UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

JAMILLE NEVES RANGEL GOMES COIMBRA

TRANSITANDO EM CRISES: a experiência da crise e seus desdobramentos a partir de um CAPS II

VITÓRIA-ES
2020

JAMILLE NEVES RANGEL GOMES COIMBRA

TRANSITANDO EM CRISES: a experiência da crise e seus desdobramentos a partir de um CAPS II

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha de pesquisa: Políticas Públicas, Trabalho e Processos Formativo-educacionais.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes.

VITÓRIA

2020

TRANSITANDO EM CRISES: a experiência da crise e seus desdobramentos a partir de um CAPS II

JAMILLE NEVES RANGEL GOMES COIMBRA

Aprovada em ___/___/____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Rafael Da Silveira Gomes

Universidade Federal Do Espírito Santo

Orientador e Presidente Da Comissão Examinadora

_____

Dra. Maria Elizabeth Barros De Barros

Universidade Federal Do Espírito Santo

Examinadora Titular Interna

_____

Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein

Universidade Federal Do Rio Grande do Norte

Examinadora Titular Externa

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores e usuários da saúde mental do nosso país, em especial, Euzilene, Kátia, Antônio, Cindy, Nívia, Dayse, Rachel, Daniela, Carla, Estefani, Pina, Álvaro, Naiara, Cíntia, Dalila.

À todas as pessoas, que, de algum modo, se empenham em construir uma sociedade sem manicômios.

AGRADECIMENTOS

Sou grata pela oportunidade de concluir este trabalho, tendo estado em companhias tão preciosas ao longo de sua construção.

À equipe do CAPS Mestre Álvaro, agradeço pela generosidade com que me receberam e compartilharam comigo o trabalho tão dedicado que tecem cotidianamente. Muito obrigada, companheiros, vocês são a alma desta dissertação.

Agradeço ao Pedro, meu companheiro amado, por mais uma aventura vivida juntos. A vida, com você por perto, é mais alegre. À Janis e Pitanga, pela companhia tão afetuosa nos momentos mais difíceis da escrita deste texto.

Aos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial de Serra, pelas trocas e aprendizados ocorridos em nossos encontros mensais.

Agradeço às queridas da Turma 12 do PPGPSI, pela riqueza deste encontro – Camila, Carol, Gabi, Fernanda, Adrielly, Patrícia, Nayara, Fátima, Carla, Tuhany, Tamiris, Cynthia, Rafaela, Yara, Lívia, cada uma a seu modo, sem dúvidas, transformou a minha vida.

À Beth Barros, minha amiga e mestre querida e amada, que acendeu, em 2010, no meu coração a fagulha e o ímpeto por lutar pelo SUS. Desde então, minha vida nunca mais foi a mesma.

À Karin, Nicole, Carol, Joyce, e Yasmin, que acompanhei durante o estágio em docência. Obrigada pela parceria que tivemos e pelo aprendizado sem dimensão que me proporcionaram.

À Terezinha pela torcida, por sempre estar a postos, quando precisei, pelo acolhimento e cuidado na fase final de escrita desta dissertação.

Ao Rafael, meu orientador, sou tão grata que não sei descrever. Obrigada pelo apoio e pés no chão sempre que as coisas viravam de cabeça pra baixo.

À Magda Dimenstein, pelas suas produções inspiradoras, pelas fundamentais considerações para a construção deste trabalho e por ter aceitado tão generosamente estar junto conosco.

Aos meus amigos queridos amigos, sal da vida, pela companhia – nada disso faria sentido se fosse eu só.

Neila, Ozório, Caio, Breno, Talitha e Nathan, por tudo, sempre.

Aos companheiros do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Espírito Santo.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência.

O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é 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.

Movimento da Luta Antimanicomial, Bauru, 1987.

RESUMO

O presente texto trata das crises, em seu contexto amplo, no campo da saúde mental. Partimos de uma experiência junto aos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município, rumamos a um Caps (Centros de Atenção Psicossocial) para pesquisar práticas antimanicomiais no cotidiano dessa rede. Ocorreu que as crises que habitavam tal serviço nos tiraram do eixo, de modo que se fez necessário repensar todo o percurso de pesquisa. Neste movimento de compreender o que se passava, situamos nossas questões na história, tratando da ascensão da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, no Brasil, como movimentos que abriram portas para questões que, hoje, trazemos à cena, além dos marcos legais que discorrem acerca da estrutura da RAPS e da lógica que atravessa os serviços que devem compô-la, numa proposta de desinstitucionalização que objetiva subverter, radicalmente, a atenção à saúde mental. Tratamos, em especial, da complexidade que abrange a atenção à crise no modelo pautado na lógica da Atenção Psicossocial e os desafios que esta representa aos movimentos de Reforma. Observamos, ao longo do trabalho, que a crise apresentada por um usuário do Caps coloca em análise tudo o que o permeia, evidenciando que há, também, outras crises que devem ser analisadas: a crise do Caps, a crise da Raps, a crise das Políticas de Saúde Mental. A crise se apresenta, então, neste texto, como fonte de análise que traz à cena as diversas dimensões do trabalho e do cuidado no campo da saúde mental. Como considerações finais, constatamos que a força deste serviço está em seu cotidiano de cuidado com os usuários que o habitam. Além disso, apontamos que a Luta Antimanicomial e o empenho em construir um modelo de atenção, que se faça livre de movimentos manicomiais e opressivos, precisam estar atrelados às lutas por uma sociedade livre de todo modo de opressão, associando essas pautas às do feminismo, do antirracismo e tantos outros movimentos, que visam subverter a lógica opressiva na qual se sustenta nossa sociedade: a liberdade é uma luta constante.

Palavras-chaves: Atenção Psicossocial; Crise; Saúde Mental, CAPS.

ABSTRACT

his text deals with crises in the field of mental health in its broad context. We started from an experience together with the workers of the Psychosocial Care Network (RAPS) of a municipality and headed for a Caps to research anti-asylum practices in the daily life of this network. It happened that the crises that inhabited such a service took us off the axis, so it was necessary to rethink the entire research path. In this movement of understanding what is happening, we situate our questions in history, dealing with the rise of the Psychiatric Reform and the Anti-Asylum Fight in Brazil as milestones that opened doors to these issues that we bring to the scene today, in addition to the law 10.216 / 2001 that discusses the structure of the RAPS and the logic that goes through the services that must compose it, in a proposal for deinstitutionalization that aims to radically subvert the attention to mental health. We deal, in particular, with the complexity that encompasses the attention to the crisis in this model based on the logic of Psychosocial Care and the challenges that this representation to the Reform movements. We observed throughout the work that the crisis presented by a user of this Caps puts into analysis everything that permeates it, showing that there are also other crises that must be analyzed, the crisis of the Caps, the crisis of Raps, the crisis of Health Policies Mental. The crisis appears, then, in this text, as an analyzer that brings to the scene the various dimensions of work and care in the field of mental health. As final considerations, we point out that the Anti-asylum Fight and the effort to build a model of care that is free of asylum and oppressive movements must also fight for a society free from all forms of oppression, associating these guidelines with the agendas of feminism, anti-racism and so many other movements that seek to subvert the oppressive logic on which our society is based: freedom is a constant struggle.

Keywords: psychosocial attention; crisis; mental health, CAPS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEBES	Centro Brasileiro De Estudos De Saúde
CID10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CTS	Comunidades Terapêuticas
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HEAC	Hospital Estadual de Atenção Clínica
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SRTS	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema de Único de Saúde

UA	Unidades de Acolhimento
UCP	Unidade de Curta Permanência

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....12

CAPÍTULO 1- UMA CRISE QUE SE APRESENTA: CARTOGRAFANDO CRISES E PRODUZINDO CAMINHOS.....14

1.1 CONCEPÇÕES DE CRISE: POLISSEMIAS.....29

CAPÍTULO 2- CONSTRUÇÃO E CRISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: REFORMA SANITÁRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL.....35

2.1 ENTRE CRISES E CONQUISTAS: REFORMA SANITÁRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....41

2.2 A RADICALIDADE BRASILEIRA – A PROPOSTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SEUS DESAFIOS.....51

2.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ATENÇÃO À CRISE: OS DESAFIOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....60

CAPÍTULO 3- EM MEIO A CRISES E ANALISADORES: A EXPERIÊNCIA DA CRISE EM UM CAPS II.....67

3.1 ATRAVESSANDO LIMITES: A QUESTÃO DA SOBREIMPLICAÇÃO.....75

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A LIBERDADE É UMA LUTA CONSTANTE.....79

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....87

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, inesperadamente, fala de crise. De crises. Pretendíamos ao início deste processo falar de práticas antimanicomiais, numa intenção inocente de falar de alegrias no campo da saúde mental. Apostamos nisso por termos vivido de perto as alegrias e as dores que habitam estes espaços. E pretendíamos, aos nos dar conta da importância deste fato, abrir espaço ao que é alegre, dar força, somar. Não que este objetivo tenha se dissipado ao longo da caminho, mas foi ganhando outras nuances. Fomos assolados pela crise. Quando aqui falamos de crise nos referimos sempre a um conceito amplo, porém por vezes falamos de crises específicas, na medida em que partimos de um usuário em crise para pensar as tantas outras crises que se puseram diante de nós.

Apesar de tratarmos nesta pesquisa de crises em seu sentido ampliado, buscando analisá-las não como mero objeto, mas sim considerando a complexidade de fatores que a abrangem, houve uma crise específica e situada que disparou esse movimento. Tratou-se de um usuário do serviço que sediou esta pesquisa – um homem que participava há alguns anos do cotidiano do serviço, entre idas e vindas, o Projeto Terapêutico Singular construído junto a ele indicava que este participasse da atenção diária, em atividades coletivas, consultas, de modo que sua presença era ativa e constante no espaço do Caps. Quando este usuário “entra em crise” passa a apresentar comportamentos violentos, realizar ameaças constantes aos trabalhadores do Caps e as outros usuários. Por vezes, houve situações onde o mesmo se envolveu em brigas físicas. Mesmo diante de uma situação considerada grave, a equipe deste serviço escolhe manejar esta crise dentro do Caps, por compreender que é esta também a função do serviço e por uma aposta comum a todos que se fazia presente: a aposta que a atenção à crise pode ser feita em liberdade e com dignidade e cuidado.

A violência que esta crise apresentou à equipe estava para além da violência física, nos fala também da agressividade com que a crise, sem pudores, exige que as práticas sejam repensadas. Esta crise foi incisiva e, por isso, numa tentativa de sermos coerentes com as necessidades que o campo de pesquisa nos apresentava, buscamos acompanhá-la. Fomos ao longo do caminho acompanhando não apenas os efeitos da crise, mas também os efeitos desta escolha, os questionamentos que

se apresentavam a nós e a equipe, as incertezas de lidar com o que não se pode prever.

Dito isto, o presente texto se estrutura a partir do cotidiano de um Caps, levando em conta sua complexidade e imprevisibilidade dos fazeres no dia a dia. No primeiro capítulo, a crise se apresenta a nós; buscamos apresentá-la, situando o contexto em que se torna, ao contrário do que prevíamos, o objeto desta pesquisa. Em seguida, traçamos uma retomada histórica das políticas de saúde mental no Brasil, situando o contexto em que a loucura emerge como uma questão para as Reforma Sanitária e Psiquiátrica, tratando do fortalecimento da Luta Antimanicomial e da radicalidade da proposta de desinstitucionalização que, ainda hoje, buscamos efetivar. No capítulo três, trazemos a ideia da crise como um analisador de tudo que a permeia, trazemos à luz suas reverberações no cotidiano e no fazer de um Caps II. Por fim, a partir da intenção de situar um processo local em um contexto de transformações sociais que emergem e ganham força no mundo, atrelando a luta antimanicomial e suas pautas, apresentamos os movimentos de afirmação do feminismo e do antirracismo.

Ao longo do caminho, acompanhamos os efeitos da crise, os efeitos das escolhas, os questionamentos que se apresentavam, as incertezas em lidar com o que não se pode prever. Neste processo, nos questionamos: (1) se um Caps lida com crises cotidianamente, por que essa, em especial, desestabiliza a equipe e o serviço? (2) O que havia, ali, que desestabilizou tudo ao redor?

Ao refletirmos sobre os questionamentos, pudemos compreender que não se tratava daquele sujeito, em específico; nem da individualidade da questão apresentada. Trata-se da complexidade que a crise trazia à cena e da disponibilidade da equipe em lidar com isso, não ignorando a situação e não tentando caminhos fáceis de encaminhamento do sujeito e consequente abafamento do problema que se apresentava. Essa reflexão, é uma das maiores riquezas do estudo em questão, trata-se do desafio em lidar com os imprevisíveis, um caminho tortuoso e alegre que se construiu junto com todos que fizeram parte desta caminhada.

CAPÍTULO 1- UMA CRISE QUE SE APRESENTA: CARTOGRAFANDO CRISES E PRODUZINDO CAMINHOS

Como escrever sozinha sobre uma experiência que foi construída coletivamente? Ao longo desta pesquisa, imperou uma intenção que se fazia nítida, buscamos nos posicionar ao lado dos protagonistas desta história: os trabalhadores, os gestores e os usuários da Saúde Mental. Essa intencionalidade nos apresentou o desafio de nos reposicionar dentro de um serviço de saúde mental enquanto representantes da Universidade, da academia e da ciência em seu senso estrito.

Ao longo da caminhada, almejamos estar ao lado dessas pessoas, nos misturando, a fim de conseguir captar a intensidade que se passa em um trabalho tão complexo quanto potente. O exercício de se colocar ao lado traz efeitos para o processo de pesquisa e para as subjetividades que se produzem ao longo do caminho. Não é possível sair ileso de um processo vivido na carne, com intensidade, com intenção, com desejo.

Esta pesquisa ocorreu em parceria com um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (Caps II) em um município da Grande Vitória, onde fomos acolhidos, com nossa intencionalidade de caminhar lado a lado, buscando, dessa forma, desfazer hierarquias que podem atravessar o processo de pesquisa.

Ao mesmo tempo que experimentamos a riqueza de viver, juntamente, as experiências, também nos deparamos com inúmeros desafios. Neste cenário, permanecemos atentos: ao que ocorria; aos efeitos que nossos posicionamentos poderiam produzir nos espaços transitados. Eis o preço de estar ao lado: abraçamos e fomos abraçados pelos trabalhadores que compunham a equipe deste Caps, e experienciamos intensamente suas dores e delícias, sentimos na pele a ferida aberta de trabalhadores que se empenham em operar a transformação do paradigma de cuidado em saúde mental em uma sociedade que se sente confortável com seus manicômios – os mais diversos possíveis - que não são meramente as figuras clássicas de manicômios, cercados por muros e afastados da vida social, mas são também suas formas mais intrínsecas, os manicômios que carregamos conosco muitas vezes sem nos darmos conta.

A intenção de estar ao lado dessas pessoas e de apostar que são protagonistas desta história se construiu ao longo de diversos anos percorridos no campo das práticas em saúde. A trajetória da pesquisadora perpassa múltiplos espaços no campo das políticas públicas de saúde: desde o início da graduação em psicologia, ao longo dos cinco anos de curso; ao cursar Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz); ao fazer o estágio em Atenção Primária à Saúde, realizado em Havana/Cuba; os espaços de militância, em especial, no Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial; enfim, uma trajetória que sempre foi permeada pela dimensão pública e coletiva das práticas em saúde.

Por ter perpassado os ambientes supracitados, não poderia ter sido diferente a postura adotada na construção desta pesquisa. No início, propusemos ser coerentes com a trajetória que nos trouxe até aqui. Para isso, o objetivo era: cartografar as Práticas Antimanicomiais, partindo de um Caps II; extrapolar seus muros; estar no território, em rede, em outros serviços de saúde. Em linhas gerais, definimos como práticas antimanicomiais as que, de algum modo, se alinham com as premissas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Em outras palavras, práticas que afirmem e fomentem o cuidado em liberdade, a autonomia dos usuários dos serviços, o fortalecimento das redes de atenção, o vínculo, o rastro de práticas que caminhassem nesse sentido.

A motriz central desta pesquisa é fortalecer as políticas públicas de saúde que vem se constituindo ao longo de um percurso margeado pela afirmação e fortalecimento do bem comum[1], dos princípios democráticos, de uma vida mais digna para todos. Portanto, este trabalho se constitui como um exercício militante e acadêmico que foi construído ao longo de vários anos de formação e empenho no fortalecimento do SUS. Deste modo, o percurso acadêmico foi atravessado pela militância, que visa uma transformação social, isto é, a vivência da pesquisadora sempre esteve presente e possibilitou, assim, que esta dissertação se constituísse como é (FERNANDES, 2016).

---

1 Para definir o conceito de Bem Comum fazemos referência ao antropólogo Edgar Morin (2005) que sugere que o bem comum não é a soma de bens individuais, ao inverso, este é atravessado por ideias de cidadania, solidariedade, democracia, desenvolvimento, divisão da riqueza, sustentabilidade que buscam atender as principais necessidades de uma sociedade, permeado sempre por uma noção de coletividade.

Ao longo do período previsto para a construção e conclusão do mestrado, a proposta de pesquisa foi se transformando. Inicialmente, pretendíamos analisar as práticas de Apoio Matricial em saúde mental no município de Serra- ES. Alguns fios condutores fizeram com que a construção inicial fosse repensada, são eles: a participação de reuniões do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial; o Congresso Brasileiro de Saúde Mental, em 2018; o Fórum de Saúde Mental e Direitos Humanos em 2019; a breve, intensa e assustadora experiência como psicóloga de uma Clínica Psiquiátrica; a nossa inserção junto aos trabalhadores da saúde mental do município que sedia esta pesquisa.

A vivência na Clínica Psiquiátrica possibilitou uma vivência, de perto, de como se dão as práticas que se dizem de cuidado a sujeitos. Além disso, foi possível observar as armadilhas que esses espaços impõem, em decorrência da facilidade de atualização de ideias e práticas manicomiais. Neste lugar, pudemos observar como práticas de contenção física, violação de correspondências e medicações excessivas são usadas com vistas de manutenção da ordem do espaço e com viés punitivista.

Desde janeiro de 2019, acompanhávamos reuniões mensais com trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por conta de um projeto que realizávamos juntamente com dois docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da UFES. O projeto apoiou o processo de reorganização do Apoio Matricial em Saúde Mental no município.

Essa aproximação nas reuniões mensais direcionou a consolidação dos rumos que pretendíamos tomar com esta pesquisa, de modo que, a partir dessa experiência, optamos por ter como ponto de partida um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS), com almejo em cartografar práticas antimanicomiais, tendo o Apoio Matricial em Saúde Mental como um disparador. A aposta inicial era que, ao acompanhar o matriciamento em saúde mental, nos depararíamos, em algum momento, com atualizações de práticas antimanicomiais. Essa aposta se deu pois acreditávamos que o matriciamento em saúde mental nos permitiria acessar modos como as práticas em saúde se davam naquele contexto em sua intercessão entre saúde mental e atenção primária à saúde.

Pretendíamos seguir o rastro dessas práticas e compreender como os princípios da Reforma Psiquiátrica se consolidavam no cotidiano dos serviços de saúde mental, em especial dos Caps. Os Caps se situam na RAPS como um

dispositivo estratégico na transformação do modelo asilar de atenção à saúde mental, sendo um serviço de referência para o cuidado a pessoas com transtornos mentais e atuando com articulador de uma rede que possibilite o rompimento com o modelo manicomial e o fortalecimento da lógica da atenção psicossocial.

Os CAPS são classificados em CAPS I, II e III – em ordem crescente de abrangência populacional e complexidade voltados para o público adulto, podem, ainda, atender o público infantojuvenil (CAPSi) e pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (CAPSad). Deste modo, o CAPS II atende a população adulta com transtornos mentais graves e persistentes em um modelo de atenção territorial, priorizando: o cuidado em liberdade, a produção de autonomia e o trabalho em equipe e em rede (BRASIL, 2002; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A escolha metodológica de iniciar pelo CAPS se deu devido: (1) esse serviço apresenta o matriciamento como atividade regular, de modo que a equipe sempre circula por outros serviços de saúde; (2) é o único serviço dessa modalidade do município; (3) a participação ativa dos trabalhadores da equipe do CAPS nas reuniões mensais das quais participávamos junto aos trabalhadores da Raps e sua importante contribuição para a construção dos modos de fazer o matriciamento em saúde mental.

Propomos, nesta pesquisa, cartografar práticas antimanicomiais e isso só é possível em parceria com atores diretamente envolvidos nas práticas. Por isso, elegemos a equipe do CAPS como importante parceira nessa construção, uma vez que já existia a ponte de contato, proveniente das reuniões. Desde o momento de negociação para nossa entrada no Caps, enquanto “campo de pesquisa”, estabelecemos diálogo com alguns trabalhadores.

Após os trâmites burocráticos, propusemos participar, em agosto de 2019, de uma reunião de equipe, nela, apresentamos a proposta para os trabalhadores e pactuamos quais seriam os próximos passos da pesquisa. Na primeira reunião de equipe que participamos, deparamos com uma situação crítica: um usuário, em situação de crise, tomou boa parte do tempo dedicado à reunião. A discussão era densa, complexa, calorosa.

> A reunião tem um ar de cogestão - apesar da figura organizativa ser a gerente do serviço, os outros trabalhadores se sentem à vontade para discordar, questionar, colocar seus pontos. São feitas discussões de alguns casos. No primeiro deles, uma assistente social relata uma visita domiciliar em que se faz necessário decifrar enigmas criados por uma usuária

> diagnosticada como esquizofrênica para que seja possível se comunicar com ela. Essa trabalhadora relata o esforço mental necessário para compreender esses enigmas criados e conseguir estabelecer uma comunicação respeitosa com a usuária – vejo, ali, um rastro de prática antimanicomial. Em determinado momento, uma trabalhadora, enfermeira, ao fazer um relato sobre um usuário que está em processo de revisão de sua curatela, apoiado pelo CAPS, diz que "quando ele entendeu que a gente estava do lado dele, nesse processo, a visão dele sobre o CAPS mudou, o vínculo aconteceu" - mais um rastro de prática antimanicomial. Em outro momento, a equipe decide recusar uma ideia que parece ser a solução mais fácil para um caso complexo, optando por ir de encontro ao posicionamento do abrigo em que a usuária reside para preservar a autonomia e respeitar o desejo da usuária. Fico pensando que esse referencial do que é antimanicomial não é um referencial estático (Trecho do diário de campo[2]).

A primeira participação em uma reunião de equipe foi atravessada por muitas intensidades. Em um determinado momento da reunião, tornou-se nítido que havia um mal-estar, algo que não havia sido dito objetivamente, mas que produzia um incômodo às pessoas. A nossa presença ali, estrangeira, movimentou-as a contar o que estava acontecendo. Soubemos, então, que se tratava de um usuário que frequentava atenção diária do serviço há alguns anos e que já havia passado por outras situações de crises, em proporções mais brandas do que esta que se apresentava no momento.

O usuário, em questão, encontrava-se, segundo relato da equipe, em plena crise, com: sintomas agudos, delírio bem construído e consolidado. O rapaz escolhe uma trabalhadora da equipe como objeto de seu delírio, a ameaça, apresentando intenção explícita de desestabilizá-la e a amedrontá-la. Para isso, encaminha cartas a ela com ameaças, ademais, apresenta atitudes agressivas, recusando a fazer uso da medicação prescrita. Em algumas ocasiões, os ataques são comportamentos agressivos direcionados a outros usuários do serviço. Por fim, cabe ressaltar que o rapaz contava com o apoio de um único familiar.

Mesmo diante de um quadro complexo como o mencionado, a equipe optou por manter os cuidados do usuário no Caps, não fazendo seu encaminhamento para o Pronto Socorro do Hospital Psiquiátrico, ao qual são referenciados, uma vez que não há, no município, Caps III (com funcionamento 24h) ou qualquer outra modalidade de atenção à crise fora do horário de funcionamento do serviço.

---

2 Utilizamos, nesta pesquisa, diário de campo como ferramenta metodológica, conforme será explicitado posteriormente.

A atitude da equipe, vai ao encontro da compreensão de que um sujeito, em crise, não se descola do contexto em que se insere, tampouco se trata de uma situação que, apenas, diz respeito ao indivíduo. Como estratégia metodológica, optamos por não fazer uma análise que caminhe nesse sentido, dado que a intenção sempre foi atrelar o sujeito, em crise, ao seu contexto; ao território; às interferências que produz no meio que habita. Por isso, trataremos de crise como algo que coloca em análise tudo o que a permeia.

Primeiramente, apresentamos para a equipe a proposta de pesquisa, como mencionado. Em seguida, expusemos que pretendíamos acompanhar os trabalhadores em suas atividades, seguindo o rastro daquilo que denominávamos práticas antimanicomiais. O acordo foi que, a partir das reuniões de equipe, espaço em que, dentre diversas outras ações, planejavam a agenda da semana, definiríamos quais das atividades seriam acompanhadas como parte do processo cartográfico. No primeiro contato, percebemos as nuances da complexidade do trabalho no campo da Saúde Mental: não há protocolos que possam prever os acontecimentos que se dão pela imprevisibilidade da vida que acontece no espaço de um CAPS. Nesse sentido, há um desafio se coloca quando pensamos em práticas antimanicomiais no cotidiano dos serviços do SUS: quais critérios ou condições deveriam ser adotadas para que determinada prática seja considerada antimanicomial? A princípio, afirmar que uma prática é manicomial ou não nos parece algo intuitivo, baseado em experiências no campo da saúde mental. Ao mesmo tempo, é salutar a elaboração de critérios que embasem essa intuição. O que nos faz ficar atentos a determinadas práticas e nos interessar em explorá-las, supondo que há, ali, algo de antimanicomial?

A partir dos questionamentos, definimos alguns aspectos que reforçam e descrevem o que seriam práticas antimanicomiais. Assim, direcionamos o objeto de estudo. Dentre os aspectos, há: o fortalecimento e a construção da autonomia junto aos usuários dos serviços; o cuidado em liberdade, uma das grandes apostas da luta antimanicomial; a Atenção Psicossocial, com bases territoriais, que estejam em consonância com o cuidado em liberdade; estratégias que estavam em consonância com as necessidades advindas dos territórios e com a complexidade da cidade – lugar infinito das trocas sociais (AMARANTE; TORRE., 2018); fomento do protagonismo dos usuários dos serviços, uma vez que este aspecto é uma

importante dimensão para a consolidação do cuidado em liberdade; práticas que tenham como diretriz o acolhimento, a escuta, o vínculo.

Em consonância com as pautas da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, buscamos dar destaque ao que nos conduz a um processo social complexo, que está para além de uma modernização das práticas em saúde mental. Na verdade, essas práticas direcionam para a transformação das relações sociais, em especial, a relação da sociedade com a loucura, com a diferença (AMARANTE; RANGEL, 2009).

A Carta de Bauru, elaborada em 1986, apresenta a definição de antimanicomialidade, representa, também, um importante marco para a luta dos movimentos sociais, ao: afirmar que o manicômio é a expressão da estrutura de nossa sociedade e que lutar pelo seu fim significa, necessariamente, lutar contra todo tipo de opressão; afirmar os direitos de cidadania de todos, inclusive dos, então, chamados “doentes mentais” (MLA, 1987).

Almejamos, com este trabalho, fortalecer uma luta que anseia que os sujeitos, usuários dos serviços de saúde mental, existam e sejam reconhecidos na condição de cidadãos e que os serviços que os atendem estejam estruturados para que tal ânsia se faça possível (FIGUEIREDO; MELEVATI; TAVARES, 2014). O caminho trilhado seguiu a direção de uma pesquisa que pretende se aliar aos protagonistas das histórias, não sendo, portanto, rígidos os passos e critérios preestabelecidos.

No primeiro momento, a análise é a de que o usuário, em crise, no sentido de se encontrar desestabilizado, na perspectiva dos sintomas, deixa toda a equipe desestabilizada pela incerteza, pela insegurança que causa o não saber o que ou como fazer. Ao decorrer do tempo, a intensidade com que a crise de um usuário revirou o Caps, como um furacão, nos foram mostrados caminhos diferentes dos propostos no início, uma vez que a equipe do Caps, o serviço e a rede já não sabiam mais o que deveriam seguir.

Neste cenário, nos questionamos novamente: como, então, saberíamos nós os procedimentos corretos a serem adotados? Fomos todos contundentemente arrastados pela crise, levados a repensar o caminho a cada passo dado. A imprevisibilidade da crise provocou deslocamentos, desterritorializações em toda a equipe, nos outros usuários do serviço e, também, em nós. Nos perguntamos mais uma vez: o que fazer quando não se sabe o que fazer?

A intencionalidade de nos posicionarmos ao lado das pessoas que protagonizam essa história nos impôs a importância de olhar para o que ocorria naquele momento. Esta dissertação é permeada, consequentemente, pela angústia e pelo exercício alegre de alguém que acompanhou todo processo aqui relatado.

Nos dedicamos em acompanhar os processos vivenciados, nos empenhando em buscar contribuir com a potencialização dos afetos que a crise mobilizava e fortalecer o trabalho que era realizado tão cuidadosamente pelas trabalhadoras em uma relação de cuidado com os usuários que habitam aquele espaço – importa ressaltar que a equipe é composta, majoritariamente, por mulheres e que as questões gênero também habitam esta crise.

> A equipe retoma um caso que havia sido discutido na semana passada. Um usuário que está em crise já há algum tempo (quanto tempo? checar essa informação) e que constrói, nesta crise, um delírio direcionado a uma trabalhadora do serviço. Ele escreve cartas com ameaças, diz que ela é sua amante, que planeja coisas contra ele, a objetifica - a retira da condição de sujeito, comportamento tão comum aos homens quando se trata de uma mulher. Ele diz, claramente, que a intenção é desestabilizá-la psicologicamente, para que ela não se esqueça dele. De cara, ao ouvir esse relato, a primeira questão que me vem é como essa mulher, uma trabalhadora, se sente diante de uma situação tão violenta. Fico ouvindo os demais discutirem o caso enquanto me pergunto se eles também estão pensando nisso. Reluto em fazer esse questionamento durante a reunião. Talvez, por ainda não me sentir à vontade pra fazer uma intervenção como essa, pensando no efeito que ela pode ter para esse coletivo, não o faço. Enquanto mulher, não consigo deixar de pensar no quanto o machismo está entranhado nessa situação, chega a gritar. A mulher como objeto no delírio. Como manejar uma situação como esta sem ferir os princípios do que chamamos antimanicomial? Muitos atravessamentos. Fico pensando no modo, às vezes sutil, às vezes gritante, como as questões de gênero atravessam o campo da saúde e os desafios quando falamos de um lugar dedicado a cuidar da saúde mental (Trecho do diário de campo).

Devido a experiência de campo ter sida carregada de afetos, esta dissertação foi construída coletivamente, apesar da tarefa de escrevê-la ter ocorrido como um processo solitário, cada palavra escrita é carregada por uma multidão de pessoas e de afetos que compuseram os encontros – este é o desafio maior: nenhuma palavra se faz suficiente para traduzir as dimensões afetivas que foram experimentadas.

Ao longo de alguns meses acompanhando o trabalho no Caps, buscamos sempre nos conectar com o que acontecia e que nos possibilitasse potencializar os afetos. Assim, pudemos constatar que há, sem dúvidas, infinitas conexões possíveis. A participação na primeira reunião com a equipe, que acabamos de

descrever, já nos mostrava - ainda que só tivéssemos nos dado conta alguns encontros mais tarde – que o processo seria, necessariamente, coletivo.

A cada passo dado, a cada palavra dita ou não dita, não se dava em si mesma, era sempre uma experiência coletiva, como tem sido a nossa trajetória até aqui, sempre acompanhada de pessoas que acreditam e se empenham na construção de um mundo mais justo e trabalham para construir uma sociedade menos desigual, em que todos possam ter uma vida digna, com os cuidados que necessitam e exercer seu direito à liberdade.

Destarte, pretendemos tratar com intensidade das experiências que vivemos ao acompanhar as crises vividas em um Caps II e suas conexões, bem como seus efeitos: nas práticas em saúde mental; nos processos de trabalho; nos usuários do serviço; nos trabalhadores; na rede de cuidados; na militância e em nós.

Cabe ressaltar, que não pretendemos generalizar a experiência, uma vez que se trata de uma crise específica e em um Caps específico, situado em uma realidade complexa e singular. Sendo assim, ao entender a experiência como singular, pretendemos possibilitar que a análise situada potencialize conexões com outras experiências.

A necessidade do serviço e da equipe de repensarem suas decisões se deu diante da crise. Além disso, exigiu de nós uma reorganização, pois não podíamos ficar estagnados com nossos objetivos. Com isso, a própria pesquisa pretendida entrou, também, em crise, fazendo com que traçássemos outros caminhos que se fizessem coerentes com a urgência do cenário exposto.

Por meio do método cartográfico[3], foi possível acompanhar a crise, nos repensar e nos reposicionar junto ao Caps. Este método compreende o sujeito e o objeto como configurações históricas e não categorias transcendentais; o pesquisador compõe a paisagem da pesquisa, estando em contato direto com as pessoas em seu território existencial; o pesquisador acompanha a rede de forças que compõe o objeto ou fenômeno pelo qual se interessa, estando sempre atento às suas modulações e ao constante movimento.

A proposta cartográfica impulsiona o pesquisador a entrar em relação com o campo, a agir com ele, considerando que seu objeto está, historicamente, articulado e conectado com o mundo, se permitindo deixar levar por esse campo coletivo de

---

3 Este método pressupõe que o pesquisador acompanhe os processos inventivos, além disso, exige que os objetos de pesquisa não sejam estáticos.

forças. Em outras palavras, permite acompanhar os movimentos e o constante processo de produção dos contornos que o objeto assume, permitindo que o pesquisador participe e intervenha nas mudanças e nas transformações que acontecem, modificando e sendo modificado pela experiência de pesquisar, uma vez que deve estar disponível para estranhamentos, para a exposição à novidade (BARROS; KASTRUP, 2010; ESCOSSIA; TEDESCO, 2010).

Tendo como base que "analisar remete sempre a uma ação, intervenção sobre os modos como se produz o cuidado" (FRANCO; MERHY, 2012), para a construção desta pesquisa, as formas de produção do conhecimento, que operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, serão de um pesquisador in-mundo, com o objeto.

A produção de conhecimento é entendida como produtora de intervenção na vida. Compreendemos a vida como produção e expressão de subjetividades e apostamos em sua força criadora. Nesse ínterim, se faz necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, de modo a convocar, para o processo da pesquisa, a problematização e a invenção de si e do mundo. Dito de outra maneira, não há neutralidade, o pesquisador "contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos" (ABRAHÃO et al, 2014).

> Assume-se, assim, que não há neutralidade na produção do conhecimento e que o pesquisador implicado, transita pelo território das suas implicações como sujeito in-mundo, ele produz e se produz na construção do conhecimento (ABRAHÃO et al, 2014, p. 159).

Esta pesquisa foi construída a partir da afirmação do sujeito e do objeto, como configurações históricas que são coemergentes. O método cartográfico desenha a rede forças que se conectam ao objeto de estudo, estando atento as suas modulações e ao seu constante movimento (BARROS; KASTRUP, 2010).

Ao longo da pesquisa, nos posicionamos, além disso, afirmamos, mais uma vez, que foi no caminhar que o caminho foi desenhado – por várias mãos. Mais do que mãos, o caminho foi desenhado por corpos, afetos e movimentos. O caminhar foi imprescindível para a construção deste trabalho, a cada passo dado um novo e imprescindível passo se apresentava para nós. Não se trata, porém, de simples falta de controle de variáveis, não significa que fomos a campo completamente

desnorteados ou ao acaso, mas, sim, de uma abertura de um pesquisador caminhante aberto às interferências do caminho que se construía a cada novo passo, e de uma disponibilidade de mudanças de rotas e reorientação do percurso em consonância com as interferências que se interpusessem ao caminhar.

O caminhar atento e aberto percorrido às interferências que permitiu a transformação do caminho. O enfoque dado à crise não foi escolhido a priori, mas foi construído a partir da experiência, na própria trajetória, de modo que o problema central desta pesquisa não fosse um problema, exclusivamente, nosso, mas, sim, para os que com quem conversávamos.

A atenção mobilizada no trabalho de campo, nessa proposta cartográfica de pesquisar, dispunha de uma concentração sem focalização, com vistas a evitar que predominasse a busca das informações, previamente estabelecidas, como importantes e permitir que estivéssemos dispostos e abertos aos encontros que pudessem acontecer. Mais que objetos, procurávamos investigar processos[4] (BARROS e KASTRUP,2010).

Nessa perspectiva, "a realidade cartografada se apresenta como um mapa móvel" (PASSOS; BARROS, 2015, p.9), um mapa rizomático, que não tem centro, de modo que numa cartografia, são múltiplas as entradas. A cartografia propõe subverter o método cujo caminho é predeterminado pelas metas, pretende, ao inverso, apostar no caminho, na experimentação do pensamento, ressignificando o rigor. "O rigor do caminho está mais próximo dos movimentos da vida" (p.10). Assim, a precisão do método não exprime exatidão, mas, sim, compromisso, interesse, implicação na realidade.

Uma das coisas que mais nos deixou em alerta na aproximação com a equipe de trabalhadores do Caps foi o comprometimento que apresentavam com o trabalho a ser feito. A equipe exibia muitas divergências entre si, mas um ponto comum que se fez nítido em nossas primeiras impressões: a finalidade do trabalho era buscar estratégias de cuidado mais eficazes e mais próximas das necessidades dos usuários, uma finalidade que percebemos alinhada com o posicionamento ético que buscávamos afirmar.

---

4 Compreendemos *processo* a partir da ideia de processualidade que sugere que há processos em curso que são prévios ao pesquisar que colocam o cartógrafo na paradoxal situação de começar pelo meio, uma vez que o presente carrega uma história e uma espessura processual (BARROS; KASTRUP, 2010)

Ao longo desse percurso, percebemos que afirmar modos de vida potentes, que façam aliança com o que há de contra hegemônico, nos dias atuais, não é tarefa fácil. A isto se deve nosso compromisso em lutar pelo SUS impossível, afirmar a utopia, com vistas a sempre termos motivos para continuar a caminhada.

Na tentativa de sermos coerentes com o posicionamento inicial de caminhar ao lado, a crise nos impôs uma mudança de rota. Dessa maneira, algumas perguntas nortearam o processo de pesquisa: quais são os efeitos de uma crise para a Atenção Psicossocial? Como lidar, neste contexto de cuidado em liberdade, com os limites que a crise exige e nos impõe? Como estratégias pautadas em uma lógica antimanicomial podem se efetivar diante da crise? Situamos essas questões nos desafios que a crise coloca para o campo da saúde mental, quando é estruturada pela lógica da Atenção Psicossocial, uma vez que as respostas ofertadas para as situações de crise se configuram como um analisador para a própria Reforma Psiquiátrica, já que os tensionamentos entre modelos de concepção da loucura e da crise são constantes (CRUZ et al., 2019).

Posto isso, caminhamos, a fim de consolidar um trajeto que afirme o investimento no bem comum, em meio às forças privatizantes que assolam tantas dimensões da vida. Fazemos isso, numa tentativa de formar alianças com as forças antimanicomiais, que perpassam as práticas em saúde.

Para tanto, partimos do pressuposto de que a realidade a ser investigada é composta de processos; e não só de objetos bem delimitados. Ademais, lançamos mão de um manejo cartográfico para acompanhar o cotidiano de trabalho de um CAPS II, no município de Serra – ES, tendo como norteadora a experiência, compreendendo-a como o plano no qual os processos, a serem investigados, efetivamente se realizam.

O Caps que aqui tratamos está situado em um município com população estimada em 527 mil habitantes, sendo o único serviço desta modalidade. O espaço físico no qual está inserido é pouco adequado para a realização de suas atividades e para a abrangência populacional, ao ter em vista as especificações propostas pelo Manual de Estrutura Física dos Caps, proposto pelo Ministério da Saúde. Conta, ainda, com dezessete servidores, dentre os quais, há: psiquiatra, médica clínica, psicólogas, assistentes sociais, musicoterapeuta, arteterapeuta, educador físico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, equipe administrativa, farmacêuticos.

Diante deste cenário, alçamos nos despir de referenciais estáticos, estando atentos ao que se passa no campo da experiência, investigando práticas que constituem o real (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Deste modo, construímos uma aposta na atuação transformadora da realidade sócio-política, uma vez que propondo uma “intervenção de ordem micropolítica na experiência social" (ROCHA; AGUIAR, 2003, p.67), afirmando como referenciais importantes concepções de sujeito e de grupo permeados por um conceito de subjetividade compreendida como efeito de determinações múltiplas, reafirmando um compromisso ético-estético-político com a vida e o fortalecimento de práticas de autonomia e liberdade (ROCHA; AGUIAR, 2003).

O Diário de Campo foi uma importante ferramenta metodológica de registro do caminho percorrido no trabalho de campo. Em sua construção, pudemos refletir acerca da experiência vivida no processo de pesquisa. No decorrer do processo, transcrevemos falas, listamos: devaneios, pensamentos e impressões. Vale ressaltar que a escrita foi sempre coletiva, carregada de afetos, uma multiplicidade de encontros que se dão ao longo do processo-pesquisa.

A preparação do diário de campo possibilitou um exercício de amadurecimento e intensidade das experiências vividas. Além disso, ao construí-lo materializamos, de algum modo, as vivências constantes, sempre em transformação. Sendo assim, foi um instrumento que instigou e prolongou as afetações, dando visibilidade às experiências vividas no cotidiano. No encontro com esse território fértil, expusemos e forçamos: o pensamento e o processo dos acontecimentos.

Ao fomentar o Diário de Campo, procuramos estar atentos aos efeitos das práticas adotadas, orientados por indagações constantes sobre o que operam nossas ações, o que nosso agir coloca em movimento. Desse modo, situamos nossas práticas como práticas políticas - compreendendo que agir “é viver uma força ativa que ganha forma em prática atenta ao que está em jogo” (FONSECA; NASCIMENTO; MARASHIN, 2012, p.33).

O processo de escrita dos Diários de Campo nos convocou, ainda, a pensar nossa implicação com o campo, num exercício de Análise de Implicação, que inclui, no processo de pesquisa: a posição que o pesquisador assume em campo, sua relação com os sujeitos e os efeitos dessas relações em suas observações (PAULON, 2005). Para compreendermos o conceito de Análise de Implicação, é

necessário considerar que a implicação é um conceito de grande relevância para a Análise Institucional, uma vez que coloca em xeque um possível saber inquestionável do pesquisador, tido como um especialista (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008).

> Opondo-se ao intelectual neutro-positivista, a Análise Institucional vai nos falar do intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertenças e referências institucionais, analisando também o lugar que ocupa na divisão social do trabalho na sociedade capitalista, da qual é um legitimador por suas práticas (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008, p.27)

A análise de implicação, portanto, propõe que seja colocado em análise o lugar que se ocupa nas relações em geral, não apenas no âmbito específico da intervenção que se realiza, mas, sim, no cotidiano e nos diversos âmbitos da vida, ou seja, na história, de um modo tal que busquemos sempre nos situar nas relações, em geral, e nas redes de poder, evitando ficar cristalizados em um posicionamento científico (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008).

Assim, ao considerarmos o conjunto de condições, no qual se inscreve o ato de pesquisar, constitui-se um processo metodológico que permite captar a complexidade presente no campo e nos encontros entre pesquisadores, trabalhadores, gestores e usuários do SUS, de modo a: mapear a realidade; acompanhar processos; ressignificar a própria pesquisa em saúde; trazer à cena o que se passa nas entrelinhas dos processos, os movimentos, os afetos. O diário é uma ferramenta de registro de inquietações, incômodos, percepções e perspectivas do campo de pesquisa habitado (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013).

O trabalho de campo foi permeado pela intencionalidade de afetarmos e sermos afetados, buscando estar atentos às intensidades que se passavam. Afetar denuncia que algo está acontecendo e que nosso saber é mínimo nesse acontecer – sinaliza a força de expansão da vida e da atividade que podemos viver. A tensão se instala, questionamos: o que se passa? (FONSECA; NASCIMENTO; MARASHIN, 2012). Esse questionamento atravessa todo momento durante o processo de pesquisa, numa curiosidade, quase infantil, que nos faz permanecer atentos: aos detalhes; aos olhares que se cruzam; aos pés que tremulam ansiosamente; aos celulares que chamam mais a atenção do que o debate; às conversas; às falas que carregam, em si, toda a história do trabalhador que as pronuncia. Os detalhes fornecem pistas importantíssimas acerca do processo. Tentamos, a priori, decifrar

códigos, abrindo brechas para a disponibilidade em ser afetado pelo que se passava, pois acreditamos que é no afetar que a pesquisa acontece.

Desfrutamos, na pesquisa de campo, de uma trajetória que seguiu o rastro de práticas antimanicomiais, por parte do CAPS, que nos orientou durante uma parte do processo. A equipe que nos acolheu, como fonte de dado, se entusiasmou em nos receber; nós, por outro lado, buscamos, a todo momento, construir uma relação genuína de conhecimento do trabalho realizado. Para isso, nos desfazemos: do olhar julgador e do saber que se fizesse superior ao saber da prática.

Na primeira semana com a equipe, fomos convidados a participar de reuniões e atividades que os trabalhadores consideravam que seriam interessantes para nossa pesquisa, a saber: circulamos pelo município; realizamos visitas domiciliares; participamos de reuniões de rede com equipamentos de outras áreas que não da saúde, discutimos casos complexos; participamos das atividades da atenção diária com os usuários; estabelecemos vínculos com a equipe.

A cada passo dado, se fazia nítida a dificuldade que, em meio a tantas atividades realizadas, a equipe apresentava para lidar com a situação de crise instalada. O usuário, em crise, que relatamos anteriormente encontra-se, cada vez mais, instável, com os sintomas agudos de uma crise, ameaçando a equipe. Além disso, participou de situações graves de brigas físicas com outros usuários, o que desestabilizava toda equipe, afetando, assim: a qualidade do trabalho realizado; a vida dos funcionários fora do trabalho.

Em meio à crise, tentamos encontrar maneiras de dialogar com o que se colocava, buscando não atrapalhar os processos em curso. Neste cenário, não podíamos, simplesmente, ignorar a intensidade que se dava, devido a ruptura causada pela crise, e nos manter em busca de um objeto proposto anteriormente.

Os direcionamentos impostos pelo campo, talvez, não fossem os mesmos que havíamos pensado fora dele. Porém, não se tratou de uma ação sem direção e, sim, de se lançar ao desafio da primazia do caminhar. Dito de outra forma, traçamos as metas ao mesmo momento que caminhávamos, levando em conta os efeitos causados do processo de pesquisa ao seu objeto no campo, ou seja, no próprio pesquisador e, consequentemente, nas análises realizadas a posteriori.

A nossa posição era paradoxal, uma vez que havia a possibilidade de nos lançar à experiência e habitá-la sem estarmos fixados a determinado ponto de vista que pudesse anular uma observação mais ampla. Seguindo esse caminho que o

processo de pesquisa se transformou, se diferenciou de si próprio. Não fazia sentido, em meio ao furacão que atravessava -o serviço, a equipe, os usuários e a rede-, mantermos inflexíveis com os objetos preestabelecidos.

A crise, o que a produz, seus efeitos, seus desdobramentos e sua complexidade passou a orientar os passos da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2015). Assim, na tentativa de situar o processo em um contexto histórico, traçamos objetivos que orientassem este caminho em seu rumo de transformação do paradigma de cuidado em saúde mental.

1.1 CONCEPÇÕES DE CRISE: POLISSEMIAS

No campo da saúde mental, quando tratamos de crise, devemos considerar a polissemia do conceito e, portanto, compreender as diversas orientações teóricas que compõem a percepção de trabalhadores, gestores, usuários e da sociedade civil, em geral. Tal metodologia é salutar para: avançar na análise das práticas direcionadas às situações de crise nos serviços de saúde mental; consolidar ações que sejam coerentes com as pautas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, uma vez que a concepção de crise influencia, diretamente, nas intervenções direcionadas a ela e nos efeitos que geram na vida dos sujeitos que a passam por ela (ELIA, 2013). Deste modo, nos remetemos a Ferigato et al (2007) para afirmar que é imprescindível conhecer as concepções de crise para ser possível pesquisar as práticas de cuidado relacionadas a ela.

Um levantamento bibliográfico exploratório, realizado por Martins (2017), elucida que existem duas noções de crise que se revezam como destaque na história das práticas de atenção à saúde mental. A primeira faz referência à noção típica dos autores da psiquiatria clássica, vincula-se, principalmente, ao saber biomédico, com foco no sintoma, situada numa agudização da sintomatologia psiquiátrica, baseada em uma gama de sinais e de sintomas, tais como: alucinações, delírios, agitação psicomotora, embotamento afetivo, dentre outros. A segunda noção foi construída na ocasião dos movimentos de reformas psiquiátricas e é situa no campo da atenção psicossocial, considerando a crise como um fenômeno complexo, permeado por fatores sociais, culturais, familiares e, também, subjetivos.

A visão da psiquiatria tradicional, considerada reducionista por diversos autores, desconsidera a complexidade de fatores que influenciam, diretamente, a saúde mental. Ainda hoje, essa visão influencia, de maneira contundente, as práticas dos trabalhadores em saúde mental.

A Psiquiatria Tradicional é entendida como a que está presente nos manuais e nos compêndios de psiquiatria, inserida na formação em Medicina e em Psiquiatria. Atualmente, está em consonância com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V). Isto é, é a psiquiatria cujas práticas tratam da descrição de doenças por meio da classificação por categorias de sintomas. Nessa perspectiva, a crise é analisada, a grosso modo, como uma exacerbação dos sintomas, sempre atrelada a situações de emergências psiquiátricas, nas quais devem ser observados fatores de agressividade, de presença ou não de ideação suicida e da periculosidade do paciente, de modo a proteger a sociedade e o sujeito de seus próprios atos (ELIA, 2013).

Nos casos supracitados, a intervenção proposta pelo Compêndio de Psiquiatria (KAPLAN,1997) é imediata medicação e internação. Deste modo, percebemos que um dos autores mais recorrentes na formação em psiquiatria estimula uma importante aproximação entre crise e emergência, tratando-as quase como sinônimas, ou seja, quando há exacerbação dos sintomas, quando o paciente apresenta agressividade, paranoia severa, ideação suicida, e/ou sintomas psicóticos extremos, ali está instaurada uma crise (ELIA, 2013).

Com base nisso, observamos que, de modo amplo, a psiquiatria compreende as crises como um estágio agudo de uma doença que precisa ser superada com urgência, correspondendo a um desarranjo ou desorganização psíquica que acarreta desordens para o indivíduo que a atravessa, comprometendo as funções produtivas, comportamentais e sociais e impossibilitando ao indivíduo ultrapassar obstáculos que se façam presentes durante a crise e de exercer as funções básicas da vida e, até mesmo, de estar em sociedade.

O oposto da crise seria a estabilização psíquica, baseado em princípios homeostáticos, em que se faz necessário manter o controle interno dos indivíduos. Esta concepção, mais organicista, ganha força no decorrer dos séculos XIX, XX e XXI, prevalecendo na condução da prática clínica em psiquiatria com a explicação

de uma ação mais rápida no controle dos sintomas agudos característicos das crises.

A concepção de estabilização está vinculada à contenção de sentimentos e comportamentos que possam ser considerados exacerbados ou fora dos padrões esperados socialmente. Sendo assim, sempre visam um padrão de normalidade como meta a ser alcançada. Além disso, vislumbram a ideia de cura, com vistas a: melhora do indivíduo; adequação de suas funções pragmáticas, junto ao meio social em que está inserido (ÁVILA; BERLINCK, 2014).

O entendimento de crise se sustenta na ideia de que o que rompe com o equilíbrio - predominante fora dos estados de crise – e, consequentemente, com a organização mental do indivíduo, é algo negativo, destrutivo e coloca o sujeito, em crise, em um lugar que não é aceito socialmente. Desse modo, o tratamento objetiva a supressão dos sintomas, buscando um reajustamento do indivíduo à sociedade.

Nessa configuração, o Hospital Psiquiátrico é configurado como a principal ferramenta de intervenção para as situações de crise. Observamos, ainda, que o modo de olhar para a crise, em saúde mental, ainda se mostra muito presente no cotidiano dos serviços de saúde e no modo de pensar da sociedade em geral.

Notamos diversas visões de crises que são focalizadas, apenas, no indivíduo. Enquanto o serviço, a instituição psiquiátrica e, tampouco, as concepções vigentes nos serviços de atenção à saúde mental ou o contexto de vida do usuário não são problematizadas. Este modo de pensar desloca o sujeito de um contexto social e o transforma em um sintoma, em uma patologia (MARTINS, 2017).

Na perspectiva da psiquiatria tradicional, a crise é definida a partir de uma exacerbação dos sintomas, permeada por periculosidade, desadaptação, incitando uma redução da experiência subjetiva a comportamentos bizarros, descolados da história do sujeito, de modo que a intervenção está restrita à remissão dos sintomas e à contenção dos comportamentos indesejados, seja através de contenção espacial, mecânica ou medicamentosa. Além disso, isso justifica a retirada dos sujeitos do convívio social, através de uma internação (COSTA, 2007).

De modo geral, a despeito do motivo desencadeante ou das especificidades inerentes a cada concepção de crise, há uma percepção de que um estado crítico é considerado uma passagem de um estado a outro, produzindo um reposicionamento, ao mesmo tempo, que desloca o sujeito, geralmente acompanhado de sofrimento e angústia, diante de uma desorganização que é

comum a esses momentos. Com isso, passar pela crise exige avaliação das circunstâncias em questão, reflexão, tomada de decisão, na qual o sujeito é convocado a mobilizar seus recursos psíquicos, na medida que as crises podem vir a ser um acontecimento que lhe permita estabelecer um processo criativo de autonomia, de reposicionamento (ÁVILA; BERLINCK, 2014).

Vale ressaltar, portanto, que a ideia de crise -que permeia os serviços e os trabalhadores que prestam atenção às situações de crise, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Emergências Psiquiátricas, Pronto Atendimentos, Unidades Básicas de Saúde, Residências Terapêuticas, dentre outros- é de grande importância e influência na experiência de crise que as pessoas com sofrimento psíquico atravessam.

Torna-se salutar a pauta de ações que caminhem no sentido de produzir novas direções a serem tomadas, de modo a questionar os sentidos e significados da crise, impulsionando o sujeito a uma reaproximação consigo mesmo, provocando reformulações de si próprio.

Ao longo do processo de pesquisa, percebemos que há flutuações dentro dos pontos de vista do que se refere ao modo como a equipe do CAPS percebe e lida com as situações de crise. Por vezes, uma crise era anunciada em reunião e gerava espanto, medo. Em outras situações, a equipe recebia com mais leveza, até certo entusiasmo. Quando questionamos sobre uma usuária que passava por uma crise, ouvimos que a usuária, em questão, quando em crise, era mais viva. “Quando ela está em crise eu a vejo como se ela estivesse mais viva”. Neste caso, notamos uma concepção de crise que mais se aproxima da proposta pelos movimentos de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial.

Conforme Foucault (2004), a compreensão que se tem acerca da loucura e, consequentemente, da crise sempre serão construídas a partir do contexto social, apontando, inclusive, que o fenômeno que hoje denominamos crise psicótica é compreendido a partir de sua localização no modo como a sociedade percebe e lida com a própria loucura.

Buscamos situar a crise, que, aparentemente, localiza-se em um sujeito em seu contexto histórico-social, a fim de produzir uma cartografia das crises no campo da saúde mental. Para isso, acompanhamos seus fluxos na rede de saúde, ressaltamos quando se aproximava e quando se diferenciava das forças

manicomiais, de modo a compreender o que a crise traz à cena, o que ela nos permite analisar.

Isso posto, a partir de uma concepção de sofrimento psíquico, trataremos acerca não dos chamados transtornos mentais e sua semiologia, mas, sim, do sujeito que sofre. Sampaio (1993) define o sofrimento psíquico como uma experiência negativa, complexa, associada aos mal-estares, oriundos do antagonismo entre subjetividade e objetividade, causando dificuldades na convivência com uma multiplicidade contraditória de significados, atribuídos pelos sujeitos às suas experiências.

Geralmente, o sofrimento caracteriza-se por dificuldades de operar planos e atribuir sentidos à vida, muitas vezes acompanhado de sentimento de impotência ou vazio. Desse modo, o sofrimento psíquico é constituído de caráter essencialmente subjetivo e sua manifestação está intimamente conectada ao contexto em que o sujeito está inserido: os vínculos que estabelece com seus familiares, amigos, territórios, serviços de saúde, dentre outros.

Quando o sofrimento se manifesta de forma mais agravada, é quando a noção de crise vem à baila, tornando-se, então, um momento de ruptura com um estado anterior, fazendo com que o sujeito atravesse uma situação crítica (DE SOUZA; JORGE, 2018). Entendemos, neste estudo, a crise em sua perspectiva psicossocial, manifestada como a expressão de um sofrimento existencial, que afeta a capacidade do sujeito, em crise, de responder às situações de seu cotidiano (AMARANTE, 2007).

Deste modo, a crise se configura como um evento específico, no qual emergem

> [...] questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio, e costumam ser determinante das demandas e intervenções em serviços de Saúde Mental (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p. 183)

A palavra crise apresenta, ainda, outra definição, de origem grega, na qual sugere que a crise é um estado que exige uma tomada de decisão, ultrapassando os limites da experiência subjetiva e o sofrimento psíquico. Conforme Desviat (2015), seria um “estado limite”, no qual ocorre ruptura com a continuidade habitual. O sujeito, o grupo ou a instituição que se vê em crise apresenta dificuldades em se

manter em equilíbrio, tornando-se, assim, imprescindível que haja transformações nas práticas, apostando na potência transformadora que a crise carrega consigo.

Neste contexto, há um desafio pra o pesquisador de experimentar desvios, buscando favorecer uma análise que contemple a complexidade que a crise apresenta, não a reduzindo a uma única dimensão. Além disso, é necessário elaborar análises que permitam, ao lidar com a crise, olhar para além dela e do sujeito em sofrimento, ou seja, pensar os efeitos que ela produz.

Sendo assim, afirmar a crise como potência disruptiva, que coloca em análise todo um processo, permite pensar os efeitos produzidos por ela, além disso, nos leva a situá-la na história, no contexto em que se insere, na rede que lhe dá suporte. A crise, com todo o sofrimento que carrega, abre passagem para novos caminhos, novas análises. A que tratamos aqui é situada no contexto de uma crise institucional, situada no campo das políticas de saúde mental.

Uma importante contribuição foi a de perceber que outras crises se tornam evidentes e se situam em um contexto complexo da crise em saúde mental, de tal modo que ações – situadas no campo da política institucional, das legislações e dos processos de gestão– afetam, diretamente, o trabalho no campo da saúde mental, bem como o cotidiano dos serviços da RAPS, uma vez que as práticas clínicas e de gestão estão sempre atreladas e puderam ser observadas e vividas de perto ao longo da construção desta pesquisa.

Ao pensar as diversas concepções a respeito da crise, ampliamos as análises e compreendemos que a crise que um sujeito apresenta não se refere a um evento individual, mas, também, outras tantas outras crises: do próprio Caps, da Raps, das políticas de saúde mental.

CAPÍTULO 2- CONSTRUÇÃO E CRISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: REFORMA SANITÁRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

No Brasil, vivemos, atualmente, tempos assombrosos para as Políticas Públicas, com o desmonte de diversos programas sociais; aumento das taxas de desemprego; mudanças que marcam retrocessos nas Políticas Públicas de Saúde, em especial de Saúde Mental e de Atenção Básica à Saúde; o caos político atual em que são privilegiados os bancos, os grandes empresários, as elites econômicas, em detrimento dos trabalhadores, dos pobres, da população LGBTQI+, dos sem teto, dos loucos, de todos que dependem das Políticas Públicas para ter a possibilidade de uma vida digna[5].

No cenário exposto, nos propomos transitar em busca do que se faz contra hegemônico, em que a vida pulsa mesmo em espaços de tanta opressão, fortalecendo linhas de fuga que permitam invenção de outros modos, de outras possibilidades.

Buscamos considerar a complexidade deste campo, com a intenção de fazer aliança com o que há de mais potente nesse contexto. Não nos interessa aqui, evidenciar as mazelas que vemos nos serviços de saúde mas, ao inverso, nos interessa produzir laços com o que há de potência, de afirmação de modos autônomos de vida, de redes de solidariedade. Ao mesmo tempo, não nos interessa fechar os olhos para estas mazelas, banalizá-las e naturalizar sua presença nos serviços de saúde, ao contrário, afirmamos que ao fazer aliança com as potências é preciso marcar também aquilo que as limita sem a isso se restringir, buscando abrir espaço ao que é vivo (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Nos últimos anos, as intenções de desmonte das políticas de saúde mental se tornaram mais nítidas com determinações que direcionam as ações para um caminho de retrocessos na Política de Saúde Mental e nas pautas da Luta Antimanicomial. Situamos esses retrocessos em um resgate histórico recente, partindo de Pinho (2019), para apontar algumas das diversas ações que delineiam a construção desse desmonte.

---

5 Ao longo do capítulo, expomos detalhadamente argumentos que endossam a argumentação de cada um desses pontos.

Em dezembro de 2015, foi nomeado para a coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde um psiquiatra que sempre se posicionou de forma contrária à Reforma Psiquiátrica e à Luta Antimanicomial e foi diretor, por dez anos, de um Hospital Psiquiátrico conhecido como o maior manicômio da América Latina, fato que gerou grande mobilização desses movimentos, como a ocupação do Ministério da Saúde por militantes, impedindo que o próprio acessasse seu gabinete, fato que culminou com a exoneração do coordenador quatro meses depois.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a portaria 3.588 que inseriu o Hospital Psiquiátrico no escopo de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em detrimento da lógica da Atenção Psicossocial, que vem sendo construída, nos últimos anos, com a finalidade em superar a figura central que o Hospital Psiquiátrico ocupava, quanto ao cuidado em saúde mental.

A dita portaria legitimou, ainda, que fossem feitos maciços investimentos públicos em Comunidades Terapêuticas (CTs), cujas práticas se sustentam no isolamento e na violação de direitos[6]. Importa citar que, no Brasil, a imensa maioria das CTs apresenta um tratamento pautado em viés religioso, além de ser comum a hipermedicalização, realização de trabalhos forçados, castigos físicos, humilhações, indo, totalmente, na contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica. No ano seguinte, uma nova portaria aumentou em 60% o valor das diárias pagas aos Hospitais Psiquiátricos que realizam internações de longa duração, por mais de 90 dias (BRASIL, 2018a; SIQUEIRA, 2019).

Como outras tentativas de precarização e desinvestimento no SUS, podemos citar a proposição, pelo Ministério da Saúde, de planos de saúde populares, mais baratos e precarizados – que não atenderiam ao escopo mínimo de procedimentos preconizados para uma atenção de qualidade ao usuário, bem como o incentivo a empresas para contratarem planos de saúde privados para os trabalhadores e a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/2016, de autoria do poder executivo, que propunha um novo regime fiscal, que teria, como um de seus efeitos, o congelamento dos gastos públicos com saúde e educação nos próximos 20 anos, conhecida, popularmente, como a PEC do fim do mundo.

---

6 Conforme relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos em locais de internação para usuários de drogas realizada em 2011, bem como da força-tarefa realizada em 2018 pelo Mecanismo Nacional de combate à tortura que constatam diversas práticas que configuram violação de direitos humanos como, contenção mecânica inadequada, violação de correspondências, proselitismo reliogoso, dentre outras.

Os intensos protestos da sociedade civil não impediram que a PEC fosse consolidada na Emenda Constitucional 95/2016, com isso, o novo regime fiscal estará em vigor até 2036, o que, certamente, levará, como já vem sendo constatado, ao sucateamento de diversas políticas sociais e coloca em risco a qualidade de vida, a saúde e o acesso aos direitos básicos de uma enorme parcela da população (MARIANO, 2017).

Estudos já comprovam os impactos que políticas neoliberais, como a emenda constitucional exposta, vêm causando, como a redução do orçamento destinado à saúde, transformando o subfinanciamento crônico, que data da ocasião de criação do SUS, em um desfinanciamento do mesmo, produzindo efeitos negativos na saúde da população e coloca em cheque, inclusive, alguns princípios como a universalidade, a integralidade e o acesso à saúde como um direito de cidadania, na medida que provocam um encolhimento do sistema de saúde, indicando que, caso continuemos a caminhar nesse sentido, retornaremos a um sistema de saúde excludente, ao qual poucos têm acesso (MENEZES; MORETTI; REIS, 2020).

Em novembro de 2018, foram suspensos, pelo governo federal, 78 milhões de reais destinados a serviços componentes da RAPS como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades de Acolhimento (UA) e leitos de saúde mental em Hospitais Gerais com a justificativa de que tais serviços não estavam fazendo o registro correto nos sistemas de informação do SUS. No mesmo mês, foi lançada a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, que apresentou intenção de reverter a desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica ao longo de três décadas, sustentadas por falas do, então, Ministro da Saúde, que colocavam, em cheque, a qualidade e a efetividade do cuidado prestado nesses serviços (BRASIL, 2018b; RADIS, 2019).

Em 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nota técnica que reforça, dentre outros retrocessos na Política de Saúde Mental, o retorno dos Hospitais Psiquiátricos à RAPS, o que sugere uma tentativa de abrir o campo da saúde mental ao mercado privado da saúde num modelo de atenção que explora internações e no qual muitas pessoas perdem o direito à cidadania, à liberdade e, até mesmo, à vida, tendo em vista o histórico da atenção à Saúde Mental, no Brasil, que será resgatado no próximo capítulo deste texto.

A nota negligencia, ainda, práticas exitosas como a Redução de Danos e a Atenção Psicossocial, em virtude de recolocar o Hospital Psiquiátrico no centro da rede e retomar, também, o uso de práticas como eletroconvulsoterapia, historicamente utilizada com viés punitivista em manicômios. O documento gerou grande polêmica, por conta do seu teor manicomial e mercadológico, uma vez que recoloca os leitos em hospitais psiquiátricos como prática principal no tratamento em saúde mental e foi retirada do ar, dias mais tarde, sendo revogada.

Apesar de não ter sido aprovada, deixa explícito o direcionamento do atual governo para as políticas públicas de saúde mental, fato que evidencia a urgência de afirmarmos nosso investimento em um Sistema de Saúde democrático e humanizado, buscando resistir às forças neoliberais, privatizantes e manicomiais, que buscam determinar os modos de se fazer as políticas de saúde em nosso país (DIAS, 2019).

No bojo das tentativas de consolidar o desmonte de conquistas sociais, acompanhamos essa disputa de narrativas e de políticas que se acirram, e ganham apoio do Congresso Nacional, do Senado Federal e de instituições como a Associação Brasileira de Psiquiatria. A agenda retrocessos seguiu firme em 2020, no mesmo passo que a resistência buscou meios de se fortalecer. Em dezembro de 2020, veio à tona a notícia de uma intenção do Ministério da Saúde de revogar diversas portarias que estruturam a política de Saúde Mental, acabando com diversos programas, entre eles o “De volta pra casa”, um dos principais braços do processo de desinstitucionalização, uma vez que possibilita que a pessoas que estiveram internações longas em Hospitais Psiquiátricos retornem a seus lugares de origem.

A partir dessa revogação, pretende-se uma revisão da RAPS e de mudanças no modelo assistencial em saúde mental, construídas a partir de um documento elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), chamado “Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil -2020”. Tais propostas foram chamadas, popularmente, de “revogaço” e se apresentam como ameaça contundente aos avanços conquistados, ao longo de três décadas, no que tange ao cuidado em liberdade e aos direitos das pessoas com transtorno mental e/ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Diante dessa ameaça, diversos segmentos da sociedade se organizaram para fazer frente a essas pautas, de modo a afirmar as pautas da Reforma Psiquiátrica e

da Luta Antimanicomial. Foi constituída a Frente ampliada em defesa da saúde mental, da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial - que reúne usuários, familiares, trabalhadores, gestores, pesquisadores e parlamentares - que pretende organizar uma frente ampla de resistência que se espalhe por todo o país.

Essas ações, dentre outras que não citamos, caminham no sentido de fragilizar, ainda mais, o SUS. Indo ao oposto do fortalecimento da saúde suplementar e, sim, beneficiando grandes empresas privadas e justificando um desinvestimento em saúde pública. Além disso, transformam a oferta de cuidado em saúde em mercadorias altamente lucrativas para empresas, hegemonicamente pautadas em um modelo de atenção à saúde médico-centrado e focado na doença, indo na contramão das propostas do SUS.

Estes interesses têm promovido um enfraquecimento de todo o sistema de saúde, bem como retrocessos imensos na Política de Saúde Mental, uma vez que reforçam um modelo de atenção biomédico, em detrimento da construção de um cuidado integral, que esteja em acordo com a complexidade das necessidades de saúde da população. Existem grandes grupos econômicos, cujos interesses caminham no sentido do que chamamos de privatização da saúde, grupos que ganham força através de investimentos governamentais e políticas que atuam em acordo com seus interesses.

Neste ínterim, é importante ressaltar que o setor privado sempre se posicionou contra o SUS e, portanto, esta disputa público-privado existe desde a ocasião da Constituição, de 1988, e na conjuntura atual vem ganhando forças com a justificativa de que um Estado em crise não apresenta condições de garantir o direito à saúde a toda sua população (BAHIA, 2018).

É um fato muito discutido entre os trabalhadores, usuários, militantes e pesquisadores do campo da saúde mental, que vivemos, atualmente, uma grande ameaça às diversas conquistas alcançadas ao longo de mais de três décadas de luta pela transformação das práticas direcionadas ao cuidado a pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes de uso de álcool e outras drogas.

Nos últimos anos diversos acontecimentos nos deixaram em alerta, temendo que tantos retrocessos pudessem imprimir uma significativa perda dos avanços conquistados, a duras penas, para a construção de um modelo de saúde mental que esteja alinhado com as premissas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

A construção do Sistema de Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, a luta por um paradigma de cuidado em saúde mental, que não esteja alinhado com os interesses da indústria farmacêutica e hospitalar, estabeleceu-se enquanto um movimento contra hegemônico em um contexto de ascensão de políticas neoliberais, que enfrentou grandes entraves no campo da política institucional, com dificuldades estruturais para executar as ações previstas para a Raps, proposta como estratégia de substituição da lógica asilar e manicomial (PINHO, 2019).

Houve muitos embates com a medicina e a psiquiatria hegemônicas, que, de modo geral, coadunam com os interesses da indústria farmacêutica e hospitalar, primando por internações e excesso de medicações e, também, pela centralidade de equipamentos privados fundamentados na ideia do isolamento social. Um outro desafio diz respeito à sociedade civil, historicamente foi ensinada que o melhor a se fazer nesses casos é isolar, internar, trancar e medicar seus amigos e familiares. De maneira contrária a essa, pretendemos, sim, uma transformação social, mas, a partir de uma aliança com a sociedade, que se faça continua, isso é fundamental para a consolidação das ideias da Reforma Psiquiátrica (PINHO, 2019).

Uma imensa gama de desafios estiveram presentes no processo de construção da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileiras. Esse fenômeno é, hoje, chamado de crise das políticas de Saúde Mental e, como foi apresentado, não é novidade, nem efeito de ações recentes.

Nos últimos anos, a regressividade dos direitos econômicos e sociais se tornaram mais evidente e contundente. A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas encontra-se em uma encruzilhada histórica, e os rumos que se seguirão são, arduamente, disputados por dois caminhos: o fortalecimento e continuidade da Reforma Psiquiátrica, cujo cuidado está baseado no cuidado em liberdade e na promoção de autonomia dos usuários da rede de saúde mental; a ruptura do modelo e a falência da Atenção Psicossocial, com retorno à centralidade do tratamento em hospitais psiquiátricos e demais instituições de asilamento, como as comunidades terapêuticas (ABRASME, 2018).

Diante disso, urge a importância de compreendermos o processo histórico que subjaz os acontecimentos, entender o que é chamado por crise da saúde mental, quais seus efeitos e, principalmente, o que deve ser feito para retomar a centralidade da Atenção Psicossocial na produção das políticas de saúde mental.

Assim, é profícuo situar o processo histórico de estabelecimento do Sistema Único de Saúde, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, no Brasil, para que, a partir dessa compreensão, se faça possível pensar como os movimentos de desmonte das conquistas alcançadas colocam em crise: o trabalho em saúde mental, o cotidiano dos usuários dos serviços, a produção de conhecimento e a própria militância.

2.1 ENTRE CRISES E CONQUISTAS: REFORMA SANITÁRIA, REFORMA PSIQUIÁTRICA E LUTA PELO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A lei 8.080, de 19 de setembro, de 1990, define a saúde enquanto conceito complexo, determinado por diversos fatores: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e a Constituição Federal, de 1988, configuram-se como marcos importantes do processo de reformulação do modelo de saúde hegemônico no Brasil. A partir desses marcos, a saúde passou a ser afirmada enquanto um direito de todos e um dever do Estado.

Após esses acontecimentos, diversos avanços, no que tange à Saúde Pública, foram conquistados. Ao mesmo tempo, tenta-se ampliar e politizar o conceito de saúde, que passa a ser afirmado não mais enquanto mera ausência de condição patológica. Mas, sim, como um conceito amplo e complexo que abrange as condições de: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, o Sistema de Saúde ganha, então, bases para ser reestruturado, rompendo, dessa forma, com o modelo biomédico, privatista e liberal. Assim, promove qualidade de vida, cidadania e uma vida mais digna aos cidadãos. Por ser fundamentado na promoção da saúde, o SUS passa a preconizar o acesso universal, a integralidade, a equidade e a resolutividade (FALLEIROS; LIMA, 2004, NASCIMENTO; TESSER; POLI NETO, 2008).

A sociedade brasileira passou, então, a contar com um conjunto de proposições políticas que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado, numa conjuntura de transição democrática e com ampla participação da sociedade civil (PAIM, 2008).

A VIII Conferência, diferentemente das que a precederam, não teve caráter fechado com participação exclusiva de profissionais e tecnocratas. Ao contrário, abriu, pela primeira vez, espaço para a participação popular, contando com representação comunitária, a partir de todo um processo de pré-conferências estaduais e municipais, organizadas por diversas entidades e instituições da sociedade civil (AMARANTE, 1998).

A instituição do SUS, pela Constituição de 1988, concretiza, no âmbito legal, as propostas do Movimento Sanitário, que promoveu debates e mobilização em defesa da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa época, havia um contexto de construção e fortalecimento de políticas em sua dimensão pública, numa aposta na produção do comum – uma aposta em forças do coletivo que tensionam a produção de políticas públicas.

De acordo com Passos e Benevides (2005), a palavra política deriva do latim polis e diz respeito a tudo o que se refere à cidade, tendo como um de seus aspectos, a arte e a ciência de governar. Dessa maneira, a partir de seu conceito amplo, a política coloca os sujeitos em relação, articulando-os a partir de regras e normas que, não necessariamente, são jurídicas ou legais. Assim, a política não está localizada, exclusivamente, em um centro de poder, mas se faz em relações, em arranjos locais, que expressam a dimensão micropolítica das relações de poder.

A partir disso, podemos compreender as diferenças entre política de Estado e política de Governo. As políticas de governo, segundo Barros e Pimentel (2013), apresentam um caráter de efemeridade e fraca institucionalização, pensadas a partir de interesses específicos de forças políticas que assumem o aparelho de Estado, sem garantia legal de continuidade. Já a política de Estado é dotada de caráter estruturante, por meio de ações, que são alternadas, dado que os governantes se alternam no poder. Neste ínterim, os governantes devem garantir que as ações sejam efetivadas e sua permanência seja garantida, tendo obrigação de cumprir determinados programas, como o SUS, que, no Brasil, configura-se como um exemplo de política de Estado.

A produção de Políticas Públicas é sempre uma arena de disputa, reconhecer essasdisputa permite repensar a própria produção de políticas. Com isso, podemos afirmar que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em sua dimensão sócio-histórica complexa e em constante construção, apresenta “A dimensão pública de uma política se atualiza como rede de relações multivetorializadas, exige interferências,

transversalidade, cogestão e inclui sujeitos com necessidades, demandas” de modo que o público está nas forças coletivas, sendo parte inerente à vida (BARROS; PIMENTEL, 2013, p. 11).

Nesse sentido, a RSB constitui-se como um complexo fenômeno social, o que significa afirmar sua historicidade, dando relevância às condições que permitiram sua configuração e permanência processual. A partir dessa concepção, a história é interpretada como "realização de sujeitos sociais diante das circunstâncias, o que implica certa intencionalidade e, ao mesmo tempo o reconhecimento das limitações estruturais e dos constrangimentos conjunturais" (PAIM, 2008, p. 35).

Ao pensarmos a história das políticas de saúde, no Brasil, afirmamos que a história se constrói, no presente, e influencia a produção de fatos na atualidade. Trata-se, então, de parte de um processo vinculado a uma reforma democrática, ou seja, a RSB é parte de um projeto de transformação da sociedade e do Estado, pautado na democracia, que iniciou em meio a ditadura militar, nos anos 1970.

Com isso, podemos sugerir que não trata, exclusivamente, de políticas de saúde. Mas, também, de todo um projeto de sociedade, que, para além de transformações no setor saúde, pretendeu transformar a organização social, no Brasil, pautando: a democracia, a justiça social, o acesso e a garantia de direitos, dentre outras pautas que pretendiam construir uma experiência de democracia radical (PAIM, 2008).

O projeto da RSB se inscreve no contexto da afirmação da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, rompendo com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde, no Brasil, até a Constituição de 1988. O caráter meritocrático se atribui ao fato de só terem acesso aos serviços de saúde os trabalhadores que contribuíam com a previdência, de modo que ficavam privados do acesso toda a parcela da população que não tinha acesso a emprego formal, ou seja, só “mereciam” acesso ao sistema de saúde aqueles que contribuíam com a previdência. Por isso, a saúde teve papel preponderante no ideário de nossa Constituição cidadã.

No que tange ao caráter universal do SUS, parte significativa dos brasileiros estava, em 1988, à margem deste sistema e, ainda hoje, isso se faz um fato, ainda que em proporções muito menores, de modo que há uma parcela importante da população abrigada em planos de saúde privados, ou mesmo, sem acesso às portas

de entrada, o que nos sinaliza a importância de reconhecer e analisar as dificuldades que o SUS enfrenta (MENICUCCI, 2014).

Um importante aspecto da RSB diz respeito à noção de Seguridade Social, que conta com um capítulo específico da Constituição de 1988 e consolida a solidariedade entre saúde, previdência e assistência social. A seguridade, legitimada pela concepção de universalização de direitos, adota a cidadania como critério de acesso às políticas sociais e revoluciona o acesso aos serviços de saúde no Brasil, rompendo com o caráter meritocrático de seguro vigente até então.

Ao longo da história e, ainda hoje, construir um Sistema de Saúde mais justo e igualitário, pautado na universalidade, na integralidade da atenção, no debruçar-se sobre as necessidades específicas dos indivíduos e das populações. A partir da transformação do conceito de saúde, pensamos políticas que sejam capazes de promover transformações no cotidiano, nas práticas, na vida, na sociedade como um todo.

Nesse sentido, os movimentos de reforma do sistema de saúde, no Brasil, extrapolam o setor saúde, abrangendo pautas que pretendiam uma transformação em toda a organização da sociedade, fazendo esforços rumo à construção de um Estado democrático, tendo em vista que o Brasil estava, naquele período, sob o regime militar. Esses movimentos fortaleceram e fizeram coro aos movimentos que pretendiam a anistia geral e irrestrita aos presos políticos, eleições diretas, acesso aos direitos, etc. (LUZ, 1994).

O contexto da Reforma Sanitária Brasileira também esteve articulado com a militância envolvida na formulação das políticas de Saúde Mental, no Brasil, de certo modo, os movimentos que embasaram a RSB abriram caminho para os movimentos que levaram à luta pela transformação das políticas e das práticas no campo da saúde mental. De acordo com Amarante (1998), um ator e sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A partir dele, passam a construir críticas a algumas práticas da psiquiatria, além disso, surgem as principais propostas de reformulação do sistema assistencial.

O MTSM denunciava diversas irregularidades nos Hospitais Psiquiátricos, em especial, no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Os trabalhadores passaram a fazer críticas aos métodos empregados no tratamento dos pacientes, dentre os quais estavam práticas que levavam a uma cronificação dos sintomas: o

eletrochoque, utilizado de modo irrestrito; o tratamento pautado, exclusivamente, no isolamento e na violação de Direitos Humanos. Neste cenário, ampliou-se uma luta por melhores condições de assistência e humanização dos serviços prestados às pessoas com sofrimento psíquico (AMARANTE, 1998).

À época, conforme relatório da Comissão de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) (1979), 96% do total dos recursos destinados à Saúde Mental eram gastos em pagamentos de diárias em Hospitais Psiquiátricos, que contavam com cerca de 80 mil leitos em todo o país. O relatório ressalta, ainda que, no período de 1973 a 1976, as internações psiquiátricas aumentaram 344% (AMARANTE; NUNES, 2018).

No Brasil, o processo de transformação do paradigma das práticas e da política de saúde mental está, intimamente, ligado: à RSB; à conjuntura da transição democrática, iniciada nos anos 1970; ao próprio processo de consolidação do SUS. O cenário da luta pela redemocratização coloca, em cena, a luta pela garantia dos Direitos Humanos das pessoas vítimas de violência nas instituições psiquiátricas, violência esta que foi denunciada pelos trabalhadores dessas instituições, que se deparavam com um cenário drástico de descaso, violação de direitos e violência.

O lema “Uma sociedade sem manicômios”, proposto, inicialmente, em 1986, após um encontro em Buenos Aires do qual participaram figuras importantes para a Reforma Psiquiátrica como Franco Basaglia e Felix Guattari, foi um importante acontecimento para o processo, uma vez que a proposição de “Uma sociedade sem manicômios” transforma o coletivo de trabalhadores em um movimento social, que passa a se articular com outros movimentos de lutas associadas à garantia de direitos humanos, sendo, então, constituído o Movimento da Luta Antimanicomial que, de modo central, passou a assumir a crítica ao modelo biomédico da psiquiatria, bem como aos interesses que o orientam - os interesses capitalistas (AMARANTE; NUNES, 2018).

A inclusão na Constituição, de 1988, dos princípios do SUS abriu portas para a autonomia e o desenvolvimento das políticas de saúde, em especial, no âmbito municipal, com produção de intervenções que caminhariam no sentido da extinção dos manicômios e não mais nas melhorias das condições destes.

A proposta de extinção dos manicômios, fez com que se criasse uma rede substitutiva, composta por serviços de saúde descentralizados espalhados pelo

território e, também, por dispositivos que contemplem as diversas dimensões da vida, tais como: moradia, trabalho, lazer e cultura (AMARANTE; NUNES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, opera enquanto processo social complexo, conforme a noção proposta, inicialmente, por Rotelli (1990) para fazer referência às estratégias de desinstitucionalização, visando destacar a amplitude do processo e de suas pautas, não as reduzindo em mera reforma dos serviços e das tecnologias de cuidado. Mas, sim, buscavam uma efetiva transformação do lugar social que a loucura ocupa em nossa sociedade, de modo a construir outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, além dos clínicos e terapêuticos. Nesse sentido, a participação social comparece como uma dimensão fundamental para a Reforma Psiquiátrica e para a Luta Antimanicomial, no Brasil, tanto nos serviços de saúde quanto: nos fóruns, conselhos, conferências, dentre outros espaços (AMARANTE; NUNES, 2018).

A figura do louco e, consequentemente, do que chamamos loucura é inerente à história da humanidade, tendo sido observada pela população de modos muito diversos ao longo do tempo. No entanto, a concepção de doença mental e a psiquiatria, como área médica que se debruça sobre o fenômeno, constituíram-se no contexto da Revolução Francesa, tendo Philippe Pinel como figura pioneira no tratamento médico para a loucura.

A “doença mental”, neste contexto, era compreendida como uma disfunção bio-físico-química e o tratamento dispensado se fundamentava em contenção física, uso de camisas de força, castigos físicos, isolamento e outras estratégias que acarretavam em grande sofrimento para os sujeitos ditos loucos. Essas estratégias se fundamentam na própria concepção que a sociedade construiu sobre o louco: uma figura perigosa e amedrontadora.

A partir da segunda metade do século XX, as práticas supracitadas começam a sofrer críticas, e o Hospital Psiquiátrico passa a ser compreendido como um local que fomenta a cronificação dos sintomas da “doença mental”. Nesse contexto, surgem, na Europa, em especial na Inglaterra, na França e na Itália, alguns movimentos que questionaram o tratamento concedido aos loucos (ZURITA et al., 2013).

Há uma vasta literatura que elucida detalhadamente como se deu o processo de efervescência das lutas no campo da psiquiatria, em especial, as que ocorreram na Europa e nos Estados Unidos no período após a Segunda Guerra Mundial.

Amarante (1998) detalha um apanhado sobre os movimentos que iniciaram os processos de reforma, a partir de transformações no interior das instituições, conforme as propostas da psicoterapia institucional, de François Tosquelles e de Jean Oury e das comunidades terapêuticas de Maxwel Jones, ou mudanças no enfoque – de doença para saúde mental, como pensado inicialmente pela psiquiatria de setor na França; e pela psiquiatria comunitária nos Estados Unidos, até mesmo, propostas consideradas mais radicais de transformações paradigmáticas, como o caso da psiquiatria democrática italiana proposta por Franco Basaglia.

As construções dos processos tiveram forte influência nas formas de pensar e construir as políticas públicas de saúde mental, no Brasil, uma vez que, ao se constituírem como marcos históricos no contexto mundial de transformação da assistência em psiquiatria, exerceram um papel fundamental na consolidação do nosso processo de Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2011).

Embora pouco presente na literatura existente, além das influências europeias, a Reforma Psiquiátrica Brasileira está situada em um processo de transformação decorrente na América Latina. Em 1990, ocorreu em Caracas, capital da Venezuela, uma Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, na qual foi produzida a Declaração de Caracas. Este documento evidenciava a necessidade de se pensar recursos terapêuticos e um sistema que garantisse os direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais, ou seja, a necessidade de superar o manicômio e instituir modalidades terapêuticas que estivessem inseridas nas comunidades, nos territórios.

Além do Brasil, Argentina, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela realizaram encontros para debater a Reforma Psiquiátrica. O contexto de declínio econômico, iniciado na década de 1990, na América Latina e no Caribe, em razão do modelo de desenvolvimento prevalente nas décadas anteriores, levou as economias latino-americanas a uma situação crítica de: endividamento externo, insuficiência estrutural, inflação desmesurada e consequente elevação da pobreza extrema e políticas públicas precárias. Nessa conjuntura, parte significativa da população não tinha acesso a serviços básicos de saúde. A atenção psiquiátrica, nesses países, caracterizava-se, principalmente, por serviços escassos e dispersos que funcionavam desconectados de outros serviços de saúde (DESVIAT, 2015).

De um modo geral, a atenção à Saúde Mental, na América Latina, estava inscrita em um modelo precário e medicalizado, com uma formação dos

trabalhadores da saúde com um viés tecnicista que não considerava as necessidades da população e sua complexidade. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) começa a construir estratégias que se contrapusessem à tendência hegemônica nos serviços públicos de saúde, buscando fomentar a ampliação da cobertura da atenção e subverter a lógica de atenção à doença vigente, dando prioridade à atenção à saúde, à prevenção, aos serviços extra-hospitalares, à equipes interdisciplinares, com vistas a atender ao conjunto de necessidades da população e estabelecer, com a mesma, uma relação de responsabilidade mútua no que tange ao desenvolvimento da saúde.

Os objetivos pautados pela OPAS para o quadriênio 1991-1994 defendiam a "democratização da vida política das nações e de um desenvolvimento que levasse em consideração as necessidades de toda a população (p.140)" e buscavam: atribuir grande importância à saúde no processo de desenvolvimento; formular políticas e programas que fortalecessem a equidade e garantissem acesso a atenção à saúde para toda a população; ajustar o modelo e as práticas sanitárias, destinando recursos para as ações que fossem mais eficientes, no sentido de ampliar a prevenção de agravos e a promoção da saúde, com vistas a ampliar a qualidade de vida da população (DESVIAT, 2015).

No Brasil, o processo se intensificou com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1992, com mais de 1500 participantes representando: trabalhadores, usuários, familiares e movimentos sociais da área da saúde mental de todo o país. Inaugurou "um caminho esperançoso de participação democrática no futuro da atenção psiquiátrica brasileira e, possivelmente, da América Latina" (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 141).

Desviat (2015), em seu livro intitulado A Reforma Psiquiátrica, editado pela primeira vez em 1999, dedicou o capítulo final para discorrer e analisar o processo chamado de Contrarreforma Psiquiátrica. O autor refere que é imprescindível situar o campo da saúde mental no processo histórico e no modelo de sociedade vigente, em especial, no modelo imposto pela chamada globalização. Acrescenta, ainda, que "a coragem e a dignidade de uma sociedade verificam-se por sua maneira de acolher a marginalização e a loucura" (p.151). Isso significa afirmar que o modo como as sociedades lidam com as questões relativas à saúde mental está sempre atravessado pelo processo de constituição, pela cultura, pela subjetividade.

As ideias precursoras da Reforma Psiquiátrica abriram espaço não, apenas, para a transformação da atenção aos transtornos mentais, como, também, para uma importante mudança da maneira como a sociedade, os governantes, os trabalhadores da saúde e a população, em geral, veem a pessoa com sofrimento psíquico, além de preconizar a substituição do Hospital Psiquiátrico, estratégia principal para o trato das questões do sofrimento psíquico, por uma rede que operasse na lógica da Atenção Psicossocial.

A superação da lógica manicomial requer processos que superem a mera desospitalização e busquem consolidar outros modos de operar o cuidado em saúde mental, com uma rede de serviços que atue com o cuidado em liberdade, produção de autonomia e fortalecimento de vínculos familiares e sociais. No entanto, percebemos, desde o início dos movimentos de reforma, que existe uma escassez de recursos e de serviços substitutivos, com persistência na hospitalização, na medicalização e nos grandes investimentos nesse modelo por parte da psiquiatria e da indústria farmacêutica, o que nos leva a constatar que a noção de contrarreforma psiquiátrica é concomitante ao próprio processo de reforma (PINHO, 2019; DESVIAT, 2015).

Ao situar esse processo no contexto histórico, podemos afirmar que a luta pelo fim dos manicômios, físicos ou não, dirige-nos a um projeto societário, que visa, sobretudo, à superação das opressões de toda ordem – incluindo as opressões de classe, de gênero e de raça. Basaglia (2005) afirma que a existência dos manicômios é expressão da vontade de excluir o que é temido por ser desconhecido, inacessível, inexplicável. Deste modo, pautar a luta “Por uma sociedade sem manicômios”, máxima do movimento antimanicomial, significa ultrapassar os limites do campo da saúde mental e extrapolar para planos de lutas amplas, conforme ficou evidenciado na Carta de Bauru, documento que funda o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), elaborado no II Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental.

Este encontro, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru-SP, foi organizado por trabalhadores que lutavam contra as políticas de saúde mental instituídas, que se pautavam no isolamento e se mostravam violentas, excludentes, amplamente manicomiais. O documento proveniente desse encontro afirma que o manicômio é a expressão de uma estrutura presente nos inúmeros mecanismos de opressão da sociedade. Deste modo, lutar pelos direitos de cidadania das pessoas com

transtornos mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (MLA, 1987).

Seguindo esse caminho, Foucault (1992) sinaliza que o manicômio, antes de ser um espaço de cura para a loucura, forjou-se como um instrumento de controle para a manutenção da ordem social, buscando o controle e a disciplina de comportamentos que ameaçavam os valores da sociedade capitalista em ascensão. O autor situa o nascimento do manicômio no bojo do capitalismo, de modo que se reproduz e se apresenta como uma das lógicas de opressão que busca sustentar e manter esse sistema, através da marginalização e segregação da loucura, compreendida como fator que torna os sujeitos improdutivos e coloca em risco a manutenção da ‘ordem’.

A Luta Antimanicomial não se restringe, apenas, ao fim dos manicômios enquanto espaços físicos, materializados em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas ou clínicas psiquiátricas, mas deve se ampliar, buscando pautar e apresentar alternativas que possibilitem outras experiências de liberdade, de criação, ultrapassando as questões denominadas de “saúde mental” e, de fato, se direcionar para uma transformação de toda a sociedade, pautando a garantia de direitos como: moradia digna, acesso à educação, cultura, lazer, trabalho (PEREIRA; PASSOS, 2017).

Desde modo, o domínio sobre a loucura foi incorporado pelas formas de gestão da sociedade burguesa, visto que as internações nos manicômios não eram restritas aos chamados “doentes mentais”, mas, também, a todos que, de algum modo, desvirtuavam-se da ordem social produtivista, como: as prostitutas, os homossexuais, os adictos, os vagabundos e todos aqueles que não se integravam à máquina produtiva do bem econômico. Visavam combater a ociosidade e a improdutividade (FOUCAULT, 2004). Nesse mesmo contexto, importa assinalar, ainda, que a psiquiatria se configurou, à época, como um instrumento legítimo de conhecimento e saber científico, de forma que, devido ao seu status de saber especializado, o tratamento conduzido por esta disciplina não era questionado, ou seja, a psiquiatria se constituía como uma forma de poder extremamente coercitiva e arbitrária, ao mesmo tempo em que era legitimada e vista como uma importante ferramenta de manutenção do estado das coisas por toda a sociedade.

O caráter de controle se expressa, inclusive, na relação médico-paciente, em que o objetivo da relação é, de maneira geral, o que o primeiro determina sobre o modo como o segundo deve se comportar (VIZEU, 2005).

2.2 A RADICALIDADE BRASILEIRA – A PROPOSTA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SEUS DESAFIOS

A trajetória de luta da Reforma Psiquiátrica, no fim da década de 1970 e ao longo dos anos 1980, foi, de certa forma, marcada pelas noções de antimanicomialidade e desinstitucionalização. Para além de uma mera reestruturação dos serviços existentes, os movimentos brasileiros buscaram sustentar a importância da extinção total das estruturas que sustentavam os manicômios, fossem elas físicas ou não. Lançando mão dessas noções, propuseram alternativas de substituição dos manicômios e a criação de outro paradigma de cuidado em saúde mental.

A noção de antimanicomialidade faz referência à negação de saberes e práticas manicomiais, muito presentes nos hospitais psiquiátricos, tais como: privação de direitos básicos, punição, castigos. As ações sustentam a lógica asilar e da institucionalização da loucura, com vistas a negar o manicômio e afirmar o cuidado em liberdade, a construção de projetos terapêuticos pautados na ideia de reinserção social, ampliação de autonomia e cidadania.

A concepção tem como base a proposta de desinstitucionalização. Conforme Amorim e Dimenstein, ela pretende desconstruir saberes, práticas e discursos que afirmam a redução da loucura: à doença mental, ao hospital psiquiátrico e a medicalização como principal forma de tratamento (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

O conceito de desinstitucionalização se configura como um processo complexo, que transcende a mera desospitalização da atenção em saúde mental. Ele visa transformar as relações de poder entre as instituições e seus usuários, produzindo estruturas de Saúde Mental que, ao construir uma rede que dê suporte a toda a complexidade deste campo, torne obsoletas as internações em Hospitais Psiquiátricos. Para que se faça possível superar a desospitalização e promover, de fato, a reordenação da atenção, é necessário que se construa uma “desmontagem e

reconversão dos recursos materiais e humanos que ali estavam empregados" (ROTELLI, 1990, p. 18).

Rotelli (1990) expõe que as experiências de Reforma Psiquiátrica, ocorridas na Europa, nos anos 1960, buscaram atingir, de forma gradual, a superação das internações em manicômios. Para atingir este objetivo, criaram serviços de cunho comunitário e de deslocando à intervenção terapêutica para o contexto social da vida das pessoas, com estratégias de prevenção e reabilitação que estivessem alinhadas com as necessidades apresentadas pelos sujeitos. Assim, tentavam romper com a cultura hegemônica de um modelo segregativo, próprio da Psiquiatria Clássica, no qual a única resposta possível para a loucura seria o isolamento.

A partir disso, entendemos que a desinstitucionalização necessita da desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução. Esse processo, que atribui nexo causal entre: o diagnóstico e prognóstico, entre doença e cura, exclusão e reinserção. É salutar, portanto, desconstruir práticas e discursos que naturalizam e reduzem a loucura à doença mental, ou seja, devemos: indagar as forças operam no campo da saúde mental e os modos de subjetivação presentes na contemporaneidade; destacar a relevância das intervenções no plano micropolítico (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Buscamos compreender as condições históricas e como elas possibilitam que as práticas em Saúde Mental, se forjam da maneira como se dão na atualidade. Observamos que as condições históricas tornam possível a emergência de práticas antimanicomiais no SUS. Podemos afirmar, então, que as políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, no SUS, são relacionadas, diretamente: com a ideias e as propostas do movimento da reforma sanitária; com a conjuntura da transição democrática e, consequentemente, com a construção do próprio Estado Democrático.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica pretendeu denunciar violações gravíssimas de direitos humanos fundamentais, como a tortura e os diversos maus tratos. Na ocasião, pessoas diagnosticadas com as então chamadas "doenças mentais" eram retiradas da convivência de sua família e da comunidade e enclausurados em hospitais psiquiátricos, os chamados manicômios. Em alguns desses locais, os pacientes eram jogados, nus, em pátios expostos ao frio e ao sol, como é o caso do emblemático Hospital Colônia de Barbacena, só neste hospital, estima-se que foram mortas 60 mil pessoas, algumas das quais tiveram seus corpos

vendidos a faculdades de medicina como indigentes (FIGUEIREDO; MELEVATI; TAVARES, 2014).

As pessoas com sofrimento psíquico, chamadas de “doentes mentais”, eram submetidas ao isolamento compulsório, a violência, a agressões físicas, ao eletrochoque, a lobotomia, ao uso abusivo de psicofármacos, a uma alimentação inadequada, a condições insalubres de higiene, a privação de visitas de seus amigos e familiares, poderiam ser submetidos a reclusão solitária; ao uso de camisa força.

Um emblemático caso que ilustra a crueldade e desumanidade desses locais é o de uma mulher que foi presa em um leito solitário e, por lá esquecida, morreu de frio ou fome, tendo seu corpo encontrado, apenas, muitos anos depois, já petrificado. A mancha do seu corpo no piso resistiu a toda e qualquer tentativa de apagamento, resistindo como uma denúncia ao tratamento dispensado nos manicômios (AMARANTE, 2017).

Essas práticas, com uma prerrogativa social de cuidado e tratamento, promoviam, de uma lógica higienista de limpeza social, livrando a sociedade dos sujeitos, cujos modos de existir eram indesejáveis e nos remetem a uma sociedade manicomial que, em certa medida, compactuou com a cultura higienista, de modo que os manicômios escaparam do espaço físico dos hospitais psiquiátricos e passaram a habitar diversas práticas, em toda a sociedade, através da estigmatização da loucura, da crença popular de que o sofrimento psíquico imprime no sujeito improdutividade, incapacidade e desajustamento (FIGUEIREDO; MELEVATI; TAVARES, 2014, ARBEX, 2013).

As práticas pautadas no princípio do isolamento, que sustentavam o modelo manicomial, produziam o distanciamento da loucura da vida social, constituindo a institucionalização do louco, o destituindo do direito à cidade, à participação social e da sua condição de cidadão. O hospital psiquiátrico cumpre, então, a função do isolamento da experiência da loucura, imprimindo sobre ela violências físicas e psicológicas, ocupando-se, exclusivamente, da doença em detrimento do sujeito que experimenta o sofrimento subjugando a figura do louco a um lugar de objeto (AMARANTE; TORRE, 2018; AMARANTE; NUNES, 2018).

Esse modo de pensar está impregnado em nossas práticas, ainda hoje, compondo o que podemos chamar de subjetividade manicomial, lógica manicomial que captura os sujeitos de modo que, muitas vezes, sem darem-se conta, reproduzem a institucionalização do cuidado em saúde mental, afirmando o

manicômio e atendendo aos interesses dos hospitais psiquiátricos (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

A subjetividade manicomial se expressa através de práticas que pretendem, ainda que de modo inconsciente: controlar subjetividades; capturar modos de existência; manter a ordem; disciplinar corpos. A produção destas práticas e tecnologias de disciplinarização perpassam o cotidiano e alimentam os modos de circular pelos espaços sociais, os atos, os modos de pensar, ou seja, não se trata de algo restrito ao campo da Saúde Mental.

Os questionamentos indicam que somos capturados, constantemente, pela tentação do conforto das formas e dos equilíbrios; indicam, também, que empreendemos, a todo o momento, processos de institucionalização da vida e que ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes, que nos atravessam e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral, que sabotam as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença. Chamamos isso de "desejos de manicômio" (DIMENSTEIN, 2006, p. 77).

Os desejos de manicômio, conforme Machado & Lavrador (2001), habitam e se expressam “através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar” (p.51), atualizam-se através de práticas que sustentam um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura, na medida em que constrói estereótipos para a figura do louco e para os modos de lidar com ele.

Sabemos que foram grandes os avanços conquistados, no sentido de produzir um cuidado em saúde mental e que, ao longo do processo, foram se impondo diversos desafios. Amarante (2007) chama a atenção para a importância da superação de uma visão que reduz o processo a uma mera reestruturação de serviços. O autor sugere que o ponto de partida para a superação é pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial como um processo social complexo, que caminha e se transforma permanentemente. Nesse contexto, o caminho de novos elementos e situações surgem, assim como novos enfrentamentos se fazem necessários, sendo inerentes contradições, consensos, pulsações e paradoxos com os quais precisamos lidar.

Outro desafio diz respeito às práticas, em si, geralmente impregnadas de uma mentalidade manicomial, de modo que observamos dificuldades quanto à ruptura com essas práticas que objetificam a pessoa com sofrimento psíquico, buscando

suprimir os sintomas, afirmar práticas baseadas em especialidades, que, por vezes, limitam e simplificam fenômenos complexos. Em linhas gerais, são processos de trabalho que mantém a manicomialidade em evidência (MACEDO et al., 2017).

Os pontos configuram uma marca da Reforma Psiquiátrica brasileira e sustentam a Luta Antimanicomial, importantes movimentos que pretenderam subverter a lógica vigente, ao reconhecer que os manicômios ultrapassam os espaços físicos dos hospitais psiquiátricos e se pulverizam na vida social.

Nesse sentido, alguns conceitos vêm ocupando lugar de destaque, no que tange ao cuidado em saúde, inclusive as tecnologias de cuidado em saúde mental. Dimenstein (2004) propõe a discussão acerca da qualidade e da humanização das práticas em saúde. Segundo ele, é preciso humanizar, no sentido de afirmar um compromisso com as forças plurais que compõem a vida, tendo como objetivo o enfraquecimento de uma lógica hegemônica, que pretende: produzir sujeitos como identidades privatizadas e massificadas pelo consumo, ao mesmo tempo, que visa o fortalecimento de práticas que sejam éticas e comprometidas com a invenção de novos modos de vida, "com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação" (p. 113).

Dessa forma, as práticas de saúde, pautadas na qualidade e na humanização, caminham no sentido do conceito de desinstitucionalização, que se refere à negação da lógica manicomial, que pretende suprimir modos de vida ditos desviantes, a fim de que as práticas se configurem como dispositivos éticos, comprometidos com a afirmação de modos de vida inventivos e que afirmem a complexidade da loucura e busquem lidar com os desafios e as contradições presentes no cotidiano que distanciam o trabalhador de uma prática verdadeiramente antimanicomial. Almejamos, assim, desviar da captura imposta pelo desinteresse, pela alienação e pelo agir mecânico e burocratizado, ou seja, pelo risco de se deixar capturar pelos “desejos de manicômios” que nos habitam (CAMPOS *apud* DIMENSTEIN, 2004).

Lidar com o que chamamos de “desejos de manicômio” se apresenta como um desafio que habita o cotidiano do Caps, leva-nos a refletir que ninguém e nenhuma prática é antimanicomial a priori. O exercício de ser antimanicomial faz

referência a um compromisso ético de análise de implicação, de perceber o que as forças, as ações, os movimentos e os dispositivos atualizam.

Nesse ínterim, podemos afirmar que a ideia de humanização do SUS está, diretamente, relacionada à concepção de desinstitucionalização, que se caracteriza como uma busca pela desconstrução da realidade manicomial. Colocamos, em questão, o próprio conceito de saúde mental e propomos, além da “queda dos muros dos manicômios”, a proposição de um novo paradigma de cuidado em saúde mental. Em outras palavras, propomos a construção de novas realidades e a transformação da cultura vigente que sustenta as práticas manicomiais (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

A desinstitucionalização coloca em pauta o desmonte do aparato psiquiátrico tradicional, a lógica e a dinâmica que rege os serviços e as relações entre usuários, familiares, trabalhadores, da cultura manicomial. Enfim, discute a produção de subjetividades manicomiais. Dessa forma, humanizar e desinstitucionalizar não são concepções que se restringem a aumentar a quantidade de equipamentos de saúde e serviços substitutivos, pois, assim, corre-se o risco de reduzir um processo social complexo, como a reforma psiquiátrica, à criação de CAPS. Com isso, pode ser produzido um fenômeno de CAPSização ou enCAPSulamento do campo da Saúde Mental, que deixa de considerar que, nestes espaços, também podem ser reproduzidas práticas segregadoras e cronificantes, tal qual a lógica manicomial e asilar pretende.

Humanizar e desinstitucionalizar significa afirmar, em todo o sistema de saúde uma lógica antimanicomial, de produção de um paradigma antimanicomial no campo da saúde mental (AMARANTE apud DIMENSTEIN, 2004). Dimenstein (2004) afirma, ainda, que para ressignificar esses espaços físicos, se faz necessário fomentar o fortalecimento de “subjetividades antimanicomiais”, em especial, entre os trabalhadores a saúde para que sejam sujeitos capazes de revolucionar o cotidiano, de maneira a recusarem o determinismo absoluto que assola a possibilidade de espaços que fomentem liberdade, criação, diversidade e acreditarem na potência criadora da vida, na possibilidade de surgimento de novos modos de vida.

Nossa aposta é, então, em práticas que atuem como operadoras do processo de desinstitucionalização, seja nos CAPS, nas Unidades de Saúde ou nos Hospitais, que contribua com a reinvenção da vida para além dos protocolos e sintomas, ou seja, processos de trabalho que se voltem para a qualidade do cuidado, buscando

proporcionar acolhimento, compreensão e cuidado integral à saúde. É importante lembrar que os serviços de saúde devem estar atentos às desigualdades existentes na realidade de cada sujeito, com o intuito de ajustar as ações às necessidades, que são, sempre, específicas e diversas, atuando, em consonância, com o princípio de equidade, previsto na construção do SUS.

Assim, a trajetória das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, no Brasil, indicam, hoje, a necessidade de firmarmos a urgência de romper com as formas de subjetividades dominantes que reproduzem as relações sociais e o *status quo* para que possamos dar continuidade à construção de um Sistema de Saúde de qualidade, universal, integral, equânime e antimanicomial.

Como proposta de outros modos de fazer em saúde mental, o processo de reforma psiquiátrica brasileiro caminhou no sentido de promover uma crítica contundente à psiquiatrização da loucura e de consolidar a lógica da atenção psicossocial como estruturante das políticas de saúde mental (AMARANTE et al., 2018).

Como pudemos analisar, o modelo psiquiátrico, que é fundamentado no modelo biomédico, é caracterizado por um sistema “terapêutico”, que tem, como principal ferramenta, a hospitalização para lidar com um paciente que era visto como portador de um distúrbio que o deixa sem razão, insensato, incapaz, um irresponsável civil e perigoso para o conjunto da população.

Nesse sentido, os Hospitais Psiquiátricos apresentavam uma lógica de funcionamento bem próxima de instituições carcerárias, baseadas em vigilância, controle e disciplina. Amarante (2017) sinaliza que a própria natureza do modelo manicomial se configura como disparador de grande parte dos esforços dos trabalhadores em transformá-lo, buscando implantar um processo que seja, de fato, distinto do anterior. Ao mesmo tempo, a imperiosa necessidade de suplantar o modelo psiquiátrico pode ter sido um vetor que, por diversas vezes, reduziu iniciativas de inovação a mera reestruturação de serviços assistenciais, limitando experiências de reformas psiquiátricas a reformulação de serviços, algumas vezes, até mesmo, do Hospital Psiquiátrico, ou de criação de serviços que minimizassem os efeitos danosos do hospital ou reduzissem as internações, produzindo, apenas, mudanças relacionadas a estruturação dos serviços.

Deste modo, há um grande desafio para a superação da lógica manicomial. De acordo com Rotelli (1990), devemos pensar no campo da saúde mental e da

atenção psicossocial como um processo social complexo, e não como um sistema ou modelo fechados. Sendo assim, a Raps, que propõe um novo modelo de atenção à saúde mental, está inserida na complexidade deste processo. Isso significa afirmar que, sendo um processo, a lógica da atenção psicossocial está sempre em movimento, caminhando e se transformando constantemente. No caminhar, aparecem novos elementos e situações que devem ser enfrentadas, o que pressupõe “novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, étnicas, éticas, de pertencimento de classe social” (AMARANTE, 2017, p.63), que constituem um entrelaçamento simultâneo de diversas dimensões que ora são paradoxais, ora contraditórios, ora consensuais, sempre atravessados por tensionamentos.

Amarante (2017) sugere que a Atenção Psicossocial é composta por quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico, assistencial, jurídico-política e sociocultural. A dimensão teórico conceitual busca subverter o pressuposto de ciência enquanto um saber neutro e munido de métodos, que produziriam a verdade, contemplando aspectos de ordem ideológica, política, culturais, éticas e morais, ao mesmo tempo que pontua que o processo das reformas psiquiátricas são também desdobramentos da transformação da própria ciência.

Nesta concepção, a doença é “posta entre parênteses” e dá espaço para um sujeito que estava antes neutralizado, invisível, o que forçou, inclusive, que a psiquiatria abandonasse o termo “doença mental”, enfatizando que o conceito de doença mental não contribua para o cuidado dos sujeitos classificados como doentes mentais. Nesse contexto, a psiquiatria passou a se referir aos sujeitos como “pessoas com transtornos mentais”, expressão que, ainda, carrega uma ideia de um fardo, um peso inseparável de um sujeito que está transtornado, em desordem. Com base nisso, o campo da saúde mental e atenção psicossocial se refere aos sujeitos em sofrimento psíquico ou mental, buscando afirmar o sofrimento enquanto experiência vivida.

Nesse sentido, a dimensão técnico-assistencial, a qual o autor se refere, faz referência aos serviços que compõem o campo da saúde mental, compreendidos como dispositivos estratégicos, pontuando-os que, por lidarem com pessoas e não com doenças, precisam ser lugares “de sociabilidade e produção de subjetividades” (p.69).

A dimensão jurídico-política está situada em um conjunto de desafios e estratégias ao pontuar que a loucura não é, necessariamente, sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade civil. Portanto, os pontos de trabalho são: enfatizar a importância de alterações nas legislações, com o intuito de possibilitar que esses sujeitos possam exercer sua cidadania; lutar por estratégias de inclusão social mais eficazes; afirmar que as pessoas, em sofrimento psíquico, enquanto sujeitos de direitos, dever ter direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura e a todos os recursos que a vida em sociedade oferece.

Nessa dimensão, a Lei 10.2016/2001 redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico. No entanto, sabemos que tratar de direitos e de cidadania e aprovar leis não são o suficiente para que esses sujeitos possam, de fato, exercer seus direitos, uma vez que a construção de cidadania é um processo social e, portanto, complexo, na medida em que exige que sejam transformadas mentalidades, atitudes e relações sociais.

Por isso, afirmamos que a dimensão sociocultural é estratégica na consolidação dos princípios da atenção psicossocial e tem grande relevância no processo brasileiro de reforma psiquiátrica, uma vez que fomenta o envolvimento da sociedade na discussão deste processo, objetivando provocar o imaginário social a questionar sua relação com a loucura, a partir da produção cultural e artística de usuários, familiares, trabalhadores e demais atores sociais envolvidos.

O Dia Nacional da Luta Antimanicomial, dia 18 de maio, procura trazer o assunto em pauta. Nesse dia, pelo país inteiro, diversos atores ocupam as ruas, praças públicas, com atividades culturais, políticas, acadêmicas, buscando estabelecer contato e diálogo com a sociedade em geral.

Seguindo por este caminho, afirmamos que uma das grandes conquistas da Reforma Psiquiátrica para mudança no paradigma da Saúde Mental, no campo institucional, foi a lei 10.216/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, que trata sobre os direitos das pessoas com sofrimento psíquico e da reorientação do modelo assistencial. Essa lei promoveu avanços e transformações notórios no cenário da atenção à saúde mental no país, legitimando práticas que vinham ocorrendo desde os anos 1990, com importante redução de leitos do SUS em Hospitais Psiquiátricos e incentivo financeiro com recursos federais para

implantação de serviços substitutivos e estratégias de cuidado integrais, de base comunitária e mais humanizadas (MACEDO et al., 2017).

Promulgada após doze anos de tramitação, a lei é um importante marco legal do processo de desinstitucionalização, que dispõe acerca da “proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, que passa a ser estruturado a partir da Raps.

Amarante (2007) enfatiza que, ao passo que a lei configura um importante avanço na mudança de paradigma em saúde mental, a construção da cidadania se dá ao longo de um processo, uma vez que “não se determina que as pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direito por decreto” (p.12).

A Raps é pensada, então, a partir do compromisso de defender a vida de sujeitos e de coletivos, depara-se com o desafio de apostar na promoção da saúde mental como prática inventiva, que caminhe no sentido de promover e fortalecer as relações humanas e sociais, buscando fomentar o cuidado compartilhado e possibilitando o exercício de autonomia dos usuários de seus serviços (LORENA, 2018).

2.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A ATENÇÃO À CRISE: OS DESAFIOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Apesar de um cenário de ascensão de políticas neoliberais, a Reforma Sanitária foi se consolidando enquanto uma política pública, ao longo da década de 1990. Esse efeito das lutas políticas e dos movimentos sociais, fomentou que alguns governos municipais passassem a buscar estratégias para construir a atenção psicossocial, em substituição à lógica manicomial, e, assim, implementaram e consolidaram as ideias e propostas da Reforma Psiquiátrica.

As experiências exitosas de alguns municípios, como é o caso de Santos-SP, inspiraram que outros municípios também buscassem conformar um novo desenho para as políticas de saúde mental. Paralelamente, portarias que versavam sobre novos critérios para internações psiquiátricas foram editadas. Com isso, reduziram-se o seu tempo de duração, movimento que iniciou a construção da atual política de saúde mental.

Esses movimentos caminharam no sentido de uma consolidação da atual Rede de Atenção psicossocial, que ganhou mais consistência já nos anos 2000. Nesse ínterim, a RAPS é construída como estratégia organizativa e estruturante da transformação do paradigma do cuidado em saúde mental no Brasil.

Consideramos como referência a portaria 3.088/2011, que 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 SUS, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde que acolham as necessidades desses sujeitos.

De acordo com o previsto na portaria de 2011, que considera como referência a lei 10216/2001, a RAPS é direcionada por diversas diretrizes, algumas das quais podemos citar: respeito aos direitos humanos, garantia da autonomia e a liberdade das pessoas; desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outras (BRASIL, 2011).

Estas diretrizes devem garantir os objetivos previstos, tais como: promoção de cuidados em saúde para os grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo e dependência de álcool e outras drogas; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede e, dentre outros; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

Como se torna nítido com as disposições desta portaria e de toda a literatura produzida acerca da lógica da atenção psicossocial, o trabalho em rede é fundamental para que a possibilidade de transformação do paradigma de cuidado em saúde mental se mantenha viva. Deste modo, são componentes da Raps, conforme a portaria supracitada, uma ampla gama de serviços distribuídos entre: a Atenção Básica; atenção psicossocial especializada, onde se localizam os Caps;

atenção residencial de caráter transitório; atenção de urgência e emergência e diversas outras modalidades e serviços.

Ao nos propormos a seguir os caminhos da crise, a rede que foi pensada para dar suporte à crise se apresenta como uma dimensão indispensável de nossas análises, uma vez que uma parte significativa dos movimentos que a crise dispara caminha no sentido de aquecer a rede do município. Importa dizer que a rede da qual referimos não se constitui, apenas, de serviços, espaços físicos, mas, também, de recursos afetivos - relações pessoais, familiares, de amizade; recursos sanitários; recursos sociais – que envolvem questões de moradia, trabalho, educação, lazer. Envolve, também, as questões próprias dos territórios, os modos de vida, que ali se constroem e os movimentos que esta exige, que sejam feitos para que ela se constitua como uma rede potente que seja capaz de fazer as articulações necessárias para lidar com a complexidade das demandas de inclusão daqueles que, por tantos anos, foram excluídos da sociedade, em virtude de sua condição de sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer apresentam grande importância na potencialização das equipes de saúde, nos esforços de cuidado e na reabilitação psicossocial. Ao mesmo tempo, é inegável a centralidade que o Caps ocupa no processo de cuidado, apresentando um papel fundamental na democratização do acesso em saúde mental, configurando-se como serviços destinados a acolher os sujeitos com sofrimento psíquico, visando sempre: estimular sua integração na sociedade, fortalecer os vínculos familiares, apoiar a ampliação de sua autonomia, ofertar os atendimentos interdisciplinares que forem necessários.

É preconizado que a característica principal dos Caps é buscar integrar os usuários ao ambiente social e cultural do território onde vivem (BRASIL, 2004). Nesse sentido, os Caps apresentam um papel fundamental na consolidação da Raps, que é a estratégia principal do processo de reforma psiquiátrica e, deste modo,

> deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos

> existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12).

Para conseguir consolidar seu papel estratégico, os Caps são dotados de uma função dinâmica no ordenamento da rede e, por isso, seu modo de funcionamento se faz necessário igualmente dinâmico:

> É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004, p.17).

Os Caps devem apresentar, então, em seu escopo de ações, além das funções de articulação da rede, uma gama de atividades como: atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, atendimentos às famílias dos usuários, atividades comunitárias, assembleias, reuniões de equipe e outras que lhe forem pertinentes para cumprir com seus objetivos.

A atenção à crise comparece como um dos grandes desafios desta modalidade de serviço, uma vez que, antes de sua existência, as crises apresentadas por pessoas com intenso sofrimento psíquico eram excluídas da vida social e levadas para dentro de manicômios.

Desse modo, tal qual nos deparamos, ao acompanhar o cotidiano de um Caps, a atenção à crise se configura como um grande nó, uma vez que lidar com a crise fora dos muros dos manicômios é uma prática recente, se comparada com os séculos de asilamento. Há documentos que afirmam, inclusive, que o sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS (BRASIL, 2004), que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações.

Percebemos, então, que proposta do Caps que acompanhamos se dá nesse sentido, de evitar, ao máximo, as internações, buscando inventar formas de lidar com os sujeitos em crise; construir caminhos que permitam um manejo em liberdade, com respeito ao sujeito em sofrimento, com dignidade.

Dentre os inúmeros desafios que o reordenamento da atenção à saúde mental enfrenta, um, em especial, configura-se como um grande nó, um entrave com

o qual esses serviços passaram a aprender e lidar, e que nos tomou de assalto na construção desta pesquisa. Como lidar com as crises no contexto da atenção psicossocial? Percebemos que os serviços, componentes da RAPS, em especial aqui enfatizamos a função do CAPS, do qual nos aproximamos durante o processo, ao mesmo tempo em que resistem para manter sua existência frente à força do projeto manicomial que os coloca em crise, aprendem a se reinventar para lidar com a crise dos sujeitos aos quais dedicam cuidados.

O município que sedia esta pesquisa, assim como tantos outros municípios brasileiros, conta com uma Raps, que, apesar de consolidada, não se faz suficiente, diante das necessidades da população e do instituído pela lei 10.216/2001. A política de saúde mental do município está organizada a partir de: 33 Unidades Básicas de Saúde; 6 Unidades Regionais, com Equipes de Referência em Saúde Mental; 01 Consultório de Rua, inaugurado em 2012; 3 CAPS, sendo um na modalidade Álcool e Outras Drogas, inaugurado em 2006, um Transtorno inaugurado em 2008 e um Infanto-Juvenil, inaugurado em 2017; e 2 UPAS.

Desde a implementação desses serviços e equipes é possível notar uma diminuição no quadro de trabalhadores e, concomitante, aumento da população, de modo que a defasagem da abrangência do cuidado prestado aumenta ao longo dos anos.

A Raps, com este desenho que se apresenta, hoje, se constrói há cerca de 20 anos. As ações no campo da Saúde Mental até 1999 eram dotadas de caráter, majoritariamente, ambulatorial e as equipes contavam com a totalidade de três psiquiatras e quatro psicólogos, que ficavam lotados em um Centro de Referência Ambulatorial (CRA). A partir desse ano, a política de saúde mental do município foi passando por transformações, sendo criada a primeira equipe de referência em saúde mental, que atuava, diretamente, em uma UBS, já como um reflexo das transformações que vinham ocorrendo em todo o país (Serra, 2020).

Alguns anos depois, criou-se a primeira Equipe Matricial de Saúde Mental, que atuava junto à Estratégia Saúde da Família em cinco bairros do município. No entanto, a implementação da política de saúde mental deste município ao passo que era construída, não se fazia suficiente para as necessidades do município. Antes de ser plenamente implementada, sofreu impactos do desinvestimento. Inicialmente, as equipes de referência em saúde mental, que compunham a RAPS, contavam com 9 psiquiatras, 20 psicólogos, 16 assistentes sociais, 7 enfermeiros e 5 farmacêuticos,

que atuavam em Unidades Regionais distribuídas pelo município; hoje, apresentam um quadro de trabalhadores bastante defasado e aquém das necessidades, sendo 6 médicos clínicos, 13 psicólogos, 15 assistentes sociais, 2 enfermeiros e 2 farmacêuticos.

Nas equipes que compõem os Caps, apuramos uma redução da quantidade de trabalhadores, fato que aponta para a necessidade de contratação de psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros. Deste modo, apesar do aumento populacional e ampliação da complexidade de questões que abrangem o campo da saúde mental no Brasil e no mundo, observamos que neste município não se faz presente uma política que contemple tais necessidades plenamente, de modo que afirmamos a necessidade de fortalecimentos dessas políticas para que se faça possível uma ampliação da resolutividade da Raps e, consequentemente, uma transformação qualitativa na atenção à crise (SERRA, 2020)

Importa enfatizar que a estrutura da Raps, conforme já discutido, influencia, diretamente: na qualidade do cuidado ofertado, na saúde do trabalhador, no fortalecimento das pautas da reforma psiquiátrica. Pudemos observar, ao longo desta pesquisa, que quando tratamos de atenção à crise, numa perspectiva antimanicomial, necessariamente, precisamos acionar e fortalecer a rede.

Nesse sentido, acolher a crise, inventar formas de lidar com ela, cuidar do sujeito em sofrimento e repensar suas próprias práticas são ações que, para muito além de uma técnica, remetem à ética da própria existência do Caps enquanto figura de grande importância na consolidação do projeto da Reforma Psiquiátrica. Em especial, quando se trata de uma realidade específica, a que pudemos acompanhar, em que um único Caps II, de em um município, cuja Raps não se faz suficiente, diante da densidade populacional e necessidades de saúde de sua população[7].

Além disso, importa dizer que manejar a crise sem levá-la, de imediato, à internação, configura-se, também, com um posicionamento histórico, na medida em que rompe com um ciclo vicioso, muito presente nas práticas e na cultura do Estado do Espírito Santo, de agir de modo manicomial diante da loucura.

Existe, na Grande Vitória, uma prática histórica de internações em um emblemático Hospital, construído nos moldes de um Hospital Colônia – o Hospital

7 O preconizado na portaria 3.088 de 2011 que dispõe sobre a Raps é de que municípios com acima de 150 mil habitantes tenham pelo menos um Caps III - com funcionamento 24h. O município onde este estudo se realizou tem atualmente 517 mil habitantes.

Adauto Botelho. Inaugurado em 1954, no município de Cariacica, pertencente a região metropolitana, é visto, na ocasião, como grande avanço na saúde mental capixaba e marca um trecho da história tanto “de uma psiquiatria em desenvolvimento quanto a de uma cidade que buscava expulsar seus indesejados” (CARRION; MARGOTTO; ARAGÃO, 2014, p. 1338).

A existência do Hospital Adauto Botelho sempre foi um símbolo das práticas manicomiais no estado do Espírito Santo, tendo asilado milhares de pessoas, algumas delas viveram ali por décadas. Este espaço esteve e, ainda, está presente no imaginário da população como referência de conduta a ser tomada, quando se constata a loucura.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o hospital contava, em 1968, com o total de 1.711 internações. Porém, ao longo da década de 1990, com o avanço das pautas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, a organização do hospital foi sofrendo transformações. Em 2004, as 40 pessoas que, com a perda total dos vínculos com a comunidade, passaram a ser moradoras da instituição, foram inseridas no processo de desintitucionalização e passaram a residir em Residências Terapêuticas (SESA, 2011). Em 2010, o Hospital Adauto Botelho deixou de ser um Hospital Psiquiátrico e passou a ser referência em atenção clínica e psiquiátrica, chamando-se, desde então, de Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).

Conforme o site da SESA, o HEAC conta, atualmente, com quarenta leitos clínicos, dezesseis leitos de emergência em saúde mental, além de cinquenta leitos na Unidade de Curta Permanência (UCP) que têm um destaque, neste estudo, por terem grande interlocução com o Caps, em especial, no que se refere a situações de crise, conforme trataremos no próximo capítulo.

Assim, o que pretendemos assinalar aqui é que os desafios em lidar com a crise, caminhando no sentido da Reforma Psiquiátrica e buscando subverter a lógica manicomial, exige a existência de uma rede que se estruture para além dos serviços previstos nas portarias, mas que englobe, também, as práticas que se constroem nas relações entre sujeitos com seus movimentos, bem como os fluxos que mantêm a rede viva, pulsante.

CAPÍTULO 3- EM MEIO A CRISES E ANALISADORES: A EXPERIÊNCIA DA CRISE EM UM CAPS II

A crise, a princípio, apareceu como um evento ordinário, afinal, um serviço, como o Caps, lida com essa questão em seu cotidiano. Percebemos, em alguns momentos, que fica implícito que a crise comparece localizada no outro, fala-se no usuário em crise, como passa, em resumo, a ele pertencesse (ROQUETTE, 2019).

O Caps teria o papel de acolher a crise, encaminhar estratégias, pensar o projeto terapêutico, apoiar o sujeito que sofre. A crise é, nesse sentido, do sujeito, não do Caps, não da equipe, não da Rede. Até que ponto essa afirmação se sustenta? Não é à toa que o termo *crise*, no campo da saúde mental, é, comumente, utilizado para designar um evento individual e específico, caracterizado pela efervescência de questões, comportamentos, afetos que são variáveis, na mesma medida que são singulares e que tem efeitos, igualmente, variáveis e singulares no cotidiano do sujeito (COSTA, 2007).

De certo modo, fomos, inicialmente, capturados por esse modo de pensar, de que um sujeito, em crise, demanda, prioritariamente, por intervenções que caminhem no sentido de minimizar os sintomas que exacerbam e que produzem sofrimento, além de, em alguns casos, apresentar riscos– a ele próprio e aos que o rodeiam.

Aos poucos, pudemos entender as infinitas nuances que uma crise torna mais nítidas e que podemos observar caso estejamos atentos. Nesse sentido, buscamos pensar a crise como um analisador que se colocou para nós, de um modo quase espontâneo, que emerge junto ao campo de pesquisa que trouxe, para o processo, a necessidade de repensar os fluxos que se estabeleceram.

O analisador é tratado enquanto um conceito-ferramenta, conforme proposto por Guattari (2004), como aquilo que causa uma ruptura, que permite fazer análises ao tornar explícitos os elementos que compõem determinada realidade. No caso desta pesquisa no Caps, tornou evidente que a Raps deste município está muito aquém, do necessário, para ofertar um cuidado de qualidade; a equipe deste Caps está sobrecarregada; a rede - mesmo sendo insuficiente – poderia ser fortalecida, dentre tantos outros elementos que pudemos observar.

Nesse sentido, Lourau (2014) define que analisador é “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la à falar”, e que os sujeitos não

conseguem se isentar da tomada de decisão ao se depararem com um analisador, uma vez que explicitam suas implicações com as instituições e os modos de agir.

No que tange o analisador, este é um dos principais conceitos da Análise Institucional, que propõe que “os analisadores têm uma primazia sobre o analista, de tal forma que o trabalho do analista é justamente localizá-los no grupo para provocar a análise” (DOBIES; L’ABBATE, 2016, p. 128). No processo de pesquisa, ocorreu, justamente, o que denominamos a primazia do analisador, na medida em que a crise, ao se apresentar de modo tão contundente, convocou a ocuparmos de seus efeitos. Com isso, nosso papel foi, justamente, abrir espaço para as nuances que crise revelava.

O analisador é, deste modo, uma ferramenta analítica que se dá a partir do questionamento de hierarquias, numa ruptura com a ordem vigente (ROSSI; PASSOS, 2014). Neste sentido, “o analisador comporta pelo menos dois níveis, atravessando o campo de análise e o campo de intervenção. Ele pode ser tomado tanto como o evento que denuncia, quanto aquele portador da potência da mudança” (p.18). O duplo caminho nos permite a transitar, tornando-se torna nítido, em alguns momentos vivenciados no Caps.

Percebemos que a crise ao mesmo tempo em que denuncia as fragilidades e a potencialidades de um Caps e da rede do qual este faz parte, comporta, em si, a possibilidade de transformações, capaz de fundar algo novo e diferenciar-se de si própria. Nessas duas dimensões, a crise apresenta o que sustentamos em nossas análises, de modo que, ao mesmo tempo lança luz ao que se faz frágil ou potente no Caps e na rede; traz, consigo, a potência das transformações. Ao propor pensar a crise como um analisador, objetivamos fazer falar a crise, permitir que ela mostre suas contradições, seus limites e suas possibilidades (PAGNANO, 2018).

O próprio processo da equipe de dar-se conta de que a crise havia escapado de uma certa perspectiva de controle, remete-nos a construção de pensá-la como um analisador. Em um determinado momento, em meio ao caos instaurado, foi realizada uma supervisão clínica, com a participação de uma professora da universidade. A supervisão se configura como um espaço de formação que possibilita às equipes que façam discussões que possibilitem a qualificação do cuidado prestado no campo da Atenção Psicossocial, de modo que é, então, um dispositivo fundamental na consolidação da Reforma Psiquiátrica (DOBIES; L’ABBATE, 2016).

O serviço que sediou esta pesquisa não conta com supervisões clínicas estabelecidas em sua rotina, pois, não há uma política institucionalizada no município – o que aponta para uma fragilidade da rede. Com isso, ocorre, de acordo com a demanda do serviço, organizada pelos próprios trabalhadores e decorrente de uma parceria não formalizada com a universidade, estando sujeitas a disposição dos professores para essa colaboração.

No caso da pesquisa, em tela, a supervisão ocorreu de modo pontual, pois a professora que contribuiu com o momento foi convidada, pessoalmente, por uma trabalhadora da equipe que a conhecia fora daquele espaço. Uma boa parte da discussão girou em torno de perspectivas acerca do conceito de limite. Naquele momento, torna-se nítido como a crise comparece como um importante analisador para o processo de seu manejo.

Para a organização da reunião com a presença da professora, foi realizada uma retomada da história clínica do usuário. O processo de organização da história torna, ainda mais, evidente a complexidade do caso. Não é possível que se conte uma história linear, baseada no tempo cronológico. A busca, nas incontáveis páginas que compunham seu prontuário, revelava uma ânsia por encontrar algum sentido, tentar investigar, na história, onde é que, possivelmente, foi cometido algum erro que levou a equipe à perda do controle da crise. A tentativa de perceber em que momento os limites foram transpostos, neste exercício que sugere um modo de lidar com a crise colocada com vistas a controlá-la, fazer com que cesse o quanto antes, pois lidar com a crise é lidar com o insuportável. Era nítido o modo como a equipe se ocupava de tentar compreender o que estava se passando, num exercício racional e consciente de trazer à cena o máximo possível de elementos que pudesse ajudar a explicar os fatos.

> quando a professora traz à cena o assunto *limite é* nítido que se coloca também um desconforto. As concepções de limites, os limites impostos pelo lugar que o Caps ocupa, o limite das próprias intervenções, o limite que não há, que não marca uma diferença entre isso e aquilo, me parece que tudo emerge como um vulcão que traz ao centro da sala de grupo onde ocorrem as reuniões várias das coisas que evitamos falar ao longo do tempo. O limite, ou sua ausência de contorno exige que a equipe se depare com as próprias questões, com a especificidade de lidar em seu cotidiano com os ditos transtornos mentais graves e persistentes, com um fazer clínico que é, ao passo que específico, extremamente complexo e delicado. São essas questões que emergem que produzem uma movimentação diferente em torno de um tema comum: quais são os efeitos desta crise para o Caps e para a equipe? (trecho do diário de campo)

Mais perguntas do que respostas se fizeram presentes. Porém, os questionamentos que surgiram tiveram importante influência para o andamento do processo de manejar a crise, que se fazia tão presente no processo de trabalho da equipe. Ao mesmo tempo, ao pensar sobre os limites trazidos pelas crises que se passavam, outros movimentos foram se dando.

Algumas pistas apareceram na reunião, o limite aparenta ser uma questão fundamental para a equipe. Ao se depararem com o que denominaram uma total falta de limite, tanto dos limites da equipe e suas intervenções quanto dos limites que o usuário ultrapassou ao, por exemplo, agredir fisicamente mais de uma vez um outro usuário, a equipe se depara com a crise trazendo para a cena a urgência de uma análise de seu processo de trabalho, a crise se apresenta como um analisador.

Pudemos acompanhar o processo de perceber o que a crise coloca em análise para a equipe. Trata-se de uma equação complexa, o chamado manejo de crise. A equipe fala com certa propriedade da dimensão de seu trabalho, uma dimensão muito complexa com a qual estão habituados a lidar e, por isso, desenvolveu estratégias. Um posicionamento importante se faz nítido nestes trabalhadores: eles escolhem lidar com a crise e isso significa abrir as portas do Caps para ela, permite que a habite em seu espaço. Nesse sentido, o limite aparece como uma questão: Quais são os limites com os quais um Caps se depara ao se propor manejar uma crise aguda como esta que habitava aquele espaço, fazendo parte de uma rede tão frágil? Em alguns momentos, o limite se apresenta como um desafio que coloca o Caps diante a necessidade de inventar formas e estratégias que permitam que as linhas que a desenham sejam flexíveis. O que percebemos, ao nos aproximar, é que não há nada de simples em lidar com a crise. É sempre complexo e imprevisível, por mais que se pense haver um determinado modo de fazer previamente estabelecido e construído pela experiência em lidar com outras crises.

A questão do limite apresenta, neste momento, algumas nuances que acreditamos ser de grande valia para nossas análises. A primeira delas, abrange as questões que dizem respeito ao manejo clínico, ao considerar que, em geral, nas psicoses, nota-se a ausência de determinados limites simbólicos que inserem os sujeitos na vida social, na realidade compartilhada. Esses limites marcam a diferença entre normal e patológico nas sociedades ocidentais e, embora tênues, delimitam o que é ou não tolerável do ponto de vista social. Nesse sentido, as

intervenções, relacionadas ao manejo clínico, ocupariam o lugar simbólico do limite, de modo que o caminho das intervenções deve rumar à estabilização dos sintomas e consequente diminuição do sofrimento (BARRETO et al., 2017)

A outra nuance que o limite apresenta, são os mais objetivos e seus efeitos na vida e no cotidiano dos sujeitos, como regras, cumprimento de leis e normas, questões que afetam diretamente os relacionamentos interpessoais e as vivências cotidianas dos usuários no espaço do Caps, inclusive estes que se encontram em experiência de crise – durante a discussão em reunião, uma das trabalhadoras verbalizou que "*em nome de ser "não manicomial" a gente não se importa com a gente. Não temos limite*". Nesses casos, percebemos que há duas direções que parecem opostas nos modos de lidar com esses sujeitos e de estabelecer os limites necessários, uma que utiliza de uma autoridade que diferencia trabalhador e usuário e outra que retira deste usuário a capacidade de responder por suas ações, produzindo ações de tutela.

Pudemos observar no acompanhamento da equipe que, por vezes, as duas direções se fizeram presentes. Em alguns momentos, percebemos que o mesmo trabalhador assume ambas posturas em diferentes situações. Ocorre que as direções não são linhas retas que se excluem, mas, por serem exercidas conforme a situação se dá, estão sempre suscetíveis a variações. Em ambas situações, caso não haja uma crítica da relação estabelecida, corre-se o risco de perpetuar as práticas manicomiais que pretendemos combater, uma vez que o que sustenta esses posicionamentos é justamente a noção de que o trabalhador detém o conhecimento sobre o usuário (CARVALHO, 2008).

Os limites que, de antemão, parecem se localizar nos sujeitos revelam, em nossas análises, que há, também, os limites que o próprio Caps, enquanto serviço que se situa na Raps, se depara, fato este que nos remete a um limite do sistema de saúde e da própria sociedade em lidar com a loucura.

A crise grita que a rede e a organização social na qual se inscreve não comportam sujeitos em crise e nos permite identificar nós muito críticos nesta rede frágil, insuficiente e, ao mesmo tempo, perceber as nuances que a tornam potente diante da intencionalidade de cuidar de usuários em crise, de seus familiares e produzir um contexto que permita que os trabalhadores vejam sentido em seu trabalho. É nesse sentido que afirmamos que um momento crítico do sofrimento psíquico é sempre muito complexo uma vez que afeta os sujeitos como um todo, nas

suas relações com o outro, com o meio em que vive, com a comunidade. Com base nisso, buscamos então esquadrinhar os efeitos que a crise produz no Caps e, a partir disso, mapear os rearranjos feitos a partir dos deslocamentos que ela exige. Para tanto, se faz necessário situar este Caps na Rede da qual faz parte e mapear as conexões que foram tecidas (CARVALHO, 2008).

Conforme situamos no capítulo anterior, o Caps é um dos serviços previstos na Raps e se configura como um serviço estratégico na consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma vez que oferta às pessoas em sofrimento psíquico um cuidado de base territorial, funcionando de modo interdisciplinar e multiprofissional, visando a atenção integral aos sujeitos que o habitam, situando o sofrimento psíquico na dinâmica social em que está inserido, considerando o contexto histórico, familiar, social, econômico, cultural, dentre outros de modo a construir estratégias de cuidado singulares que estejam em consonância com estes diversos fatores que compõem a vida, inclusive no que tange a atenção à crise (AMARANTE; TORRE, 2001).

O Hospital Psiquiátrico continua existindo, mas a aposta se dá no sentido de um cuidado que o torne obsoleto, de modo que ao hospital caberiam os leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Construir a obsolescência do Hospital Psiquiátrico é mais um dos desafios enfrentados pela equipe do Caps, numa árdua tarefa de transformar este paradigma da crise enquanto sintomas agudos que precisam ser rapidamente controlados em uma experiência que pode carregar em si a potência da mudança e na qual o sujeito que a experimenta precisa ser acolhido e cuidado. Precisamos situar aqui que falamos de uma equipe do único Caps II de um município com 517 mil habitantes, conforme projeção do IBGE para 2019, que conta com uma Atenção Primária, ao mesmo tempo em que é potente, frágil e insuficiente ao considerarmos a densidade populacional e complexidade social do município.

Nesse sentido, nos interessa aqui trazer a cena um movimento que a crise nos permitiu acompanhar e que diz respeito a relação que o Caps precisa estabelecer com o hospital de referência para emergências psiquiátricas. Como o município em que esta pesquisa se deu conta com uma atenção à crise que basicamente se restringe ao Caps, há um intercâmbio considerável de usuários que residem neste município e em situações críticas - muitas delas que ainda não acessaram o Caps, ou que se deram fora do horário de funcionamento do serviço- e

este hospital que hoje ocupa o espaço físico de um antigo e famoso manicômio da região.

Por existir este grande intercâmbio, duas representantes da equipe do Caps participam de uma reunião mensal com um assistente social e uma psicóloga da Unidade de Curta Permanência (UCP) deste hospital e pelo fato de que este usuário cuja crise adentrou todos os espaços do Caps já ter passado por internações neste hospital, consideramos que seria interessante para esta pesquisa que acompanhássemos essas reuniões.

Acompanhamos, ao todo, cinco reuniões com este grupo e pudemos notar diversas nuances que pretendemos aqui analisar. Importa dizer que estas reuniões ocorrem sempre no espaço físico do emblemático hospital - são 32 quilômetros de distância entre um serviço e outro. Ali, é, justamente, onde não se quer chegar. Porém, por vezes, este se configura como um ponto de passagem que não se consegue evitar. O hospital que conforme discutimos no capitulo interior, foi construído com estrutura de um Hospital Colônia, ainda guarda traços de manicômio em suas estruturas e suas práticas. Uma inspeção realizada, em 2018, pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura foram constatadas práticas que configuram violações de direitos humanos e que em muito se parecem com as práticas comuns em manicômios (CRP, 2018).

As reuniões ocorriam ainda antes da emergência desta crise que habita esta dissertação, e nos chama a atenção o considerável número de pessoas internadas neste hospital que residem no município que sedia esta pesquisa, em outubro de 2019, dos 50 leitos de internação na Unidade de Curta Permanência (UCP), dezoito eram deste município, o que representa 36% do total - quando em reunião indagamos se essa quantidade se faz constante, a resposta é afirmativa, o que nos mostra que uma parcela significativa dos casos atendidos no Hospital é proveniente deste município. Considerando que, geralmente, os casos que dão entrada na emergência psiquiátrica são casos com sintomas agudos, percebemos que uma dimensão da atenção à crise deste município acontece neste hospital em questão.

Durante as reuniões mensais, o mote principal era tratar acerca de pacientes internados na UCP do Hospital e que residiam no município em questão, de modo que a equipe do Caps conseguia de algum modo acompanhar os casos que em algum momento deixariam o hospital e acessariam a rede do município, o Caps ou as equipes de saúde mental da Atenção Primária, conforme fosse avaliado e

encaminhado pelas equipes. Em cada reunião havia uma lista desses pacientes e eram discutidos um por um, era feita a apresentação breve do caso quando se tratava de um recém internado, discutidas as informações sobre o andamento nos casos de pacientes que já haviam sido apresentados em reuniões anteriores e, quando a equipe da UCP percebia a possibilidade de alta, esta era dialogada por ambas equipes, com vistas a construir possibilidades junto aos serviços do município, o território e a família.

A inclinação das equipes em construir uma relação que se faça produtiva no encaminhamento dos casos evidencia também uma tentativa de construir um cuidado que seja em algum aspecto antimanicomial, na medida em que é nítido em alguns momentos que se fazem movimentos que caminhem no sentido de produzir e/ou fortalecer a autonomia dos sujeitos ali internados, produzir um cuidado alinhado às famílias, construir alternativas à internação recorrente, a aposta, inclusive, da equipe do Hospital em um cuidado produzido a partir do vínculo, tanto com o usuário internado quanto com a família, de modo que, após a alta, a entrada no Caps acontece de modo planejado, construído em acordo com a realidade e possibilidades do serviço, só usuário e dos familiares.

Em alguns momentos, observamos casos em que a família apresentava um desejo de asilamento, capturada pela solução “mais fácil e efetiva” que o manicômio apresenta de “resolver o problema” afastando-o da vida social – o manicômio diminui, ou até mesmo tira de cena, a imprevisibilidade que a crise provoca (MACHADO; LAVRADOR, 2001) Pudemos acompanhar o empenho e sofrimento de algumas famílias em se dedicar a cuidar de um familiar em intenso sofrimento psíquico, onde, em alguns momentos vencidos pelo cansaço, em outros sem sequer tentar, buscam construir movimentos de asilamento de seus familiares. No entanto, observamos que ambas equipes envolvidas neste cuidado se dedicam a estabelecer vínculo com esses familiares, na intenção de construir propostas de cuidado que se façam de certo modo antimanicomiais, uma vez que é nítido e, por vezes verbalizado, que ainda que o hospital apareça como um recurso nessa rede, é possível que se construa um modo de cuidar que esteja alinhado a uma perspectiva diferente da que historicamente habitou aquele espaço.

Após alguns meses dedicados a manejar uma crise que não cabia no Caps e para a qual não havia uma rede de suporte, o usuário é acolhido no Pronto Socorro deste hospital e posteriormente encaminhado à Unidade de Curta Permanência. A

equipe do hospital enfatiza que não há ali critérios clínicos que justifiquem a permanência do usuário naquele hospital. Ao mesmo tempo, o que fazer? A insuficiência da rede produz saídas manicomiais. Pudemos acompanhar a euforia desesperada de uma equipe que esgotou todas as suas possibilidades em lidar com uma crise buscando evitar uma internação. Será que falharam? Aqui se apresenta pra nós a o difícil exercício ao qual nos propomos ao inicialmente pretender cartografar práticas antimanicomiais. É muito mais complexo do que nos parecia inicialmente, categorizar uma prática nesta dualidade manicomial/antimanicomial é uma estratégia que não nos serve agora, pois percebemos com esta experiência que esta categorização não é exatamente o que nos ajuda a consolidar a Atenção Psicossocial, mas sim nossa aposta nos caminhos percorridos, no fortalecimento da potência de ação desta equipe.

Em determinados momentos, pudemos observar que o hospital se configura como uma porta de entrada do usuário para o Caps – em mais de uma situação, observamos que estavam internados sujeitos que não eram acompanhados no Caps e, após a alta, eram direcionados ao acolhimento no serviço. Este fato nos mostra como a insuficiência da rede provoca movimentos diversos e, a partir de um estado crítico que leva um sujeito à internação, este se insere numa outra lógica de cuidado, inserido no Caps, num cuidado contínuo, longitudinal, territorializado, de modo que a hospitalização, neste caso, simboliza um limite da RAPS, do CAPS e da própria equipe. Nesse sentido, evidencia-se uma questão que, até então, não havia ganhado destaque no processo: a necessidade de pensarmos a implicação da equipe.

3.1 ATRAVESSANDO LIMITES: A QUESTÃO DA SOBREIMPLICAÇÃO

No contexto das discussões acerca dos limites que se apresentavam, observamos o desafio que se coloca ao se propor ser um serviço que se configure de modo estratégico na consolidação da Atenção Psicossocial neste município, ao passo que, para tanto, é imprescindível que se esteja sempre atento ao que se passa, buscando analisar a implicação dos trabalhadores neste processo. Esta intenção de colocar em análise suas próprias práticas atravessa também o processo desta pesquisa na medida em que percebemos uma equipe que se empenha em

fazer do fato de sua existência um exercício de análise das próprias práticas. É neste sentido que, à medida em que a crise impõe como um analisador, percebemos que ela coloca em crise não só o sujeito que a vivencia, mas também o próprio Caps, os trabalhadores e suas práticas, mostrando então a necessidade de colocar em análise os afetos produzidos por tal acontecimento – a crise convoca esta equipe a fazer um exercício analítico de suas práticas.

Deste modo, construímos com a equipe um momento para conversarmos sobre o conceito de análise de implicação e também de sobreimplicação, com vistas a pensarmos juntos sobre as práticas que estes trabalhadores atualizam em seu cotidiano de trabalho e os efeitos que estas produzem objetiva e subjetivamente no campo em que atuam e em si próprios. Propusemos este momento pois se fazia nítido que ali estava colocado um sofrimento para aqueles trabalhadores, sofrimento este que se faz muito presente no campo da saúde mental, conforme sinalizado por Vasconcelos e Paulon (2014) ao indicar que ao tomar a Reforma Psiquiátrica como uma instituição, se faz possível analisar que muitas vezes se confunde o trabalho em saúde com a militância no movimento antimanicomial, comumente exercidos pelos mesmos atores.

Alguns movimentos nos chamaram a atenção e nos levaram a propor este momento junto com a equipe. Em diversos momentos, percebíamos os trabalhadores da equipe se debruçando em investigar onde ocorreu o erro, onde foi que perderam o controle, num exercício que nos levou a pensar sobre a importância da análise de implicação naquele contexto.

Deste modo, em nosso último momento, junto com a equipe, tivemos a oportunidade de ensinar e aprender juntos sobre a implicação e seus efeitos, numa tentativa de forjar ferramentas de resistência ao instituído em nós enquanto pesquisadores, naquela equipe, no funcionamento do Caps e até mesmo na reforma psiquiátrica. Buscamos dar relevância à importância de fortalecer espaços que fomentem a produção de interferências no que há de institucionalizado e burocratizado nos processos de trabalho e que promovam seu arejamento, a criação de novas formas e de resistência (VASCONCELOS; PAULON, 2014).

Apostávamos na análise de implicação como uma ferramenta que caminhava na direção de colocar, em análise, as questões que permeiam os processos de trabalho, que, de algum modo, precisavam ganhar espaço para a equipe e que, por diversos fatores, não ganhavam espaço no cotidiano de trabalho. Importa, deste

modo, dar relevância ao fato de que a implicação não é um dado quantitativo que pode ser medido. Nesta perspectiva, não deve ser compreendida como sinônimo de engajamento uma vez que se dá, ainda que não a desejemos, importa saber os modos como essa implicação se dá, bem como seus efeitos (MONCEAU, 2008).

Pudemos observar que as dificuldades, relativas aos processos de trabalho, comparecem como um importante fator que influencia os modos como os trabalhadores se posicionam diante do trabalho a ser feito. Isso porque o trabalho no Caps extrapola a técnica, pois é, também, um trabalho afetivo, um trabalho que exige contato, afeto, é essa a aposta do serviço. No entanto, percebemos que cada trabalhador apresenta seus modos singulares de lidar com a complexidade do trabalho em saúde mental.

O falar possibilitou com que as múltiplas dimensões aparecessem para o coletivo, através de falas que indicavam que "*a equipe está se desdobrando para suprir as necessidades do município inteiro, dar conta de trabalhos, que não são nossos" (trecho do diário de campo).* Essas observações vão ao encontro das análises aqui debatidas e que permite acessarmos as diversas dimensões dos efeitos que a crise imprime no Caps.

A proposta se deu, conforme explicitado, no sentido de coletivizar os modos de perceber e promover, ainda que de forma incipiente, uma discussão acerca do que é instituído nos processos de trabalho da equipe, pois, apesar de ficarem de nove horas da manhã até as duas horas da tarde em reunião de equipe toda semana, sem pausa para o almoço, – as pessoas comem suas marmitas juntas na sala em que ocorre a reunião – o tempo parece sempre escasso para que todas as pautas previstas sejam contempladas, ou para que haja espaço para as angústias que o trabalho em saúde produzem sejam coletivizadas.

Para situar essa discussão, importa dizer que o previsto para a transição do modelo de atenção em saúde mental é que os municípios construam redes que sejam capazes de atender as necessidades da população. Todavia, a efetividade de uma rede suficiente, que acolha tais necessidades, não faz parte da realidade do município. Sendo único Caps voltado à população adulta com transtornos mentais, é convocado a construir estratégias que deem conta das singularidades, provenientes dos sofrimentos psíquicos.

Para um funcionamento adequado da rede, são necessárias algumas condições, como: recursos físicos; quantidade adequada de dispositivos, no que se

refere às demandas e às necessidades do território de abrangência que promovam um cuidado integral, em consonância com as necessidades de cada sujeito ou população. Se faz importante, também, que hajam: recursos tecnológicos; sistemas de informação, integrados e eficazes, que facilitem a comunicação entre os diversos serviços que compõem a rede, visando sempre a continuidade e longitudinalidade do cuidado, além dos outros princípios do SUS (NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020).

Constatamos, então, que, para que a lógica da Atenção Psicossocial se consolide, é imprescindível que existam, para além dos Caps, os outros serviços previstos na lei 10.216/2001, como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura; as Unidade de Acolhimento (UAs); e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos Caps III); a articulação com outros níveis de atenção à saúde e com outros setores, que possam contribuir com a mudança do paradigma do cuidado em saúde mental; prestar o serviço com a efetividade da prestação de um cuidado que atenda às necessidades dos sujeitos que necessitam da rede pública de saúde.

Com isso, a imprescindibilidade de uma rede para o trabalho em saúde, uma vez que, conforme analisado por Franco (2006), a produção do cuidado, em saúde, sempre se dá em rede, através da articulação: de saberes; de práticas; de subjetividades; entre os serviços de saúde em seus variados níveis de complexidade; entre as equipes que compõem os serviços, fazendo referência a uma interdependência entre as equipes e os serviços para que o cuidado se efetive.

O compartilhamento do cuidado só se faz possível quando ocorre: entre serviços; entre trabalhadores e usuários; o vínculo; o encontro; o compartilhamento de saberes e fazeres. Feito tudo isso, numa relação que abra espaço para uma intercessão entre saberes acadêmicos, técnicos e populares, que abra caminho para a dimensão sensível e afetiva do cuidado em saúde mental.

Compartilhar o cuidado é, além de uma forma de fazer, uma tecnologia de trabalho em saúde, que se faz muito potente, quando tratamos do cuidado em saúde mental e, em especial, da atenção à crise (FRANCO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A LIBERDADE É UMA LUTA CONSTANTE

> *Minha primeira ida ao Caps. No caminho, já no segundo ônibus pra chegar até lá, um pensamento me vem: o capitalismo é um manicômio do qual não conseguimos nos livrar. Talvez, esse pensamento, abrupto, se mostre pra mim, pois tenho lido e pensado muito na relação das práticas manicomiais, das subjetividades manicomiais com o sistema capitalista. Vou observando o caminho, pouco usual pra mim, e pensando sobre isso.*
> *Pergunto, no ônibus, sobre o ponto que preciso descer e recebo ajuda de três pessoas, todas mulheres, em um ônibus com maioria de homens – será um acaso?*
> *Desço do ônibus e me encaminho até o CAPS. Avisto um muro grande, um portão de grade com três pessoas na frente e pergunto a eles onde fica o CAPS. Pra minha surpresa, era ali. Nenhuma placa de identificação, um muro de cor, talvez cinza, e um portão de grades. Uma moça detém as chaves e eu entro, dizendo que havia marcado com a gerente e o segurança me pergunta meu nome - estavam esperando por mim.*
> *Como cheguei alguns minutos antes hora marcada - que já era conhecida pelo segurança - ele me orienta a aguardar.*
> *Enquanto aguardo, um carro estaciona na frente desse portão, agora trancado, pois a equipe está em reunião e não há circulação de usuários. Do carro sai uma mulher dizendo que havia sido orientada na semana passada a voltar essa semana. Dessa vez, acompanhada, para ser acolhida. A mesma moça que tinha as chaves na mão, quando cheguei, se aproxima do portão - sem abri-lo - e conversa com a mulher através da grade. Orienta que ela retorne no período da tarde, devido à reunião de equipe.*
> *Vejo essa cena e me pergunto tantas coisas. Não sei de onde veio a mulher, tampouco os monstros que ela teve que enfrentar para chegar até ali e buscar ajuda, só o que sei é que ela estava ali e, de repente, não estava mais, já não sei se ela vai voltar (Trecho do diário de campo).*

O trecho do diário de campo, produzido logo após a primeira ida ao campo, apresenta uma discussão que consideramos de grande importância para a saúde mental atualmente. Percebemos, ao longo da trajetória, que cada passo dado, no sentido fortalecer a Luta Antimanicomial em um serviço de um município, não é um passo isolado, só, que se encerra em si. Cada passo é construção de um caminho, de um trajeto, que é, necessariamente, coletivo.

Os passos fazem parte de um processo social e complexo, pois, não diz respeito, apenas, a uma mudança de paradigma no campo da saúde mental. Eles são um processo de uma mudança ampla de toda a estrutura que sustenta uma sociedade tal qual ela é.

As vidas que são consideradas infames, para a estrutura social, por serem improdutivas, desajustadas, são, justamente, as que habitam o espaço dos Caps e

de outros serviços de saúde mental. Elas só são assim vistas porque que excluem tudo o que não as serve.

Longe de pretender concluir um debate que se faz constante, pretendemos contribuir para a ampliação e complexificação dos debates realizados no âmbito da Saúde Mental. Davis (2018) nos alerta para a necessidade de identificarmos os perigos do individualismo, que se torna mais consistente com a ascensão do capitalismo global e das ideologias associadas ao neoliberalismo. Deste modo todas as lutas progressistas, centradas em quaisquer tipos de opressão, se não pretendem fracassar, devem desenvolver uma consciência acerca da insidiosa promoção do individualismo na lógica do sistema capitalista.

Nos deparamos com o desafio de “apreender as formas complexas como raça, classe, gênero, sexualidade, nacionalidade e capacidades se entrelaçam” (DAVIS, 2018, p.21), tendo como sustentação o ativismo de base popular, na construção de movimentos radicais que possam superar a estrutura opressora em que estamos submetidos e construir uma sociedade transformada, cuja força motriz sejam as necessidades do povo, e não o lucro.

Por isso, ideais como o abolicionismo penal, a extinção dos manicômios, a destruição do racismo e do patriarcado parecem utópicas, justamente devido as ideologias opressoras estarem enraizadas no modo de pensar da sociedade contemporânea. Ao passo que essas pautas são construídas coletivamente podem promover uma crítica ao capitalismo e a construção de movimentos que se voltam a outra sociedade.

Deste modo, pautar “Uma sociedade sem manicômios” significa, necessariamente, pautar o fim dos efeitos, dramaticamente, destrutivos do capitalismo global, uma vez que os lucros obscenos, obtidos com as internações psiquiátricas, estão, diretamente, ligados aos lucros da indústria farmacêutica, da educação, da saúde e outros direitos sociais transformados em mercadoria, quando deveriam estar disponíveis a todas as pessoas (DAVIS, 2018).

> “Eu diria que, à medida que amadurecem, nossas lutas produzem novas ideias, novas questões e novos campos nos quais nos engajamos na busca pela liberdade. Como Nelson Mandela, devemos ter disposição para abraçar uma longa jornada rumo à liberdade” (DAVIS, 2018, p. 27)

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica foi criado, inicialmente, por trabalhadores dos manicômios. Contudo, devemos ponderar o peso que colocamos

nos trabalhadores, que é de transformação de todo o paradigma de cuidado em saúde mental. Para tanto, é preciso criar condições para que possam fomentar práticas de cuidado eficazes, respeitosas, antimanicomiais, ou seja, é importante afirmar que as movimentações construídas por sujeitos, por trabalhadores da saúde mental, por serviços, por municípios, são fundamentais para a transformação da sociedade. Porém, é necessário que nos atentemos para a estrutura que sustenta uma lógica. Em outras palavras, serviços e práticas manicomiais, caminhando no sentido de dizer o que tentamos tornar nítido ao longo deste trabalho: não é possível que se consolidem as mudanças, no campo da saúde mental, se não enfrentarmos, também, as estruturas que sustentam a lógica manicomial.

Nesse sentido, afirmamos que a luta pelo fim dos manicômios, físicos ou não, dirige-nos a um projeto societário que visa, sobretudo, à superação das opressões de toda ordem - de classe, de gênero e de raça. Basaglia (2005) afirma que a existência dos manicômios é a expressão da vontade de excluir o que é temido por ser desconhecido, inacessível, inexplicável.

Pautar a luta “Por uma sociedade sem manicômios”, máxima do movimento antimanicomial, significa extrapolar uma pauta identitária e extrapolar para planos de outras lutas, conforme é nítido na Carta de Bauru, documento que funda o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). No documento, é afirmado que o manicômio é a expressão de uma estrutura presente nos inúmeros mecanismos de opressão da sociedade.

O modo lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos: à saúde, à justiça e melhores condições de vida (MLA, 1987).

Basaglia (2005) ressalta, também, que a “doença mental” como produto das relações capitalistas. Desse modo, propõe colocar `entre parênteses` a doença para trazer, ao centro da cena e das análises, o que era, até então, invisibilizado.

No exercício de colocar a doença entre parênteses, nos deparamos com as singularidades, com as questões de gênero, de raça, com as questões concretas do cotidiano e, especialmente, com a interseccionalização da construção da loucura e da dita doença mental, bem como da própria psiquiatria e das outras disciplinas que se debruçam sobre o fenômeno.

Assim, afirmamos que a reforma psiquiátrica não se trata, apenas, de lutas no campo institucional ou de mera modernização e humanização da psiquiatria. As

reflexões construídas pela militância da Luta Antimanicomial nos permitem afirmar que as discussões feitas estão alinhadas a um projeto societário que visa à superação das opressões e das explorações de toda ordem, sejam elas de classe, gênero ou raça.

Pereira e Passos (2017) discutem essas questões no campo da saúde mental brasileira, provocam a militância na luta antimanicomial a pensar as instituições sendo atravessadas por relações de gênero, raça e classe. Semelhante a eles, afirmamos e acreditamos que a luta por uma sociedade sem manicômios não pode estar desvinculada de uma luta pela transformação da sociedade capitalista, tampouco das lutas contra o machismo e o racismo que atravessam as diversas dimensões da vida na sociedade brasileira.

O ímpeto em afirmar a importância e efetividade do cuidado, em liberdade, se faz atrelado a experiências que foram trilhadas junto com os usuários e trabalhadores do campo da saúde mental. Quando vivemos e vimos o que é a loucura, quando cuidada em liberdade e com dignidade e respeito, atualizava, em nós, o desejo de construir uma sociedade que tenha bases que permitam e garantem que essas práticas se espalhem.

A forma de lidar com as crises, que este Caps apresenta, não se deu ao acaso, foi construída desde muito antes da pesquisa se iniciar, como pudemos observar, no início de nossas experiências, junto ao serviço e que pudemos acompanhar, dentre outras atividades que ali são realizadas, a construção de uma horta cuidada por trabalhadores e usuários em conjunto.

Em certa ocasião, um trabalhador do serviço, que com frequência acompanhava os usuários até a horta, relatou ter ouvido de um deles algo que o havia deixado emocionado: um usuário lhe disse da importância de plantar uma semente, vê-la brotar, crescer e colher. Pela primeira vez, ele teve a oportunidade de experienciar um ciclo se completar, colher frutos de algo que plantou.

Este Caps é um espaço de acolhimento, em que a diferença habita e é cuidada, respeitada. Impressiona a qualidade do trabalho realizado ali, em meio a uma realidade tão dura e a políticas de saúde mental tão frágilizadas. O trabalho realizado é uma forma de resistência à crise das políticas públicas de saúde mental.

Quinderé, Jorge & Franco (2014) salientam que a ação cotidiana dos trabalhadores e a dimensão micropolítica dos processos de trabalho apresentam uma multiplicidade de ações que afetam, diretamente, na construção e na

consolidação de um cuidado efetivo e de qualidade, que seja capaz de fomentar a produção de autonomia e de práticas antimanicomiais.

> (...) a ação cotidiana dos trabalhadores, a micropolítica do processo de trabalho vai demonstrar uma diversidade de ações, a necessidade de que os trabalhadores sejam inventivos e criativos para a produção do cuidado. A construção de redes revela um trabalhador ativo, implicado e construtor de linhas de cuidado que também não obedecem a uma ordem na sua singularidade; ela se forma para atender à necessidade de cuidado e a um projeto terapêutico igualmente singular (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Ao longo da construção desta pesquisa, em diversos momentos, nos deparamos com essas questões ao questionarmos sobre os efeitos das ações situadas no campo das micropolíticas, na esfera macropolítica. Esse fato está alinhado a proposta inicial de cartografar práticas antimanicomiais no âmbito municipal, por acreditar que as ações localizadas produzem outras realidades possíveis. As práticas nos permitem consolidar as conquistas da Reforma Psiquiátrica e as propostas de uma sociedade sem manicômios.

A construção e o fortalecimento de práticas antimanicomiais não é, então, um movimento privativo ao campo estrito da saúde mental, assim como as práticas, no campo da saúde mental, não são divididas na dualidade de ser ou não antimanicomiais, uma vez que caracterizar uma prática como manicomial ou antimanicomial é uma preocupação ética e, portanto, complexa, não cabendo, então, a dualidade.

Combater práticas manicomiais é um exercício cotidiano de construção da democracia, uma vez que práticas de isolamento, assujeitamento, violação de direitos humanos são incompatíveis com os princípios de uma vida em democracia. A democracia é antimanicomial. Sendo assim, lidar com a crise se constitui como um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica, já que coloca, em evidência, as fragilidades de todo o processo.

Por isso, o processo trilhado se fez tão rico, pois tivemos a oportunidade de acompanhar um serviço de saúde mental que foi intransigente na defesa dos direitos daqueles que, historicamente, foram jogados à margem, retirados de sua condição de cidadania. Isso nos mostrou que a liberdade é uma luta constante.

Nosso caminhar junto ao Caps, possibilitou, ao tomar a crise como um analisador que trouxe à cena aquilo que não poderia ser visto, ou que seria visto de

outros modos, a dar passos sempre atentos às nuances do trabalho construído na rede e,a partir dele, estruturamos nossas análises. Ao tomarmos a crise não como um objeto, tampouco como um fenômeno subjetivo individual, atribuímos a ela uma condição de analisador, uma categoria viva que produz efeitos onde se situa.

Reconhecer que a crise se impôs a nós enquanto um analisador só foi possível ao longo de um processo que foi construído no coletivo, no cotidiano do processo de pesquisar junto a crise, que não permitiu que ninguém e nada passasse ileso, tampouco nós. A crise se colocava para nós como um importante analisador das práticas e dos processos que se faziam presentes na equipe. Um analisador que surgiu espontaneamente, não foi forjado, e por ter sido construído pelo próprio campo, nos permitiu caminhar em meio à crise, acompanhar lado a lado as questões que ela trazia à tona, perceber como os diferentes personagens desta crise se colocavam diante dela (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014a).

Neste sentido, nos foi apresentado um grande desafio: como tentar tornar mais compreensível a complexidade da experiência vivida? A intenção de trazer, para o texto, a complexidade permeou todo o processo de escrita desta dissertação. Tentamos traçar: os movimentos iniciais provocados pela crise no Caps; os seus movimentos de expansão para fora dele; como o Caps, tomado pela crise, trata dos rearranjos, das transformações que pudemos observar. Sempre buscamos trazer à cena um direcionamento que se fez muito presente e que, de certa forma, criou um espaço comum entre pesquisadores, trabalhadores e usuários: a buscar por trilhar um caminho que fosse alinhado à lógica antimanicomial.

As fragilidades que atravessam a Raps deste município, que por vezes subverte e enfraquece a lógica da Atenção Psicossocial, tensiona o Caps a produzir movimento, inventar modos de lidar com a fragilidade que possam amplificar o cuidado, produzir ressonâncias de autonomia, de cuidado em rede, de solidariedade. Ao se ver em crise, diante da crise, e com uma rede de atenção que, por vezes, se faz insuficiente, o movimento do Caps passa a se dar no sentido de sair de si, provocar outros movimentos para si e para a rede, aquecer, costurar linhas que permitam que as conexões aconteçam.

Estar em crise possibilita que o Caps se repense. Neste ponto, vale ressaltar que o Caps não se constitui, apenas, de paredes, estrutura física, atividades previstas, ações planejadas. O Caps é constituído, também, e, principalmente, pelas vidas que o habitam e, por isso, é vivo. Por ser vivo, o trabalho realizado no Caps

não se adapta estritamente ao que lhe é preconizado, é construído de modo a produzir saúde, visando a produção social da vida, defendendo-a.

O trabalho realizado, neste serviço, a partir das interações que promove, produz cuidado (MERHY; FRANCO, 2009). Observamos que as práticas desenvolvidas no Caps se sustentavam na crítica da visão de clínica e procuravam a construção de uma clínica ampliada como encontro, capaz de produzir sentidos (COSTA-ROSA, LUZIO & YASUI, 2003).

Se faz importante, com isso, que o Caps lide com todas as dimensões das crises que o habitam, se pretende manejá-las. Com isso, os seus papéis são: compreender o que a traz a cena, o que a desencadeia no sujeito, compreender a história clínica, apoiar os familiares, fortalecer o vínculo, cuidar. Ao mesmo tempo, se pretende produzir desvios na lógica manicomial que o persegue, precisa perceber a crise como uma possibilidade de reinvenção, de criar novos mundos, novas formas.

É no movimento que o coloca em crise que a fragilidade da rede se torna cada vez mais evidente. Assim, o que constatamos é que não é possível que se construam práticas antimanicomiais, se não existirem condições de sustentá-las. Isso significa afirmar que o exercício de sustentar práticas antimanicomiais não diz, apenas, de uma vontade dos sujeitos, de uma inclinação individual. Mas, ao inverso, exige fortalecimento de políticas públicas que fortaleçam uma lógica da atenção psicossocial. Por outro lado, a existência de serviços de saúde, que intentem meramente cumprir as normas e leis previstas, constituem uma rede fria, estática, que não se movimenta junto com as movimentações que são próprias do campo da saúde mental.

Deste modo, nos deslocamos de um lugar comum, que sugere que o Caps se configure, necessariamente, como um espaço antimanicomial, o que sabemos ser uma ideia equivocada, uma vez que a manicomialidade se faz presente em nós, a carregamos conosco (DIMENSTEIN, 2004) e, por isso, lidar com a crise, em uma perspectiva antimanicomial, se faz um desafio árduo, dificílimo.

A superação do modelo psiquiátrico tradicional, construído, ao longo de décadas, não se faz de repente. Deste modo, é importante que sempre nos remetamos à Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que, para além de uma reforma que se restringe ao campo das políticas de saúde mental, foi um movimento de transformação da mentalidade manicomial, que sustenta uma

sociedade, considerando, sempre, que tais pautas não se descolam do contexto de opressões que sustentam o sistema capitalista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Revista Lugar Comum**, v. 39, p. 144, 1 jan. 2012.

ABRASME. Associação Brasileira de Saúde Mental. **Crônicas da Resistência**. Rio de Janeiro, 2018.

ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 10: p. 299-316. 2006.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2017.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 143p. ,1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 2067–74, 2018.

AMARANTE, P.; RANGEL, M.. **A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na reforma psiquiátrica**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde 3(4), 2009.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. 'De volta à cidade, sr. cidadão!' - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**. 52(6): 1090–1107, 2018.

_____. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, 25, 2001.

AMORIM, A. K. A.; DIMENSTEIN, M. Loucura e cidade: cenas biopolíticas e incursões (des) institucionalizantes. Fractal: **Revista de Psicologia**. V. 21. pp. 319–335, 2009.

ÁVILA, C. S.; BERLINCK, M. T. Reflexões sobre crise e estabilização em Psicopatologia Fundamental. **Tempo psicanalítico**, pp. 270–286, 2014.

BARRETO, E. K. M; FERNANDES, R. de L; LAVIERI, M. B. F; MIGUEL, I. M. D. **As direções do tratamento na clínica da psicose**. Proex. Universidade Federal da Paraíba, 2017.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade, Orgs: PASSOS, E. Porto Alegre, Editora Sulina: 2010.

BARROS, M. E B.; PIMENTEL, E. H. C. . Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Revista Polis e Psique**, v. 2, p. 3-22, 2012.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 2 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS 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 (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> . Acesso em: 2 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. 1a ed, Brasília, DF: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 15 de agosto de 2018a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html > Acesso em: 4 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 14 de novembro de 2018b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3659_16_11_2018.html> Acesso em: 4 de maio de 2020.

CARRION, C. T. P.; MARGOTTO, L. R.; ARAGÃO, E. M. A. As causas das internações no Hospital Adauto Botelho (Cariacica, ES) na segunda metade do

século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1323–1340: 2014.

CARVALHO, I. S. **A clínica da psicose na clínica do CAPS**: reflexões a partir das perspectivas do paciente, de sua família e de profissionais que o atendem num CAPS de São Luís (MA). 312f. Tese. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, 2008.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Documento**: A Questão Democrática na Área da Saúde. Revista Saúde em Debate, nº 9, p.11-14, 1979.

COSTA, M. S. **Construções em torno da crise**: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. Arquivos Brasileiros de Psicologia p. 94–108, 2007.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A; YASUI, S . Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Paulo Amarante. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 2, p. 13-44. 2003.

CRP 16. Conselho Regional de Psicologia. **Inspeção nacional constata pacientes amarrados e trancados em hospital na Grande VitóriaConselho Regional de Psicologia**, 7 dez. 2018. Disponível em: <http://crp16.org.br/inspecao-nacional-constata-pacientes-amarrados-e-trancados-em-hospital-na-grande-vitoria/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

CRUZ, K. D. F.; GUERRERO, A. V. P.; VIEIRA, J. S. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**: 2019
DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. 1o ed org. Frank Barat. São Paulo, Boitempo: 2018.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2015.

DIAS, B.C. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. **Entrevista Abrasco**. Disponível em: < https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>. 2019.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência**. Psicologia, ciência e profissão**, v. 24, n. 4, p. 112–117: 2004.

DIMENSTEIN, M.. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental (Barbacena)**, Barbacena/MG, v. 4, n.6, p. 69-83, 2006.

DOBIES, D. V.; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 120–133: 2016.

ELIA, D. S. O **CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado, disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24421: 2013

ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org**.**). **Pistas do método da cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, p. 52-75, 2010.

ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade, org. PASSOS, E. Porto Alegre, Editora Sulina: 2010.

FERIGATO, S. H.; ONOKO-CAMPOS R. T.; BALLARIN, M. L. 2007. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da Unesp**. v.6, n.1, 2007.

FIGUEIREDO, M.; MELEVATI, D. M.; TAVAREES. M. G. Entre Loucos E Manicômios: História Da Loucura E A Reforma Psiquiátrica No Brasil. **Caderno de Graduação** - Ciências Humanas e Sociais - UNIT – ALAGOAS, 2014.

FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASHIN, C. **Pesquisar na diferença:** um abecedário. Porto Alegre: Sulina: 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10o ed Rio de Janeiro: Graal: 1992.

_____. **A História da Loucura**. 5o ed São Paulo, Perspectiva: 2004

JARDIM, K. F. de S. B; DIMENSTEIN, M. . Risco e Crise: Pensando os pilares da Urgência Psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, v. 13, p. 169-190, 2007.

KAPLAN, H. **Compendio de Psiquiatria**. 11ª edição. Editora Artes médicas, Porto Alegre, 1997.

LORENA, A. G. de. **Cartografia sanitarista na saúde mental**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health 10(25): 38–57, 2018.

LUZ, M, T. **As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde na década de 80**. Rio de Janeiro, Abrasco/IMS/UERJ, 1994.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. D. **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Saúde e Sociedade 26(1): 155–70, 2017.

MARTINS, A. G. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. **Revista brasileira de saúde Mental** 11(20): 226–42. 2017.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde Dicionário da Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MLA. Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. **Manifesto de Bauru**, 1987.

NASCIMENTO, M. L.; COIMBRA, C. M. B. . Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder.. In: GEISLER, A. R. R. ; ABRAHÃO, A. L. e COIMBRA, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**: produzindo novos dispositivos na formação em saúde.. Niterói - RJ: EDUFF, v. , p. 143-153. 2008

NÓBREGA, M. DO P. S. DE S.; MANTOVANI, G. DOS S.; DOMINGOS, A. M. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020.

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. **Cadernos de Saúde Pública** 22: 1053–62: 2006.

PAIM, J. S.. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 1. ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ,. v. 01. 356p. 2008.

PASSOS, E. ; BARROS, R. D. B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Eduardo Passos;Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). **Pistas do método de cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1aed.Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: **Pistas do método da cartografia**, orgs. Eduardo Passos, Virginia Kastrup, e Silvia Tedesco. Porto Alegre: 2005.

PAULON, S. M. A Análise De Implicação Como Ferramenta Na Pesquisa-Intervenção. **Psicologia & Sociedade** (17): 18–25, 2005.

PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. 2017. **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1a edição. Editora Autografia, Rio de Janeiro: 2010.

PINHO, L. **Saúde Mental: retrocessos ou contrarreforma?.** Abrasme, Rio de Janeiro, 2019.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Qual o lugar da saúde mental? Physis **Revista de Saúde Coletiva**, pp.253-271, 2014a.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253–271, 2014b.

RADIS. 2019. “**Saúde mental: contra-reforma?” RADIS Comunicação e Saúde**. Disponível em <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-mental-contra-reforma> Acesso em: 18 de fevereiro de 2020.

ROCHA, M. L. DA; AGUIAR, K. F. DE. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 64–73, 2003.

ROQUETTE, R. D. **A atenção à crise em saúde mental:** refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise. 104f. Dissertação Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fio Cruz. Rio de Janeiro. 2019.

ROSSI, A; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no brasil. **Revista EPOS**. 5(1). pp. 156–81.2014.

ROTELLI, F.. **Desinstitucionalização**. São Pauo: Hucitec. 1990.

SAMPAIO, J. J. C. Saúde Mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Ed.). **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 403–420, 1993.

SESA. Secretaria de Estado da Saúde. **Hospital Estadual de Atenção Clínica completa um ano e beneficia mais de 4 mil pacientes**. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/hospital-estadual-de-atencao-clinica-completa>. Acesso em: 19 jul. 2020.

SIQUEIRA, E. 2019. **Retrospectiva 2019** - ‘É um retrocesso de 30 anos na saúde mental’, critica presidente do CNDH”.2019. Disponível em< http://www.isc.ufba.br/retrospectiva-2019-e-um-retrocesso-de-30-anos-na-saude-mental-critica-presidente-do-cndh/>. Acesso em 18 de fevereiro de 2020.

TEDESCO, S. H, SADE, C.; CALIMANN, L. V.. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer”. Fractal : **Revista de Psicologia**. 25(2): 299–322. 2013.

VASCONCELOS, M. DE F. F. DE; PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. spe, p. 222–234, 2014.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Vol.12, n.1, pp.33-49. 2005

ZURITA C. R.; MELO, E. C. ; OLIVEIRA, R. R DE ; SANTOS, S. S. C. ; FREITAS, T. A. de . Saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil: reflexões com base no referencial filosófico de Kuhn. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, p. 5604-5610, 2013.