destes aspectos, confia naqueles que o atendem simplesmente porque reconhece neles uma “atitude de responsabilização.” (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817).

Cristina também recebe atendimento na Unidade de Saúde do município. Em seu prontuário há registros de atendimentos frequentes, pelos mais variados motivos, desde 1985<sup>67</sup>. Nele estão registradas informações sobre sua saúde em geral, exames solicitados e resultados destes (hemograma, glicemia, colpocitologia, triglicerídeo etc), encaminhamentos a especialistas<sup>68</sup> (urologista, ortopedista etc), prescrição de medicação, entre outros procedimentos. Ela acessa com frequência o serviço de saúde do município.

Porém, em se tratando de consulta em psiquiatria, Cristina prefere pagar por ela. Quando lhe foi perguntado o motivo de não buscar agendamento para esta consulta especializada na Unidade de Saúde ela explica que não há vagas quando necessita. E quando há, estas são disponibilizadas através de um consórcio de saúde<sup>69</sup> do qual o município é membro e em função disso nem sempre são os mesmos médicos a atendê-la. Sobre isso a Diretora do Departamento Municipal de Saúde explica: “É um consórcio dos trinta municípios da região. Eles contratam profissionais para estar atendendo. Profissionais, exames, cirurgias, onde regula todos os trinta municípios”. A respeito das consultas em psiquiatria a gestora da Saúde comenta que é ofertada “uma por mês. Mas, às vezes não tem nenhuma por mês. Às vezes chega a ter uma”. Disse que para amenizar tal defasagem, o município, através do Departamento de Serviço Social, custeia consultas com médicos em consultórios, fora do consórcio. Estes médicos cobram as consultas de acordo com uma tabela, por eles definida<sup>70</sup>.

Cristina prefere pagar a consulta com recursos próprios, pois segundo ela, se depender de consultas agendadas pelo município seu tratamento fica sem continuidade, visto que ela quer ser atendida pelo mesmo médico a cada três meses. Inclusive esta “preferência” a que Cristina se refere, é um dos princípios do Programa de Saúde da Família para que o cuidado seja contínuo. O motorista da Unidade de Saúde a leva às consultas, caso o médico marque no

---

<sup>67</sup> Esta Unidade de Saúde foi inaugurada em 1985. Anteriormente a isso os usuários eram atendidos em outro espaço físico e muitos prontuários existentes naquele serviço foram extraviados, inclusive o prontuário de Cristina.

<sup>68</sup> Nesta Unidade de Saúde os serviços oferecidos são nas áreas de clínica geral, ginecologia, pediatria e odontologia.

<sup>69</sup> Este consórcio é denominado Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP.

<sup>70</sup> Não há valor fixo entre os médicos, porém o valor da tabela em 2010 girava em torno de R\$ 50,00 a R\$ 80,00.

período da tarde. Quando a consulta é agendada no período da manhã, Cristina vai com o ônibus da Secretaria de Saúde do município, juntamente com demais pacientes que todas as manhãs tem horários agendados com especialistas, via consórcio intermunicipal de saúde, em Maringá. A medicação de que faz uso, ela a retira na farmácia da Unidade de Saúde e recebe orientações da farmacêutica quanto ao uso correto da mesma.

Tendo as situações acima descritas como ilustrações para refletir sobre a atenção em saúde mental prestada pelo município de Itambé durante e após o encerramento do Projeto de Extensão é possível perceber que a equipe de saúde se divide entre oferecer o tratamento tradicional e tentar inovar rumo a um modelo de assistência mais afinado com a Política Nacional de Saúde Mental.

Para a Diretora do Departamento de Saúde, o município não consegue prestar o atendimento como deveria, visto que faltam recursos financeiros e humanos. Ela informa que as equipes do PSF fazem o atendimento, agendam consultas ambulatoriais e conseguem acompanhar alguns casos, porém necessitaria da contratação de um psiquiatra para atender as consultas, de um psicólogo somente para a saúde<sup>71</sup>, além de mais profissionais para prestar atendimento em saúde mental. Em alguns casos segundo ela, vez ou outra, é feito um trabalho em equipe. Esse processo é descrito por ela da seguinte forma:

Dependendo da questão, passa pelo médico, passa pela enfermeira. Alguns casos vão parar lá comigo. Se tiver necessidade da psicóloga, a gente entra em contato com a psicóloga também, com a fonoaudióloga, com a assistente social, a gente vai acionando quem a gente precisa.

Porém, em sua descrição, ela se reporta a uma forma de atuação marcada pelo encaminhamento sucessivo a diversos profissionais e não a um trabalho conjunto, de fato. A superação desta forma de atuação é um dos grandes desafios impostos para a implantação de uma rede de assistência de base comunitária que supere o atendimento baseado no paradigma problema-solução/doença-cura.

No que tange à participação de diversos profissionais na construção do cuidado, a Diretora do Departamento de Saúde aponta o trabalho intersetorial como recurso. Porém, não o vê como diretriz das ações no sentido de que tal atuação seja realizada em conjunto e reproduz a lógica do encaminhamento tão cara ao modelo médico. Se vistas pela ótica de que vão “acionando quem a gente precisa” suas palavras estão em consonância com o que seria proposto na IV Conferência Nacional de Saúde Mental no que tange ao fato de que a saúde

---

<sup>71</sup> Com o meu afastamento, outra psicóloga assumiu as atividades de todos os setores: educação, saúde, assistência social, etc, com carga horária de 40 horas semanais.



mental é ampla demais para ficar somente nos limites da área de saúde, pois engloba outros espaços das políticas públicas e, com isso, exige ações que abarcam várias áreas do conhecimento (BRASIL, 2010a). Porém, o município de Itambé, assim como imensa maioria dos municípios do Estado do Paraná e do Brasil não tem uma rede de atenção à saúde mental implantada a contento. Na área da saúde como um todo, existe por parte do poder executivo municipal muitos investimentos financeiros e humanos. Em termos percentuais, em 2010 foram investidos 26,25% do orçamento municipal em saúde<sup>72</sup>. Porém, em se tratando de atenção à saúde mental a Diretora do Departamento de Saúde, que é enfermeira e funcionária de carreira no município há dez anos, avalia que ainda não conseguem atender do modo que seria o ideal. Fazendo uma avaliação rápida do serviço, acredita que algumas ações são realizadas, tais como: visitas domiciliares geralmente feitas pelos ACSs e/ou mais membros da equipe do PSF, consultas mensais na Unidade de Saúde em nível ambulatorial aos usuários de medicação controlada, agendamento de consultas especializadas, entre outros. Inclusive retrata algo bastante significativo do ponto de vista das novas concepções, sobre o papel do ACS, afirmando que

[...] eles conhecem a família, o local que eles moram, como que é o ambiente, como que é a relação familiar. Eles conhecem tudo. Então eles é que trazem essa informação para a gente. Eu acho importantíssimo. A informação que eles trazem é importante e ajuda a pensar o atendimento.

Suas palavras confirmam o que Lancetti (2000) aponta como uma necessidade, ou seja, o ACS como um *ator* muito importante nesse processo, haja vista que estes “são os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade.” (LANCETTI, 2000, p. 106, grifo do autor).

Nesse caso, a Diretora do Departamento de Saúde vê o acompanhamento contínuo realizado pela equipe a esses usuários como fundamental. Porém, reconhece que não conseguem fazê-lo de forma eficaz, em todos os atendimentos. Sobre o trabalho em equipe diz que as decisões são tomadas de forma compartilhada. Sobre isso comenta: “[...] o médico, a enfermeira, o auxiliar, o ACS. Eu acho que cada um traz uma informação importante. Psicólogo, assistente social.” Porém, mesmo afirmando a importância da equipe como um todo, mantém a atuação centrada na figura do médico quando se refere ao acompanhamento ambulatorial, afirmando que tal falta resultaria em “um acompanhamento melhor, da saúde mental, através do médico.”

---

<sup>72</sup> Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Itambé, 2010.

Assim, a proposta de um trabalho em rede é uma aposta em um processo de trabalho contrário ao modelo hospitalocêntrico/manicomial, visto que se pauta em um sistema aberto. Sistema este que deve funcionar de forma articulada. Para que esta forma de trabalho, de fato, passe a existir é preciso que seja construída uma forma de atuação onde haja a responsabilização coletiva pelo cuidado daquele que sofre psiquicamente. Isto implica na adoção de uma nova forma de cuidar pautada em “ações no território” que sejam capazes de “[...] ativar os recursos do habitat de origem ou de referência do usuário, necessários para a construção de projetos terapêuticos emancipadores e transformadores do imaginário social.” (LUZIO; L`ABBATE, 2009, p. 112).

Essa questão foi amplamente reafirmada na IV CNSM por estar em acordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental tendo como premissa básica que o processo de superação do modelo asilar passa pela “[...] promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio (BRASIL, 2010f, p. 63). Em relação aos serviços substitutivos nesta Conferência foi salientada a necessidade de

[...] implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país [...] em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil); Centros de convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas e leitos para saúde mental em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários aos cuidados contínuos em Saúde Mental (BRASIL, 2010f, p. 21).

No município de Itambé não há estes serviços substitutivos, a não ser o trabalho desenvolvido pelas equipes do PSF e pelos demais funcionários da Unidade de Saúde. Porém, em termos de atenção à saúde mental, embora com a presença do Projeto de Extensão tenha havido uma real sensibilização para as questões que envolvem a saúde mental, é possível afirmar que estes profissionais estão distantes de trabalhar na perspectiva da atenção psicossocial. Principalmente nas ocorrências de crise ainda se está refém do modelo hegemônico ou modelo manicomial. Salvo engano, isto ainda se verifica em função de que no imaginário dos familiares e da imensa maioria dos trabalhadores da área da saúde ainda permanece arraigada a ideia da segregação como forma de tratar e, com essa crença, o processo saúde-doença-cuidado (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005) se fragiliza e sucumbe ao primeiro sinal de vulnerabilidade psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico.

Associado a fatores subjetivos ou às concepções arraigadas, há outros fatores objetivos que são geradores de dificuldades de um trabalho contínuo, coeso e sistematizado. Entre estes fatores acredito que o mais significativo seja o fato de que muitos vínculos de trabalho são precários ou provisórios. Como é o caso do vínculo empregatício de uma das psicólogas (que é minha colega de trabalho). Ela é contratada com recursos de um projeto denominado Compensação de Especificidades Regionais<sup>73</sup>. Por ser um projeto específico e de duração definida a contratação é feita em forma de licitação do tipo carta-convite<sup>74</sup>, ou seja, é contratado o profissional que ofertar o menor custo pelo seu trabalho. Outros requisitos, tais como experiência e interesse pela área não fazem parte dos critérios de escolha por parte dos gestores nessa modalidade de contratação. Por outro lado, para o trabalhador ocorre a precarização do vínculo de trabalho, conforme apontado por Vasconcelos (2010) pela determinação de tempo de prestação de serviços e pelo fato de seu trabalho ser terceirizado. Somando-se a isso ainda há a burocracia da contratação ou recontração, já que este projeto é anual e está em sua terceira etapa. Em relação a Itambé, o trabalho da profissional (psicóloga) contratada pelo Projeto de Especificidades Regionais foi interrompido durante meses nos intervalos entre um contrato e outro. Ademais, a constatação da finitude do contrato traz prejuízos ao planejamento e ao desenvolvimento de ações de médio e longo prazo. É possível prever que, como esse projeto faz parte de uma pactuação nacional, possivelmente tal situação ocorra em inúmeros municípios pelo Brasil afora.

No caso dos profissionais do PSF, alguns se afastaram do trabalho no período de vigência do Projeto de Extensão e depois dele, entre eles, uma das enfermeiras, três ACS, uma técnica de enfermagem, a médica de uma das equipes, além de terem passado várias pessoas pelo cargo de gestor da saúde no município naquele período. Em alguns casos houve substituição de trabalhadores, em outros a falta foi suprida após intervalos de tempo consideráveis. Estas trocas de profissionais bem como o afastamento deles por motivos específicos foi pontuado por Beija-Flor, Tuco e Cristina durante as entrevistas como fatores que interferiram em suas relações com o serviço de saúde no sentido de sentirem-se

---

<sup>73</sup> Este projeto é resultado de uma pactuação realizada entre o Ministério da Saúde e os municípios visando prover recursos específicos da Política Nacional de Atenção Básica para intervenções específicas que visem melhorar a qualidade e resolutividade da Atenção Básica de saúde. Este projeto foi regulamentado pela Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (Fonte: CONASS, Nota Técnica, 07/2007). Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT07-07.pdf>. Acesso em: 27 jul 2011.

<sup>74</sup> O convite é modalidade de licitação que se acha definida por expressa disposição inscrita no art. 22, § 3º, da Lei 8.666/93. Comparada à concorrência e à tomada de preços, reúne determinados elementos características e peculiaridades que lhe são próprias e que se volta a dar-lhe individualidade quanto ao porte do objeto e ao seu processamento<sup>[1]</sup>, diferenciando-o das demais modalidades que em lei são reguladas. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/4964/a-carta-convite>. Acesso em: 27 jul. 2011.

desprovidos dos vínculos de confiança extremamente necessários nesse tipo de atuação. Sobre isso, na época da entrevista, a irmã de Tuco deixou claro que iria acompanhá-lo na próxima consulta para conhecer o novo médico do PSF que havia ingressado em 2010 em substituição ao anterior que havia pedido demissão. Também se referindo à troca de médico no PSF de sua área de abrangência, Beija-Flor declara: “as vezes é um. As vezes é outro”. Ele se referia ao período em que a médica do PSF estava em licença-maternidade. Também durante a entrevista Cristina informou que não havia ACS em sua área de abrangência<sup>75</sup> e que a ACS que a acompanhava era bastante atenciosa e sempre lhe “perguntava se precisava de alguma coisa”. Depois que tal profissional faleceu não foi designado outro ACS para a sua área por mais de seis meses.

Todas estas contingências se colocam como obstáculos à efetivação de um trabalho que privilegie a atenção psicossocial em detrimento de atendimentos descontínuos ou pontuais.

## . Loucura e sociedade

De acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira, a dimensão sociocultural conceituada por Amarante (2007) é considerada uma dimensão estratégica. De acordo com este autor,

Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica como o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários) (AMARANTE, 2007, p. 73).

Sobre este aspecto, tendo como ilustração o cotidiano dos três usuários dos serviços de saúde mental do município, é possível afirmar que ao longo dos últimos anos Beija-Flor passou de uma condição de invisibilidade social para a condição de ter se tornado visível perante alguns dos profissionais das políticas públicas do município (enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos, farmacêutico, assistente social) haja vista que tem acesso aos serviços e acompanhamento contínuo. Porém, no aspecto

---

<sup>75</sup> A ACS de sua área de abrangência faleceu e sua substituição demorou cinco meses por falta de profissional aprovado em concurso público e não realização de nosso concurso neste período.

sociocultural, cada vez mais, priva-se de estar em público e evita manter contatos com as pessoas em geral. Sobre a mudança em sua vida social a mãe afirma: “ele não gosta de sair de casa. Não gosta de fazer caminhada. Para sair em uma reunião ele não vai. Para ir a igreja é muito difícil o dia que ele quer ir”. E ainda continua: “[...] ele era uma pessoa que gostava de se divertir, né. Ele gostava de sair, se divertir. Ele era alegre. Tinha bastante amigo. Agora ele tem muito medo. Ele gosta de ficar bem sozinho. Não gosta de ouvir conversa. Agora fica só em casa. Ele fica fechado.”

Porém, mesmo evitando contatos sociais, Beija-Flor mantém amizades com pessoas próximas. Sobre isso a mãe relata que “os vizinhos é que são bastante amigos dele [além do mais] ele fica contente quando tem mais gente em casa, que ele conversa. Chega os irmãos, ele conversa.” Beija-Flor relata que depois que passou a ter crises preferiu evitar contatos e explica: “Muita coisa mudou. Muita coisa, né. Fui perdendo os amigos... Assim... Ficando mais comigo sozinho. Ficando assim... Detendo-me mais comigo mesmo. Ficando mais sozinho e me poupando de ficar junto com as pessoas, de conversar muito”. Sua fala deixa ver uma preocupação em isolar-se, em não participar socialmente. Talvez sua atitude venha em resposta ao distanciamento das pessoas em relação a ele como consequência do que Amarante (2008) denominou de preconceito social em relação ao doente como extensão de um preconceito científico em relação à doença. Os amigos atuais são poucos. Basicamente alguns daqueles que participavam do Grupo *Bem-Me-Quer*. A respeito disso Beija-Flor indica:

Amigos? Eu procuro ficar mais... Conversar mais com meus parentes... Tenho bastante parente. Amigos são as psicólogas, né, que eu tenho amizade. Tenho você, a D. tem as outras estagiárias... Mas, as amizades que eu tenho é... Se eu faço algum amigo... Eu tenho amizade, né... Que eu conversei... Conversei só uma vez, eu conversei com ele, ele veio visitar a minha vizinha que é mãe dele e daí... Conversamos né... Só naquela hora, só aquele tempo. Até minha irmã também conversou um pouco com ele. E tem o meu padrinho, que a gente conversa mais.

O padrinho explica o motivo de ter se tornado seu padrinho:

Ele estava fazendo uma catequese e, já a igreja não exigia mais [padrinho]. Já não precisava mais de padrinho. Podia a mãe ou irmão acompanhar. Mas, como a família dele é evangélica ninguém quis ir. Daí ele me chamou para padrinho. Daí eu aceitei. Eu estava sabendo que não precisava. Mas, aceitei porque eu sabia que a mãe dele não ia e as irmãs, também não. Então eu aceitei.

Antes de ter sido convidado a ser seu padrinho, ele fora seu vizinho, inclusive a casa onde moravam era desse senhor. Sobre isso ele comenta: “depois eu precisei vender a casa, agora ele não é mais [inquilino]. Mas, a amizade a gente continua”. Todas essas situações: tê-lo como inquilino, aceitar ser seu padrinho, convidá-lo para trabalharem juntos e continuar a

amizade mesmo depois de não morarem mais tão próximos, ocorreu em função de que esse senhor é uma pessoa para quem a loucura não é um impedimento para a convivência. Ele sabe “[...] que ele [Beija-Flor] tem um descontrole, que é um descontrole, um pequeno descontrole”. Mas, para ele isso não conta, o que importa é a pessoa. Ele sabe que muitas pessoas têm medo quando sabem que Beija-Flor tem um transtorno. Ele atribui esse medo ao fato de Beija-Flor já ter agredido uma pessoa durante uma crise. Sobre o que outras pessoas pensam em relação a isso, afirma: “penso que umas pessoas, no caso dele que chegou a agredir, pensam que ele pode agredir novamente”.

Tais depoimentos ilustram concepções arraigadas historicamente, as quais carecem de novas significações. Para tanto, faz-se necessário o estabelecimento de discussões amplas e contínuas sobre os conceitos que envolvem questões como segregação, cura, reabilitação social, entre outros. Referindo-se a isso, Amarante (2008) afirma que, enquanto proposta atrelada aos princípios do SUS, o movimento de reforma psiquiátrica necessita de consolidação e também está permeado por contradições que atravessam as concepções e as práticas em saúde mental. Para tanto, é preciso que seja trazida à baila a necessidade de se pensar as relações entre os homens e promover discussões sobre a dimensão ética presente nas instituições, como já abordado ao longo do presente estudo.

A respeito do acompanhamento que Beija-Flor recebe, o padrinho sabe que a “saúde visita ele” e que tem “consulta marcada de vez em quando” e ainda que “participava de alguma coisa ali na APMI [o Grupo]”. Porém, para ele, independentemente de todos estes fatos, Beija-Flor é alguém por quem ele sente amizade e afeto, sentimentos estes construídos pela proximidade e pela convivência entre eles. Inclusive, ele conhece e convive com outra pessoa que tem sofrimento psíquico. Sobre isso ele afirma:

Sei de um senhor que trabalhou comigo, que ele ficou uns tempos assim. Não sei se é diferente do Beija-Flor. Eu sei que o nome dele é P. Agora, o que ele tem eu não sei. Ele ficou tempo, um ano e meio ruim ou mais. Uns dois anos ou mais e agora a gente tem amizade, conversa um pouco.

Relata ainda que de vez em quando trabalha com esta pessoa e percebe quando ele não está bem. Em certo dia, notou que ele não estava bem e, no dia seguinte, soube que fora internado em hospital psiquiátrico. Embora não temendo contato com pessoas como Beija-Flor e o outro conhecido, mesmo quando estes não estão bem, este senhor reconhece a internação em hospital psiquiátrico como uma conduta adequada a ser tomada. Opinando a esse respeito ele afirma: “Eu acho que é bom, porque a pessoa que está alterada, ela pode fazer qualquer coisa que prejudica o próximo, né. E referindo-se ao amigo, exemplifica:

“Depois que ele vai lá [ao hospital psiquiátrico] e fica trinta dias ou mais um pouco, ele volta melhor, conversando. Até para trabalhar, trabalha melhor.”

Mesmo convivendo com pessoas em sofrimento psíquico, em seu imaginário está arraigada a ideia de que tais pessoas podem oferecer riscos à sociedade e a concepção de que o manicômio é a instituição, por excelência, para tratamento haja vista que o isolamento traria o equilíbrio perdido. Por esta ótica, o cuidar em liberdade como um processo emancipador não é considerado. Esta visão é pautada no modelo manicomial. Para que tal modelo seja desconstruído é preciso que haja a negação da psiquiatria enquanto ideologia rumo a “um processo ético-estético-político” que supere “as reformulações técnicas dos serviços e das ações terapêuticas”, como apontado por Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003).

A religiosidade é um aspecto bastante valorizado por Beija-Flor. Mesmo estando dividido entre participar dos ritos da religião que escolheu para si (católica) e da religião da mãe (congregação cristã no Brasil) ele comenta que se “apega com Deus”. A mãe o estimula a ir constantemente à igreja. Porém, ele afirma que ir à igreja da mãe é uma “obrigação” a qual quase não consegue cumprir, pois as atividades são muito demoradas e, além disso, o fumo é proibido para os seguidores daquela religião. Ele acredita que precisa “ter mais fé” para conseguir parar de fumar. Mas, sobre o fato de não conseguir deixar o tabaco, num misto de questionamento das regras instituídas pela religião e de receio de não poder cumpri-las, afirma: “[...] na bíblia tem os dez mandamentos: não cobiçar a mulher do próximo, não desejar as coisas alheias, não levantar falso testemunho... Tudo isso. Mas, sobre o cigarro não tem.”

Apesar de quase não sair de casa para passear ou se divertir Beija-Flor acessa a cidade quando tem um objetivo definido, como: buscar atendimento em saúde, comprar fumo para o cigarro, ir ao supermercado, fazer pequenas compras no comércio da cidade, pagar contas ou mesmo vender geladinho<sup>76</sup> quando a mãe não está em casa. Nesses momentos faz contatos interpessoais, conversa amistosamente com as pessoas, solicitando e prestando informações. Porém, jamais se esquece que tem medo e, por isso, evita estar em público.

Pela convivência estabelecida ao longo de sete anos com Beija-Flor e com sua mãe, é possível perceber que muitas “pontes” foram construídas entre eles. Tal construção se deve, em parte, pelo fato dela ter se responsabilizado por ele legalmente como sua curadora. Porém, grande parte dessa responsabilização se deu em função das intervenções estabelecidas por diversos personagens ao longo desses anos, sejam eles técnicos e estagiários da área da saúde

---

<sup>76</sup> Como reside em frente a uma Escola de Ensino Fundamental, sua mãe comercializa geladinho (um tipo de sorvete feito à base de suco de frutas e açúcar), tendo como principal clientela os alunos dessa Escola.

ou de outras políticas, sejam aqueles que se tornaram amigos de Beija-Flor e lhe deram uma visibilidade social, tais como seu padrinho, seus vizinhos ou mesmo os seus colegas, participantes do Grupo *Bem-Me-Quer*.

A respeito de Tuco, a necessidade do envolvimento da sociedade é destacada pela ACS quando comenta como, em geral, é vista a questão do sofrimento psíquico. Para ela “[...] eles [a sociedade] querem se afastar. É um problema que se a pessoa não tiver consciência, realmente, do que é uma pessoa com transtorno, aí eles só querem se afastar. Assim, [é como se dissessem] o problema é seu, você se vira”. Em sua experiência acredita que “[...] a convivência com a pessoa e o entendimento do que seja o transtorno mental é que pode fazer com que as pessoas pensem diferente. Mas, isso demora um pouco. Talvez até muito tempo... Não sei”. Suas palavras podem ser tomadas como uma confirmação de que o que vem sendo pleiteado pelos envolvidos no movimento de reforma psiquiátrica há décadas é um caminho a ser seguido: a necessidade de desmistificação da loucura. Nesse aspecto a participação da sociedade é um componente fundamental para o processo de mudança de paradigma em relação ao sofrimento psíquico.

Sobre esta participação e os possíveis resultados em termos de mudança de conceitos sobre a loucura a ACS avalia: “Eu só acho assim, que saúde mental é um trabalho de formiguinha, né. Que até todos terem conscientização não vai ser fácil”. Em relação aos trabalhadores das políticas públicas, em seu entender, para que haja essa conscientização o caminho seria “[...] não começar dos pequenos, dos profissionais pequenos para os superiores, mas dos superiores para os pequenos”. Justificando essa opinião, ela acentua que “o prefeito, o secretário da saúde e até os vereadores [...] talvez nem saibam os problemas das famílias”. Nesse sentido, ela prevê o engajamento de todos os segmentos de trabalhadores das políticas públicas nas questões da saúde mental, incluindo nesse processo aqueles que são responsáveis pelas decisões, e não somente aqueles que estão no cotidiano dos serviços, pois muitas vezes os profissionais que executam as ações não são responsáveis diretamente pelas deliberações que são realizadas sobre elas.

Suas palavras fazem lembrar a proposta de reorganização do modelo de atenção prestado aos usuários dos serviços de saúde mental asseverada por Boarini (2007a, p. 377) na perspectiva de que uma andorinha só não faz verão e que “o verão da Reforma Psiquiátrica não se faz entre iguais (andorinhas), mas com sapos, beija-flores e que tais”. Nesse sentido, a aposta é que para ampliarmos as conquistas rumo à superação do modelo manicomial é preciso que enfrentemos os desafios de avançar na construção de uma rede de atenção que envolva diversos espaços compostos por diversas políticas públicas (de saúde, educação,



justiça, cultura, habitação, assistência social) e que inclua a participação da sociedade em suas diversas configurações intersetoriais, no processo de ressignificação da loucura enquanto condição humana.

Nesta perspectiva, demonstrando plena compreensão sobre seu papel enquanto agente de saúde, a ACS afirma que em seu trabalho ela é “[...] um tipo de ligamento entre o Posto de Saúde e as famílias”. Descrevendo sua atuação em relação a Tuco, ela comenta: “Eu vejo se ele está tomando os remédios na hora certa, se a família está dando apoio para ele. A moradia dele. Se ele tem uma boa alimentação. Assim, se precisa de uma ajuda da prefeitura, da assistência social”. Nessa descrição ela aponta a existência de outras questões, e não só a assistência em saúde em si, como fundamentais no processo de cuidado levantando a necessidade da participação de outras políticas públicas na questão da assistência à saúde mental e confirmando uma das formulações que ficou pactuada no Temário Oficial da IV CNSM (BRASIL, 2010a, p. 07) pela qual foi afirmado que “a saúde mental é ampla demais para ficar nos limites da saúde [...]”. Ainda demonstrando preocupação com a mesma questão ela acredita que “o município tem que ajudar mais”, haja vista que algumas dessas pessoas “não tem para onde ir e o que fazer e isso os incomoda. Eles acabam se sentindo inúteis”. Suas palavras parecem ter sido extraídas das deliberações que ainda viriam a ser formuladas na IV CNSM que, no eixo II, denominado *Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais*, deliberou que a participação dos diferentes atores responsáveis pelas políticas públicas e pelo cotidiano dos serviços deve ser traduzida no incremento de ações intra e intersetoriais

[...] visando à cultura, lazer, educação, esportes e geração de renda que garantam a integração dos serviços públicos com as organizações comunitárias de seus territórios, aproveitando e fortalecendo os espaços públicos existentes, e apoiando a criação de novos espaços, como centros culturais e esportivos, centros de convivência e cooperativas, praças, parques e ginásios, entre outros.

Ainda sobre a família de Tuco, apesar de vivenciarem algumas dificuldades em relação a questões cotidianas, tais como renda familiar cada vez mais insuficiente para suas necessidades, doença crônico-degenerativa da mãe que a deixa acamada, além de problemas de saúde das irmãs, a convivência entre os membros da família é pautada em ajuda mútua e preocupação uns com os outros. Eles também contam com o apoio da comunidade. Aliás, este apoio já foi recebido quando Tuco necessitou de cuidados intensivos em relação à saúde mental outras vezes. Ilustrando tal fato, a irmã relata que depois que Tuco obteve alta do Hospital Psiquiátrico de Maringá em 1998, um vizinho passou a responsabilizar-se pelos

cuidados prestados a ele no que dizia respeito a ter acompanhamento médico e acesso a medicação. Nesse período não havia o Programa de Saúde da Família (PSF) no município<sup>77</sup> e a assistência era prestada na Unidade de Saúde, à medida que a família procurava. Sua irmã explica que nessa época residia em outra cidade, afirmando: “[...] eu não estava ali e não tinha uma pessoa para cuidar. Meu pai já era morto. Só tinha minha mãe e minha irmã. Mas, foi o seu L. que ficou dando o remédio para ele. Seu L. é uma pessoa muito boa. Aí ele melhorou. Ficou bem.”

### . Na atualidade: entre restrições e possibilidades

Ao referir-se à sua história de vida, Beija-Flor afirma que esta é uma história triste. Certamente, em sua análise contabiliza as perdas e os danos que foi acumulando ao longo dos anos em que passou a ser considerado louco e depois doente e a ter que conviver com a condição de ser alguém diferente da norma e de ter sido excluído. Atualmente, mesmo vendo algumas possibilidades, não tem certeza se virá a ter novas oportunidades de reconstruir o passado que está ficando distante, de trabalhar, de viver novamente. E, assim vai levando a vida. Ele tem como projeto para o futuro, apenas viver! Acredita que o futuro “é esperar em Deus”. Esperar que Deus “abra as portas” e que lhe dê “entendimento”. Ainda sobre projetos/planos, afirma: “Eu não quero casar. Quero ficar solteiro. Eu nasci para ser solteiro. Não quero casar. Não. Não quero”. E sobre o que espera do futuro, desabafa: “Ah, viver, né.”

Do diálogo com Beija-Flor fica a impressão que ele tem receios de fazer projetos. Seu projeto é não fazer projetos, pois tem medo do que poderá vir pela frente. A angústia que expressa ao falar sobre si, leva a pensar que atualmente ele vive uma luta interna contra a exclusão. Uma luta que já foi externa quando se sentia só e era constantemente internado, em tantos momentos e em tantos lugares, que até já perdeu as contas.

Em relação à Cristina, apesar de sua pouca participação nas atividades coletivas do Projeto de Extensão, este se mostrou como uma possibilidade para que ela se tornasse visível perante os profissionais do serviço, inclusive para mim, pois ela passou a ser conhecida pela equipe do PSF gerando inquietação sobre a necessidade de um trabalho que seja desenvolvido de forma diferenciada, como algo que deve ser inserido no cotidiano do serviço, que deve ser

---

<sup>77</sup> O Programa de Saúde da Família foi implantado no município em julho de 2000.

acompanhado antes, durante e depois do agravo (crise). Sendo vendedora autônoma, revende produtos variados (guardanapos, roupas de cama, mesa, banho, cosméticos etc) deixados em consignação por vendedores ambulantes da região. Dessa atividade surge um exemplo de falta de credibilidade relatado por sua filha ao afirmar que existem pessoas que compram mercadorias que a mãe revende mesmo quando não está bem. Algumas destas pessoas compram sem fazer o pagamento e depois afirmam que pagaram no momento em que ela estava doente e que, por isso, ela se esqueceu. Com isso ela tem prejuízos, mas “fica a palavra dela contra a palavra dos outros”, afirma a filha.

Em função disso, no momento ela tem vontade de encerrar tal atividade. Sobre isso afirma:

Ultimamente é que nem eu lhe disse, eu quase não estou vendendo, porque às vezes eu ocupo minha cabeça com tanta coisa familiar que se eu pego coisas de três viajantes, às vezes eu fico meio confusa, acabo querendo devolver coisas de um para o outro ou pagar coisas que eu não vendi. Quando vou ver está lá, porque eu não vendi, sabe.

Mesmo desanimada com os negócios, ela faz muitos planos em relação aos lucros que atinge com esta atividade laborativa. Quer reformar a casa. Dar uma “ajeitadinha [...] forrar e colocar piso”. Há anos guarda algumas economias para realizar outro sonho “[...] que é para ver se eu retorno à minha terra natal um dia, para fazer uma visita [...]”, diz. E, entre planos e projetos, verbaliza: “Olha o meu sonho é reformar a minha casa, mas deixa a casa de lado, que eu quero rever a minha terra”. Porém, no momento afirma abrir mão de todos estes sonhos por um motivo maior: rever o filho que mora distante e que não vê há mais de cinco anos.

Tomando a história de Tuco em sua conformação geral, é possível avaliar que ele é uma pessoa que almeja alcançar algumas condições que atualmente ainda não se fazem presentes em sua vida. Ele deseja voltar a estudar, embora ainda não tenha tomado providências para que tal desejo seja concretizado. Ou seja, depois que abandonou os estudos ainda na década de 1990, não conseguiu retomar essa possibilidade. Talvez lhe falte iniciativa e apoios para iniciar esta empreitada, visto que no município existe o Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) o qual poderia frequentar.

Refletindo sobre a história destas três pessoas e sobre o acesso que tiveram aos cuidados em saúde mental, sejam eles, tradicionais ou mais afinados com a estratégia atenção psicossocial, é possível avaliar que dentre eles, Beija-Flor e Tuco são os que apresentam mais restrições em termos de independência e participação social.

Beija-Flor parece estar preso em uma lógica da enfermidade. Por conta disso, evita tudo o quanto pode: fazer pequenos trabalhos, caminhar, participar socialmente (circular pelos lugares públicos, ir a igreja, festas, reuniões comemorativas, entre outros). E quando sai, tem a necessidade de retornar para casa rapidamente. Atualmente sua casa é seu porto seguro. Prefere ficar recluso, pois sente “insegurança” em estar em lugares onde estejam várias pessoas reunidas. Possivelmente Beija-Flor necessite retomar a capacidade de estabelecer trocas sociais. Parece também estar preso também na lógica da interdição. Afirma que o benefício lhe deu “mais segurança”. Porém, baseado em sua fisionomia e na forma de conversar, seu padrinho que o conhece há sete anos não acredita “que ele teve uma melhora”. Pensa “que ele já esteve melhor [...] que já havia visto ele melhor, conversando, brincando, ele estava trabalhando, de vez em quando ele fazia algum servicinho [porém] agora parece que ele está mais fechado [...] quando ele está melhor ele conversa mais.” Enquanto sua curadora, a mãe administra seu tempo, suas vontades, seus horários e, praticamente, toma todas as decisões que dizem respeito a ele. Sua independência é algo quase inexistente, além de lhe faltarem condições para que possa desenvolver recursos potencializadores de novas configurações em sua vida familiar e social, como começaram a ser desenvolvidas quando da sua participação no Grupo *Bem-Me-Quer*. Se tais recursos fossem trabalhados, talvez a interdição não seria um problema como atualmente provavelmente é. Nesse caso, percebe-se que por trás da aparência de alguém que não consegue decidir por si mesmo sobre suas vontades e gostos, Beija-Flor tem raciocínio crítico sobre o que acontece em seu *em torno*, alguém que sabe avaliar as questões presentes em seu cotidiano. Mas, por conta da dependência financeira e emocional da mãe, de estar preso no rótulo da doença, ele apenas obedece calado. Lembro-me que em muitas das atividades do *Grupo* as quais exigiam juízo crítico e capacidade de escolha em situações de impasses ele demonstrava essas características ou condições mesmo que, muitas vezes, evitasse colocar sua opinião. Quando solicitado a verbalizar o que sentia ou opinar sobre algo, inicialmente se recusava alegando que não saberia o que dizer a respeito e até que sua opinião não contaria, visto que não seria importante. Porém, quando incentivado a se manifestar ele sempre emitia respostas que surpreendiam a todos pela sensatez, sensibilidade e pela criticidade.

Por sua vez, com a perspectiva de melhoria financeira, Tuco expressa vontade de voltar a trabalhar, visto que desde que passou a ter crises não conseguiu mais retornar ao trabalho de ajudante geral que tinha em uma usina de cana-de-açúcar em um município vizinho. Porém, como não vê possibilidades de encontrar outro trabalho, nutre expectativas de conseguir um benefício do INSS para que possa melhorar a renda familiar. Destarte, esse

processo esbarra em questões que vão além de suas vontades, como a morosidade do sistema previdenciário e as regras que vigoram para a concessão do benefício. Enquanto espera, ele se mantém recluso em relação a vida social. Em casa, com os familiares ele se sente bem. A família o apóia em suas dificuldades e no meio familiar ele tem o *status* de possuir habilidades que os outros membros da família não possuem: a leitura e a escrita. Sendo assim, é requisitado quando há necessidade de decifrar o “enigma das letras” em bulas de remédio, receitas culinárias, leitura da bíblia para os familiares ou qualquer outro tipo de informação escrita que adentre a sua casa. Nesse aspecto, ele se sente bastante prestigiado e divide esse saber com a família. Quanto ao acesso à convivência social, este se encontra diminuído. O único local público freqüentado atualmente por Tuco é a igreja, local para onde ele vai “de vez em quando.”

Pensando em algumas possibilidades para Beija-Flor e Tuco, me reporto ao conceito de reabilitação de psicossocial através do qual se busca “[...] o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade (PITTA, 2010, p. 09). Para Saraceno (2010, p. 16) o conceito de contratualidade é fundamental para a reflexão sobre o processo de reabilitação. Esta consiste em um percurso que vai da desabilitação até a habilitação desencadeada por “[...] 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.”

Porém, esse processo não é possível de ser empreendido por este ou aquele segmento isoladamente, haja vista que não é uma técnica, mas uma “estratégia global” que carece de “[...] um concerto dos distintos protagonistas da sociedade e da comunidade de profissionais”. Um processo que envolve a participação de profissionais, além de “[...] todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira.” (SARACENO, 2010, p. 14).

Uma das grandes possibilidades de desenvolver essa “contratualidade” foi iniciada com a sua participação no Grupo *Bem-Me-Quer*. Mas, por ora o *Grupo* não existe mais. O Projeto de Extensão foi encerrado e a visibilidade que eles haviam conquistado enquanto usuários do serviço com sua participação no *Grupo* diminuiu sensivelmente. O modelo hegemônico que privilegia a internação como principal recurso terapêutico, ainda é vigoroso, mesmo que a atual legislação recomende outra forma de cuidar, como apregoada no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o qual estabelece que os serviços devem ser construídos a partir de “práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e *busquem superar a relação de tutela e as*

*possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação.*” (BRASIL, 2002, p. 24, grifo meu).

Como esse processo está apenas em fase de gestação, quiçá eles consigam manter-se estável psiquicamente, pois atualmente os apoios são descontínuos e a rede de saúde enquanto “construção coletiva” constituída e sustentada “mediante o estabelecimento de parcerias entre sujeitos individuais e coletivos” (JUNQUEIRA, 2004, p. 30) está com seus pontos de cruzamento parcialmente incompletos. Atualmente carece de elos que possam sustentar situações mais críticas.

Dessa forma, estes e tantos outros participantes do Projeto de Extensão e do Grupo *Bem-Me-Quer* carecem de apoios para reabilitar-se socialmente para que vejam aumentada sua capacidade de estabelecer “contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.” (PITTA, 2010, p. 09). Para tanto, há a necessidade de apoios para que eles retomem essa jornada.

Tais apoios devem estar na pauta das diversas políticas públicas que têm em seus protocolos de atendimento a perspectiva da construção da rede de atenção psicossocial como meio de reduzir as desvantagens sociais e promover a criação de oportunidades concretas de acessos aos serviços e aos espaços de convivência coletiva. Nesse sentido, parafraseando o célebre João Guimarães Rosa em *Grande Sertão: Veredas* (1986)<sup>78</sup> é possível afirmar que Tuco, Beija-Flor, Cristina, assim como tantos outros usuários dos serviços de saúde mental, precisam viver o *etcétera*...

---

<sup>78</sup> 1ª edição publicada em 1956.



FIGURAS 11 e 12 – Cenas  
GRUPO *BEM-ME-QUER* – arquivo pessoal

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...]

E, por favor, não achem natural,  
O que acontece e torna a acontecer.  
Não se deve achar que nada é natural!  
Para que imutável não se considere.

Bertold Brecht, 1990.

Ao empreender este estudo tive como meta principal desvelar dificuldades e possibilidades de construção do modelo de atenção em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, a partir de uma experiência desenvolvida na Atenção Básica em saúde no município de Itambé, localizado na região norte do Estado do Paraná. Esta experiência é resultado do desenvolvimento do Projeto de Extensão intitulado *Formação do psicólogo para atuar em um serviço substitutivo (aos hospícios) de atenção à saúde mental*, desenvolvida entre 2006 e 2008 no referido município.

Ao final desta empreitada é possível afirmar que, em linhas gerais, esta experiência mostrou-se exitosa por possibilitar o contato com desafios inerentes ao processo de se tentar construir o novo, perante o que está instituído gerando tensões e provocações em termos de conflitos entre conceitos e práticas correntes, bem como o entusiasmo de enxergar novas possibilidades e poder concretizá-las, mesmo que não de forma plena.

Nesse sentido, a partir de revisão da literatura produzida a respeito do tema e de reflexão sobre as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão - objeto de análise deste estudo - foi possível construir uma narrativa apontando questões pertinentes ao processo de pensar e repensar a prática e elaborar análises que possam ser geradoras de questionamentos sobre formas arraigadas de atuação e criação de possibilidades de inovação/invenção de novas práticas. Tais análises se colocam como subsídios para a construção de novos olhares sobre esta questão no intuito de oferecer uma contribuição ao processo de constituição de uma rede de atenção psicossocial voltada à produção de cuidado e de vida àquele que sofre psiquicamente.

A participação no Projeto de Extensão trouxe questionamentos sobre o que muitas vezes é considerado natural e a constatação de que somente com a participação crítica e ativa frente às demandas de nosso tempo histórico é que podemos confirmar a legitimidade de alguns conceitos, bem como rever outros, perpetuando ou questionando saberes



historicamente construídos e muitas vezes tidos como imutáveis. Nesse sentido, a convivência de alguns anos com pessoas em sofrimento psíquico em seu esforço contínuo para produzir suas vidas, acrescida do estudo e da crítica sobre o contexto histórico da construção das práticas que são criadas e desenvolvidas enquanto estratégias para lidar com as diversas formas de sofrimento foi fundamental para que, baseados no “otimismo da prática” (BASAGLIA, 1979), eu e os demais participantes desta experiência pudéssemos exercitar a premissa de que a reforma psiquiátrica se coloca, de fato, como um “processo civilizador” (YASUI, 2010).

A proximidade com os usuários que fizeram parte da experiência do Projeto de Extensão e, principalmente, com aqueles que foram alguns dos protagonistas deste enredo por terem sido tomados como ilustração de tal experiência, acrescida de seus depoimentos e daqueles com quem estes mantém relações próximas, seja pela via do vínculo familiar, da convivência comunitária ou do cuidado em saúde, me permitem tecer algumas reflexões a respeito do que expressam em suas falas, sobre o que vivenciam em seu cotidiano e, em decorrência disso, sobre como concebem suas vidas e a vida daqueles com quem estabelecem contatos e trocas sociais. Tendo em mente que as ideias de alguns homens em particular na verdade é resultado de produções coletivas (ENGELS *apud* FERNANDES, 1983), é possível afirmar que a partir de tais fragmentos pode-se compreender como a sociedade como um todo vivencia e expressa o que se pensa a respeito de tais questões. Desta perspectiva, as dificuldades que são colocadas como obstáculos por este ou aquele sujeito em particular no que tange à concepção sobre atenção ou assistência em saúde mental não são contingências que vão além das vontades de cada ser em si, mas questões resultantes das práticas concretas que os homens construíram/constroem ao longo de sua história para lidar com as questões advindas de uma condição humana tão antiga quanto tão pouco desvelada: o sofrimento psíquico.

Nesse sentido, as práticas dos homens vão delineando conceitos e formas de conceber e lidar com o sofrimento psíquico ao longo da história da humanidade. Na atualidade muitas destas práticas são tidas como anacrônicas ou tomadas enquanto tal por alguns segmentos da sociedade que não as aceitam como naturais, como é o caso do atendimento “de forma asilar e carcerária” (BOARINI, 2011, p. 134). Porém, como ainda mantém certa hegemonia sobre o pensamento de uma coletividade, tais práticas continuam a ser legitimadas e, por conseguinte, reproduzidas.

A experiência de ter sido internado em diversas instituições asilares faz parte da vida de muitos dos usuários que participavam do Grupo *Bem-Me-Quer*, inclusive dos três usuários

que fizeram parte deste estudo. No caso de Tuco e Beija-Flor essa experiência foi vivenciada em hospitais psiquiátricos localizados na região onde moram e em épocas relativamente atuais. Em relação a Cristina, além de ter sido internada por diversas vezes em uma instituição próxima à cidade onde atualmente reside, ela também vivenciou experiências de internações em instituições totais nas cidades de Recife-PE e João Pessoa-PB entre as décadas de 1970 e 1980. Em que pese afirmar que tais internações representaram experiências “terríveis” para ela, seus relatos deixam ver o que Amarante (2008) de modo incisivo pontuou, ao afirmar que a realidade da instituição manicomial “[...] é extremamente dramática para permitir a ilusão de que a solução esteja restrita, tão-somente, a uma resposta técnica [haja vista que] não parece haver soluções de cunho exclusivamente científico para pessoas relegadas à violência institucional psiquiátrica [...]” (AMARANTE, 2008, p. 73).

Discorrendo sobre o hospital psiquiátrico como uma das “instituições da violência” Basaglia (1985) descreve que o que está em jogo são as relações de poder e não-poder onde o doente mental, desprovido de qualquer poder de contratualidade, é subjugado por um sistema de regras denominado por ele de “violência técnica” exercida por técnicos cuja tarefa

[...] definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas (BASAGLIA, 1985, p. 102, grifos do autor).

Concordando com Basaglia, Amarante (2008) identifica a função dos técnicos das instituições totais ao que Sartre denominou de executores dos “crimes da paz”, onde vários tipos de violência são praticados por estes profissionais sob pretexto terapêutico. Nesse caso, cada um dos participantes deste estudo tem um ou mais relatos de situações onde estiveram expostos a violências de várias ordens, desde aquela imposta pelo isolamento e a falta de diálogo (Tuco), ao fato de ter levado um “pescoço” do enfermeiro (Beija-Flor) até a situação de ter sido agredida fisicamente, não poder receber visita dos familiares, não ter sido dado crédito ao que disse, de ter sido obrigada a permanecer sem roupas durante o confinamento ou ter sido orientada a usar a água do vaso sanitário para ingerir a medicação (Cristina).

Assim, diferentemente do Projeto de Lei n. 3.657/89 que tinha verdadeiramente um caráter antimanicomial, posto que proibia as internações em instituições com características asilares, a Lei 10.216/2001 aprovada a partir dele permite esse tipo de internação desde que a instituição possa “[...] oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”. Nesse caso, somente pelo fato de ainda existirem, as instituições manicomiais são

alternativas ou até mesmo a primeira escolha para internação não só por estar arraigado no imaginário popular que “lugar de louco é no hospício”, mas também porque há uma legislação que respalda e legitima sua existência.

Em relação à assistência prestada pelos profissionais que compõem a rede assistencial em saúde mental do município de Itambé, a experiência em questão permite considerar que, pelo lado desses profissionais da área da saúde cujo trabalho foi citado pelos participantes da pesquisa ou que fizeram parte dela diretamente (um dos Agentes Comunitários de Saúde e a gestora do Departamento Municipal de Saúde), estes profissionais expressam a necessidade de melhorar o atendimento em saúde mental prestado à população. Entre os fatores destacados pela gestora como dificuldades para prestar um trabalho de qualidade estão a falta de profissionais e de tempo para refletir em equipe sobre as ações realizadas e para estabelecer o planejamento de outras. Segundo ela trabalha-se, prioritariamente, na lógica do modelo médico centrado na consulta ou no encaminhamento a especialista e na prescrição de medicação sem acompanhamento contínuo ou caso a caso. Sobre tais planos da gestora de ampliar a equipe, de estabelecer protocolos para discussão conjunta e oferecer um acompanhamento mais contínuo aos usuários, é possível afirmar que parte dele decorre de necessidades que foram evidenciadas com a experiência iniciada no Projeto de Extensão, visto que a assistência em saúde mental de forma contínua e fora da situação de crise passou a ser algo a ser almejado pela maioria dos profissionais das equipes de saúde. Tal experiência, portanto, fez com que necessidades fossem criadas e que o cuidado contínuo passasse a ser algo visível e considerado como possível e necessário.

Refletindo sobre o trabalho em saúde, Zambenedetti (2009) afirma que este inclui um fato subjetivo relacionado à implicação do trabalhador com as diretrizes do processo de trabalho. No cotidiano do serviço tal questão se expressa nos desafios da atuação e, no caso da figura do gestor, isso é atrelado à vontade política. Sendo assim, é possível afirmar que a prática construída com a experiência introduzida pelo Projeto de Extensão acarretou mudanças na forma de pensar o processo de trabalho dos profissionais. Inclusive, recentemente o município - que ainda tem como gestora do Departamento Municipal de Saúde a mesma profissional, embora tenha havido mudança de gestão política em 2009 - contratou recentemente os serviços de um médico psiquiatra que vai ao município (mensalmente) prestar atendimento em saúde mental evitando que as pessoas só tenham acesso a este profissional por meio do consórcio de saúde localizado na cidade de Maringá. Nessa oportunidade de proximidade deste profissional com as equipes de PSF da Unidade de Saúde há discussão e rediscussão de casos e definição de projetos terapêuticos individuais.

Mesmo que seja possível constatar mudanças na forma de atender as questões que envolvem os cuidados de saúde mental, seria precipitado de minha parte afirmar que há consenso entre todos os profissionais que a assistência a ser prestada deva ser pautada em uma lógica do cuidado e fora da situação de crise, ou mesmo através da articulação com outras políticas e pela busca de outros recursos presentes na comunidade (cultura, esporte, lazer etc). Instituir esta nova forma de cuidado certamente passa por questões que vão desde a formação profissional voltada à perspectiva do novo modelo de atenção como também por mudanças paradigmáticas que abarquem uma ressignificação da loucura ou o estabelecimento de outro lugar social para esta condição humana.

Outra mudança importante iniciada nesse período e ainda em processo de construção é a participação da família. Esta passou a ser cada vez mais solicitada pelos profissionais a participar ativamente como co-autora do estabelecimento do cuidado, ou seja, enquanto colaboradora no processo de avaliação e programação do projeto terapêutico. Tal questão atualmente é tomada como facilitadora da “construção de vínculo e de redes de apoio familiares e sociais.” (TESSER; TEIXEIRA, 2011, p. 87). Outro “parceiro” que está atuando de forma mais ativa junto a esta clientela e suas famílias e que tem papel fundamental e estratégico no novo modelo de atenção é o Agente Comunitário de Saúde. Estes profissionais são os elos entre o serviço e o usuário e/ou sua família, como bem assinalou a ACS entrevistada ao referir-se a si própria como uma espécie de “ligamento” entre o serviço e as famílias.

Porém, algo que ainda não foi conquistado e que poderia fazer diferença enquanto recurso da rede de atenção seria a criação de uma associação de familiares das pessoas em sofrimento psíquico. Em alguns municípios esta associação está instituída e produz efeitos como garantia de acessos, tanto na questão da qualidade da assistência prestada, quanto no campo sociocultural ou na forma como a sociedade concebe e considera a pessoa em sofrimento psíquico.

Outro fato a ser destacado enquanto resultado das ações empreendidas no Projeto de Extensão diz respeito ao número de internações psiquiátricas. À medida que foi sendo aumentada a formação de vínculos e de responsabilização pelo cuidado entre os usuários, seus familiares e as equipes de saúdes, diminuíram consideravelmente os encaminhamentos para internações psiquiátricas assim como foram construídas novas possibilidades de acompanhamento fora do período de crise e mesmo durante ele. Esta ocorrência menor em termos de internações psiquiátricas foi constatada na prática durante os anos 2006 (05 pessoas), 2007 (05 pessoas), 2008 (03 pessoas) e 2009 (nenhuma pessoa) e também por meio

de dados estatísticos fornecidos pelo hospital psiquiátrico de referência para o município<sup>79</sup>. Nos dois últimos anos (2010, 2011) esse número voltou a crescer, sendo 08 pessoas internadas em 2010 e 06 pessoas em 2011.

Em termos da Política Nacional de Saúde Mental o serviço de referência para o município é a Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá. Porém, como este serviço é referência para 1,2 milhões de moradores de 67 municípios as vagas são escassas e a imensa maioria dos usuários encaminhados é transferida para o Hospital Psiquiátrico de Maringá, também situado no município de Maringá. Outra constatação é que nos últimos anos a maioria dos encaminhamentos ao Serviço de Emergência Psiquiátrica é realizada nos finais de semana ou feriados e feitos pelos médicos plantonistas que atendem no hospital municipal os quais, geralmente, não tendo vínculos prévios com os usuários e os profissionais da Unidade de Saúde (PSF), muitas vezes tem a internação como primeira conduta frente a uma situação de crise.

Nesse sentido, embora a Política Nacional de Saúde Mental seja uma realidade enquanto política de Estado, conquistada ao longo de décadas de lutas e reivindicações *por uma sociedade sem manicômios* a atenção à saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial ainda é um grande desafio. Este desafio é relatado em vasta literatura sobre o tema e vivenciado em forma de lacunas existentes entre o que é proposto enquanto diretrizes e o que se observa na prática ou na realidade concreta dos serviços, inclusive no município de Itambé.

Sobre esta questão, é possível afirmar que é consenso entre os teóricos que defendem os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira que quando a rede de serviços de atenção psicossocial não está completa ou quando ocorre confusão sobre a ideia do que seja trabalho em rede que, na maioria das vezes, é entendida como sistema ou estrutura de serviços existentes lado a lado, cada profissional vai encaminhando os casos que atende e para os quais não tenha uma solução. Nessa atitude de encaminhamento este profissional vai se desresponsabilizando da assistência que lhe foi solicitada. Esta ideia está mais atrelada ao conceito de ter diversas estruturas ou serviços funcionando paralelamente e menos à perspectiva de um trabalho em rede ou de funcionar em rede, articulando os recursos de forma compartilhada.

No município de Itambé assim como em grande parte dos municípios brasileiros a rede de atenção em saúde mental não está completa. Neste, tal como em milhares de outros

---

<sup>79</sup> O hospital só dispunha de dados de 2008 em diante. Os dados dos anos 2006 e 2007 fazem parte dos registros do Projeto de Extensão.

municípios não há, por exemplo, serviços habilitados para atender a crise (CAPS III ou leitos psiquiátricos em hospitais gerais). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, p. 04) um dos principais desafios com relação à expansão dos serviços é a oferta “de serviços de atenção 24 horas.” Ademais, os profissionais responsáveis pela atenção intensiva ou hospitalização geralmente não aceitam o desafio de atender o paciente em crise internando-o no hospital geral do município, visto que neste município não há leitos psiquiátricos como apregoa a Portaria 224/92 (BRASIL, 2005a). Assim, na iminência de uma crise ou diante dela muitas vezes a pessoa em sofrimento psíquico é encaminhada aos serviços de referência e os profissionais do município “perdem o fio da meada” da assistência e só passam a implicar-se com este usuário novamente quando o mesmo recebe alta do serviço para o qual foi referenciado, ou seja, o Serviço de Emergência Psiquiátrica do município de Maringá ou o Hospital Psiquiátrico de Maringá.

Nesta perspectiva, para que se possa afirmar a existência de um trabalho em rede é preciso que esta “não seja apenas complementar ao hospital psiquiátrico”, mas de fato, substitutiva a ele, de acordo com o “modelo desinstitucionalizante” que supere os níveis hierárquicos do SUS (atenção primária, secundária e terciária) preconizados para a saúde física, haja vista que a doença mental não respeita essa hierarquização e carece de serviços que incorporem “em suas ações todos os graus de complexidade.” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 146).

Porém, quais as condições necessárias para se possa prestar atendimento em rede em um município de pequeno porte, como é o caso de Itambé? Como atuar de forma a antecipar uma situação de crise? E diante desta, como agir no nível da Atenção Básica? Como prover o acompanhamento contínuo à pessoa em sofrimento psíquico? Como realizar um trabalho intersetorial, como apregoadado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental? Certamente, as respostas têm de ser construídas pelos atores presentes em cada processo, em cada município e de acordo com as realidades locais.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (2004, p. 37) a ideia do trabalho em rede pressupõe uma atuação conjunta entre diversos serviços de maneira que, ao mesmo tempo, haja uma “dimensão individual do trabalho em saúde” pela qual é produzido um “processo relacional de um usuário com um trabalhador”. Nesse caso, enquanto a atuação conjunta possibilita a potencialização de recursos que possam promover acessos a assistência necessária, o encontro entre um trabalhador e um usuário

[...] opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos

vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista” de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004, p. 38).

Para estes autores, as dificuldades de implantação do novo modelo assistencial existem em função de que não se trata apenas de abrir novos serviços ou modificar a característica de atendimento dos já existentes, mas de atuar sob outra lógica, na perspectiva de angariar apoios e adesões capazes de oferecer mais do que tecnologias pautadas em conhecimento técnico solidificado e, por vezes, já questionadas, mas construir práticas apoiadas em tecnologias leves (MERHY, 2007).

Dessa forma, não se trata de negar a existência e a complexidade do sofrimento psíquico e nem tampouco de romantizá-lo, mas de incluir formas de atenção pautadas no paradigma do cuidado. No modelo hospitalocêntrico/manicomial se lida com a doença e não com a pessoa. Quem encaminha para as longas internações ainda crê na ideia pineliana de que o isolamento é terapêutico. Nessa nova lógica não se trata de insistir em velhas práticas (isolar, trancar, segregar) e nem atuar de acordo com a perspectiva da psiquiatria preventiva americana, mas iniciar o exercício de construir o novo e ter a liberdade como o que, realmente, seja terapêutico.

Nesse sentido, neste pequeno município, impulsionado e amparado no Projeto de Extensão no período de sua vigência foram desenvolvidas ações voltadas ao cuidado de cada um e ao mesmo tempo de todos. A formação do *Grupo* pode possibilitar o *encontro* entre pessoas que traziam histórias de vida parecidas por estarem marcadas pelo rótulo da doença e, ao mesmo tempo diferentes, por demonstrarem formas e modos específicos de lidar com as especificidades advindas desta condição. O acompanhamento contínuo possibilitou a formação de vínculos de confiança e de apoio em momentos de fragilidade psíquica. A grande premissa dessa forma de atuação é que, tomando para si a sua *existência-sofrimento*, a pessoa em sofrimento psíquico pode buscar meios e apoios para lidar com tal condição sem ser excluída e destituída de seu direito de “ir e vir”.

Outro importante fator produzido pela experiência do Projeto de Extensão que por si só já justificaria a afirmação de êxito do mesmo, diz respeito à participação dos estagiários do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. Atualmente, dentre os treze participantes do Projeto de Extensão, oito deles trabalham na área da saúde pública e fazem contato comigo frequentemente (via internet) relatando suas atividades atuais neste setor (dificuldades e possibilidades) e afirmam que o Projeto de Extensão lhes ofereceu importantes

subsídios para atuação. Subsídios estes, principalmente voltados à desmistificação da loucura, de perda do medo de estar com pessoas em sofrimento psíquico e do desenvolvimento de um “outro olhar” frente a estas pessoas, ou um olhar de não-preconceito, além do estabelecimento de práticas menos tecnicistas e mais comprometidas com o cuidado humanizado. Certamente o trabalho ativo e contínuo com a pessoa em sofrimento psíquico, sua família e a comunidade em geral se constituiu como um dos mais importantes passos para essa “tomada de consciência” por parte dos estagiários.

Outra importante constatação foi que, a partir de ações intersetoriais desenvolvidas entre saúde, educação, assistência social, justiça, dentre outros segmentos das políticas públicas, houve maiores facilidades para alcançar resultados, tais como: formação de vínculos e conquista de direitos, maior participação dos usuários na comunidade, visibilidade social etc. Nesse sentido, foram criadas possibilidades de acesso a lugares e serviços como elementos propulsores de participação social.

A despeito das dificuldades encontradas, tais como: falta de veículos para visitas, equipe de PSF incompleta em alguns períodos, ausência de diálogo entre alguns profissionais (médicos psiquiatras com a equipe local, por exemplo), pelo percurso transcorrido é possível afirmar que efetivar experiências que pretendem se pautar em princípios de reorientação do modelo de serviços existentes em saúde mental é algo deveras instigante. Além de ser, no mínimo, um grande desafio. É possível afirmar também que a Atenção Básica deve estar na centralidade do trabalho em saúde mental e que para que isso seja levado a cabo, faz-se necessário um trabalho que seja coletivo e tecido no cotidiano, visto que os homens mudam suas concepções sobre a loucura e sobre o processo saúde/doença mental quando estão envolvidos diretamente com a questão e tem a possibilidade de refletir sobre as práticas que estabelecem para lidar com esta condição humana.

Nesta perspectiva, essa forma de “[...] fazer saúde num determinado local, com uma determinada história de inserção de serviços de saúde e em um determinado tempo histórico com seus protagonistas singulares” (BRAGA CAMPOS, 2000, p. 67) faz parte do desafio de construir o novo, de instaurar algo que possa vir a superar o que está em crise, o que não atende mais às necessidades dos homens de uma determinada época em um determinado lugar.

Ao produzirem produtos, os homens produzem também relações sociais de acordo com as suas forças produtivas. Ao produzirem relações sociais, os homens produzem as idéias, as categorias, ou seja, a expressão abstrata, ideal, dessas mesmas relações sociais (FERNANDES, 1984). Sendo assim, o que nos move e não deixa expirar a esperança em



outras formas de pensar é ter a certeza de que os homens constroem e reconstróem suas vidas. E, nesse processo vão reproduzindo “velhas” ideias, mas também criando “novas” práticas.

Nesse sentido, uma efetiva mudança no modelo assistencial em saúde mental no município de Itambé assim como em demais municípios brasileiros só se efetivará quando os homens de um determinado momento histórico passarem a construir coletivamente uma outra lógica de cuidado que possa produzir novas concepções sobre a loucura ou sobre o adoecimento psíquico. Indicativos dessa possibilidade já nos foram dadas por grandes sábios que a humanidade produziu ao nos apontarem que os homens sempre vão se modificando ao criarem novas condições de vida e, com elas, vão fundando novas ideias e novos valores.

Encerrando esta narrativa aspiro resgatar o que disse um destes grandes sábios e, para tanto, recorro novamente ao célebre João Guimarães Rosa o qual em *Grande Sertão: Veredas* (1956/1986, p. 25-26) fazendo uma acepção à vida, declara: “O senhor... Mire, veja: 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. Verdade maior. É o que a vida me ensinou”.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. G.; MORAES, B. M.; BARROSO, C. M. C.; BARROS, M. M. M. de; SAMPAIO, J. J. C. Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 117-133.
- ALZUGARAY, P. Louca maracutaia. *Revista Istoé*, São Paulo, n. 1294, p. 35-36, 20 jul. 1994.
- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e Cérebro*. n. 164, p. 1-5, set. 2006. Disponível em <[http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios\\_imprimir...](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir...)>. Acesso em: 29 abr. 2009.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 3. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4. ed. Washington, D.C: APA, 1994.
- ARCO E FLEXA, R. Marcas de insanidade. *Revista Problemas brasileiros*, São Paulo, n. 328, jul./ago., 1998. Disponível em <[http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas\\_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao\\_Id=28&breadcrumb=1&Artigo\\_ID=77&IDCategoria=351&reftype=1](http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=28&breadcrumb=1&Artigo_ID=77&IDCategoria=351&reftype=1)>. Acesso em: 13 jul. 2010.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ASSIS, J. M. M. de *O alienista*. São Paulo: Scipione, 1990.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J. Bras. psiquiatr*, UFRJ, RJ, v.40, n.7, p. 355-360, ago. 1991. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nexAction=lnk&exprSearch=198014&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 out. 2010.
- BARBOSA, R. M. Uma instituição modelar. O Hospício do Juquery. *São Paulo em Perspectiva*, SP, v. 6, n. 4, p. 92-103, out./dez., 1992. Disponível em <[http://www.seade.sp.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04\\_13.pdf](http://www.seade.sp.gov.br/produtos/spp/v06n04/v06n04_13.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2010.

BARRETO, A. H. de L. *O cemitério dos vivos*. Memórias. 2. ed. Editora Brasiliense: São Paulo, 1961.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.) *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo, FUNDAP/Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. de; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, p. 815-819, 2007. Edição Especial. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspe12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspe12.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2010.

BASAGLIA, F. *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; Loucura XXI, 2005.

BEZERRA JR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf)>. Acesso em: 5 dez. 2010.

BEZERRA JR., B. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 4598-4600, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 24 dez. 2011.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. D. de C. (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 41-72. Disponível em: <<http://jfreirecosta.sites.uol.com.br>>. Acesso em: 10 set. 2010.

BOARINI, M. L. *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003.

BOARINI, M. L. *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Dental Press, 2006.

BOARINI, M. L. A reforma psiquiátrica e as andorinhas. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, Niterói, v. 19 - n. 2, p. 369-380, jul./dez. 2007a.

BOARINI, M. L. *Relatório anual do processo n. 0204/06-PRE*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2007b.

BOARINI, M. L. *Relatório anual do processo n. 0204/06-PRE*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2008.

BOARINI, M. L. A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 28-50, abr. 2009.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. O psicólogo na Atenção Básica à Saúde: *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, n. 3, p. 602-613, jul./set., 2009.

BOARINI, M. L. *Formação do psicólogo para atuar em um serviço substitutivo (aos hospícios) de atenção à saúde mental*. Maringá, 2010. Relatório apresentado à Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Psicologia referente ao projeto de extensão desenvolvido no período de 2006 a 2009.

BOARINI, M. L. Atenção à saúde mental: um outro olhar. In: BOARINI, M. L. (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. 2. ed. Maringá: Eduem, 2011, p. 127-143.

BRAGA CAMPOS, F. C. B. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese (Doutorado)-Unicamp, Campinas, SP, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em 16 ago. 2010.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. *Lei 8742, de 07 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências, Brasília-DF, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2010.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. *Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Resolução 196/96 – CNS. Brasília, DF: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10.216, Legislação Federal, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id)>. Acesso em: 12 abr. 2009.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica, n. 01/03. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf) - Similares>. Acesso em: 12 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental. In: *Legislação em Saúde Mental*. 2. ed., 1999-2004. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, nov., 2005b. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../relatorio_15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/.../politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/.../politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2009.

BRASIL MELHOROU a atenção a pacientes com distúrbios mentais, diz revista. *Agência BBC Brasil*, 04/09/2007. Disponível em

<<http://www1.folha.uol.com.br/folha/bbc/ult272u325614.shtml>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

BRASIL. Saúde mental no SUS. *Informativo da Saúde Mental*. MS/DAPES/ Coordenação Geral de Saúde Mental. Ano 7, n. 29, jul./dez. 2009, Brasília, DF, 2009a. Disponível em

<[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10953](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10953)>. Acesso em: 21 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009*. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2009b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html)>. Acesso em 14 de jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.629, de 28 de outubro de 2009*. Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2009c. Disponível em:

<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/.../2009/iels.../U\\_PT-MS-GM-2629\\_281009.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/.../2009/iels.../U_PT-MS-GM-2629_281009.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. 4., 2010. *Temário Oficial: ementas dos eixos e sub-eixos elaborados pela comissão organizadora*. Versão preliminar I. 46p. Fechado em 30 de março de 2010a. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* 7. ano 5, n. 7. Edição Especial. Informativo eletrônico. Brasília, DF, junho de 2010b. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.841 de 20 de setembro de 2010*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Brasília, DF, 2010c. Disponível em:

<[portal.saude.gov.br/.../portaria2841\\_20092010\\_caps\\_ad\\_iii.pdf](http://portal.saude.gov.br/.../portaria2841_20092010_caps_ad_iii.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.842 de 20 de setembro de 2010*. Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad. Brasília, DF, 2010d. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2842\\_24092010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2842_24092010.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.843 de 20 de setembro de 2010*. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2010e. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2843\\_24092010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2843_24092010.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2010.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010f, 210 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 8*, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, DF, 2011a. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em: 02 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 9*, Ano VI, nº 9, julho de 2011. Brasília, DF, 2011b. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 21p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em: 29 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. BRASÍLIA, DF, 2011c. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 28 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111278-3090.html>. Acesso em: 28 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 2011e. Disponível em: [http://www.fiscolex.com.br/doc\\_22765957\\_PORTARIA\\_N\\_3089\\_DE\\_23\\_DE\\_DEZEMBRO\\_DE\\_2011.aspx](http://www.fiscolex.com.br/doc_22765957_PORTARIA_N_3089_DE_23_DE_DEZEMBRO_DE_2011.aspx). Acesso em: 28 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011*. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111286-3099.html>. Acesso em: 28 dez. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*- DOU de 11/01/2002, s/d. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>>. Acesso em nov. 2011.

BRITTO, R. C. *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01*. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. / (Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública). Rio de Janeiro: s.n., 2004.

BUSS, P. M. Posfácio. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 265-269.

CALDAS, M. O congresso de hygiene mental a e eugenia. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, ano 3, n. 2, p. 35-36, fev. 1930.

CAMPOS, G. W. de S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CARTA DE BAURU. *II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*. Bauru, dezembro de 1987. Disponível em: [http://www.direitos.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4290&Itemid=2](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=4290&Itemid=2)>. Acesso em: 05 jun. 2010.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Edições Graal Ltda, 1978.

CERQUEIRA, L. da R. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Livraria Atheneu - Rio de Janeiro. São Paulo, 1984.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública - Relatório Final*. Brasília, DF, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Conselho Federal de Psicologia. *Benefício de prestação continuada: não abra mão da sua cidadania*, 2007. Disponível em: <http://pol.org.br/publicacoes/materia.cfm?id=167&materia=1168>>. Acesso em: 13 ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Conselho Federal de Psicologia. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Por uma IV Conferência

Antimanicomial: contribuições dos usuários / *Conselho Federal de Psicologia*. – Brasília, DF: CFP, 2010. 46 p. Disponível em:  
<[http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/cartilhas/cartilhas\\_100412\\_001.html](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/cartilhas/cartilhas_100412_001.html)> Acesso em: 16 abr. 2010.

COSTA, C. M.; GABBAY, R.; SILVA, M. A. B. Oficinas: um fazer/conviver pedagógico. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.) *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008, p. 261-282.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. rev. e ampliada. – Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COSTA, N. do R. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Rio de Janeiro: Vozes. Abrasco, 1985.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, p. 13-44, 2003.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CUNHA, M. C. P. *O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

DAÚD JÚNIOR, N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: BOARINI, M. L. (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. 2. ed. Maringá: Eduem, 2011, p. 93-126.

DIAS, M. K.; ARAÚJO, L. U. A. de; FREITAS, E.; BIEGAS, M. de O. C. Formação de redes intermunicipais substitutivas em saúde mental: relato da experiência do Seridó Potiguar. In: In: BRAGA CAMPOS, F.; LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura 9*. Experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 73-89.

DIAS, M. K.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P. G. G. Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010, p.115-140.

DIAS, M. T. G. Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. *Revista Virtual Textos & Contextos*, UFSC, SC, n. 3, dez. 2004. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/985/765>>. Acesso: 2 mai. 2010.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

DIMENSTEIN, M.; BEZERRA, C. G. Alta-assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.



829-848, 2009. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a16v19n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a16v19n3.pdf)>. Acesso em 2 fev. 2010.

DIP, A. Cidade dos esquecidos. *Caros Amigos*, abril/2006. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAYsAJ/cidades-dos-esquecidos>>. Acesso: 07 ago. 2011.

ELIA, L. *Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental*. [texto na Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. [citado 2004 out. 12]. Disponível em: <[http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/responsabilidade\\_do\\_sujeito.pdf](http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/responsabilidade_do_sujeito.pdf)>. Acesso: 6 set. 2010.

ENCONTRO NACIONAL “vinte anos de luta por uma sociedade sem manicômios” Bauru-SP, 6, 7, 8 e 9 de dezembro/2007. Disponível em <<http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=apresentacao>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

FARACO, C. E.; MOURA, F. M. de. *Língua e literatura*. São Paulo: Ática, 1983.

FERNANDES, F. (Org.) – *Marx e Engels: história*. São Paulo: Editora Ática, 1983.

FERNANDES, M. I. A. (Org.) *Fim de século: ainda manicômios?* Organizado por Maria Inês Assumpção Fernandes, Ianni Régia Scarcelli e Eliane Silvia Costa – São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 37-54.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 55-124.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr., 2005. Disponível em <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/producao\\_imaginaria\\_da\\_demanda\\_tulio\\_franco\\_emerson\\_merhy.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emerson_merhy.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2010.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026)>. Acesso em: 12 fev. 2010.

GIL, A. C. *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas, 2009.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. [tradução. Dante Moreira Leite] –SP: Perspectiva, 2005. – (Debates; 91/dirigido por J. Guinsburg).

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 2 ed, 1996.

GONDRA, J. *Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial*. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

GRADELLA JUNIOR, O. G. Hospital psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. *Psicologia & Sociedade*. Abrapso, UFSC, SC, n. 14, v. 1, p. 87-102, jan./jun. 2002.

GUGEL, M. A. *Pessoa com Deficiência e o Direito ao Trabalho: Reserva de Cargos em Empresas, Emprego Apoiado*. Florianópolis: Editora Obra Jurídica, 2007.

HEIDRICH, A. V. *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre: BR-RS, 2007.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

HENNA, E. S.; ABREU, L. C. de; NETO, M. L. F.; REIS, A. O. A. Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. São Paulo, SP, v. 18, n. 1, p. 16-26, 2008. Disponível em: <[www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104)>. Acesso em: 9 mar. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Municípios de até vinte mil habitantes são maioria no Brasil*, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/municipios.html>>. Acesso em: 8 jan. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Primeiros dados do censo 2010. Dados Paraná*, 2010b. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=41](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=41)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

INTERDIÇÃO *judicial não é necessária*. Biblioteca digital do Senado Federal. Publicado em 10 de setembro de 2007. Edição 185. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/cidadania/Interdicao/interdicao.htm>>. Acesso em: 02 out. 2011.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil dos Municípios. *Perfil do Município de Itambé*. Fevereiro, 2010. Disponível em <[http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=86980&btOk=ok](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=86980&btOk=ok)>. Acesso em: 11 jan. 2011.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, USP, SP, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr., 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf) - Similares>. Acesso em: 2 out. 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile, p. 18- 21, Oct., 2005. Disponível em: <<http://www.otics.org/rio/subpav/promocao-da-saude/cpai/CPAI%20-%20Leituras%20interessantes/articulacoes-entre-o-servico-publico-e-o-cidadao/view>>. Acesso: 14 jan. 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. *Conferência Nacional de Saúde Online: uma proposta em construção*. 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm>>. Acesso em: 16 mai. 2010.

KINKER, F. S.; CIRILO, L. S.; CAMPOS, F. B.; ROBORTELLA, S.; MEDEIROS JÚNIOR, G. Desconstruindo mentalidades. In: BRAGA CAMPOS, F.; LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura 9*. Experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 11-47.

LANCETTI, A. *Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 2000.

LAPASSADE, G.; LOUREAU, R. *Chaves da sociologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LEVANTAMENTO de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba. *Flamas* (Fórum de luta antimanicomial de Sorocaba). Coordenação: prof. Dr. Marcos R. V. Garcia – UFSCAR/Sorocaba. Sorocaba, maio de 2011. Disponível em: <<http://flamasorocaba.wordpress.com/dossie-dos-manicomios/>>. Acesso em 10 out. 2011.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 4590-4602, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 24 dez. 2011.

LOPES, I. C. Centros de convivência e cooperativas: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: FERNANDES, M. I. A. (Org.) *Fim de século: ainda manicômios?* Organizado por Maria Inês Assumpção Fernandes, Ianni Régia Scarcelli e Eliane Silvia Costa – São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, p. 139-162.

LOUREAU, R. Uma técnica de análise das implicações: B. Malinowshi, Diário de etnógrafo (1914-1918). In: ALTOÉ, S. (Org.) *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. – São Paulo: HUCITEC, 2004, p. 259-283.

LUCHESE, R.; OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. Saúde Pública* [online]. Fiocruz, RJ, vol. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 2 fev. 2010.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, IMS-UERJ, RJ, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <[www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06U1T4.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T4.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2010.

LUZIO, C. A. *A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica*. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

LUZIO, C. A. Atenção psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: BOARINI, M. L. (Org.) *Desafios na atenção à saúde mental*. 2 ed. Maringá: Eduem, 2011, p. 145-174.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, Unesp, Botucatu, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200002)>. Acesso em: 7 jan. 2010.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63014112.pdf>>. Acesso em 12 set 2010.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan/mar., 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 5 jun. 2010.

MACHADO, M. de F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v.12, n. 2, p. 335-342, mar./abr., 2007. Disponível em: <http://homolog.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em 22 jun. 2011.

MAGALHÃES JR, H. M. Apresentação. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARINGÁ. *Protocolo da Atenção Básica*. Secretaria Municipal de Saúde. Maringá, 2004.

MARX, K. Prefácio à Contribuição à Crítica da Economia Política. In: FERNANDES, F. K. *Marx e F. Engels: História*. São Paulo: Ática, 1983.

MEDEIROS, J. A. de – Ulysses Pernambucano. *Coleção Pioneiros da Psicologia Brasileira*. Volume II. Rio de Janeiro: Imago, Conselho Federal de Psicologia. 2001.

MEDEIROS, S. M. de; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 3 p. 571-579, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300014)>. Acesso em: 16 jan. 2010.

MEMÓRIA *da loucura*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-geral de Documentação e Informação. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>>. Acesso em: 28 mai. 2010.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política: um estudo dos formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Segunda edição. São Paulo: Hucitec, 2004, 15-36.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

NAVARINI, V. HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, SC, v. 17, n. 4, p. 680-688, out./dez, 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf) - Similares>. Acesso em: 3 mar. 2010.

NICÁCIO, M. F. Da Instituição Negada à Instituição Inventada. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde em Debate* 28. *Série SaúdeLoucura 1*. Editora Hucitec Ltda, São Paulo, 2. ed., 2004, p. 91-108.

NUNES, E. D. Por uma arqueologia da medicina preventiva. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 103-108.

OLIVEIRA, A. G. B. de *Superando o manicômio?: desafios na construção da reforma psiquiátrica*. Co-autora: Neiry Primo Alessi. – Cuiabá: EdUFMT, 2005.

OLIVEIRA, E. *Ouvindo vozes: histórias do hospício e lendas do Encantado*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 5, p.1053-1062, mai, 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500018](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018)>. Acesso em: 7 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de

1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso: 10 out. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde. *Cuidados de saúde primários – agora mais que nunca*. Editor da versão Portuguesa Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Lisboa, 2008. Disponível em: <<http://www.rededesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/rms.pdf>>. Acesso em 30 de maio 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Washington D. C.; Genebra, 2001.

ORLANDO, E. *Louco passado*. Reforma psiquiátrica. Disponível em <[http://www.revistaviverbrasil.com.br/impresao.php?edicao\\_sessao\\_id=779](http://www.revistaviverbrasil.com.br/impresao.php?edicao_sessao_id=779)>. Acesso em: 3 jul. 2010.

PACIENTES vivem em situação precária no maior manicômio de Pernambuco. *Pernambuco Notícias*. Cidades. Denúncia. 24/09/2009. Disponível em: <<http://pe360graus.globo.com/noticias/cidades/denuncia/2009/09/24/NWS,498881,4,488,NOTICIAS,766-PACIENTES-VIVEM-SITUACAO-PRECARIA-MAIOR-MANICOMIO-PERNAMBUCO.aspx>>. Acesso em: 8 mai. 2010.

PAIM, J. S. Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 151-156.

PARANÁ. *Lei nº 11189, de 09 de novembro de 1995*. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais. Disponível em: <<http://www.mp.pr.gov.br/institucional/capocio/cadadania/ppd/lei11189.html>> Acesso em: 21 mai. 2007.

PAVÃO, S. R. Louco e ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 6, n. 2, 2 semestre de 2006.

PEREIRA, M. E. C. Morel e a questão da degenerescência. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* vol.11, n.3, São Paulo, SP, Sept. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000300012&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000300012&script=sci_arttex)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

PIRELLA, A. A negação do hospital psiquiátrico tradicional. In: BASAGLIA, F. A *instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985, p. 175-196.

PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

PITTA, A. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 4579-4589, dez. 2011a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 24 dez. 2011.

PITTA, A. O autor responde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 4600-4602, dez. 2011b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 24 dez. 2011.

PORTOLESE, D. A.; FIGUEIREDO, G. R.; MASCARENHAS, P. Apresentação. In: *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*/ Franco Basaglia; (tradução Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes). – São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979, p. 07-11.

REIS, J. R. F. dos Degenerando em barbárie: a hora e a vez do eugenismo radical. In: BOARINI, M. L. *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003, p. 185-216.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 15-74.

RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. A construção da assistência à saúde mental em duas Unidades de Saúde da Família de Cuiabá-MT. *Cogitare Enferm*. 2008, Out/Dez; 13(4): 548-57. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/13115>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

RIBEIRO, C. C.; SILVA, N. G.; OLIVEIRA, A. G. B. O projeto terapêutico nos Capss de Mato Grosso: uma análise documental. *Cienc Cuid Saúde*, v. 8, n. 3, p. 393-402, jul./set., 2009, Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/6060>>. Acesso em: 7 set. 2010.

RICCIARDI, F. A. S. O nascimento da loucura: concepções teóricas e asilos. *CienteFico*, Ano I, Vol. 1, Salvador, BA, jan/jul, 2002.

ROBORTELLA, S. C. *Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir*. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo: [s.n.], 2000.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722003000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 jun. 2010.

ROMAGNOLI, R. C.; PAULON, S. M.; AMORIM, A. K. de M. A. e DIMENSTEIN, M. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface (Botucatu)*, SP [online]. vol.13, n.30 p. 199-207, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414)>. Acesso em: 31 mai. 2010.

ROSA, A. da S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo de saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-am Enfermagem*, USP-Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 4, p. 576-582, jul./ago. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf) - Similares>. Acesso em: 22 dez. 2010.

ROSA, J. G. *Grande Sertão: Veredas*. 36. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

ROSA, L. C dos S. *Transtorno mental e cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 13-18.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, UNISINOS, RS, Ano 1, n. 1, Jul., 2009. Disponível em <[http://www.rbhs.com/index\\_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf](http://www.rbhs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf)>. Acesso em: 31 ago. 2010.

SCARCELLI, I. R. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: FERNANDES, M. I. A. (Org.) *Fim de século: ainda manicômios?* Organizado por Maria Inês Assumpção Fernandes, Ianni Régia Scarcelli e Eliane Silvia Costa – São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999, p. 187-205.

SCHIMDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, SP, v. 12, n. 1, p. 130-140, mar., 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1.pdf)>- Similares>. Acesso em: 23 jan. 2011.

SILVA, G. R. da Prefácio. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 13-20.

SILVEIRA, L.C; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-Am Enfermagem*, USP-Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago., 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 5 jan. 2010.



SORIAK, S. P.R. *Vade-mécum*. 14. ed. (2008-2009). São Paulo: Editora Soriak Comércio e Promoções S.A., 2009.

SZASZ, T. *A fabricação da loucura: estudo comparativo da inquisição e do movimento de saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 48-58.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 477-486, 2009. Disponível em: <[www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413...sci...](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413...sci...) - Em cache - Similares>. Acesso em: 12 fev. 2011.

TEIXEIRA, M. O. L. Teixeira Brandão: o Pinel brasileiro. In: DUARTE, L. F. D.; RUSSO, J.; VENANCIO, A. T. *A Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2005. p. 39-63.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 dez. 2009.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, Unesp, Botucatu, v.10, n.20, p. 347-62, jul/dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/06.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2010.

TESSER, C. D.; TEIXEIRA, B. C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 88, p. 83-95, jan/mar. , 2011. Disponível em: <[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.34%2C+N.Especial+++set.%2F2010+-+A+Sa%FAde+em+Debate+na+Elei%E7%F5es&pesq=saude+mental+na+atencao+basica%3A+estrat%E9gias+de+implanta%E7ao+a+partir+de+uma+experi%EAncia&x=50&y=7](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.34%2C+N.Especial+++set.%2F2010+-+A+Sa%FAde+em+Debate+na+Elei%E7%F5es&pesq=saude+mental+na+atencao+basica%3A+estrat%E9gias+de+implanta%E7ao+a+partir+de+uma+experi%EAncia&x=50&y=7)>. Acesso em: 12 jul. 2011.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 17-73.

VECCHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, Natal, RN, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2004000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300011)>. Acesso em: 7 mar. 2010.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Pedagogia médica. Rev SOCERJ*, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out., 2007.

VENTURINI, E. Prefácio. In: BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; Loucura XXI, 2005, p. 17-21.

VIETTA, E.P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 97-103, mar, 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11521.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11521.pdf)>. Acesso em: 1 fev. 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. da A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, jan./dez. 2008.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. (Coleção Loucura & Civilização), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. da A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, MG, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008. Disponível em: <[www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677](http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677)>. Acesso em: 4 fev. 2010.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saúde Soc.*, São Paulo, SP, v. 8, n. 2, p. 334-345, 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/16.pdf) - Similares>. Acesso em: 19 dez. 2010.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PROJETO: REFORMA PSIQUIÁTRICA: POSSIBILIDADES E DIFICULDADES DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Trata- de uma pesquisa intitulada "Reforma Psiquiátrica: possibilidades e dificuldades de mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil" desenvolvida no curso de Doutorado em Psicologia da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – Campus de Assis, que tem como objetivo geral:

Refletir sobre o novo modelo de atenção em saúde mental a partir de uma experiência na Atenção Básica no município de Itambé-PR.

Serão realizadas entrevistas com pessoas maiores de 18 anos, entre elas: profissionais da área da saúde, familiares e portadores de transtornos mentais e pessoas da comunidade. O resultado deste estudo pode contribuir para a reflexão sobre a implantação do novo modelo de atenção em saúde mental estabelecido na Política Nacional de Saúde Mental.

Garantimos às pessoas a serem entrevistadas total sigilo e privacidade das informações prestadas. Neste sentido, os entrevistados não serão identificados. Reservamos-lhes o direito de se recusarem a responder às questões para as quais não se sentirem à vontade ou mesmo a retirarem seu consentimento a qualquer tempo, se assim o desejarem. Indicaremos, também, o destino dos dados a serem coletados. Se nenhuma dúvida restar ao entrevistado devemos solicitar a sua permissão para gravar e a assinatura do presente Termo de Consentimento.

Eu \_\_\_\_\_ após ter lido e entendido todas as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo coordenado pela doutoranda Roselania Francisconi Borges, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em ser entrevistado (a).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Eu, Roselania Francisconi Borges, declaro que forneci todas as informações referentes à presente pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos favor contactar Roselania Francisconi Borges pelos fones (44) 3267-9265 ou (44) 3261-4291, Cristina Amélia Luzio pelo fone (18) 3302-5800 ou o Comitê de Ética Pesquisa (CEP). Faculdade de Ciências e Letras – Campus de Assis à Avenida Dom Antonio, 2100. CEP 19806-900 Assis – SP - Fone (18) 3302-5800 ou consultar a Secretaria do CEP no endereço eletrônico [cep@assis.unesp.br](mailto:cep@assis.unesp.br) ou pelo telefone (18) 3302-5740.

**ANEXO 02****DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E  
SIMILARES**

Eu Sandra Komagome, Diretora do Departamento Municipal de Saúde de Itambé-PR, responsável pelo arquivo/registo do Centro de Saúde Dr. Lafayette Grenier, autorizo o acesso ao mesmo pela pesquisadora Roselania Francisconi Borges, a fim de viabilizar a execução do Projeto de Pesquisa intitulado “Reforma Psiquiátrica: possibilidades e dificuldades de mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil.”

Itambé-PR, 05 de maio de 2010.

SANDRA H. KOMAGOME  
Diretora do Dpto Municipal de Saúde

**ANEXO 03****DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS COM  
FUNCIONÁRIOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Eu Sandra Komagome, Diretora da Secretaria Municipal de Saúde de Itambé-PR, responsável pelos funcionários do Centro de Saúde Dr. Lafayette Grenier, autorizo os mesmos a concederem entrevistas à pesquisadora Roselania Francisconi Borges, a fim de viabilizar a execução do Projeto de Pesquisa intitulado “Reforma Psiquiátrica: possibilidades e dificuldades de mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil”, desde que os mesmos aceitem participar das mesmas.

Itambé-PR, 05 de maio de 2010.

SANDRA H. KOMAGOME  
Diretora do Dpto Municipal de Saúde

**ANEXO 04****DECLARAÇÃO SOBRE A EXISTÊNCIA DE INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA  
PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E AUTORIZAÇÃO PARA USO DA  
MESMA**

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada “REFORMA PSIQUIÁTRICA: POSSIBILIDADES E DIFICULDADES DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL”, sob a responsabilidade da pesquisadora Roselania Francisconi Borges, que o Departamento Municipal de Saúde de Itambé conta com a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa, bem como para atender eventuais problemas dela resultantes, atendendo plenamente o Regimento do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis, bem como as normas complementares ao mesmo.

Declaramos, ainda, que o referido pesquisador está autorizado a utilizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa.

Itambé-PR, 07 de maio de 2010.

SANDRA H. KOMAGOME  
Diretora do Dpto Municipal de Saúde

## ANEXO 05

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

#### COM A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Identificação:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Tempo de residência no município:

Profissão/ocupação:

Composição familiar:

#### EIXO TEÓRICO-CONCEITUAL

- . Como é sua saúde em geral? O que acontece com você? Desde quando?
- . Quando foi a primeira crise/mal estar/sofrimento psíquico?
- . O que mudou em sua vida dessa época em diante?
- . Como sua família reagiu ao seu problema? E você, como se sente em relação a isso?
- . Que providências foram tomadas inicialmente? Quem sugeriu ou ajudou?
- . Conhece alguém que tenha problema semelhante? Que outras ajudas já foram buscadas?
- . O que isso repercutiu no seu problema? Como foi explicado o problema no começo?
- . Veio de quem essa explicação? Você concorda com essa explicação?
- . Quem lhe ajudou inicialmente? Com quem você pode contar quando não se sente bem?
- . Como você acha que a sociedade vê esse tipo de problema? E como você o vê?
- . Para você, qual a causa ou causas do seu problema? Você percebe quando não está bem?
- . O que faz com que você piore? O que faz com que você melhore?

#### EIXO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

- . Tem acompanhamento em saúde? Você recebe atendimento em saúde mental?
- . Há quanto tempo? Como é o atendimento? Recebe explicação da equipe de saúde sobre o que lhe acontece? O que pensa disso? Houve alguma mudança na forma como você é atendido atualmente? A quem recorre quando não se sente bem? Tem acompanhamento frequente? Como é feito? Faz uso de medicação? Sabe para que serve?
- . Já foi internado em hospital psiquiátrico? Como foi esta(s) experiência(s)?
- . Quando aconteceu pela primeira vez? Como foi? Houve outras vezes? E a última, quando foi? Já ouviu falar sobre a Lei da saúde mental e as novas formas de atenção em saúde mental? O que pensa sobre isso? No hospital como era tratado? Como se sentia?
- . O que você sugere para melhorar o atendimento que recebe?

#### EIXO JURÍDICO-POLÍTICO

- . Você trabalha? Já trabalhou? Em que? Tem renda? Tem bens?
- . Se não tem (tem alguma renda ou colabora na renda familiar de alguma forma?)
- . Condição civil (É interditado? Por que foi? Ou se está em processo, por que quer ser?)
- . Como conseguiu? Há quanto tempo? Como ficou sabendo que tinha direito a buscar?
- . Sua vida mudou depois que conseguiu o benefício, em que?
- . Se tem benefício, como administra ou quem o administra para você?
- . Estado civil (relacionamento amoroso, filhos, dependentes etc.)
- . É dependente de alguém em alguma coisa? Para que? É independente para outras? Para que?

#### EIXO SOCIOCULTURAL

- . Com quem você mora? Você estuda? Se não, até quando estudou? Por que parou?
- . Pensa em voltar a estudar? Por que? Como é sua rotina?
- . Sai de casa? Participa de atividades na comunidade? Com quem? Quem levou leva você a tal



- lugar? Tem amigos? Onde os conheceu? Eles o visitam? Você os visita? Saem juntos?
- . O que gosta de fazer para se divertir? O que lhe agrada? O que lhe contraria?
- . Encontra dificuldades em seu dia a dia em casa, nos ambientes públicos, na comunidade em geral? Depois desse problema sua vida mudou? Em que mudou?
- . Do que você acha que precisa hoje? Quais são seus desejos/sonhos para o futuro?

#### COM O FAMILIAR

- |                                   |                     |                      |
|-----------------------------------|---------------------|----------------------|
| Identificação:                    | Sexo:               | Idade:               |
| Escolaridade:                     | Profissão/ocupação: | Grau de parentesco:  |
| Tempo de residência no município: |                     | Composição familiar: |

#### EIXO TEÓRICO-CONCEITUAL

- . O que acontece com fulano? Desde quando? O que observou nele naquela época?
- . Você estranhou? Como a família reagiu? Como a comunidade reagiu (parentes, vizinhos, amigos)? Que providências foram tomadas inicialmente? Quem sugeriu ou ajudou?
- . Como foi explicado o problema dele no começo? Veio de quem essa explicação?
- . Que outras ajudas vocês já buscaram? O que isso repercutiu no problema dele?
- . Com quem a família contava para cuidar dele? E agora, quem cuida?
- . Em sua opinião, como a sociedade vê o problema dele? E você, como vê?
- . Para você, qual a causa ou causas do problema dele?
- . Conhece alguém que tenha problema semelhante?
- . O que você acha que faz com que ele melhore ou piore?

#### EIXO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

- . Há quanto tempo seu familiar recebe atendimento da equipe de saúde?
- . Por que foi encaminhado para a saúde? Quem encaminhou?
- . O que foi feito antes de chegar à saúde? Por que ele precisa desse atendimento?
- . Quem presta o atendimento? Que tipo de assistência ele recebe?
- . Houve mudanças no atendimento/forma de tratamento atualmente?
- . Já ouviu falar sobre a Lei da saúde mental e as novas formas de atenção em saúde mental?
- . Você já teve explicações da equipe de saúde sobre o problema de seu familiar?
- . Ele faz uso de medicação? Onde adquirem? Recebe orientação quanto ao uso?
- . O que você esperava do serviço? O que recebeu?
- . O que você sugere para melhorar o atendimento que ele recebe?

#### EIXO JURÍDICO-POLÍTICO

- . Ele trabalha? Tem renda? Tem bens? Se não tem (tem alguma renda ou colabora na renda familiar de alguma forma?)
- . Condição civil (É interditado? Por que foi? Ou se está em processo, por que quer ser?)
- . Se tem benefício, como administra ou quem administra?
- . Estado civil: se tem relacionamento amoroso, filhos, dependentes etc.
- . É dependente de alguém para alguma coisa, independente para outras?

#### EIXO SOCIOCULTURAL

- . Como é a rotina dele? Ele sai de casa, participa de atividades na comunidade?
- . Ele estuda? Se não, até quando estudou? Por que parou?
- . O que o agrada? O que o contraria? Depois desse problema a vida dele mudou?
- . Em que mudou? Do que você acha que ele precisaria hoje?

## COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação: Sexo: Idade:  
Escolaridade: Tempo de residência no município:  
Profissão/ocupação: Experiência na área:

### EIXO TEÓRICO-CONCEITUAL

- . Em sua prática, atende ou já atendeu pessoas sem sofrimento psíquico/transtornos mentais?
- . Como você acha que a sociedade vê esse tipo de problema?
- . E você, como vê? Qual sua visão sobre a loucura/doença mental/transtorno mental?
- . O que você conhece do Movimento da Reforma Psiquiátrica e do modo de atenção psicossocial? Como você avalia esse movimento? Você reconhece ações dele em sua atuação profissional cotidiana? Você conhece a atual Política Nacional de Saúde Mental?
- . Como obteve estas informações? Qual sua opinião sobre isto?

### EIXO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

- . Como se organizam as ações de saúde mental no serviço? Qual sua participação nessas ações? Há dificuldades para realizar o atendimento? Como é feito esse atendimento?
- . É realizado um acompanhamento à saúde em geral do usuário?
- . Em situação de sofrimento psíquico/crise/surto, quais são as medidas adotadas?
- . O atendimento é realizado em conjunto com outros profissionais?
- . É feito um trabalho em rede? É feito um trabalho intersetorial?
- . Quem participa das decisões e ações relacionadas a ele (diagnóstico, acompanhamento etc)?
- . Você conhece/atende fulano? Desde quando ele é atendido pelo serviço?
- . O que acontece com ele? Em sua opinião, quais seriam as causas do problema dele?
- . Que providências foram tomadas inicialmente em relação a assistência prestada a ele?
- . Há alguém responsável por ele? Quem? A quem a equipe recorre para lidar com as questões dele? Como a família dele lida com o problema?
- . Como é explicado o problemas dele atualmente? Há um diagnóstico?
- . Há discordância da equipe em relação ao diagnóstico ou atenção prestada? Se há, como lidam com isso? Ele faz uso de medicação? Recebe acompanhamento?
- . O que você sugere para melhorar a assistência em saúde mental a ele e em geral?

### EIXO JURÍDICO-POLÍTICO

- . Ele trabalha? Se sim ou se não, o que acha disso?
- . Ele tem renda própria? Se não tem colabora na renda familiar de alguma forma?
- . Condição civil: é interditado? Tem benefício? . Se tem benefício, como administra ou quem o administra? Estado civil: relacionamento amoroso, filhos, dependentes etc.
- . O considera dependente de alguém para alguma coisa? Em que?
- . O considera independente ou autônomo para outras coisas? Em que?
- . Como avalia esta dependência ou autonomia dele?
- . Ele assume seu diagnóstico e busca ajuda? Se não, quem o faz? Por que?

### EIXO SOCIOCULTURAL

- . Conhece a rotina dele? Sabe se ele sai de casa, se participa de atividades na comunidade?
- . Sabe se ele estuda? Se sim ou se não, o que acha? Ele frequenta a Unidade?
- . Quando procura assistência, vem sozinho ou acompanhado?
- . Quando busca qualquer tipo de assistência (dentista, clínico geral), como ele procede?
- . Ele se dirige a algum profissional em especial? Por que?
- . Quando ele é convidado ou convocado para alguma atividade diferente na Unidade, ele comparece? (alguma campanha, grupo, reunião etc).

**ANEXO 06**

Relatório semanal de reuniões do Grupo

Data: \_\_\_\_\_

Atividades realizadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participantes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relato:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO 07**

## Relatório de visita

Usuário: \_\_\_\_\_

Motivo/objetivo: \_\_\_\_\_

Visitantes: \_\_\_\_\_

Relato:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Observações:

---

---

---

---

---

Itambé, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO 08**  
**CADASTRO – SAÚDE MENTAL**

**I. IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 DATA NASC.: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

**II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

NOME	SEXO	IDADE	GRAU DE PARENTESCO

**III. SITUAÇÃO FAMILIAR** (condições de moradia, renda, vida social, hábitos, ocupação, trabalho atual, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV. CONDIÇÕES DE SAÚDE** (tratamentos em saúde mental, internamentos, uso de medicamentos, data da última consulta, nome do médico, nome dos medicamentos, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_