UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica

JANAINA QUINZEN WILLRICH

Pelotas, 2009

JANAINA QUINZEN WILLRICH

Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica

Dissertação apresentada para fins de obtenção de título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Nível Mestrado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2009

Folha de Aprovação

Autora: Janaína Quinzen Willrich
Título: Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para enfermagem psiquiátrica

Dissertação apresentada para fins de obtenção de título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Nível Mestrado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde.

.....
Profª. Drª. Enfª. Luciane Prado Kantorski
Presidente da Banca de defesa

.....
Profª. Drª. Enfª. Agnes Olschowsky
Professor Titular

.....
Profª. Drª. Neuza Maria de Fátima Guareschi
Professor Titular

.....
Profª. Drª. Enfª Valéria Cristina Christello Coimbra
Professor Suplente

.....
Profª. Drª. Enfª Vanda Maria da Rosa Jardim
Professor Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os profissionais que no cotidiano de suas práticas buscam construir novos sentidos acerca da crise e da loucura a partir de relações sujeito-sujeito nas quais predominem a reciprocidade, o acolhimento e o vínculo. Para aqueles que estão verdadeiramente na luta pela cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua onipresença, por iluminar e abençoar minhas decisões, tornando meus sonhos possíveis.

Aos meus pais Ivo e Geneci pelo amor, carinho e incentivo na luta pelos meus ideais.

A minha orientadora Profª Drª Luciane Prado Kantorski, por sua competência, sensibilidade e amizade. Considero um privilégio poder compartilhar com Luciane mais este objetivo de minha vida.

Ao Tiago por sua presença tão importante em minha vida. Obrigado por seu apoio e carinho, por me ajudar a superar os momentos difíceis de ausência e distância.

As minhas irmãs, Janete e Janice, e cunhados, Paulo e Telmo. Obrigado por me ensinarem a arte da convivência

Ao meu sobrinho Igor, que é sempre uma presença que me traz carinho e alegria. A alegria contagiante da infância.

A CAPES pela contemplação da bolsa que possibilitou dedicação necessária para realização deste estudo.

A todos os profissionais que fizeram parte deste estudo, que se dispuseram a partilhar seus fazeres cotidianos.

Aos professores do programa de mestrado, em especial a Profª Drª Valéria Coimbra, Rita Heck e Vanda Jardim pelas contribuições na construção deste trabalho.

A Profª Drª Neuza Guareschi e a Profª Drª Agnes Olschowsky pela leitura e contribuições, meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Leandro de Pinho, por suas contribuições para este estudo.

Aos alunos bolsistas da Iniciação Científica: Fabieli, Cândida, Guilherme, Uiasser, Gabriela e Jandro. Agradeço os momentos de trabalho e, principalmente, a relação de amizade que construímos.

A minha querida amiga Márcia. Obrigada pela amizade, carinho e presença nos momentos importantes.

As colegas de curso: Denise, Carol Meirelles, Carol Linck, Teila, Tati, Alexandra, Isabel, Lenícia, Juliana, Joice, Alitéia e Marisa, pelos momentos de construção coletiva do conhecimento.

RESUMO

WILLRICH, J. Q. **Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica.** Pelotas, 2009. 187p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

A crise, considerada a expressão da doença, refere-se ao momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação psíquica, familiar e social. Situações em que ocorrem vivências conflitivas que geram rupturas com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que sustentam a pessoa. No contexto da Reforma Psiquiátrica, a crise reflete as rupturas e conflitos familiares e sociais. Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo conhecer os sentidos presentes nas práticas discursivas dos profissionais acerca da atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial. Dar sentido a um fenômeno é um processo de construção social, de interação intersubjetiva, no qual os sujeitos, a partir de suas práticas discursivas, posicionam-se, reconhecem-se e constroem os termos para a compreensão dos eventos cotidianos. Este estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa que utiliza a perspectiva teórica do Construcionismo Social. Os dados utilizados fazem parte do banco de dados da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL, que dividiu-se em dois estudos, um quantitativo e outro qualitativo. A avaliação qualitativa concentrou-se em Centros de Atenção Psicossocial I e II de cinco municípios da região sul do país: Alegrete, Joinville, São Lourenço do Sul, Porto Alegre e Foz do Iguaçu. Desenvolvida na forma de estudo de caso, a pesquisa contou com a participação de usuários, familiares e profissionais. Neste estudo, analisamos 27 entrevistas realizadas com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete e três diários de campo que descrevem 390 horas de observação do CAPS e da rede de saúde. A análise dos dados ocorreu mediante o entrelaçamento de quatro aspectos: uso dos repertórios interpretativos e mapas de associação de ideias, a literatura investigada durante a pesquisa, a perspectiva teórico-metodológica e a interpretação das pesquisadoras produzindo práticas discursivas e sentidos em torno de duas categorias. A primeira, denominada **Periculosidade e cidadania: os sentidos que envolvem a crise**, refere-se aos sentidos que envolvem a crise, construídos enquanto verdades, fabricados nos jogos de saber/poder expressos a partir do processo de interação entre as pessoas. Os sentidos identificados – periculosidade e cidadania – foram discutidos na busca de compreender sua influência na construção de práticas de atenção à crise. Na segunda categoria, denominada **Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para o cuidado da crise no território**, discutimos as práticas de atenção à crise no território e os sentidos que estas envolvem. As práticas identificadas foram: acolhimento, acompanhamento do usuário em crise nos diversos serviços da rede de saúde mental (hospital geral, pronto- socorro, residencial terapêutico, além do CAPS), prevenção das situações de crise, contenção mecânica e acionamento da Brigada Militar**.** Uma das contribuições deste estudo foi demonstrar a necessidade de discussão sobre as práticas de atenção à crise e de construção destas práticas de maneira coletiva partindo de relações de contrato. Outra contribuição está na discussão acerca do trabalho da enfermagem em saúde mental, especialmente neste momento de transição do fazer da enfermagem que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar.

Palavras Chaves: Intervenção na Crise. Saúde mental. Enfermagem Psiquiátrica. Produção de sentidos.

ABSTRACT

WILLRICH, J.Q. **Meanings attributed to crisis awareness in Psychosocial Care Center professional discourse practices**. Pelotas, 2009. 187p. Master's thesis. Nursing and Obstetrics School, Universidade Federal de Pelotas

Crisis, thought to be an expression of illness, refers to the time in one's life when suffering is so intense that it can generate a loss of psychic, family and social structure. These situations lead to conflicting experiences that cause a breakup both from the socially acceptable reality and from affection bonds that support the individual. In the Psychiatric Reformation context, crisis reflects breakups as well as family and social conflicts. In this sense, this research aims to get to know the professional discourse practice awareness in dealing with crisis in Psychosocial Care Centers. Finding the meaning of a phenomenon is both an intersubjective interaction and a social structural process in which the subjects, from their own discourse practices, take stands, get to know one another and set up the ways for daily event comprehension. This study is characterized by a qualitative approach that makes use of a Social Constructivism theoretical basis. The data used were obtained from the Southern Brazil Psychological Care Center Evaluation (CAPSUL) research database. The research is divided into a quantitative and a qualitative study. The qualitative evaluation focused on Psychosocial Care Centers I and II from five counties in southern Brazil: Alegrete, Joinville, São Lourenço do Sul, Porto Alegre and Foz do Iguaçu. Developed from a case study perspective, it involved users, their relatives and professionals. In the present study, 27 interviews with Psychosocial Care Center professionals in Alegrete and three field diaries that describe a 390 h. observation period at Psychosocial Care Centers and the health network were analyzed. Data analysis was performed by connecting four aspects: the use of interpretation repertoires and idea association maps, the literature examined during the research, the theoretical-methodological basis and the researcher interpretation, creating discourse practices and awareness related to two categories. The first, called **Perilousness and Citizenship: meanings connected to crisis** refers to meanings involved with crisis which are built up as truths created by the knowledge/power games that are expressed from the moment people interact with each other and who, upon expressing themselves in discourse, take stands for or against hegemonic power. Thus, the identified meanings - perilousness and citizenship – have been discussed for the purpose of understanding their influence upon building crisis awareness practices. In the second category, so-called **From violence to bonding: building new meanings to crisis territorial care**, crisis awareness territorial care practices and the meanings conveyed are discussed. The practices that have been identified are: welcoming, user accompaniment during in the various mental health network practices (general hospital, emergency, therapeutic home care, in addition to Psychosocial Care Centers), mechanical restraint and Military Police contact. One of the contributions of this study is the clear need to discuss crisis awareness practices and their construction in a collective way from bonding relationships. Another contribution is in the discussion about the work of mental health nursing, especially at the moment of transition from the nursing activity that seeks to adapt to an appropriate interdisciplinary practice.

KEY WORS: Crisis intervention, Mental health. Psychiatric nursing. Sense production.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 8
1.1. OBJETIVOS.....22
2. REVISÃO DE LITERATURA.....23
2.1. Loucura e crise no imaginário social: a construção do estigma e do sentido de exclusão presente no discurso manicomial.....23
2.2. Loucura e periculosidade: a relação com a crise e a lei.....41
2.3. Cuidando da crise a partir da premissa que a liberdade é terapêutica: a desinstitucionalização da crise e a construção de relações sujeito-sujeito.....58
3. METODOLOGIA.....75
3.1. Abordagem teórica.....75
3.1.1 Construcionismo e a sociologia do conhecimento.....78
3.1.2 Construcionismo e a psicologia social.....82
3.2. Abordagem metodológica.....93
3.2.1. Procedimentos para coleta de dados.....94
3.2.2. Procedimentos para análise de dados.....97
4. O CAMPO DE ESTUDO.....103
4.1. O Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete.....104
5. PERICULOSIDADE E CIDADANIA: os sentidos que envolvem a crise...111
6. DA VIOLÊNCIA AO VÍNVULO: construindo novos sentidos para o cuidado da crise no território.....130
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....159
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....164
APÊNDICE.....176
ANEXO.....201

1. INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, vêm sendo construídos socialmente sentidos acerca da loucura e de suas representações sociais, que se modificaram com o desenrolar histórico e cultural das sociedades. E é em torno destes sentidos que estão organizando-se os discursos e as práticas de cuidado para lidar com a loucura. É necessário conhecer e compreender a resposta que a sociedade dá a esse fenômeno, pois assim teremos subsídios para reconstruir e resignificar nossos saberes e práticas do cotidiano, buscando imprimir no imaginário social um “novo” sentido e um “novo” lugar para a loucura. Lugar este que o movimento de reforma psiquiátrica brasileira está lutando a mais de três décadas para constituir.

A loucura que despertou inúmeras reações da sociedade nas diferentes épocas – desde a sua exaltação até a sua submissão ao saber médico – está intimamente ligada a sentidos e práticas de exclusão e segregação. O nascimento da psiquiatria clássica e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura é abordado por diversos autores. Dentre eles, destacam-se as obras de Michel Foucault e de Erwin Goffman.

Ao escrever o livro *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1997) abordou, de forma brilhante, a história das reações sociais e dos valores associados aos micropoderes que se estabeleceram e que constituíram um lugar social para a loucura nas diferentes épocas, estabelecendo assim um marco para o entendimento da loucura como evento histórico, político, social e cultural.

A obra de Goffman (1996), *Manicômios, prisões e conventos*, contribuiu na definição do manicômio, da mesma forma que as prisões e os conventos, como uma instituição total, ou seja, um lugar onde um grupo de pessoas (no caso os internados) perdem a possibilidade de escolher ou modificar o cotidiano da instituição por estarem submetidas ao controle, julgamento e planos de outros (os

profissionais), seria, em outras palavras, um lugar que totaliza/institucionaliza a vida das pessoas, tornando-as dóceis e submissas às regras e aos jogos de poder da instituição.

A compreensão das reações e dos sentidos despertados pela loucura no contexto social e suas relações com a construção de práticas de violência e exclusão que marcaram a trajetória do louco no campo da psiquiatria, instigou, em alguns atores sociais, o desejo de iniciar um processo de desconstrução dos saberes e das práticas manicomiais. Vários movimentos psiquiátricos, que questionavam a eficácia da instituição asilar e/ou o saber psiquiátrico dominante surgiram na Europa após a segunda guerra mundial. Assim, num contexto de crescimento econômico, reconstrução social e desenvolvimento dos movimentos civis, que passaram a debater a realidade política, econômica e ética, o asilo passou a ser considerado o produtor e mantenedor da doença mental, não sendo mais possível aceitar essa situação deprimente, na qual um conjunto de indivíduos passíveis de atividades ficavam ociosos e segregados (BIRMAN; COSTA, 1994).

Na América Latina e Brasil, o movimento de reversão do modelo manicomial teve como impulso político a Conferência de Caracas para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina. A contribuição da Declaração de Caracas (1990) está no fato de que ela veio estabelecer a garantia dos direitos humanos e civis dos portadores de sofrimento psíquico, ressaltando a importância da implantação de um modelo de atenção à saúde mental diversificado, comunitário, integral, contínuo e preventivo, incluindo a atenção primária em saúde mental. Promovendo a inclusão social e resgatando os vínculos através da recuperação e do fortalecimento de laços afetivos e solidários dos sujeitos e de suas redes sociais (OPAS, 1990).

No âmbito nacional, o surgimento do movimento de reforma psiquiátrica no final da década de 70 inseriu-se num contexto mais amplo de lutas para a superação do regime militar e redemocratização, a partir da reorganização do movimento sindical, dos partidos políticos e outras entidades da sociedade civil. A busca pelo respeito à cidadania, por eleições diretas, por liberdade de imprensa e por saúde como direito do cidadão permeavam as lutas nesse período (KODA, 2002).

Este é o pano de fundo para os questionamentos que iniciaram nesta época acerca dos saberes, das práticas e da assistência oferecida nos hospitais psiquiátricos. A busca pela superação de tais práticas psiquiátricas encontrou

ressonância também nas políticas de saúde do país, organizadas sob os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS e suas diretrizes de descentralização, atenção integral e participação comunitária, coerentes, portanto, com o conceito de saúde como direito de cidadania (DALMOLIN et al., 2001).

No entanto, a violência e os maus tratos ocorridos nos manicômios, comparados ao tratamento dado pela ditadura militar aos presos políticos, passaram a ser denunciados pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM. As condições de trabalho precárias e as situações de violência a que eram submetidos os pacientes internos nos manicômios do país foram algumas das situações denunciadas (AMARANTE, 2003a).

Este movimento, de caráter autenticamente democrático e social, busca o respeito aos direitos do doente enquanto ser humano, sua restituição da cidadania e novas formas de tratamento. Defende a mudança de hábito, a mudança cultural, e a luta por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental. O Movimento muda a concepção da doença mental, rompendo com o estereótipo do doente mental construído pela institucionalização, e coloca em cena um novo olhar à psiquiatria, o de saúde mental. Com essa nova concepção, houve a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros (AMARANTE, 2003a).

Por ser um movimento múltiplo e plural – com a participação de profissionais de todas as categorias, de simpatizantes não técnicos da saúde, de instituições, de entidades, de outros movimentos civis e, principalmente, de familiares e usuários que passaram a se organizar em associações, surge o Movimento de Luta Antimanicomial – MLA como expressão do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. O MLA, enquanto movimento social, construiu intervenções políticas concretas na sociedade passando a criticar radicalmente o manicômio e descartando-o como espaço de assistência à doença mental. O manicômio passa a ser tomado como um lugar de violência e exclusão permeado por relações de poder e privação dos direitos do doente mental. Essa relação hierárquica, presente no funcionamento das mais diversas instituições, aproximou a luta pelos direitos de cidadania do doente mental a outras lutas da população em geral por seus direitos (AMARANTE, 2003a).

Conforme Desviat (2002), a originalidade do movimento de reforma psiquiátrica brasileira está no fato de ter ido além de um conjunto de reformas

técnicas – fechamento dos manicômios e criação de recursos mais eficientes – tendo tornado-se um amplo movimento social em defesa dos direitos humanos, dos excluídos da razão e da cidadania, na busca da restauração do vínculo social.

A reforma psiquiátrica no Brasil propõe discutir questões que perpassam as diversas dimensões de vida do indivíduo: individual, familiar, social, profissional (produção) e cultural. Para Amarante (1999), o processo de reforma psiquiátrica no Brasil é complexo, pois envolve fatores inter-relacionados em movimento e complementares, destacados em quatro campos fundamentais: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. O primeiro campo diz respeito às bases conceituais e teóricas, seus objetos de conhecimento e suas ferramentas para compreender a realidade num processo de desconstrução dos conceitos fundantes da psiquiatria. No segundo campo, as mudanças ocorrem a partir da reconstrução dos conceitos, pois ao desconstruir o conceito de doença mental e adotar a noção de existência/sofrimento, passamos a nos ocupar com os sujeitos, surgindo assim a necessidade de construção de uma rede composta não somente por serviços, mas, também, por espaços de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades. Já no campo jurídico-político, propõe-se a revisão das legislações civil, penal e sanitária com vistas a promover a cidadania real dos sujeitos e o respeito por seus direitos. Por fim, as mudanças no quarto campo, que se referem à dimensão sócio-cultural e que ocorrem simultaneamente as dos demais campos, buscam transformar o imaginário social com relação à loucura através de práticas sociais que promovam a solidariedade, o respeito à diferença e a inclusão não somente dos sujeitos em sofrimento psíquico, mas também daqueles que estejam em desvantagem social.

As mudanças propostas nessas diversas dimensões configuram-se como um novo paradigma de atenção em saúde mental, no qual o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico implica na necessidade de práticas e posturas permeadas pelo respeito, ética e responsabilidade. A configuração das práticas em saúde mental da Reforma Psiquiátrica orienta-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura ao paradigma hospitalocêntrico asilar, atribuindo um novo sentido social para a loucura e, para isso, instaurando o modelo de atenção psicossocial.

A Atenção Psicossocial, como campo que pretende congregar todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, vem definindo e configurando

uma série de transformações no campo da atenção em saúde mental. Essas transformações estão ocorrendo nos campos teórico assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. No campo teórico assistencial a mudança vem ocorrendo a partir da desconstrução de conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria, como a supressão do paradigma doença-cura pelo conceito existência-sofrimento. No campo técnico-assistencial a construção de redes de serviços (espaços de trocas e de produção de subjetividades) colocou a doença entre parênteses e focou o indivíduo com seus direitos e inserido em determinado contexto (território). No campo jurídico-político várias leis estaduais e a lei federal foram aprovadas legitimando e garantindo os direitos à cidadania e à inclusão social do indivíduo em sofrimento psíquico. E por fim, no campo sociocultural vem sendo construídas uma série de práticas sociais que visam mudar no imaginário social o conceito de loucura (passando da anormalidade para o conceito de existência-sofrimento), a imagem da instituição (como espaço de circulação e não de depositários) e a relação dos usuários com a instituição e população (desinstitucionalização e maior poder de contratualidade social) (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

De acordo com Amarante (2007, p. 69), ao colocar a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, “com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios”. Com isso, há uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental, e os serviços passam a ser entendidos como dispositivos estratégicos na promoção de vínculo, cuidado e trocas sociais. As estratégias para participação social e construção de cidadania, entre outras do conjunto de transformações e inovações propostos pela Reforma Psiquiátrica, contribuem para a construção de um novo imaginário social em relação a loucura e aos sujeitos em sofrimento, “que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade” (AMARANTE, 2007, p. 73).

Na dimensão sociocultural, Franco Basaglia (1985, p.29) chama a atenção sobre a importância de estar atento e questionar não apenas o manicômio e a psiquiatria, mas “colocar entre parêntese todos os esquemas, para ter a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido [...] negar tudo que está à nossa volta: a doença, o nosso mandato social, a nossa função”.

Neste parâmetro de mudanças paradigmáticas, surge em minhas indagações à questão da dificuldade da atenção à crise nos serviços substitutivos, e como isso reforça no imaginário social a necessidade de manutenção do manicômio enquanto espaço especializado para este tipo de atendimento. A partir disso, consideramos, assim como Amarante (2007), a atenção à crise como um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo de reforma psiquiátrica.

Quando nos referimos às crises psíquicas em saúde mental, estamos considerando o momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito. Situações em que, no curso do desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflitivas que marcam definitivamente o sujeito e sua história, momento no qual há uma ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam como pessoa.

Em nossa trajetória conjunta no campo da saúde mental e enfermagem, enquanto integrantes do núcleo de pesquisa *Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva*, tivemos a oportunidade de conhecer, a partir de pesquisas, como ocorreu o processo de implementação dos serviços substitutivos em Pelotas, uma cidade reconhecida nacionalmente como hospitalocêntrica. Em nosso livro intitulado *CAPS Castelo – um pouco da história da loucura em Pelotas* (WILLRICH; KANTORSKI, 2008), percebemos o quanto o desmantelamento do aparato manicomial nesta cidade foi um processo difícil e demorado, pois confrontava os interesses sociais, culturais, políticos e econômicos vigentes. No ano 2000 ainda existiam em Pelotas dois hospitais psiquiátricos, sendo que em um deles ainda se mantinham as celas fortes, denominadas então de “salas de observação intensiva” com circuito fechado de TV, com o objetivo de justificar sua manutenção e mascarar sua verdadeira função, pois sabemos que as celas fortes foram utilizadas por muito tempo no manicômio como uma forma de reprimir os pacientes considerados agressivos, como um castigo àqueles que não se submetiam as regras da instituição. Assim, foi construído no manicômio, lugar onde supostamente o doente poderia expressar sua doença, um espaço restritivo para o isolamento e segregação do sujeito em crise.

Neste sentido, entendia-se no manicômio que o sujeito em crise precisava ser castigado através do controle e vigilância, e a celas fortes foram utilizadas para este fim. Assim, a existência de um espaço restritivo dentro do manicômio, como as celas fortes, utilizado para castigar e suprimir pela força os sintomas de crise

contribuiu na construção de sentidos de medo e periculosidade que envolve a crise psíquica com sintomas agressivos.

Embora tenha sido proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes) nos hospitais psiquiátricos, a partir da Portaria Ministerial 224 de 1992 (BRASIL, 1992), somente em 2000 houve o lacramento dessas celas fortes em Pelotas. Em virtude das dificuldades para colocar em prática a normatização da Portaria, este fato é considerado histórico na luta pela reforma psiquiátrica na cidade, pois desencadeou o questionamento dos pressupostos manicomiais existentes na sociedade pelotense.

Da mesma forma, em cidades de pequeno porte também encontramos muito arraigada a cultura do manicômio, sendo este o serviço reconhecido como espaço de atendimento á crise. Em minha experiência profissional, como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em uma unidade da zona rural de um município pequeno, presenciei com pesar o encaminhamento de pessoas em crise ao hospital psiquiátrico. Percebi que era possível e permitido culturalmente acompanhar o indivíduo em sofrimento enquanto ele estivesse estabilizado, porém no momento de crise, e principalmente em situações de agressão, a única solução viável e reconhecida era o encaminhamento ao hospital psiquiátrico, no qual as práticas de “cuidado” limitam-se a excluir e a oprimir, através de relações de poder/submissão, o indivíduo em crise.

Assim, as experiências acadêmicas e profissionais que vivenciei – nas quais percebi as dificuldades que emergem no processo de atenção à crise nos Centros de Atenção Psicossocial, somadas ao contato com literaturas que abordam o tema da Reforma Psiquiátrica e formas de se relacionar e de cuidar da loucura em liberdade instigaram na realização deste estudo. Além disso, a existência de poucos trabalhos que abordam a temática da atenção à crise nos CAPS despertou o desejo de conhecer como ocorre a atenção à crise no cotidiano dos serviços substitutivos, os conflitos, os sentidos e os posicionamentos dos profissionais neste processo.

Sabemos da existência de várias formas de expressão da crise que são conceituadas no campo das emergências psiquiátricas como: crises depressivas com risco de suicídio, crises de “agitação psicomotora”, crises psicóticas acompanhadas de delírios e alucinações, crises decorrentes de situações de alcoolismo e/ou drogadição, crises histéricas ou “nervosas”, entre outras (GONDIM, 2001).

Entretanto, por possuirmos um entendimento de que a sociedade, tanto na antiguidade como nos dias de hoje, possui um limiar de tolerância menor quando o sujeito em sofrimento psíquico expressa agressividade e, por questões metodológicas, abordaremos neste estudo a crise psíquica grave com propensão a atos agressivos.

Na psiquiatria, a crise com sintomas agressivos é descrita sob o termo “crise de agitação psicomotora”, que consiste numa hiperatividade psíquica e motora variável quanto ao grau de intensidade e na aparente intencionalidade, podendo oscilar entre uma simples agitação psicomotora até uma intensa agitação com comportamento verbal e/ou motor violento ou autoagressivo (BUSSELO et al., 2006). Esta síndrome, segundo o autor, pode surgir em qualquer quadro psicótico e em alguns quadros orgânicos.

Todavia, consideramos que esse conceito de agitação psicomotora se restringe apenas a sintomatologia, o que vai de encontro ao nosso entendimento de crise como expressão de um conflito existencial que envolve a vida e as relações do sujeito. Assim, utilizaremos neste estudo o termo “crise psíquica grave com comportamento agressivo” para designar o objeto de estudo deste trabalho.

Segundo Kinoshita (2008), a crise é a expressão da doença, o momento em que ela mostra a sua cara. Assim, ele chama atenção para o fato de que em nossa sociedade existe certa “tolerância” à loucura, quando esta apresenta-se “controlada”, “amansada”. No entanto, quando a loucura mostra sua face “enraivecida” (crise) a sociedade ainda impõe como castigo a sua reclusão e dominação, e o lugar reconhecido socialmente como capaz de estabelecer essa relação de poder/força é o manicômio.

O atendimento à crise exige a responsabilização pelo controle da ordem. No entanto, nos serviços substitutivos de saúde mental há um entendimento de que a ordem não pode ser estabelecida a partir de relações de força, sendo necessário, portanto, construir relações sujeito-sujeito, buscando produzir consensos capazes de melhorar o convívio social (KINOSHITA, 2008). Neste sentido, os comportamentos agressivos precisam ser redimensionados e legitimados, por ser também um modo do sujeito se colocar no mundo. A valorização da expressão subjetiva dos sujeitos, no cuidado da crise, tem a potencialidade de trazê-lo para uma relação horizontal onde o sujeito tenha a capacidade e liberdade para se posicionar (BASAGLIA, 1985).

De acordo com Kinoshita (2008), a crise é um momento pontual e difícil para os usuários, é uma caricatura das dificuldades do dia a dia. Desse modo, ela precisa ser vista como uma possibilidade de transformação da relação entre profissional e usuário e da relação do usuário com a sociedade. Por isso, consideramos de extrema importância compreender, a partir das práticas discursivas dos profissionais dos serviços substitutivos, os sentidos atribuídos à “crise”.

Seguindo o pensamento de Spink; Frezza (2000) e Spink; Medrado (2000), “dar sentido ao mundo” é uma atividade tipicamente humana. É um processo de construção social, de interação intersubjetiva, no qual os sujeitos, a partir de suas práticas discursivas, posicionam-se, reconhecem-se e constroem os termos para a compreensão dos eventos cotidianos.

Conhecer é dar sentido ao mundo, por isso não é simplesmente o processamento ou construção lógica do pensamento. Na ótica da produção de sentidos, o conhecimento implica o posicionamento perante os dados, as teorias e os nossos interlocutores num processo de negociação continuada de identidades sociais (SPINK; GIMENES, 2008). Por isso, passamos a compreender o sentido como um fenômeno sociolinguístico, uma construção social, coletiva e interativa (GUARESCHI, 2004). Portanto, um fenômeno que se materializa na linguagem e que envolvem formações ideológicas contextualizadas histórica e culturalmente.

Analisando a história da loucura e da psiquiatria podemos perceber como se construiu a compreensão e os sentidos de que a crise, enquanto momento da loucura, precisava ser excluída e controlada, mesmo que para realizar esse “controle” fossem necessários medidas de coerção e violência. Na constituição da psiquiatria, a exclusão da loucura se deu no interior dos muros do hospício, pois este foi eleito o lugar de ação terapêutica e de proteção, tanto para o doente mental como para a sociedade, contra os atos violentos instigados pela doença (MACHADO et al, 1978). Então, a psiquiatria, no decorrer destes três séculos em que se constituiu como ciência médica, fortaleceu a idéia de necessidade do controle dos atos violentos no manicômio, cristalizando o sentido de reclusão dos doentes para atenção à crise e devido a isso ainda o encontramos muito presente nos dias de hoje em nossa sociedade. Por isso, os sentidos que envolvem a crise psíquica grave com comportamento agressivo estão imersos num contexto permeado por ideologias conflituosas que representam o modelo psiquiátrico tradicional e o modelo de atenção psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica.

Portanto, diante do exposto, temos como **primeiro pressuposto**:

A crise, nos dias de hoje, sustenta o sentido de medo e perigo que acompanha a loucura desde seus primórdios, além de ser o momento em que a sociedade reconhece a loucura. E, por isso, acreditamos que ainda predomina um sentido de que o lugar de tratamento da crise é o hospital psiquiátrico e este fato influencia negativamente na construção de um “novo sentido” para o cuidado da crise, no qual a liberdade e a valorização da subjetividade sejam reconhecidas como terapêutica.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, estimulada pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, veio para estabelecer uma ruptura com o aparato manicomial com os saberes e práticas científicas, sociais, jurídicas e legislativas, que o fundamentam enquanto lugar de isolamento, de segregação e de patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007). Com o movimento de reforma, este espaço passou a ser criticado pelas respostas negativas que produziu na vida dos sujeitos, e a comunidade foi concebida como espaço privilegiado para um cuidado digno e que respeite os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Neste contexto, construiu-se no campo da saúde mental o entendimento sobre a necessidade de uma diversidade de equipamentos que contemplem uma abordagem integral e que responda aos diferentes momentos e necessidades da pessoa em sofrimento psíquico. Uma teia de cuidado em saúde mental composta por múltiplos dispositivos existentes no território: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, Centros Comunitários de Álcool e Drogas, Centros de Atenção à Infância e Adolescência, Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família – PSF, Unidades de Saúde Mental em Hospital Geral, Hospital-Dia, Residências Terapêuticas, os quais, no conjunto, atendam à complexidade da demanda, foi proposta por Pitta (2001) visando a adequar-se às orientações da política de saúde mental brasileira.

Além da criação e sustentação desta rede de Atenção Psicossocial, estão entre as diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, a redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, a garantia de assistência aos pacientes egressos destes hospitais e a defesa e promoção dos direitos humanos dos pacientes e familiares (BRASIL, 2001).

A importância dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, no interior da rede, reside no fato destes serem

considerados os articuladores das demandas em saúde mental, demonstrando que o foco central do cuidado localiza-se neles. Estes dispositivos foram formalmente definidos pela Portaria Ministerial nº224/1992 e posteriormente tiveram seus parâmetros reavaliados na Portaria Ministerial nº336/2002. De acordo com esta última, os CAPS deverão estar capacitados para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2002).

No entanto, mesmo com a existência desses dispositivos comunitários para a assistência em saúde mental percebi, em minhas experiências de pesquisa e profissional, que em virtude de convivermos com o sentido de exclusão da crise no interior dos muros do hospital psiquiátrico, construído a partir de suas características fechadas, com isolamento dos pacientes e longo tempo de permanência, o que lhe confere um tom de segregação, encontramos muitas dificuldades em discutir e construir práticas de cuidado à crise em liberdade, ou seja, em consonância com os pressupostos da reforma Psiquiátrica.

O sentido de que o indivíduo em crise deve ser guardado ou excluído tem suas raízes na história da psiquiatria. Para Pessotti (1995), ao descrever a doença mental como um distúrbio moral, entendida como excesso e desvio, Pinel instituiu em modalidades terapêuticas que visavam corrigir o comportamento inadequado através da mudança de costumes e hábitos. Por considerar a alienação como uma perda parcial e não total da razão, Pinel estabeleceu a possibilidade de cura que poderia trazer a internação e o tratamento moral que tinham como base o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo. As práticas e saberes psiquiátricos pinelianos, que dão sustentação à institucionalização da loucura, regem a totalidade da vida do doente mental visando a torná-los dóceis, ordeiros e disciplinados (MACHADO et al, 1978).

No modelo clássico da psiquiatria, a crise é entendida como uma situação na qual há uma grave disfunção, e ocorre exclusivamente em decorrência da doença (AMARANTE, 2007). Em virtude dessa concepção a resposta a crise neste modelo está baseada em conter a agressividade e a indisciplina para manter a relação de poder e submissão que sustenta o cotidiano do manicômio.

Já no contexto da saúde mental a crise é concebida como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a capacidade subjetiva do sujeito em responder as situações desencadeantes (BASAGLIA, 1979). Por isso, é

considerada uma situação mais social do que biológica ou psicológica, um momento em que há uma “precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência” (AMARANTE, 2007, p. 81).

Conforme Amarante (2007), é necessário que haja, nos serviços de atenção psicossocial, a “responsabilização” por parte das pessoas que estão sendo cuidadas, a partir do acolhimento das pessoas em crise e da construção de vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas.

No entanto, nas formações discursivas presentes no processo de constituição do movimento de reforma psiquiátrica emergem sentidos que indicam que formas de assistir a crise que se assemelham as práticas instituídas pelos manicômios devem ser superadas. Muitos profissionais consideram as práticas de contenção mecânica e medicamentosa, que fazem parte do aparato manicomial, como inadequadas para o cuidado em liberdade. E ao negar tais práticas e por não encontrarem outros instrumentos para intervir na crise, deixam de trabalhar no momento em que o indivíduo está mais vulnerável, necessitando de maior atenção.

Deste modo, criaram-se dificuldades para se discutir instrumentos de lidar com a crise nos serviços substitutivos, pois na busca de um fazer diferente do hospital psiquiátrico nega-se potencialidades de algumas práticas de oferecer continência e alívio ao sofrimento durante a crise. Em virtude dessa dificuldade do serviço em responsabilizar-se pelo cuidado à crise muitos sujeitos que se encontram neste momento de sofrimento são encaminhados ao hospital psiquiátrico. Este fato reforça o sentido social de exclusão e a necessidade de manutenção do lugar do manicômio como espaço legítimo para conter a crise. Além disto, o trabalho de reabilitação psicossocial desenvolvido no cotidiano dos serviços é rompido por não acolher o sofrimento do indivíduo no momento de crise e o serviço acaba por perder sua legitimidade social.

Seguindo o pensamento de Basaglia (1979, p. 90), as técnicas de reabilitação realizadas nos serviços comunitários são importantes para o doente crônico, mas para enfrentar o caso da crise aguda sem a internação há necessidade de uma técnica de intervenção, “que é mais uma técnica repressiva”. Ele traz como exemplo a experiência de Trieste, a qual conduziu, onde havia na época equipes de emergência com característica “muito parecida com a polícia”. Para ele, é o contato que esta organização estabelece com a comunidade que determina se esta será ou não policialesca.

Para este autor, a terapia mais importante para combater a loucura é a liberdade, através da qual o sujeito tem a possibilidade de ter a posse de si mesmo e de sua vida. Liberdade para relacionar-se com os outros e expressar sua subjetividade. O tratamento psicoterápico neste contexto deve basear-se numa relação médico-paciente de liberdade e reciprocidade, superando as relações clássicas de dependência, domínio e submissão, pois é “a relação entre o poder do médico e a situação de dependência por parte do doente, que não dá possibilidade de por em ação nenhuma terapia” (BASAGLIA, 1979).

Seguindo esta linha, a agressividade individual é considerada como o momento ideal para o estabelecimento de uma “relação autêntica” com o paciente, na qual haja uma tensão recíproca capaz de “romper os laços de autoridade e paternalismo que até há muito pouco tempo causavam a institucionalização” (BASAGLIA, 1985, p. 115).

Portanto, as técnicas psicoterápicas, ao se movimentarem na linguagem do poder, têm como único objetivo manipular o doente e mantê-lo numa posição de passividade. Os fármacos têm um poder institucionalizante, pois ao serem administrados promovem um aumento no nível de consciência do sujeito, e se isso ocorrer sem um movimento de defesa da liberdade aumentará nele a convicção de estar definitivamente condenado, gerando atitudes de indiferença e apatia características do poder de institucionalização do hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 2005). Em contrapartida, se o medicamento for utilizado para liberar o doente da relação de força e autoridade que o tutela, para liberar sua agressividade tirando-o do estado de apatia e desinteresse e para a reconstrução de sua identidade enquanto sujeito de direito, estará sendo utilizado de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Diante do exposto, temos como **segundo pressuposto**:

As práticas de atenção à crise no serviço substitutivo só irão refletir o modelo manicomial se sua utilização estiver pautada numa relação de poder e submissão. No entanto, se estas práticas estiverem inseridas num contexto de relação na qual os profissionais assumam uma postura de respeito e valorização da subjetividade do usuário, terão possibilidade de construir novos sentidos.

Assim, a partir dos temas teóricos estudados e dos conteúdos da minha história de vida, tenho como questão de pesquisa:

“*Quais os sentidos da atenção à crise psíquica grave com comportamento agressivo presente nas práticas discursivas dos profissionais dos Centros de AtençãoPsicossocial*?”

1.1. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

– Conhecer os sentidos presentes nas práticas discursivas dos profissionais acerca da atenção à crise psíquica grave com comportamento agressivo nos Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivos específicos:

– Entender os sentidos que emergem a partir das situações de crise no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial;

– Identificar, a partir das práticas discursivas dos profissionais, as ações de atenção à crise nos serviços substitutivos e os sentidos que envolvem.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Loucura e Crise no imaginário social: a construção do estigma e do sentido de exclusão presentes no discurso manicomial

A sociedade brasileira nas últimas décadas, principalmente nas décadas de 80 e 90, ocupou-se em discutir e construir novas alternativas ao modo como estava organizado as práticas de intervenção sobre a loucura. Essas discussões estão consubstanciadas nos movimentos que se construíram num contexto de luta por uma assistência mais digna ao sofrimento psíquico: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o Movimento de Luta Antimanicomial, o movimento “Por uma sociedade sem manicômios”, e no Rio Grande do Sul o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, que foi a organização que assumiu o protagonismo do movimento. O discurso desses movimentos, que se situavam na crítica ao modelo manicomial e suas práticas de exclusão e segregação, contribuíram na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (lei 10.216) e na construção de novos espaços para o acolhimento da loucura.

Embora a lei legitime os direitos e dê respaldo político, desencadeando estratégias de financiamento para a construção de uma rede substitutiva ao manicômio, consideramos que a coexistência do discurso manicomial com o discurso psicossocial perpetua o estigma ao manter e reforçar no imaginário social a necessidade de um espaço fechado, de exclusão, como garantia da ordem social caso a loucura venha a ameaçá-la. Este sentimento de medo, que se traduz na necessidade de exclusão, acompanha a loucura desde os primórdios da humanidade e foi reforçado com o surgimento da psiquiatria como veremos a seguir.

Consideramos importante “olhar” o tempo histórico, pois segundo Spink e Gimenes (2008) é neste tempo em que se inscrevem os conteúdos imaginários derivados das formações discursivas de diferentes épocas situadas num contexto social e cultural. Conhecer a história da loucura, considerando que o imaginário social envolveu-se e transformou-se sob a força dos processos sociais e das formações discursivas, é o pano de fundo para entendermos como a experiência da loucura deixou de ser objeto do discurso místico-religioso para se tornar objeto específico da medicina e os sentidos hoje atribuídos à crise psíquica grave.

A loucura tem sido encontrada nas mais diversas sociedades em variadas épocas, e sua manifestação conferiu ao indivíduo louco a identificação de “diferente”, incapaz de se manter na coletividade como os indivíduos tidos como normais, embora sua circulação tenha sido relativamente tolerada em sociedades pré-capitalistas.

Na antiguidade, três discursos acerca da loucura foram propostos: o discurso mitológico-religioso, o discurso passional-psicológico e o discurso organicista. O primeiro discurso, sustentado em Homero (séc. 9-8 a.C.), reconhecia como mitológica a etiologia da loucura, percebendo os comportamentos e atos das pessoas destituídas da razão como obra divina, destituindo-os da responsabilidade das consequências de tais atos. Por ser considerado possuído pelos deuses, o indivíduo não era considerado culpado por suas ações insensatas, não sendo, portanto, estigmatizado nem considerado doente, por isso as práticas de “tratamento” não buscavam a cura, mas visavam a atenuar os tormentos da ansiedade e a induzir a aceitação tranquila da sentença dos deuses (PESSOTTI, 1995).

No outro contexto, histórico-político, o discurso sobre a loucura adquire uma concepção trágica, e nas tragédias de Eurípides (séc. 485-406 a.C.) sofre transformações decisivas através da inclusão do elemento psicológico humano. Ele foi o responsável por considerar os conflitos interiores e dilemas que passavam os homens que atiçados em suas paixões perdiam a razão e praticavam atos considerados descabidos frente às normas sociais. Neste momento, a loucura adquire um enfoque passional, afastando-se do enfoque mitológico do período anterior. Eurípides chama a atenção ainda para outro tipo de manifestação da loucura, pois “além dos três tipos precedentes da loucura, Melancolia, Mania e

Paranóia, ele nos oferece agora o retrato de um perfeito surto psicótico" (PESSOTTI, 1995, p.45), no qual pode haver total descontrole levando a pessoa a cometer atos violentos e agressivos.

Pessotti (1995, p.47) relata ainda que a exclusão da interferência divina ocorreu a partir do discurso hipocrático ou discurso organicista da loucura. Hipócrates (séc. 1 a.C.) concebia a loucura como "um desarranjo da natureza orgânica, corporal do homem, como mera consequência de disfunções humorais". O desequilíbrio dos elementos essenciais no cérebro ou em outros órgãos seria o responsável pela doença, por isso a terapia eleita ideal deveria restabelecer o equilíbrio dos humores através de alimentação adequada, atividade física, prática de música, banhos termais, regulação do sono e limpeza do organismo pela catarse (laxantes naturais e vomitórios).

Depois de Hipócrates, Celsus refere alguns recursos acerca da terapêutica psiquiátrica para os casos de "melancolia" e "mania". No primeiro caso, indica procedimentos que visam a distrair e afastar o doente das causas da doença. No caso dos maníacos furiosos e agitados, a terapia aconselhada propunha "acorrentá-los, submetê-los a castigos e terrores imprevistos" (PESSOTTI, 1995, p.63). Após, Galeno continuou a tradição hipocrática indo além deste em seus estudos pautados na dissecação cerebral. No entendimento das causas, promoveu um avanço, pois enxergou a natureza híbrida da loucura, "chamada delírio, mania ou melancolia", ao descrever os aspectos orgânicos, somáticos (desarranjo humoral) e psicológicos (distúrbio de uma ou mais faculdades mentais – imaginação, razão e memória). As práticas de cura seguiam as recomendações de Hipócrates (PESSOTTI, 1995).

Percebemos que, na antiguidade, o discurso organicista foi o primeiro a instituir práticas que visavam à cura. No entanto, o tratamento para os loucos agitados e agressivos era diferenciado, pois se utilizava de práticas de violência e força para submetê-los às regras e torná-los dóceis. Nessa época, inicia-se a relação de poder e de submissão entre os que têm o conhecimento e o louco, demonstrando que já na antiguidade existia pouca ou nenhuma tolerância com a crise psíquica grave e a agressividade expressa neste momento.

Séculos depois, na Idade Média Européia, veio a doutrina demonológica. Neste discurso a loucura era associada à possessão diabólica, e perdurou até o século XVII, situando o indivíduo numa relação passiva frente ao acometimento e

retirando qualquer competência médica de seu entendimento ou tratamento. Assim, as práticas de cura, situadas na esfera da fé e da crença, eram as mesmas das expiações dos pecados: jejum, orações, exorcismo e frequência a igrejas (PESSOTTI, 1995).

Na Idade Clássica, era conferido aos insanos o lugar de segregação que, durante a Idade Média, era reservado aos leprosos. Ao findar – ou ao menos reduzir – a ameaça representada pela lepra, ficaram vazios os espaços físicos, sociais e ideológicos que esta ocupava, sendo sua sucessora e herdeira a loucura. Assim, aos loucos foi imposto a separação do corpo social e este passou a carregar o estigma que anteriormente era conferido aos leprosos (FOUCAULT, 1997).

Neste período ficou caracterizado o processo de exclusão da loucura, pois os ditos loucos eram expulsos dos muros das cidades ou confiados aos marinheiros, a quem era confiada a responsabilidade de livrar as cidades da presença dos insanos, o que nos remete à famosa “Nau dos Loucos”. A exclusão da loucura também ocorria em hospitais, como no caso do Hôtel-Dieu de Paris, e através da detenção dos insanos, existindo neste período inúmeros locais destinados a este fim como é o caso da “Torre dos Loucos de Caen”. (FOUCAULT, 1997).

No século XVII, devido à exacerbação do racionalismo científico que colocou a loucura numa relação reversível com a razão, houve a criação dos grandes asilos destinados a receber todos aqueles que representavam uma ameaça à lei e à ordem social como é o caso dos leprosos, loucos, libertinos, mágicos, ladrões e prostitutas. Assim, a loucura foi inscrita no universo da desrazão e da marginalidade social e por isso internada no interior dos muros hospitalares, um lugar de encerramento, morte e exclusão para o louco (AMARANTE, 2003a).

No momento histórico em que se decidiu confinar e apartar do meio “sadio” os considerados anti-sociais, a prática do internamento, denominada “Grande internação”, não obedecia a critérios médicos, mas sim a razões bem diversas da preocupação com a cura. A internação tinha significações políticas, sociais, religiosas econômicas e morais, pois o asilo era um espaço para ocultar a miséria e a desorganização social, decorrente da crise econômica provocada pelas mudanças no modo de produção, e evitar os inconvenientes políticos ou sociais da agitação desta grande parcela da sociedade, que se encontravam a margem da ordem monárquica e burguesa (FOUCAULT, 1997).

> Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número de pessoas hospitalizadas: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris – reservada a mulheres pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas... (DESVIAT,2002, p.15)

Na medida em que a miséria perdeu seu sentido místico e assumiu sua negatividade, dentro do contexto onde o trabalho era reconhecido por sua transcendência ética e moral, o internamento tornou-se uma solução para a exclusão dos desempregados e os incapazes de tomar parte no sistema de produção e acúmulo de riquezas. (FOUCAULT, 1997).

Neste contexto econômico de produção a loucura foi reconhecida por sua incapacidade para o trabalho, passando então a ser percebida no horizonte social da pobreza e no texto dos problemas da cidade. Em virtude disto, a loucura foi arrancada de sua liberdade imaginária e reclusa na fortaleza do internamento, constituindo laços com a Razão e com as regras morais. Esses laços aprisionaram a loucura no universo do medo e do estigma, conforme pode-se observar no relato de Oliveira (2002, p.28):

> O louco, na época (século XVII), por ter sido agrupado juntamente com vagabundos, libertinos e criminosos, formou laços de parentesco que não se romperam, mas permaneceram nas representações sociais e no imaginário coletivo. A loucura estabeleceu um parentesco, com as culpas morais e sociais, que parece longe de ser rompido, contribuindo para o processo de estigmatização do louco.

Assim, na era clássica a sociedade passou a apreender a loucura de modo obscuro, como forma de desorganização social e familiar, e um perigo ao Estado. A loucura assumiu um lugar próprio no mundo do desatino e o internamento se explica na medida em que se busca evitar o escândalo através do isolamento do louco, que neste momento foi considerado inumano a partir da redução da loucura à animalidade. Dentro de um sistema de coação “os loucos considerados perigosos e violentos, são postos em celas e acorrentados às paredes e às camas, com isto se estabelece rigidamente os limites físicos de uma loucura enraivecida”. (FOUCAULT,1997, p.151).

No século XVIII, com o surgimento do capitalismo e da indústria surgiram críticas ao internamento. Primeiro porque ele incide de forma negativa no mercado da mão-de-obra, e segundo porque seu financiamento é extremamente alto e perigoso. Assim, a miséria foi aos poucos separada das velhas confusões morais e o

pobre reintroduzido na sociedade, deixando no interior do internamento, um vazio que isola a loucura.

A era do internamento encerra-se, permanecendo apenas à detenção onde se colocam lado a lado os criminosos, os suspeitos e os loucos. Estes últimos passaram “a ocupar um novo espaço de reclusão isoladamente, isto é, individualizados e abertos para o conhecimento médico”. (FILHO, 1990. p.87)

Para Foucault (2006), antes do século XVIII a loucura era considerada uma forma de erro ou ilusão e por isso não era sistematicamente internada, não tinha de ser separada, a não ser quando tomava formas extremas e perigosas. Assim, percebemos que no desenrolar da história da loucura, vários são os momentos em que se apontam uma intervenção diferenciada para com a loucura enraivecida.

O fim do internamento deixou a loucura sem nenhuma inserção no espaço social, e diante deste perigo solto, a sociedade reagiu tomando algumas medidas, que se situam no espaço de tempo que vai de 1780 à1793. As decisões a longo prazo foram a criação das casas destinadas aos insensatos (asilos), já as medidas imediatas, consideradas repressivas, buscavam dominar a loucura pela força através de sua detenção nos Hospitais Gerais ou prisões (FOUCAULT, 1997).

Dentro deste contexto de mudanças, Pinel foi contratado como médico de Bicêtre e protagonizou o movimento de liberação dos acorrentados. Movimento este considerado o marco da grande reforma pela sua influência no nascimento da psiquiatria e na constituição do saber e das práticas médicas de intervenção na loucura. O mito que envolve este acontecimento não está no fato das correntes terem sido arrancadas, mas da construção, no imaginário social, de que este espaço tornaria-se um asilo ideal, onde as relações seriam mais transparentes e humanas. Contudo, na verdade, o asilo tornou-se um instrumento de uniformização moral, de denúncia e segregação social. (FOUCAULT, 1997).

Ao libertar os loucos das correntes, Pinel reuniu-os num mesmo espaço e isso possibilitou conhecer e organizar os sintomas de suas loucuras. Com este gesto, ele promoveu o nascimento de um novo campo de conhecimento – a psiquiatria, e trouxe a tona uma nova concepção de loucura, agora transformada em doença mental. (AMARANTE, 2003b).

A estratégia do isolamento passou a ser central para a elaboração do conceito de alienação mental. Este princípio, muito utilizado nas ciências naturais,

fundamenta-se na ideia de que para “tratar é preciso conhecer e só se conhece a natureza verdadeira da doença quando se retiram todas as influências externas”. Como se fosse a realização de uma observação *in vitro* dentro do hospital (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007,p.171).

Segundo Gradella Jr. (2002), foi no contexto da nova forma de organização social, exigida pelo capitalismo, pelos princípios da razão e da ciência e pressupostos filosóficos do positivismo, que surgiu e estruturou-se a instituição psiquiátrica. Esta instituição foi o cenário no qual a psiquiatria foi medicamente institucionalizada e a loucura transformou-se num “objeto para o conhecimento humano adquirindo, então, o estatuto de doença mental”. (FILHO, 1990, p.86)

Conforme a definição de Pinel em seu *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental* ou *Traité de Pinel*, elaborado em 1801, a causa da loucura era a “imoralidade” entendida como excesso e desvio, e este comportamento inadequado deveria ser corrigido através da mudança de costumes e hábitos (PESSOTTI, 1995; FOUCAULT, 1997).

Por considerar a alienação como uma perda parcial e não total da razão, Pinel instituiu a possibilidade de cura que poderia trazer a internação e o tratamento moral. Dessa maneira, o hospício tornou-se um espaço de reclusão a serviço da disciplina. Em nome do bem-estar moral e social, os psiquiatras tornaram-se os detentores de um saber legítimo com o poder de controlar a loucura e normalizá-la através do tratamento moral (FILHO, 1990).

Segundo Pessotti (1995) o tratamento moral tinha como tarefa a reeducação, no sentido de enquadrar o comportamento desviante dentro dos padrões éticos da sociedade burguesa, ou seja, a cura deveria ser a estabilização do acometido num tipo social e moralmente aceito. Tratava-se de uma doutrina moralista que buscava combater os aspectos desagradáveis e vergonhosos da espécie humana.

Este tratamento estava alicerçado em três princípios: o isolamento, a constituição da ordem asilar e a relação de autoridade estabelecida no asilo. A terapêutica do isolamento consistia em afastar o alienado do meio social, onde estavam presentes as causas de sua alienação. Já a separação dos diferentes tipos de enfermidades, em locais distintos dentro do asilo, favorecia o seu conhecimento. Por fim, dentro da concepção de loucura, como perda parcial da razão, era

necessário que o alienado interiorizasse uma vontade racional para poder retomar a razão. Isto só era considerado possível através de uma relação de autoridade. Assim, a ordem e a dominação ocupavam um lugar central no asilo, uma vez que, o objetivo do tratamento moral era inserir o alienado num sistema hierárquico. (AMARANTE, 2003b; OLIVEIRA, 2002). Então os loucos que foram libertados das amarras físicas, viram-se presos por um encadeamento moral. A violência, que antes era franca, tornou-se uma violência velada de ameaças e privações.

> O gesto de Pinel ao libertar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental (AMARANTE, 1995, p. 26).

Para Foucault (2002), o hospital psiquiátrico fazia parte dos dispositivos disciplinares de “aprisionamento dos corpos”, ou, conforme denominado por Goffman (1996), seria um dos tipos de “instituição total”, cujas características seriam o constante controle do tempo, espaço e ações dos internados, e a submissão total destes ao grupo que controla (técnicos especializados), que não raro extrapolaria as medidas ditas terapêuticas configurando-se em atos de excessivas privações e, até mesmo, punições, como: ausência de atividades terapêuticas estabelecendo a ociosidade generalizada, confinamento excessivo, violação da correspondência pessoal, proibição de possuírem objetos pessoais, enquadramento forçado em atividades coletivas (horário de banho, alimentação, acesso aos quartos, ala, pátio, uso de uniformes e corte de cabelo), agressões físicas, uso de eletro-choque e celas fortes quando não cumpridas as regras.

Em suma, essas práticas não geram a cura, mas sim o adestramento de corpos, pois o funcionamento destas instituições visa apenas à produção de saberes que justifiquem poderes que promovam o controle e a submissão às regras institucionais, reforçando a necessidade de internamento/isolamento constante e permanente.

Então, podemos entender os caminhos percorridos pela loucura nos diferentes tempos históricos e as circunstâncias sociais ocorridas na Europa que determinaram sua transformação em objeto do discurso cientifico (médico), o que ocorreu mais precisamente no fim do século VXIII quando Pinel assume Bicêtre, Paris (1793), Chiarugi assume o hospital Bonifácio, Itália (1789) e Tuke, na Inglaterra em 1792 (FOUCAULT, 1997).

No Brasil, a trajetória da loucura teve aspectos muito semelhantes àquelas que ocorreram na Europa. Assim, do século XVI ao início do século XIX, a loucura fez parte no convívio social, e os acontecimentos ocorridos pouco diferem do que aconteceu na Europa do século XVI. Segundo Rezende (1990), nestes dois lugares houve durante muito tempo apreciável grau de tolerância social e de liberdade para com a loucura.

Devido à falta de referências da loucura nos relatos e crônicas escritas durante o período colonial, e de acordo com a tendência universal, acredita-se que no Brasil, nesta época, os loucos mansos viviam em liberdade nas cidades. Enquanto os que apresentavam conduta violenta ou imoral eram recolhidos e colocados em prisões. Porém não existe referência da reclusão de um número expressivo de insanos (REZENDE, 1990).

Contudo, no século XIX teve início o processo de urbanização das cidades, em especial o Rio de Janeiro. As epidemias da época eram um empecilho aos interesses políticos e econômicos dos latifundiários do café e do comércio exportador. Isto configurou a determinação social de “sanear” a cidade que tinha como base negar o livre trânsito dos doentes, mendigos, vadios e loucos. (MACHADO et al., 1978).

Desse modo, a loucura passou a ser reconhecida como desordem, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico. Assim, após ter sido socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acordou para se reunir aos vadios e desordeiros das cidades e juntamente com eles foi submetida ao processo de repressão da ociosidade, desordem e mendicância, tendo sua liberdade cerceada e seu sequestro exigido. De acordo com as práticas de recolhimento dos indivíduos que se opunham a ordem e a paz social, as Santas Casas, em associação com o governo, passam a receber entre seus hóspedes os loucos, retirando-os progressivamente do cenário social.

Neste momento, a loucura passou a ser objeto do discurso religioso que tinha por objetivo o suporte espiritual e moral. No entanto, o que prevalecia eram os maus tratos, a falta de condições de higiene e a repressão física que condenavam os loucos à morte. Este tratamento diferenciado é descrito por Rezende (1990, p.35):

> [...] amontoando-os em porões sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por

> espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

De acordo com Machado et al. (1978), foi nesse período da história do Brasil que ocorreu a retirada progressiva da loucura do contexto social e seu confinamento em lugares específicos, caracterizando assim o início do processo de exclusão social da loucura.

Exatamente no período em que na Europa eram questionadas as internações psiquiátricas, por serem consideradas obsoletas em razão das mazelas que reproduzem, chegou a psiquiatria e seu método asilar no Brasil. Num contexto de explosão demográfica, intensa imigração, libertação dos escravos com baixa qualificação para o trabalho, início do processo de industrialização e surgimento dos grandes centros urbanos, surgiram as primeiras instituições psiquiátricas. De acordo com Rezende (1990), estas instituições surgiram como resposta a uma exigência social de remoção e exclusão do louco. Visava à segurança dos cidadãos, somado aos apelos e denúncias de caráter humanitário contra os maus tratos, a que eram submetidos os loucos nos hospitais e nas prisões. Além disso, existiam os protestos da recém-criada Sociedade de Medicina que enfatizavam a necessidade de um tratamento adequado aos loucos, segundo as teorias e técnicas em prática na Europa.

Em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, situado no Rio de Janeiro, na Praia Vermelha. Entretanto, apesar da presença de médicos neste local, o seu controle ainda permanecia objeto do discurso religioso praticado na Santa Casa pelas Irmãs de Caridade, as quais eram responsáveis pelas ações de enfermagem neste local. Foi no período que sucedeu a proclamação da República (1890) que a psiquiatria empírica e a laicização da administração do manicômio cederam lugar à psiquiatria científica e a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado (REZENDE, 1990; RIBEIRO, 1999). Assim, a loucura passa a ser referendada pelo discurso científico (médico-psiquiátrico) que a transforma em doença mental.

Neste ano, o Hospício Dom Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública e passou a se chamar Hospício Nacional dos Alienados. João Carlos Teixeira Brandão foi o primeiro diretor tanto do Hospício

Nacional dos Alienados, quanto da Assistência Médico-Legal aos Alienados do Rio de Janeiro, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela república, um mês após sua proclamação. A gestão de Teixeira Brandão ficou caracterizada pela ampliação dos asilos, criação da primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina e da primeira escola de enfermagem, sistematizando a formação de profissionais para a especialidade (AMARANTE, 1994).

Assim, foi no contexto de organização do hospício moderno que criou-se a primeira escola de enfermagem no Brasil ligada ao Hospital Nacional de Alienados. Esta escola, inspirada no modelo francês, foi denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e tinha entre seus "principais objetivos a preparação de pessoal para o trabalho de cuidar dos alienados num espaço medicamente concebido e, portanto, necessitado de mão-de-obra também médico-cientificamente orientado" (OLIVEIRA; ALESSI, 2003, p.335).

Portanto, foi no hospício que nasceu a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica. Nesta instituição disciplinar o médico era considerado a figura a ser respeitada e imitada e, os trabalhadores de enfermagem os atores coadjuvantes no processo de reeducação do louco/alienado, os executores das ordens médicas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Além disso, Teixeira Brandão que continuava a lutar pela adoção de uma legislação especial sobre os alienados, dedicou-se a política e em 1903 foi eleito deputado federal, conseguindo no mesmo ano a aprovação da lei dos alienados n°1132, de 22 de dezembro, que concretizou a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. Segundo Machado et al. (1978, p.484), esta lei traz as seguintes mudanças:

> [...] faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao poder médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados."

Para tanto, a ordem social no Brasil vai instituindo-se para a formação do Estado Brasileiro e a preocupação deste com a saúde pública acentua-se. Neste momento, a gênese da intervenção estatal para enfrentar as epidemias e a loucura tem como base o modelo de intervenção campanhista, marcado pelo autoritarismo,

clientelismo e centralização do poder, o que determina a exclusão das classes populares.

Nesta época de desenvolvimento do país e de acordo com ideal liberal republicano, iniciaram-se medidas para modernizar o hospício, e Oswaldo Cruz alia-se a Juliano Moreira que substituiu a orientação francesa de seu antecessor pelo enfoque da psiquiatria alemã. Isso traz discussões acerca da etiologia da doença mental, pois o biologismo passa a explicá-la assim como os aspectos éticos, políticos, étnicos e ideológicos e a psiquiatria coloca-se em defesa da manutenção do controle social pelo Estado (AMARANTE, 1994).

Assim, coube à psiquiatria de Juliano Moreira e à saúde pública de Oswaldo Cruz a tarefa de sanear a cidade, removendo os focos de infecção que eram os cortiços e os de desordem provocados pelos sem-trabalho. Dentro deste processo de saneamento, a psiquiatria ficou com o papel secundário, “o de recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo”. (REZENDE, 1990, p.45)

Neste contexto, onde o indivíduo só adquiria a cidadania através do trabalho, houve no Brasil uma adesão à política de construção de colônias agrícolas, que tinham por função receber o resíduo de crônicos produzidos pelos hospícios e reabilitá-los para o trabalho. Porém, segundo Rezende (1990), as verdadeiras intenções contidas na proposta de criação das colônias fugiam a questão recuperação e reabilitação para o trabalho:

> [...] restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado, no país, desde sua criação; a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-los dos olhos da sociedade. (REZENDE, 1990, p.52)

A maioria dos estados brasileiros incorporou as colônias agrícolas à sua assistência psiquiátrica: as colônias São Bento e Conde Mesquita, no Rio de Janeiro (1890); Hospital Colônia, em Barbacena – MG (1903); Colônia de Alienados de Vargem Alegre, na Barra do Piraí – RJ (1904); Colônia do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro (1911); Colônia de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro (1923); Hospital Colônia em Oliveira – MG (1927); Hospital Colônia Juliano Moreira, na Paraíba (1927); Hospital Colônia em Barreiros – PE (1931); Hospital Colônia Eronides de Carvalho, em Aracaju (1940); Hospital Colônia de Santa Ana, em Florianópolis (1942); Hospital Colônia Portugal Ramalho, em Maceió (1940-1950); Hospital

Colônia Adauto Botelho, em Aracaju (1940-1950); Hospital Colônia Adauto Botelho (Cariacica), em Vitória (1954). (REZENDE, 1990)

O sanitarismo do começo do século XX mantém-se nas décadas de 20 e 30, quando se vincula o benefício da saúde a uma ocupação produtiva. Após 1930, o modelo econômico agrário-exportador cedeu lugar ao modelo nacional desenvolvimentista com base na industrialização, o que trouxe transformações nas relações trabalhistas e motivou a organização de setores sociais por meio de sindicatos e associações classistas que reivindicavam melhores condições de vida e uma atenção maior à questão da saúde (PAULIN; TURATO, 2004).

Dentro da nova organização do sistema de saúde pública exigida, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs de diversas profissões (bancários, industriários, comerciários, entre outros), que tinham como função, além da concessão de aposentadorias e pensões, a prestação de serviços médicos aos seus associados. Entretanto, a saúde mental não era coberta pelos sistemas previdenciários, o que só ocorreu a partir de 1941, quando o governo federal, através de decreto-lei, obrigou os estados e municípios a prestarem assistência psiquiátrica aos previdenciários. Porém o atendimento passou a ser feito quase exclusivamente em hospitais psiquiátricos. (RIBEIRO, 1999)

A fundação de alguns destes hospitais ocorreu dentro de uma política de expansão dos hospitais públicos, e dois fatos contribuíram para efetivação desta política. O primeiro ocorreu em 1941 quando Adauto Botelho, discípulo de Juliano Moreira, assumiu o recém-criado Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM pertencente ao Ministério da Educação e Saúde. O segundo foi a aprovação do decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Assim, Adauto Botelho, que deixou a diretoria do SNDM em 1954, nos seus 13 anos de gestão foi responsável por um aumento de mais de 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil (PAULIN; TURATO, 2004).

Contudo, mesmo com a maior oferta de vagas às pessoas com diagnóstico de doença mental, ao fim da década de 50, a situação nos hospícios urbanos e agrícolas era caótica. De acordo com Rezende (1990, p.55), nestes locais havia “superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más

ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava a quase cem antes".

Esta situação evidenciava a incompetência da assistência psiquiátrica brasileira – que ao invés de promover a cura, promovia a cronificação da doença mental – e a falta de princípios humanitários, em nome dos quais os médicos reivindicaram para si o controle das instituições. A superlotação e os maus tratos nos manicômios evidenciavam uma assistência que tinha, sobretudo, a função social de excluir as sobras humanas produzidas em cada momento histórico.

Por conseguinte, a eminente função social do hospital psiquiátrico de exclusão, manteve-se mesmo após a substituição do discurso psiquiátrico-empírico pelo discurso psiquiátrico-científico. Porém algumas práticas foram incorporadas e nortearam a assistência no início do período científico, como a clinoterapia (repouso no leito), a praxiterapia, a malarioterapia e o *open-door* (o trabalho). Em 1930, a psiquiatria descobre o choque insulínico, o choque cardiozólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias, o que a torna mais poderosa e fortalece o processo de psiquiatrização. (AMARANTE, 1994)

Já as drogas antipsicóticas fazem sua aparição no Brasil na década de 50, e tornam a internação a única forma de cura. No entanto, o seu uso dentro do manicômio, por muitas vezes, tinha como objetivo tornar os doentes mais dóceis sem a finalidade de um tratamento terapêutico. Segundo Amarante (1994), essas novas técnicas, que contribuíram para o aumento da demanda nos hospitais psiquiátricos, não colaboraram de nenhuma forma na desospitalização ou na desinstitucionalização do doente mental.

A década de 60 foi sacudida por um movimento político-militar que culminou no Golpe de Estado em 31 de março de 1964, o qual levou ao poder "militares ligados a grupos de empresários e políticos com tendência ao capital estrangeiro e a uma ideologia entreguista (ou seja, não-nacionalista)". (RIBEIRO, 1999, p.64)

Este governo instituiu no país uma política centralizadora e privativista, que na área da saúde pode ser confirmada por dois acontecimentos. O primeiro foi a criação do Instituto nacional de Previdência Social – INPS em 26 de novembro de 1966, que aboliu todos os institutos de aposentadoria e pensões existentes e passou a ser responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência médica. O segundo foi o incentivo dado pelo INPS para utilização dos serviços do setor privado, através

do repasse de verbas públicas às instituições particulares que prestassem serviços médicos à população. (RIBEIRO, 1999)

Considerando Paulin; Turato (2004), este novo modelo econômico foi marcado por uma aliança com setores dominantes do capitalismo nacional e internacional, excluindo assim as classes trabalhadoras como elemento de sustentação política. Além disso, na busca de legitimação junto aos grupos sociais excluídos, ampliou-se a cobertura previdenciária para os setores da população que não a possuíam.

A reforma institucional implementada pelo governo militar pretendia a generalização das privatizações pela compra de serviços particulares com o dinheiro público, a valorização da produção quantitativa de procedimentos do setor privado favorecendo a empresa médico-industrial, que resultou na medicalização em massa da sociedade. Esse favorecimento na área psiquiátrica ficou conhecido como “indústria da loucura”. (SILVA et al., 2002).

Com a privatização dos serviços de saúde e a ampliação da assistência previdenciária, houve uma importante mudança na assistência em saúde mental, conforme relata Rezende (1990, p.60-61):

> [...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vinculo com previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

Assim, houve uma mudança do perfil assistencial psiquiátrico no país, que podemos analisar através do levantamento feito por Sampaio (1988), abordado no trabalho de Paulin; Turato (2004). De acordo com estes autores, em 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, destes 23 eram públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%), porém apenas 19,3% dos leitos eram privados (embora com maior número de hospitais), enquanto os leitos públicos representavam 80,7% do total. Quarenta anos depois, em 1981, do total de leitos psiquiátricos oferecidos o setor privado possuía 70,6%, enquanto os hospitais públicos detinham apenas 29,4%.

Rezende (1990, p.61) confirma esta tendência, ao relatar o fenômeno de intenso aumento do número de internações em hospitais psiquiátricos privados no

período de 1965/1970, pois “enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período”. Além disto, segundo este mesmo autor, o tempo de internação também não era controlado, chegando a mais de três meses, em média, na rede privada.

A expansão da oferta de leitos psiquiátricos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e tornou-se o principal obstáculo para implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica mais complementares e não asilares. (DELGADO, 1992). Entretanto, este projeto privatizante enfrentou resistência por parte de grupos representantes da saúde mental no país que buscavam romper com esta tendência. Assim, houve muitas denúncias contra o favorecimento à indústria da loucura e contra o sistema considerado ineficiente, dispendioso e cronificador.

Conforme Ribeiro (1999), Paulin e Turato (2004), nesta época, documentos oficiais do Ministério da Saúde e de outros órgãos públicos traziam a impressão de que muitas propostas fundamentadas no princípio da saúde mental comunitária estavam sendo realizadas, como é o caso da resolução 942/62 que a Previdência Social lançou em 1962 intitulada *Normas Gerais para Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais*, que tinha por objetivo enfocar ações preventivas em locais que não fossem o hospital psiquiátrico como o domicílio, o local de trabalho e até mesmo os hospitais gerais. Todavia, nem este projeto nem qualquer outro que buscassem a prevenção em saúde mental foram operacionalizados.

A assistência psiquiátrica passou por duas experiências no início da década de 1970 que, embora superadas pelo modelo de reforma hoje existente, contribuíram como contraposição ao modelo hospitalar privado. A primeira experiência ocorrida no final dos anos 60 e início dos anos 70 foi nas comunidades terapêuticas, que buscavam, a partir da aplicação da psicanálise, remodelar as ações do cotidiano hospitalar de modo a transformar as relações sociais neste espaço mais equânime e liberal. Na prática, este projeto fracassou, “pois não teve impacto sobre o modelo e foi absorvido pelos manicômios privados não interessados em mudança, servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador” (TENÓRIO, 2002, p.27).

A outra experiência ocorreu no início da década de 1970, devido à crescente influência das propostas preventivistas da psiquiatria comunitária norte-americana,

tornando-se referência aos setores organizados da psiquiatria brasileira que buscavam a ruptura com as práticas dominantes. Este modelo visava organizar a psiquiatria a partir de um programa de intervenção na comunidade, para não só detectar precocemente as situações críticas, mas também organizar o espaço social, de modo a prevenir o surgimento da doença mental. Porém, este modelo recebeu muitas críticas, principalmente de Joel Birman e Jurandir Freire Costa, devido aos riscos de psiquiatrização do social que apresentava. Estes autores escreveram um relatório técnico, publicado em 1976, com o tema *Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária*, no qual eles analisaram a constituição da saúde mental como objeto da psiquiatria. A partir desta análise, eles demonstraram que a noção de saúde mental estava estreitamente ligada a um processo de adaptação social, que buscava a padronização dos sujeitos dentro do que era percebido como comportamento “normal” (TENÓRIO, 2002).

Para Rezende (1990), estas propostas surgidas a partir de 1968, início de um período de grande aquecimento econômico, tinham por objetivo manter o doente na comunidade para que este não perdesse o vínculo com o trabalho. Com isso, passou-se a exercer mais controle sobre o tempo de permanência nos hospitais, e limitar, através dos ambulatórios, as internações e os índices de encaminhamento aos hospitais, que diminuiu de 36% no período 1965/1970 para 12% na década de 70.

Mesmo com estas iniciativas, os índices da época mostravam a situação alarmante da psiquiatria brasileira: mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão), sete meses o tempo médio de internação em casos agudos. E também havia índice de mortalidade nas colônias agrícolas seis vezes e meia maior que nos hospitais clínicos (PAULIN; TURATO, 2004).

Para os autores supracitados, o ano de 1974 marcou o fim da prioridade que a psiquiatria possuía nos anos anteriores. Mergulhado em uma crise decorrente do desgaste após o período do “milagre econômico”, com o aumento da mortalidade infantil e a incidência de outras doenças como meningite e tuberculose, o governo perdeu apoio. Para reverter a situação, intensificou as ações da assistência médica (não psiquiátrica).

Considerando Amarante (2003a), o modelo privatizante instituído em todo o setor saúde (não só na área de saúde mental) mostrou-se oneroso, fraudulento e

concentrador, teve uma grande parcela de responsabilidade na crise institucional e financeira da Previdência Social surgida no início dos anos 80. Os investimentos não produziram benefícios satisfatórios, e por isto provocaram insatisfação popular e geraram críticas de lideranças parlamentares e religiosas e dos trabalhadores da área da saúde. Devido à necessidade de racionalizar os gastos previdenciários, surgiu nesta época uma nova modalidade de convênio, denominado “cogestão”, entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social – MPAS e o da Saúde – MS. Assim, o MPAS que, desde dezembro de 1973, comprava os serviços do MS para os previdenciários e seus dependentes (nos mesmos moldes realizados com as clínicas privadas), passa, a partir deste convênio, a participar da administração da unidade cogerida.

> Com a co-gestão, cria-se a possibilidade de implantar uma política de saúde que tem como bases o sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelos movimentos de reformas sanitária e psiquiátrica. (AMARANTE, 2003a, p.61)

Outra medida tomada com vistas a solucionar a crise financeira da Previdência Social foi a criação do conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP pelo Decreto 86.329, de 02/09/1981. Amarante (2003a) diz que o CONASP tinha por objetivo organizar e aperfeiçoar a assistência médica com aumento da produtividade, a melhoria da qualidade dos serviços e responsabilidade e o controle estatal do sistema, e, assim, reverter de forma gradual o modelo privatizante adotado pela Previdência.

Dentro deste contexto, o CONASP apresentou um plano geral para a saúde previdenciária, outro para a saúde oral e outro para a assistência psiquiátrica. Este último, de agosto de 1982, foi implantado experimentalmente no Rio de Janeiro. De acordo com este plano, todos os serviços do Rio de Janeiro, públicos ou privados, ficaram sob supervisão técnica dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAN, que era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas em saúde mental. O objetivo deste projeto era reduzir o número e o tempo das internações e organizar critérios hierarquizados para as internações com “portas de entrada”. (AMARANTE, 2003a)

A implantação dos projetos cogestão e CONASP foi o cenário no qual se efetivou a tática do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM de

ocupação de espaços no setor público. Este movimento dedicou-se a tornar os serviços públicos viáveis dentro de uma linha absolutamente estatizante e a derrubar os movimentos de oposição a estas políticas, oriundas principalmente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), representante do setor privado (AMARANTE, 2003a). Porém nem todos os membros do MTSM ocuparam cargos de chefia, uma parcela optou em transformar a assistência na base, através da luta interna dos trabalhadores nas instituições.

No bojo dessas discussões, articulou-se o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, representado a princípio pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, ao qual se congregaram usuários e seus familiares, configurando o Movimento de Luta Antimanicomial da atualidade.

A Reforma Psiquiátrica é definida por Amarante (1994) como um conjunto de propostas e organizações técnico-administrativas sobre as intervenções psiquiátricas para transformar a relação da sociedade brasileira com o doente mental. Essas mudanças instituídas, em especial as mudanças que tratam da relação entre profissional/usuário no contexto da reforma psiquiátrica e a mudança no sentido social com relação à loucura serão abordadas posteriormente. Antes, porém, vamos “olhar” para um conceito que esteve intimamente ligado à loucura em nossa sociedade e que se mostrou central na construção do sentido de exclusão social que despertou e, ainda hoje, desperta: a periculosidade.

2.2 Loucura e periculosidade: a relação com a crise e a lei

A psiquiatria, ao adentrar no campo jurídico, além de reforçar o estigma construído a partir do discurso científico sobre loucura, principalmente em torno da crise psíquica grave – devido ao risco de atos violentos e agressivos – despertou na sociedade o sentimento de medo e trouxe para o cenário social a noção de periculosidade. Em nome deste perigo que envolve a loucura e a crise e, para garantir a ordem social, o louco teve seus direitos civis, sociais e políticos negados e sua liberdade sequestrada.

Os direitos de uma sociedade expressam as formas de relação entre grupos e segmentos populacionais, seus valores, necessidades e interesses que, por serem

distintos, são mediados pelo Estado. Assim, os direitos são construídos e alterados nos processos de interação social e constituem as expressões valorativas presentes nas normas, regras, hábitos e leis. A lei, enquanto criação da vontade humana, é um mecanismo de regulação e regulamentação de direitos. Entretanto, reduzir o direito à lei é estreitar a noção do conceito de direito. Em muitas vezes, “lei e direito se confundem e são usados para acobertar ou aparentemente legitimar injustiças” (DALLARI, 1987, p.32). Neste sentido, faremos uma breve análise no discurso jurídico presente nos Códigos Civil e Penal, considerando os aspectos em que se referem aos doentes mentais.

Todavia, gostaríamos, aqui, de olhar além das leis. Embora elas auxiliem-nos a entender o contexto, o que nos motiva são as questões que se intercalam e se esconde nos interstícios da lei, ou seja, aquilo que denominamos normas e regras, que constroem e regulamentam as condutas e as relações estabelecidas em sociedade, em especial as relações de poder no campo da psiquiatria que se opõe ao direito de cidadania do doente mental. Assim, por considerarmos que a luta pelo direito à cidadania está imediatamente intrincada com a luta pelo direito à vida, enfocaremos o conceito que legitimou as práticas de sequestro dos direitos dos ditos “loucos de todos os gêneros” e que marcou suas trajetórias até os dias de hoje: o conceito de periculosidade. Abordaremos também os conceitos de inimputabilidade e irresponsabilidade e suas dimensões na vida do doente mental e na relação que a psiquiatria e o direito estabeleceram com a doença mental.

Para Basaglia (2005), a sanção jurídica tornou-se o complemento fundamental da psiquiatria, pois com esta os médicos ganharam o direito de justificar e racionalizar o conceito de “periculosidade social”. O que delineou um cenário de contradição na psiquiatria, entre o tratamento do doente e defesa social, entre a medicina e a ordem pública.

A irresponsabilidade, a inimputabilidade, e a periculosidade são as três noções básicas que sustentam a forma jurídica de controle do doente mental (PERES et al., 1998) e serão, a seguir, comentadas. Para Basaglia (1979, p.46), os manicômios e as prisões são instituições do Estado que tem por finalidade manter limites aos desvios humanos para marginalizar o que está excluído e para garantir a segurança da sociedade. “O manicômio, como o cárcere, é a estrutura que

representa não só a realidade, mas e também um fantasma para o público. É o lugar do internamento e a origem do medo de ser internado.”

Cabe ressaltar que embora estes conceitos estejam muito ligados ao doente mental infrator, nosso foco de discussão são “os loucos de todo o gênero”. Gostaríamos de compreender, dentro da nossa história, como as práticas jurídicas de exclusão construíram socialmente a realidade de medo e perigo que envolve a loucura, e não somente a loucura-criminosa. Consideramos que isto legitimou o estatuto de perigoso do doente mental e a necessidade de sua exclusão social, bem como, reforçou a necessidade de relações de poder e tutela historicamente estabelecidas pela psiquiatria.

Segundo Desviat (2002), a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico, proibiam a privação da liberdade do alienado sem garantias jurídicas. Entretanto, em 1938, houve a aprovação da lei na França que acabou por legitimar, em termos administrativos e jurídicos, a psiquiatria e o manicômio, e instaurou-se assim a tutela médica do doente mental, trazendo para o discurso cientifico o conceito de irresponsabilidade do qual o doente mental até os dias de hoje não conseguiu se libertar.

Essa nova ordem na sociedade democrática colocou o alienado na posição de não sujeito, irresponsável por sua conduta. Por isso, escapava a imposição da lei e das regras de convívio. Para corrigir esta falha, o louco ganhou o estatuto de menor, ficando assim sob tutela da psiquiatria, que passa a ser responsável pela administração e controle da loucura e de tudo que a ela está ligada (OLIVEIRA, 2002; DESVIAT, 2002).

> Diferenciando o louco do cidadão comum, responsável e obediente às leis, e por isto digno de liberdade; do criminoso que racional e responsável transgride as leis, por isto se faz merecedor da prisão; e do miserável, ser agora pleno de direitos e, portanto, merecedor de trabalho, o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada cuja violência é legitimada com base na competência do tutor “versus” a incapacidade do tutelado [...]. Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal. (FILHO, 1990, p.91)

Com relação aos direitos civis, Delgado (1992, p.23) afirma que o modo de cooperação entre os discursos jurídico e psiquiátrico presentes no Código Civil e na história mostra-nos que o louco sob a lei e o louco do cuidado médico possuem o

mesmo estatuto, pois o que lhes confere o estatuto especial não é o delito, mas sim as categorias jurídicas e morais que pré-existem à vida civil do louco, “os próprios códigos sempre se lembram de um apêndice significativo, do gênero tal medida se estenderá também aos loucos inocentes”.

A noção de responsabilidade penal diz respeito às consequências legais do ato praticado e depende da culpabilidade (intenção de delinquir) e da imputabilidade (relação causal entre o sujeito e o ato). Estes três elementos, fundamentais para a aplicação da sanção penal, estariam ausentes nos crimes cometidos em caso de loucura, e por isso a pena não é a medida indicada. Assim, a atuação frente ao louco-criminoso passou a ser viabilizada pela psiquiatria, que ao reconhecer a loucura e demonstrar a necessidade de tratamento e isolamento, legitimou a forma de medida de segurança. (PERES et al., 1998).

Neste contexto, tanto do louco que cometeu ato delituoso quanto do que foi considerado incapaz de reger sua pessoa e seus bens foram retirados o estatuto de cidadão, e construiu-se a regra de que os loucos de todo o gênero são incapazes para os atos da vida civil e sua “incapacidade lhes dá o direito de serem tutelados”. (DELGADO, 1992, p.36)

Outro conceito muito presente no discurso jurídico sobre a loucura é o conceito de inimputabilidade. De acordo com um Manual de Direito Penal a imputabilidade refere-se à capacidade psíquica que permite a existência de consciência, vontade, maturidade e sanidade mental que confere ao sujeito a capacidade de entendimento ético-jurídico do fato delituoso (DELGADO, 1992). Para tanto, a inimputabilidade ou a ausência desse entendimento desvincula o doente de seu ato e retira dele o dever de sofrer as consequências legalmente previstas para o delito cometido. A loucura exclui a culpabilidade e, por isso, os doentes mentais delinquentes não podem ser punidos, mas tratados (PERES et al., 1998).

Neste contexto, foram criadas juridicamente outras formas para tratar e principalmente prevenir atos delituosos. A busca pela prevenção trouxe a noção de periculosidade para o cenário social, a qual foi responsável pela junção de dois campos de saberes distintos: o campo do direito penal e o campo da psiquiatria. O conceito de periculosidade está ligado à noção de perigo que se define como probabilidade de dano. No campo do direito criminal o provável acontecimento danoso é o crime. Essa noção de probabilidade assenta-se no conhecimento de

condições de desajustamento social de um indivíduo que possibilitem a prática de um ato punível, ou seja, refere-se à probabilidade da prática de um ato criminoso (DUTRA, 2001).

O direito penal acolheu o conceito de periculosidade referindo-o aos doentes mentais a partir da concepção psiquiátrica, que ao longo de sua história descreveu o risco de ocorrência de atos agressivos e delituosos em alguns quadros clínicos. Assim, no campo da psiquiatria muitos autores, em diversas épocas, “abordaram a propensão dos doentes mentais, e particularmente dos psicóticos, à violência e ao crime” (DUTRA, 2001, p.50).

No início do século XIX, Esquirol introduziu na nosologia psiquiátrica a classe das monomanias instintivas, na qual o sujeito pode ser conduzido a ações delituosas, criminais e até homicidas. Dessa forma, as condutas criminais que até o momento só interessavam a justiça e as leis, entraram no campo da psiquiatria, que passou a relacionar loucura e crime, e consequentemente fez emergir o medo e a noção de periculosidade. (DUTRA, 2001).

A monomania caracterizava-se por quadros nos quais a doença mental permanecia insuspeita, uma vez que todas as faculdades mentais estavam ilesas, até a ocorrência de um ato violento e irracional. A impossibilidade de se identificar um motivo racional para o crime colocou em questão a doutrina clássica do direito penal, que era baseada no livre-arbítrio, e chamou para o campo jurídico os alienistas, que ao atuar nos tribunais como peritos tinham como função investigar a presença de um quadro de insanidade mental. Nesses casos a identificação da loucura funcionava como um impeditivo à aplicação das sanções penais, pela ausência de responsabilidade do sujeito pelo ato praticado - base da escola clássica do direito penal. A doença e a violência destes criminosos pediam tratamento, não a punição, e isto serviu à psiquiatria como justificativa para a criação dos hospícios e para demonstrar sua importância e especificidade. (PERES; NERY-FILHO, 2002).

Morel também contribuiu na relação entre doença mental e periculosidade, a partir de seus conceitos de hereditariedade e de degeneração progressiva do individuo. Em sua teoria da degenerescência, descreveu a degeneração moral como um castigo ‘divino’ imposto em função do pecado original onde, submetido ao desejo da carne, o homem sobrepôs o físico ao moral. As degenerações, segundo ele, eram transmitidas hereditariamente ou adquiridas precocemente devido a

intoxicações, alcoolismo, doenças congênitas e as influências do meio social, como: a miséria, a falta de higiene etc. Desse modo, as degenerações eram consideradas incuráveis, uma vez instalada a doença seria transmitida aos descendentes até que a linhagem fosse extinta (FILHO, 1990).

Com isso, a doutrina das degenerações coloca a cura por meio do tratamento moral, base do alienismo em discussão. Morel propõe a aplicação universal do tratamento moral, ou seja, a moralização das massas, buscando prevenir e não curar esta doença.

> O tratamento moral deve ultrapassar a sua fase primitiva, individulizada, árdua e de poucos resultados, para tornar-se uma 'profilaxia preservadora', em oposição ao que a sociedade vem praticando até aqui – a 'profilaxia defensiva' -, isto é, o asilamento dos indivíduos portadores de alienação mental, que poucos resultados práticos apresenta. (AMARANTE, 2003b, p.56)

Neste sentido, a aplicação do tratamento moral em massa buscava corrigir os desvios da degeneração e evitar o aparecimento de novas ordens de degenerescência. O internamento uma prática com o objetivo de evitar a contaminação da sociedade. Ao estabelecer o termo degeneração e classificar as "naturezas degeneradas" como perigosas e perversas, Morel fundamentou a psiquiatria "ao lado dos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade com graves consequências até hoje" (DESVIAT, 2002, p.18).

No final do século XIX, Magnan deu continuidade à teoria de Morel e construiu o conceito de "predisposição", sendo ele o responsável por introduzir esta teoria na Alemanha, onde acabou tornando-se a base do sistema de Kraepelin (AMARANTE, 2003b).

Dutra (2001) descreve outra contribuição de Magnan na construção da noção de perigo que envolve a loucura, o que ocorreu quando este descreveu o delírio crônico de evolução sistemática, que pertencia ao grupo das psicoses. Ao ressaltar o risco de atos criminosos na terceira fase da doença, caracterizada como fase de perseguição e indicar medidas preventivas de segurança e de proteção do doente e da comunidade, mesmo antes da ocorrência de qualquer ato delituoso, colocou em pauta o problema da periculosidade pré-delitual.

Lombroso, ao fundar a psiquiatria judiciária (no século XVIII), também contribuiu para a construção da imagem negativa da loucura. Este realizou uma pesquisa "pretensamente científica, com uma amostra composta somente por

criminosos, vivos e depois de mortos”, na qual buscou as origens físicas da doença mental e, assim, descreveu características somáticas típicas (BASAGLIA, 1979, p. 54). Com isso, ele estreitou a ligação entre crime e loucura, legitimando a periculosidade da doença mental.

Essas três noções estão presentes nos documentos jurídicos de nosso país desde o princípio de sua história. As concepções do código do Império, de 1830, primeiro código penal autônomo da América Latina, já descreviam a irresponsabilidade do louco, pois os consideravam desprovidos das características fundamentais dos sujeitos de direitos, como o livre-arbítrio das decisões e responsabilidade por seus atos, e por isso seu convívio e adequação social estavam prejudicados. Assim, indicava aos loucos que atentassem às normas sociais o tratamento nas Santas Casas, considerando-a como lugar próprio de recuperação dos sentidos perdidos (MACHADO et al., 1978; TILIO, 2007).

Na mesma linha, o Código Penal de 1890 traz a questão da periculosidade dos indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de doença mental (inimputável) e regulamenta que estes serão entregues às sua famílias ou internados em hospitais para alienados se o seu estado mental exigir para garantia da segurança social (MORAES FILHO, 2006).

Para Marsiglia (1987, p. 21), as mudanças em relação ao doente mental ocorreram a partir de 1890, “com o desenvolvimento da tutela, com a criação do Serviço de Assistência Médica aos Alienados; e a legislação que se desenvolveu a partir do Código Civil de 1916 e da Lei de 1919” que estabelecia: Art. 5º “são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente aos atos da vida civil, os loucos de todo gênero”; Art. 12º “a possibilidade de interdição dos loucos, surdos-mudos e pródigos, desde que haja um registro público”; Art. 84º “os loucos de modo geral serão representados por seus pais, tutores”; Art. 142º “os loucos não podem ser testemunhas”; Art. 145º “qualquer ato jurídico que seja praticado por loucos, será nulo”; Art. 177º “os loucos que tiverem comportamentos inconvenientes poderão ser recolhidos a estabelecimentos especiais”.

Por essa legislação, podemos perceber as tentativas instituídas pelo Estado, na Primeira República, de controlar esse grupo considerado prejudicial à sociedade, negando assim seus direitos sociais.

A iniciativa da implantação de uma legislação referente aos doentes mentais no Brasil república partiu do primeiro catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o deputado João Carlos Teixeira Brandão, que foi o relator do Decreto 1.232, de 1903, o qual tinha por objetivo “reorganizar a assistência aos alienados”. Segundo esta lei, o único lugar autorizado a receber os loucos era o hospício, por reunir condições adequadas, e o médico, detentor da verdade no que se refere a alienação mental, seria o responsável pelo parecer de toda a internação. Este decreto também foi o responsável por positivar a idéia de que o louco não possui a capacidade de gerir seus bens e sua pessoa, devendo estar submetido a um curador, também responsável pela guarda provisória dos bens do doente (MACHADO et al., 1978).

Seguindo a tendência preventivista, na qual a questão central é a temibilidade do agente e não a gravidade do delito, surgiu o conceito de periculosidade pré-delitual. Segundo Delgado (1992, p.97), essa teoria de periculosidade sem crime tem por finalidade estabelecer uma legislação para os marginalizados, degenerados, anormais e alcoolistas, no sentido de “proteger tais entes frágeis da violência policial não regulada”. Entretanto, isto reforçou a relação entre “periculosidade-loucura” ou “louco é necessariamente perigoso”.

Neste mesmo ano (1903), Juliano Moreira assume a direção do Hospício Nacional dos Alienados e da Assistência Médico-Legal aos Alienados. Considerado o sucessor de Teixeira Brandão, ele dá continuação ao processo de ampliação e reforma dos asilos existentes e criação de novas instituições psiquiátricas.

Juliano Moreira ficou na direção destas instituições até 1930, e teve sua obra teórica e prática reconhecida, e passou a ser considerado o mestre e orientador da psiquiatria brasileira. Sua maior contribuição foi trazer para o nosso meio à escola psiquiátrica alemã, conforme os preceitos eugenistas de Emil Kraepelin. A partir deste momento, a psiquiatria se conectou ao pensamento alemão, desvinculando-se do modelo francês. O significado desta adesão influenciou de forma decisiva na discussão quanto à etiologia das doenças mentais. O biologicismo, próprio do sistema alemão, passou a ser enfocado com a justificação da doença mental por argumentos embasados em caracteres étnicos, sociais e políticos, fundamentando um direcionamento para a higiene mental com particularidades racistas, xenofóbicas e eugenísticas (MACHADO et al., 1978).

De acordo com o exposto por Ribeiro (1999), o contexto sócio-político do país neste período fornecia espaço para a difusão deste pensamento. A intelectualidade brasileira considerava que o clima tropical e a mistura com raças inferiores tinha tornado o brasileiro preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente e isto era o que realmente impedia o desenvolvimento do país. Através da eugenia, o racismo tornou-se uma prática científica legitimada pela Biologia.

Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 por Gustavo Riedel, a psiquiatria, além de estabelecer modelos ideais de conduta individual, passa a buscar a recuperação das “raças” e transforma o asilo num espaço eugênico, de normalidade. Neste período também foram inaugurados três manicômios judiciários. O primeiro construído no país foi no Rio de Janeiro em 1921. Em Barbacena – MG, ocorreu em 1929, e em São Paulo em 1933 (AMARANTE, 1994).

A discussão em torno da necessidade da criação de um manicômio criminal em nosso país teve início no século XIX, antes mesmo que a psiquiatria fosse legitimada enquanto prática médica especializada, ou seja, no momento em que não existia ainda a psiquiatria enquanto especialidade médica e o os asilos de alienados estavam a cargo de uma instituição religiosa. Além de instituir a psiquiatria e o hospício, no decreto de 1903 encontramos a orientação para a construção de manicômios criminais ou seções especiais para os loucos criminosos nos hospitais psiquiátricos "comuns", sendo neste mesmo ano construída a seção Lombroso do Hospício Nacional situado no Rio de Janeiro (MACHADO et al., 1978).

Para o autor supracitado a periculosidade mostrou-se um argumento central dos alienistas no fomento da discussão acerca da necessidade de construção de um local específico para os loucos enfatizando o caráter perigoso destes, além das dificuldades presentes na identificação e diagnóstico da doença mental. As noções sobre monomania e degeneração, entidades clínicas descritas por Esquirol e Morel, expandiam a definição de loucura para além do delírio e estabeleciam uma forte relação entre doença mental e comportamento violento e desviante, servindo como justificativa para a necessidade de um espaço próprio para reclusão e tratamento, além de afirmar a necessidade de um especialista para o seu diagnóstico.

Entretanto, aos poucos surgiu a necessidade de separar dentro do espaço asilar a loucura da criminalidade. Os próprios médicos passaram a considerar os

doentes perigosos, mesmo tendo utilizado-os anteriormente como estratégia para delimitar e afirmar a estratégia alienista. Assim, o louco criminoso passou a ser um entrave ao tratamento e o elemento responsável por tornar a psiquiatria inespecífica, e isto exatamente por seu caráter perigoso e pela sua vinculação com o crime e a violência. A alta periculosidade dos loucos criminosos, epilépticos e simuladores comprometia o tratamento e por isso eles deveriam sair do asilo, o qual deveria funcionar como uma instituição puramente médica.

Foi neste contexto que surgiu no discurso dos médicos a necessidade de uma reforma na assistência psiquiátrica, enfatizando-se a necessidade da construção de instituições específicas para doentes específicos, no sentido de medicalizar o espaço asilar. Começou assim a reivindicação pela construção de manicômios criminais, delineando-se um movimento de retirada dos doentes mentais delinquentes do campo de atuação médica (MACHADO et al., 1978).

Desde então, os manicômios criminais, misto de hospital e presídio, passaram a funcionar com o duplo objetivo de custodiar e tratar doentes mentais perigosos. A dupla função desta instituição é responsável pelo conflito nas ações terapêutica e diagnóstica do médico e nas limitações técnicas do hospital, por serem mediadas pelo sistema jurídico penal, além do fato de propiciar a identificação do médico com as estruturas de poder e com a função de punição, evidenciando o papel ambíguo do médico neste contexto. (PERES et al., 1998).

No Código Penal de 1940 o conceito jurídico de periculosidade continuava presente, e a partir deste houve a introdução do conhecido sistema do duplo binário, no qual a pena e a medida de segurança são reações penais que poderiam atingir os imputáveis. A pena, enquanto medida de caráter retributivo, se aplica de acordo com a gravidade do ato e o grau de culpabilidade do acusado, já a medida de segurança é aplicada principalmente na avaliação do grau de periculosidade do sujeito, que acabou sendo adotada como uma sansão alternativa, geralmente aplicável aos inimputáveis. A medida de segurança se “caracterizava principalmente pelo caráter preventivo, uma vez que objetivaria dupla finalidade – a defesa social, segregando os considerados perigosos, e o tratamento desses indivíduos, com o objetivo de anular sua periculosidade” (MARCHEWKA, 2003, p.106).

Com a revisão do Código Penal em 1984, vigente até os dias de hoje, houve a extinção do sistema duplo-binário, da periculosidade presumida e da medida de

segurança para os imputáveis. Entretanto, percebemos implícita neste Código a periculosidade presumida referente aos inimputáveis que, conforme o art. 97, “devem submeter-se a medida de segurança, que só poderá ser suspensa mediante a realização do Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade pelo perito” (MARCHEWKA, 2003, p.106).

Neste Código, nos art. 26, 27 e 28, foram estabelecidas três causas de inimputabilidade: doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado; menoridade (presume-se legalmente o desenvolvimento mental incompleto no menor de 18 anos); e embriaguez fortuita completa. Assim, a deficiência ou doença exclui a imputabilidade a partir do reconhecimento de um perito psiquiátrico, que deve diagnosticar a influência desta no poder de discernimento e vontade do agente no momento do ato criminoso (DELGADO, 1992).

Assim, a psiquiatria adentrou o campo jurídico tornando a periculosidade “matéria para psiquiatras e atributo de loucos infratores” (DELGADO, 1992, p. 93). No entanto, a concepção de periculosidade gestada no interior da psiquiatria é diversa daquela fundamentada na criminologia. De acordo com Marchewka (2003) e Delgado (1992), a concepção de periculosidade criminal, que nasceu no final do século XIX dentro da Escola Positiva do Direito Penal, vai de encontro a concepção do Direito Clássico, que se detinha na gravidade do delito e na correspondente punição. Para o Direito Positivo o delito é um sintoma de uma personalidade anormal, e tem como base o tratamento e prevenção de novos delitos.

Neste sentido, conviviam duas concepções no Direito Penal (escolas penais clássica e positiva) com relação a finalidade da pena, conforme Delgado (1992, p.93):

> [...] ela seria um fim em si mesma, a repressão ou retribuição àquele que já cometeu o delito (quia peccatum est), ou seria um meio, com a finalidade de prevenir que o sujeito cometa novo delito (ne peccetur). A falência da função reabilitadora das penas determinou uma terceira posição, eclética, para a qual toda retribuição – expressa na condenação, na pena – tem função preventiva.

O que diferencia a Medida de Segurança da pena é o seu caráter “exclusivamente terapêutico” e o fato de ser aplicada a quem apresente perigo à sociedade. A posição adotada na legislação brasileira pela dogmática jurídico-penal reserva a Medida de segurança, em regra, “apenas para os inimputáveis por doença mental que venham a cometer uma infração penal”, configurando-se como uma

sansão alternativa à pena (MARCHEWKA, 2003, p.99). O que confere ao inimputável por doença mental o estatuto de perigoso e sua familiarização com o conceito de periculosidade.

Diferentemente da pena privativa de liberdade, que é determinada segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade de seu ato, a medida de segurança está fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado. Entretanto, estes dois tipos de reação penal constituem formas semelhantes de controle social e, substancialmente, não apresentam diferenças, pois "consubstanciam formas de invasão da liberdade do individuo pelo Estado, e, por isso, todos os princípios fundamentais e constitucionais aplicáveis à pena devem ser também estendidos às medidas de segurança" (MARCHEWKA, 2003, p.111).

Por determinação do juiz será aplicado a internação em Casa de Custódia e tratamento ou Manicômio Judiciário, que se refere à medida de segurança detentiva, ou tratamento sanitário obrigatório em ambulatório psiquiátrico, que diz respeito a medida de segurança restritiva. A medida de segurança tem como finalidades a proteção da sociedade dos inimputáveis perigosos e o tratamento destes até que cesse sua periculosidade. Está regulamentada no artigo 97 do Código Penal e é aplicada com prazo mínimo de duração, ficando o máximo indeterminado, podendo perdurar até que a cessação da periculosidade seja constatada (DELGADO, 1992). Este fato demonstra outra problemática do funcionamento nos manicômios judiciários enquanto instituições que visam tratar os doentes e não punir, que se refere às longas durações dos internamentos.

Para tanto, se no momento do delito o réu não apresentava discernimento quanto a ação praticada é considerado socialmente perigoso, e por isto deve ser posto a margem da sociedade, passando um número de anos no manicômio judiciário, de acordo com a lei. Ele não irá para o "manicômio normal porque não pode compreender o que significa tratamento, então vai para o manicômio judiciário como se fosse a uma prisão expiar uma pena que não entende". (BASAGLIA, 1979, p.55).

Segundo Delgado (1992), muitos doentes mentais que não receberam pena, por serem considerados inimputáveis, tiveram privação estrita da liberdade por mais tempo do que o máximo previsto em pena (que não pode exceder a 30 anos). Isto devido a falta de sistematização na realização de exames psiquiátricos

criminológicos e de personalidade, embora a legislação obrigue a realização destes de forma regular (artigo 100 e 104, mais 8º e 9º da Lei de execuções Penais). Assim, as contradições existentes entre a legislação penal e a execução penal em relação a aplicação e execução da medida de segurança e pena privativa de liberdade podem ser observada no texto abaixo:

> [...] a posição da legislação brasileira denota uma postura altamente simbólica do sistema punitivo. Tudo indica que, substancialmente, o fundamento para a aplicação da medida de segurança detentiva é pior do que o da pena privativa de liberdade, pois existe na Lei de Execução Penal (Lei 7.210/84) dispositivo que possibilite a liberação do doente mental de forma progressiva, nos moldes da pena privativa de liberdade (MARCHEWKA, 2003, p.99).

Seguindo este pensamento, o doente mental que venha a praticar um crime punível com reclusão será obrigatoriamente internado em hospital psiquiátrico enquanto que o imputável que cometer o mesmo crime poderá ser beneficiado pela substituição da pena de reclusão por uma restritiva de direitos, por multa ou até mesmo com a suspensão do processo. Assim, as alternativas que beneficiam os imputáveis não se estendem ao doente mental (MARCHEWKA, 2003).

A partir disso, percebemos que a medida de segurança, por basear-se no estado perigoso possibilita uma segregação indeterminada. Neste contexto, a estratégia da periculosidade parece cristalizar uma prática psiquiátrica constantemente questionada no campo da psiquiatria: internações prolongadas, inatividade dos pacientes e afastamento do convívio social, gerando muitas vezes a cronificação e abandono familiar, condições que dificultam o retorno de pacientes ao convívio social. Isto tornou urgente a “discussão aprofundada acerca desta instituição e do procedimento jurídico que a envolve, tanto pelos profissionais de saúde quanto por toda a sociedade, fazendo com que ela apareça por trás do muro que a esconde” (PERES et al., 1998).

Desde sua instituição, a Psiquiatria Forense tem como principal tarefa a elaboração de critérios objetivos para aferição da periculosidade dos sujeitos infratores. Neste sentido, tem-se debatido acerca da habilidade dos psiquiatras em determinar a periculosidade e dos aspectos éticos envolvidos na previsão do comportamento futuro do doente mental (MARCHEWKA, 2003).

Embora exista a articulação dos dois campos de atuação, no sentido de que a psiquiatria é viabilizadora da atuação jurídica, uma vez que estabelece a doença

com base na qual se determina a inimputabilidade, a irresponsabilidade e a periculosidade esta fica na dependência das determinações jurídico-penais, pois embora o médico seja responsável por realizar as atividades periciais para auxiliar o juiz em sua decisão, este pode não considerar as recomendações feitas pelo perito. Para iniciar o processo é necessário a existência de uma denúncia formal de um ato definido legalmente como crime. Dentro deste procedimento rígido o médico tem baixo poder de interferência, pois não lhe é dado a possibilidade de negar o internamento por ordem judicial mesmo que este lhe pareça desnecessário, e nem de dar alta quando esta lhe parece necessária. Assim, os momentos de decisão ficam sob a responsabilidade do juiz. (PERES et al., 1998).

Este autor ressalta que ainda existe a participação de outros níveis de controle social como a família, a polícia e a comunidade mobilizadas por um medo que marca a forma de se relacionar com loucura-criminosa. A medida de segurança, como procedimento jurídico na loucura, aparece subvertida em sua aplicação, pois o que em teoria é proteção e tratamento mostra-se na prática como uma pena, sem as garantias de uma pena comum. O estabelecimento da periculosidade, inimputabilidade e irresponsabilidade mostram-se como pontos fundamentais na elaboração do discurso jurídico que reconhece este procedimento, com sua possibilidade de perpetuar socialmente o estatuto de perigo conferido a loucura. Desta forma, percebemos uma estratégia extremamente sutil, que se diz protetora mas que em prática, aflige e pune, e dela participam o poder judiciário, a psiquiatria, a família, a polícia e a comunidade.

A relevância da discussão acerca dos sentidos, historicamente construídos, entre doença mental e periculosidade nos remete ao modo como essas noções acabam por adquirir caráter natural, determinando assim as condutas profissionais e o lugar social da loucura. O conceito de periculosidade, no contexto de aproximação da psiquiatria com o direto penal, reforçou e legitimou a relação de poder e a submissão do doente mental a figura do psiquiatra.

No campo dos direitos civis, outra noção utilizada para restringir os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico foi a noção de “incapacidade”. A partir desta noção construiu-se um entendimento histórico e social sobre a doença mental e seu nexo causal com as questões da “interdição civil e curatela” e suas implicações legais.

Para Marsiglia (1987), em termos dos direitos do cidadão, a concepção presente a partir da Segunda República (Constituição de 1934) foi a do cidadão profissional. Em relação ao doente mental, como ele não tinha uma profissão regulamentada, não era produtivo, não podia ser considerado como cidadão, continuaria tutelado pelo Estado e excluído da vida em sociedade. Assim, o conceito de incapacidade contribuiu no sequestro dos direitos sociais do sujeito em sofrimento psíquico.

A incapacidade civil é o estado no qual se limita legal ou judicialmente o exercício da vida civil a um indivíduo. Segundo o Código Civil do Brasil de 2002 que entrou em vigor em 2003, é considerada como incapaz a pessoa que, naturalmente dotada da capacidade de direito, possui alguma deficiência que a impede de agir por si mesma na atividade civil. Pessoa que por não possuir discernimento ou não poder expressar de forma duradoura sua vontade, não pode exercer pessoalmente, com autonomia, os atos da vida jurídica, necessitando de outrem ou de representação para fazê-lo.

No artigo 3º deste Código são elencados como absolutamente incapaz: I – os menores de 16 anos; II- os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil; e III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Por sua vez, o artigo 4º elenca como relativamente incapazes: I – os maiores de 16 e menores de 18 anos; II – os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham seu discernimento reduzido; III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; e IV – os pródigos. Diferente do inciso II do artigo 3º, onde fica claro a necessidade de representação em virtude da ausência de condições para agir por si só, o inciso II do artigo 4º, pela existência de capacidade reduzida, traz a necessidade apenas da assistência dos responsáveis por eles.

Neste código houve um avanço considerável, pois foi retirada a expressão “loucos de todos os gêneros”, que teve sua origem no Código Civil do Império e continuou presente no Código de 1916 (DELGADO, 1992), e era motivo de muitas críticas, principalmente pela abrangência do termo empregado. O Código Civil Brasileiro de 1916, em vigor até janeiro de 2003, ao tratar sobre a interdição e curatela, refletia as concepções acerca da doença mental existentes na época de

sua promulgação. Eram considerados incapazes para os atos da vida civil e sujeitos a curatela: “os loucos de todo o gênero”; “os surdos-mudos que não puderem exprimir a sua vontade” e os “pródigos” (BRASIL, 1916, DELGADO, 1992).

Aos loucos de todo o gênero, com doença atestada por um perito médico, era atribuída incapacidade absoluta e interdição total, sem considerar o grau de discernimento para um ou outro ato da vida civil nem a existência de intervalos de lucidez. Aos outros considerados incapazes “era admitida a interdição parcial ou relativa, conforme o grau de sua incapacidades, devendo constar, na própria sentença de interdição, seus limites”. (MEDEIROS, 2006, p.12)

A tendência em mudar esta expressão, por considerá-la imprópria e inespecífica já vem desde o ano de 1934, quando o Decreto 24.559 trouxe o termo psicopata e retirou o termo alienado do ordenamento jurídico. Essa distinção entre psicopata, todo o doente mental, e alienado, que referia-se ao doente mental perigoso, sujeito a incapacidade penal e civil e internação obrigatória surgiu no decreto de 1927.

O decreto de 1934 revogou o anterior de 1903 e dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, e reafirma a incapacidade do doente mental, facultando o recurso da internação quando qualquer motivo torne incômoda a permanência do psicopata em sua residência. Neste sentido, a internação passou a ser entendida como regra, bastando a suspeita de existência da doença mental para que a pessoa fosse cerceada em asilos, tivesse seus direitos civis suprimidos e fosse submetido à tutela do Estado. Em razão do potencial de periculosidade e por uma questão de ordem pública, o psicopata passou a ser visto segundo os enfoques jurídico e médico.

> Como ficou definido por Foucault e Castel, o processo que levou à definição de periculosidade social está no plano da ordem pública e não está vinculada à natureza do sofrimento psíquico. Toda pessoa internada torna-se, por definição, perigosa. A medicina mental ratificou em sua definição de doença mental a equação doente mental = perigo social. Sendo assim, a definição jurídica não poderia deixar de reafirmar sua presença. (BARROS, 1994, p.189)

A interdição refere-se a proibição e impedimento que é exercido a partir de decisão judicial, impondo legalmente a alguém, em nome do interesse da coletividade, a privação da “administração de seus bens e da regência de sua

pessoa, assim como do exercício ou do gozo de certos direitos". (MEDEIROS, 2006, p.2). Neste sentido, a interdição aparece como um beneficio da lei, embora prive o interditando de seus direitos. (DELGADO, 1992).

Com o novo Código Civil, em vigor desde 2003, houve alterações com relação a interdição, que hoje não esta mais baseada somente na existência da enfermidade ou deficiência mental, mas sim na ausência de discernimento dos atos praticados ou impossibilidade duradoura de expressão da vontade, continuando sob responsabilidade da psiquiatria a determinação de tais situações:

> É o médico-perito o profissional que detém o saber/poder de determinar, com a autoridade que lhe é conferida oficialmente, se a pessoa é ou não um doente. Se ela tem ou não discernimento. Se ela é capaz ou incapaz e qual o grau de sua incapacidade. É através desse olhar, isto é, da doença descrita, categorizada e atribuída ao sujeito por um profissional da área médica, que a justiça dará o veredictun que definirá o papel que o sujeito passará a desempenhar na vida social. (MEDEIROS, 2006, p.13).

Embora exista no campo jurídico determinações acerca da doença mental, a regulamentação das manifestações psiquiátricas fica a cargo do saber médico. Assim, a psiquiatria possui o poder em diagnosticar o grau de incapacidade e de discernimento da doente mental para exercer a regência de sua vida e seus bens. A possibilidade, descrita no código civil, que reconhece e considera a existência de capacidade do doente mental em exercer seus direitos civis depende do encontro dos saberes e práticas do Direito e da Medicina. Estes, que são considerados os detentores do poder, podem atribuir ao sujeito um papel específico em nossa sociedade, e exercem um papel central na estratégia da periculosidade.

Medeiros (2006, p.16) chama a atenção para o crescimento do número de interdições entre a população de baixa renda, tendo como fator indutor, o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Isto devido a interpretação equivocada das normas operacionais do INSS fazendo com que fosse exigida a "certidão de curatela quando a incapacidade para a vida independente era ocasionada por doença ou deficiência mental". Embora a incapacidade para o trabalho ou para prover-se de maneira independente e incapacidade para atos da vida civil configurem incapacidades de natureza distintas. A presença da primeira forma de incapacidade dá o direito ao recebimento do BPC, não sendo necessária sua interdição, pois a pessoa pode possuir o discernimento para os atos da vida civil, ou seja, a incapacidade para os atos da vida civil não é necessariamente consequência da incapacidade para prover-se de forma independente.

A interdição oficializa uma nova trajetória para o doente mental: a de sujeito incapaz. Essa condição específica se traduz em exclusão, uma forma de discriminação negativa que faz o sujeito perder o poder sobre sua pessoa, seus bens, seus filhos, sua autonomia, tornando-o um cidadão incompleto (MEDEIROS, 2006).

A questão da cidadania do louco e os aspectos particulares da relação deste tipo de cidadão com o Direito demonstram que embora o estatuto do louco infrator e do louco diante da vida civil seja de natureza diferente, “existia um estatuto jurídico comum que engendrava formas especiais de manejo pela Justiça, seja esta cível ou penal” (DELGADO, 1992, p.22). As duas formas de enfrentamento da loucura no campo do direito, a interdição civil dos loucos e o manejo legal e judiciário do louco infrator, demonstram que tanto o louco sob a lei como o louco do cuidado médico são mesmos indivíduos iguais (DELGADO, 1992), pois além das restrições fisiológicas causadas pela doença é submetido às restrições jurídicas e sociais.

As noções de incapacidade e periculosidade marcam a história da loucura e são responsáveis pela incorporação social de um sentido negativo. Sentido este que os movimentos de reforma psiquiátrica – em especial o movimento de desinstitucionalização e negação dos poder/saber psiquiátrico protagonizado na Itália - têm buscado superar, a partir da construção de formações discursivas nas quais o reconhecimento do direito a cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico estejam presentes. Veremos adiante os alguns aspectos que tornam possível essa construção.

2.3 Cuidando da crise a partir da premissa que a liberdade é terapêutica: a desinstitucionalização da crise e a construção de relações sujeito-sujeito

Aqui, iremos trazer um pouco do movimento de reforma psiquiátrica, enfocando a desinstitucionalização e a premissa de que nos momentos de crise a liberdade é terapêutica. Sendo assim consideramos que a relação que os profissionais estabelecem com o sujeito em sofrimento psíquico é o que determinará o lugar que este ocupará no imaginário social, se é o lugar da exclusão ou da cidadania.

A partir de Spink e Gimenes (2008), as práticas discursivas são práticas sociais pautadas pela intersubjetividade e presas a contextos sociais específicos. Em virtude disto, quando o contexto for marcado por relações assimétricas as práticas discursivas podem tornar-se coercitivas e inibir o aparecimento da polissemia. Consideramos que as narrativas dos profissionais e usuários frequentemente submetem-se às regras impostas pelo contexto discursivo, e por isso o contexto da relação entre profissionais e usuários precisa estar pautado na liberdade, reciprocidade e contratualidade para que de fato o sujeito em sofrimento psíquico possa exercer sua cidadania.

Conforme podemos observar na trajetória da loucura descrita por autores como Foucault (1997), Pessotti (1995), Desviat (2002), Amarante (1994; 2001; 2003; 2007) dentre outros, esta esteve marcada pelo medo, tolerância, exclusão e restrições. Tanto na Europa como no Brasil a tolerância era relativa aos loucos cuja loucura trazia sintomas “melancólicos”. Já a trajetória do louco agitado e agressivo foi marcado pela exclusão e pela necessidade de punição e castigo para que se tornassem dóceis e submissos as normas e regras morais da sociedade.

Considerando Osinaga (1999), a psiquiatria como campo de conhecimento, desde sua institucionalização, não tem se limitado às questões da loucura e sua exclusão. Sua influência se popularizou, alcançando outros planos, como os aspectos sociais da segregação dos diferentes, a própria conceituação de normalidade, a definição de quem tem o poder de segregar, a perda da cidadania e da responsabilidade civil, o preconceito e a visão generalizada da periculosidade da loucura.

Estes conceitos instituídos pela psiquiatria estão sendo questionados desde sua fundação, e as críticas foram reforçadas e reatualizadas com a constatação da falência e da pouca eficácia do tratamento asilar. Em meados da década de 40, o período pós guerra tornou-se cenário para os movimentos de reforma psiquiátrica nos três grandes países vencedores do conflito: Inglaterra, França e Estados Unidos. No entanto, as modalidades e o ritmo com que se desenvolveram essas alternativas ao manicômio, instituídas em cada um desses países, são profundamente diferentes com relação aos seus objetivos.

Birman e Costa (1994) destacam dois grandes períodos que redimensionam a assistência psiquiátrica, a saber: os processos de crítica à estrutura asilar,

envolvendo reformas restritas a este espaço, proposto pelas Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA) e pela Psicoterapia Institucional (França), atingindo o seu extremo com a instauração das Terapias de Família; e num segundo momento os movimentos como a psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) e a psiquiatria de Setor (França), que visavam a superação do espaço asilar. Por fim, conforme Amarante (2003a), os movimentos que propuseram a ruptura com as propostas anteriores e colocaram em questão as instituições e seus dispositivos e o próprio saber médico-psiquiátrico, representados pela Antipsiquiatria (Inglaterra) e pelas Experiências surgidas a partir de Franco Basaglia (Itália).

A partir do exposto por Basaglia (2005, p.310), as experiências de transformação institucional que ocorreram nos países anglo-saxões e na França, em vez da segregação, introduziram formas de socialização nas quais o técnico auxilia na construção de relações protegidas, “destinadas a reproduzir, dentro da instituição, modelos e condições de vida o mais possível similares aos da vida”. No entanto, considera que as iniciativas que procuravam humanizar o manicômio, era igualmente um meio de controle social, uma forma de “tolerância repressiva”. (BASAGLIA, 1979, p. 87).

No presente trabalho, chamaremos atenção para dois movimentos de reforma que consideramos importante discutir para o entendimento dos sentidos que envolvem a atenção à crise em nosso país. Desse modo, iremos ressaltar algumas questões da psiquiatria comunitária ou preventiva em virtude de ligação com o **nascimento do conceito de crise.** E após abordaremos o movimento de reforma na Itália, em virtude de sua forte influencia e contribuição ao movimento de reforma no Brasil.

Como pudemos observar, na breve abordagem feita neste trabalho sobre a história da loucura, não se utilizava nos períodos da antiguidade e idade clássica o termo crise e sim o termo surto psicótico, quando não citavam somente os sintomas agressivos e violentos - inerentes a loucura ou a determinados tipos de alienação ou doenças mentais. Porém com a instituição da psiquiatria preventiva ou comunitária e a introdução de conceitos com origem no preventivismo tais como saúde mental, promoção da mesma, bem estar biopsicossocial, prevenção da doença e crise evolutivas e acidentais (KANTORSKI, 1998) novos sentidos foram construídos e passaram a envolver a loucura.

A psiquiatria preventiva ou comunitária, formulada em 1963 nos Estados Unidos pelo presidente Kennedy, se constituiu numa nova política para lidar com as doenças mentais, que tornou o espaço social, ou seja a ‘comunidade’, o espaço de ação da psiquiatria. Assim, as práticas que buscavam reformar o hospício foram abandonadas e a população passou a ser o foco de da psiquiatria. (BIRMAN; COSTA, 1994).

Este modelo trabalha com o referencial da história natural da doença, considerando múltiplos fatores causais, com ênfase no social. Neste sentido, a doença passou a ser considerada um desvio/desadaptação da ordem social, cabendo aos profissionais de saúde a reintegração/readaptação do doente a partir de intervenções que visavam reduzir os transtornos mentais, a deterioração resultante e a duração destes, estabelecendo programas de prevenção primária, secundária e terciária (KANTORSKI, 1998).

Na prevenção primária, a intervenção visava a atenuar as condições possíveis de formação da doença mental. Na prevenção secundária a intervenção buscava a realização de diagnóstico e tratamento precoces. E por fim, na prevenção terciária a intervenção visava à readaptação do paciente à vida social (BIRMAN; COSTA, 1994).

Para tanto, a loucura tomou contornos de adaptação/desadaptação social, definidas a partir de critérios estabelecidos. A intervenção preventiva constituía-se em estimular a interação normatizada, mantendo o equilíbrio entre sujeito e sociedade. Assim, toda e qualquer situação que se opusesse ao equilibro era visto como um signo possibilitador de adoecimento, sendo necessário, portanto, “esquadrinhar o bem estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a psiquiatria é a promotora do Bem-Estar” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57).

Neste contexto, surge o conceito de Crise, sendo este considerado o grande indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade. Embora a crise não seja considerada sinônimo de doença mental, esta pode conduzir à enfermidade, pois o acúmulo sucessivo de crises deterioraria o sistema de segurança individual a partir do desgaste repetitivo (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57).

> A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente,

> os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57)

A psiquiatria preventiva descreve dois tipos de crises: Evolutivas e Acidentais. As crises evolutivas seriam desencadeadas por processos normais do desenvolvimento físico, emocional ou social. Já as crises acidentais, consideradas imprevistas, são precipitadas por uma ameaça de perda ou uma perda real que acarreta uma perturbação emocional. Nestes dois casos, quando os conflitos gerados não são elaborados pela pessoa cria-se um contexto de desadaptação que pode conduzir à doença mental (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57).

Neste modelo a crise também era vista como uma oportunidade de promover a saúde, pois quando tratada por técnicos psiquiatricamente orientados poderia tornar-se um meio de crescimento para o indivíduo. No entanto, essa prevenção do tipo primária não obteve êxito e apenas repetiu a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX, pois trata-se de uma atuação sem sustentação teórica efetiva, caracterizando-se como uma forma abusiva de “psiquiatrização da vida social”, com o nome de promoção da saúde mental (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 57).

A realização de práticas terapêuticas de ajustamento social buscava a normalização da vida social, assim as pessoas deveriam responder as crises (evolutivas ou acidentais) de acordo com os critérios estabelecidos provando sua adaptação/readaptação ao mundo social.

Com relação a este modelo, Birman e Costa (1994, p.69) concluem que:

> A psiquiatria comunitária não é um sistema teórico propriamente dito, como é o caso de outras teorias psiquiátricas. Mesmo que ela tenha em alguns de seus teóricos esta pretensão. O ponto nuclear de sua tentativa de inovação gira em torno do “conceito” de prevenção primária, e este não tem absolutamente qualquer suporte em qualquer das teorias psicopatológicas existentes, sejam estas psicanalíticas, psicológicas ou organicistas.

Segundo Kantorski (1998, p.85), o preventivismo produziu carências e novas demandas, pois apesar de sua perspectiva ecológica, que considera a relação homem-meio ambiente, acabou por preservar a redução da loucura à doença mental e não questionou “coisas fundamentais como a periculosidade atribuída ao louco, a negação dos direitos de cidadania, a perversidade das instituições psiquiátricas, a possibilidade de construir saberes e práticas antimanicomiais de atenção ao sofrimento psíquico”.

Todavia, mesmo que a psiquiatria comunitária tenha demonstrado sua ineficiência, o conceito de crise gestado no seu interior foi absorvido e utilizado pela psiquiatria tradicional. Segundo Foucault (2006) com o aparecimento da anatomia patológica houve a possibilidade de construção de uma teoria sobre as doenças, individualizando-as de acordo com as lesões apresentadas e assim estabelecendo um diagnóstico diferencial.

A psiquiatria colocou-se a parte desse movimento, pois não utiliza o diagnóstico diferencial e sim o absoluto. E devido a ausência do corpo “a psiquiatria não pôde prescindir do momento em que, segundo a medicina pré-anatomia patológica, a verdade da doença seria revelada: a crise” (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p.172). É, portanto, a crise que se constitui como prova que o psiquiatra precisava para comprovar a existência da doença mental e autorizar o internamento.

Com o movimento pela desinstitucionalização que ocorreu na Itália houve a mudança em relação ao objeto que já não é mais a doença e a crise, mas sim os sujeitos em sofrimento psíquico e suas singularidades e subjetividades. Este marco teórico foi o principal orientador no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, e teve como principal protagonista o psiquiatra reformador Franco Basaglia, que formulou um pensamento e uma prática assistencial inovadoras, voltadas para a idéia de desconstrução e superação do aparato manicomial. Para ele, a loucura diz respeito ao homem, à sociedade, à família, e por isso dotada de uma complexidade muito grande para que a psiquiatria sozinha dê conta dela.

Franco Basaglia, inspirado pela experiência de Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones, começou a introduzir em Goriza (1961-1968) uma série de transformações como a abertura das portas, a supressão das grades e das medidas institucionais de contenção e a criação de condições para a problematização do contexto institucional a partir de reuniões e confrontos entre o pessoal médico e os pacientes. Com isso, devolveu ao doente a dignidade de um cidadão quando abriu espaços para que este se reunisse com seus companheiros de condição e, através de grupos organizados, passassem a influenciar e decidir sobre a vida institucional a que estavam submetidos (PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979). Também contribuiu na discussão acerca da “pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências, no que está incluída a discussão sobre a função social de tutela e de controle social da psiquiatria e seu

manicômio e do papel e da função do técnico na constituição da hegemonia" (AMARANTE, 1994, p.65).

Em 1971, Basaglia e sua equipe assumiram o Hospital psiquiátrico Regional de Trieste e iniciaram um processo de desativação do manicômio com a gradual reinserção dos internados em sues núcleos sociais. Como estrutura de suporte criou "centros externos pela defesa da saúde, recebendo estreita colaboração das forças populares, políticas e culturais" (PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979).

Nino Vascon (1985, p. 15-16), integrante da equipe de Basaglia, relata a situação do doente mental na Itália:

> A situação do doente mental na Itália é vergonhosa: ele é o único doente que não tem direito de ser doente porque é definido como "perigoso para si e para os outros, e causa de escândalo público". [...] Fazemos dele um homem-objeto, submetido ao jogo do destino: se tem dinheiro, evita o estigma infamante do carimbo em sua folha judicial, passando pelo labirinto das clínicas; se não tem, acaba no gueto dos excluídos.

Percebemos que a psiquiatria e seu mandato social na Itália não diferem da realidade de outros países, inclusive o Brasil. A exclusão, a institucionalização e a tutela fazem parte da história da doença mental, desde que a psiquiatria se constituiu como ciência e instituiu o manicômio, um espaço construído para o aniquilamento da individualidade da pessoa com a doença e para sua total objetifivação.

O asilo com suas regras e estruturas impelem o doente a objetivar-se cada vez mais, até identificar-se com elas. Os muros que o encerram o tornam inofensivo, transformam-no em "algo para além do humano – entre um animal dócil e inofensivo e um bicho perigoso". (BASAGLIA, 2005, p. 26).

O conceito de institucionalização refere-se a determinadas atitudes dos internados - muitas vezes confundidas com os sintomas da doença - instituídas mediante uma imposição coercitiva e autoritária, que provocam a superposição de uma doença a doença original. Essas atitudes são descritas abaixo por Basaglia (2005, p.50):

> A apatia, o desinteresse e o lento e monótono caminhar de cabeça baixa, sem rumo, pelos corredores ou pelos pátios fechados; certos impulsos imotivados (com demasiada frequência reportados à doença); um comportamento submisso de animal domesticado; as lamúrias esteriotipadas;o olhar perdido, desprovido de um ponto de apoio; a mente vazia porque não tem uma meta para qual voltar-se – estes são alguns aspectos desta síndrome. Representam a lenta, gradativa e artificial

> adaptação do paciente a um poder que, surgido para tutelá-lo e tratá-lo, recorreu ao último instrumento sobre o qual poderia apoiar-se no caso deste doente específico: a força.

Assim, a institucionalização seria o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico e, por conseguinte o poder institucionalizante seria o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que oprime e força o doente a objetivar-se num processo que homegeniza e serializa todos aqueles que adentram a instituição (AMARANTE, 1994).

Contrapondo-se à institucionalização, e de acordo com a necessidade de desconstrução da psiquiatria e de todo o aparato que a sustenta, foi proposto que somente a desinstitucionalização, ou seja, a liberdade promove a condição necessária para que o sujeito possa construir seu mundo interno e expressar sua subjetividade e autonomia.

Neste sentido, Basaglia sentiu a necessidade de colocar a doença entre parêntese e propôs uma ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença e que definiam e codificavam os comportamentos incompreensíveis, buscando suprimir as superestruturas dadas pela vida institucional e assim individualizar as partes que eram de responsabilidade da doença e as da instituição (AMARANTE, 1994).

O conceito de desconstrução, não só dos manicômios, como também dos saberes e das estratégias manicomiais, transformaram os modos como as pessoas são tratadas e o objeto deixou de ser a doença e passou a ser a existência-sofrimento do individuo e sua relação com o corpo social. Assim, o olhar dos profissionais voltou-se à pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se este o objetivo do trabalho terapêutico.

> Desinsticionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão, através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido, “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então a desinstitucionalização passa a ser o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos constitutivos da

> instituição para este objeto bastante diferente do anterior. (ROTELLI, 1990, p.29)

Para Amarante (1995, p.493), a desinstitucionalização é um processo técnico, administrativo, jurídico, legislativo, político e, acima de tudo, ético, ou seja, “de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”. Prática que reconhece o direito dos sujeitos em sofrimento psíquico em terem um tratamento efetivo, uma terapêutica cidadã e não um cativeiro. Por considerar que a ética esta na base deste processo, afirma que o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso “terapêutico assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social”.

Com relação à ética, Pitta (1996) faz uma discussão acerca da ética de “escuta e ética da responsabilidade”. Ela denomina a ética de escuta como o ato psicológico de abrir-se para entender e verdadeiramente escutar códigos, nem sempre claros ou precisos de pessoas que apelam para ser escutada; e a ética da responsabilidade, denominada como o ato de tomar para si a responsabilidade de tratar, de não delegar a outrem o que está dado aos profissionais e negociar a tutela quando a razão do louco se impuser aos demandos dos agentes da sociedade.

Davi Capistrano, um dos expoentes do processo de desinstitucionalização em Santos, ao prefaciar o livro de Franca Basaglia (1992), refere-se à importância de discutir a ruptura da cultura da tutela presente na assistência, pois esta leva à reprodução de técnicas de expropriação que impede o desenvolvimento autônomo do tutelado. Para efetivar uma mudança é necessário pensar a assistência como emancipação e não como repressão, pois ser tutor ou responsável significa oferecer proteção e isto é construir possibilidade de expressão, é respeito à diversidade.

Considerando a opinião de Basaglia (1992) quanto mais a pessoa é necessitada de proteção tanto mais deve ser posta em condição de viver positivamente sua minoridade para conquistar ou recuperar autonomia e responsabilidade. A tutela deve ser entendida, nestes novos parâmetros, como abertura ao respeito da diferença, de permitir e não impedir a expressão do tutelado.

Basaglia, em sua experiência, percebeu que partir do momento em que oferecia uma resposta a um pobre internado, este mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos

relacionar. Ele entendeu que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas, como ter um relacionamento humano com quem a tratava. Segundo ele “o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades”. (BASAGLIA, 1979, p. 17).

No momento em que iniciaram o processo de desinstitucionalização e a sociedade foi chamada a conhecer e participar desta experiência evidenciou-se que a problemática da situação de periculosidade do paciente começava a diminuir, e o sujeito não representava uma doença, mas uma crise.

> Para nós cada situação apresentada é uma crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. Víamos que aquela esquizofrenia era expressão de uma crise existencial, social, familiar, não importa, mas era uma crise. Uma coisa é considerar o problema uma crise ou um diagnóstico, porque o diagnóstico é uma coisa e uma crise é uma subjetividade. Subjetividade que põe em crise o próprio médico, criando aquela tensão que falamos antes. (BASAGLIA, 1979, p.19)

A atenção à crise consiste num dos aspectos mais estratégicos no processo de reforma psiquiátrica, pois representa um momento de alta vulnerabilidade do sujeito e seus vínculos (KANTORSKI et al., 2007; AMARANTE, 2007). Na psiquiatria tradicional a crise é definida como uma disfunção, uma ruptura com o princípio da realidade que leva o indivíduo a desorganização e, de acordo com esta concepção, as intervenções visam à doença em si e suas manifestações, ou seja, pretende a supressão dos sintomas e trazer o indivíduo para a realidade. Para dar conta da tarefa de adaptar o sujeito a ordem social e enquadrá-lo no comportamento considerado “normal” a psiquiatria dispõe de mecanismos como a contenção mecânica e medicamentosa, a eletroconvulsoterapia, o isolamento, dentre outras ações voltadas a doença e suas manifestações. (KAPLAN; SADOCK, 1990; DALGALARRONDO, 2000).

Para Costa (2007), a crise no interior da psiquiatria tradicional apresenta características como: a exacerbação da noção de periculosidade ligada à pessoa em crise; ênfase nos traços patológicos anormais e insanos; ênfase nas incapacidades e impossibilidades; ênfase no controle e na tutela; intervenções direcionadas somente à remissão dos sintomas em curto período de tempo e internação como recurso predominante.

A institucionalização é um espaço para tornar o sujeito inofensivo e ao mesmo tempo curá-lo, mas na prática aparece como um local construído para o

completo aniquilamento de sua individualidade. Neste contexto, as terapias – medicação, choques elétricos, insulina e todas as técnicas psicoterápicas – não passam de manipulações do doente, pois são técnicas que se movimentam na linguagem do poder. O poder institucionalizante do manicômio possui alto grau de repressão que inibe inclusive a possibilidade de expressão da agressividade (BASAGLIA, 1979, 1985, 2005).

O diagnóstico, utilizado para legitimar a indicação de terapias, assume a finalidade de juízo discriminatório, o valor de um rótulo usado pela ciência psiquiátrica para codificar uma passividade dada por irreversível e para discriminar o doente mental, colocando-o na posição de perigoso e imprevisível e impondo-lhe como única alternativa sua morte civil no interior dos manicômios. Em virtude disto, Basaglia (1985) defendia a necessidade de negar, no sentido de colocar entre parênteses, todos os esquemas a nossa volta - a doença, o rótulo, nosso mandato social, nossa função – para termos a possibilidade de agir em um território ainda não codificado ou definido, negando assim tudo que possa dar um sentido predefinido à nossa conduta.

O processo de desinstitucionalização e desconstrução dos aparatos manicomiais protagonizado por Basaglia em Trieste fez emergir novos conceitos acerca da crise e da agressividade do sujeito em sofrimento psíquico. Assim, no campo da saúde mental a crise é considerada um momento individual específico, no qual emergem afetos, gestos e comportamentos singulares e subjetivos (COSTA, 2007), com a diminuição do limiar de tolerância ou solidariedade, de precariedade de recursos para tratar a pessoa em domicílio. Este momento afeta e envolve a vida de outras pessoas além do sujeito em sofrimento psíquico, a saber: a família, os vizinhos, amigos, entre outros (AMARANTE, 2007).

A crise, por corresponder a uma complexa situação existencial, exige complexos instrumentos e recursos para afrontá-la, que permita encontrar a sua especificidade na singularidade dos problemas colocados pelo sujeito, evitando assim as aproximações e intervenções próprias do modelo médico. Ao situar a crise na história e no contexto social do sujeito “o sintoma pode ser reelaborado como significante de uma realidade que se torna inteligível” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 55).

O conceito de agressividade sob este novo “olhar” também foi redimensionado. Para Basaglia (2005, p.33) a agressividade demonstra o rompimento com o estado de apatia e desinteresse - como expressão da doença, mas, sobretudo, da institucionalização – e dá lugar a uma consciência do direito de viver uma vida humana. Neste sentido, a agressividade surge como uma possibilidade de construção de uma relação autêntica, entre o indivíduo em sofrimento psíquico e o profissional de saúde, na qual a reciprocidade aparece como única condição capaz de “possibilitar – atualmente - uma ruptura nos vínculos de autoridade e de paternalismo, até recentemente causas da institucionalização”.

A partir de uma relação de tensão recíproca, o sujeito tem a possibilidade de reconquistar o valor e o domínio sobre si, o seu lugar e mesmo seu papel no espaço da instituição e da sociedade. Neste sentido, uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade, “pois um homem livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então é mais fácil combater a loucura”. A liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver já configura uma luta contra a loucura (BASAGLIA, 1979, p.72).

Liberdade para aumentar o poder de contratualidade do sujeito em sofrimento psíquico, substituindo a relação de violência e a condição de objetivado por uma relação de respeito e reciprocidade na qual o sujeito possa expressar sua subjetividade. Para Basaglia (1985, p.105), a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica é a liberdade, que dá ao doente mental a possibilidade de escapar do internamento forçado e para o “qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contratual”.

> A relação entre o poder do médico a situação de dependência por parte do doente, que não dá a possibilidade de pôr em ação nenhuma terapia. É por essa razão que nos propomos à eliminação dessas instituições que se chamam manicômios. Porque no manicômio não se pode pôr em prática nenhuma terapia, uma vez que a relação dentro do manicômio é uma relação de poder do médico sobre o doente. A terapia tem sentido quando existe reciprocidade entre doente e médico. [...] o louco deve se conscientizar de que o médico está ali para dar-lhe uma mão, para ajudá-lo. Não numa situação de poder, mas numa situação de reciprocidade, e esta também é uma situação de terapeuticidade. (BASAGLIA, 1979, p.39)

Neste sentido, o contato e conhecimento entre o serviço, que se pretende substitutivo, e a pessoa em sofrimento psíquico precisa ocorrer em seus locais de vida, com a rede de suas relações englobando os seus problemas materiais e concretos. Com isso a tendência será colocar “a crise no interior de uma série de

nexos que são capazes de torná-la compreensíveis (não de explicá-la), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise". (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 56)

Neste contexto, um dos objetivos do serviço que se caracteriza como central no cuidado é a busca de possibilidades de emancipação, a partir da construção de instrumentos e recursos capazes de favorecer a autonomia do usuário, além de defender e melhorar seu poder contratual. Entretanto, Basaglia (1979) chama atenção para a o tipo de relação estabelecida entre profissional e usuário, pois é este que irá determinar as possibilidades de emancipação e autonomia. Para este autor tanto o tratamento psicoterápico, como a relação entre o profissional de saúde, seja ele enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, etc., e o usuário do serviço pode ser de dominação ou de liberdade, pois se não há reciprocidade na relação, há apenas dependência, e esta psicoterapia ou esta relação será só de domínio, e aí mudamos a lógica da psicoterapia, que é um meio de ajudar as pessoas que sofrem (BASAGLIA, 1979, p.59).

As mudanças propostas para a transformação na relação entre profissionais e usuários exigiram a reformulação no modo de organização do trabalho a fim de se constituírem equipes interdisciplinares com finalidade política comum. Neste processo uma das dificuldades encontradas referia-se a atuação dos enfermeiros, que "eram pessoas que estavam ligadas ao antigo regime, isto é, preferiam ser guardas a serem técnicos em saúde" (BASAGLIA, 1979, p.108).

Historicamente, coube a equipe de enfermagem o controle pela ordem no espaço asilar, que ocorria a partir de práticas de violência, explícitas e veladas, agressões físicas, repressão moral, "poder do profissional sobre o usuário, inclusão social anômala e com predomínio referencial de um modelo biológico e psicologizante, priorizando-se como único local de tratamento, o manicômio" (ZERBETTO; PEREIRA, 2005, p.113).

Em virtude disto, o enfermeiro na Itália foi convencido de que seu trabalho poderia ser diferente, que poderiam tornar-se agentes de transformação não sendo mais dependentes do médico, e, sim profissionais que podiam tomar suas próprias decisões (BASAGLIA, 1979).

Assim, não foi somente uma leitura aprofundada no plano cognitivo e interpretativo da crise que foi proposto nos serviços territoriais de Trieste, mas sim a

busca de uma precisão organizativa do serviço, na qual emergiram respostas adequadas e consequentes a complexidade das situações. Para os autores somente assim o serviço foi capaz de:

> [...] perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira escondidos, fragmentados, banalizados e desprovidos de significado, graças àquele processo de simplificação que se verifica, via de regra, nos modelos baseados na centralização do hospital psiquiátrico. (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 57)

Para o autor supracitado, o recurso à internação em psiquiatria é geralmente determinado nas situações de crise por uma decisão técnica e administrativo-legal, que tem como base a gravidade e a periculosidade social e pessoal. A internação subordina a pessoa às regras institucionais, baseadas em uma abordagem medicalizante, e a furta ao seu contexto, pois a observação clínica é limitada à área sintomatológica e por isso incompatível com a vida integral do paciente.

Ao trabalhar o contexto e os conflitos que envolvem a crise, os serviços territoriais podem redimensionar a temida periculosidade do sujeito permitindo novas formas de expressão e de compreensão social. Assim, o conflito que se manifesta com a crise pode "ser não necessariamente contido e ocultado, mas assumido como estímulo à transformação, ao crescimento da situação em seu todo". (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 58).

A mudança cultural no sentido de aumentar a compreensão social dos momentos de crise é um dos pontos estratégicos na superação do manicômio e do aparato manicomial. Giovanella e Amarante (1994, p. 141) definem o aparato manicomial como sendo:

> Conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. É o saber e a prática que constroem uma hierarquia entre razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos.

Para Basaglia (1979), o manicômio é uma coisa inatural, porém vendido como natural e necessário em nossa cultura. Por isso a necessidade de trabalhar o sofrimento psíquico em um terreno que promova a superação da velha cultura, da qual ainda estamos impregnados. Franca Basaglia, ao prefaciar o livro "Mario

Tomasini: vida e efeitos de um democrata radical", diz que uma nova cultura só poderá surgir da:

> [...] transformação da realidade social e dos relacionamentos, do emergir das necessidades, do nascer de uma nova solidariedade capaz de dar respostas, do confronto da disciplina e dos profissionais com a realidade que se transforma e com os novos direitos que expressa.

A partir destas questões, entendemos que a reforma psiquiátrica é potencialmente capaz de transformar as relações entre os sujeitos e os modos de pensar e fazer que digam respeito à relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico. Assim, compartilhamos do entendimento de Amarante (1994, p.43) de que a Reforma Psiquiátrica é*:*

> o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. Portanto um processo que vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

A 2º Conferência Nacional de Saúde Mental reafirmou essa concepção ao colocar o processo de saúde-doença mental numa perspectiva contextualizada, entendo como determinantes para a compreensão do sujeito o conhecimento de seu modo e qualidade de vida e o respeito às diferenças e as diversidades, vinculando assim o conceito de saúde ao exercício de cidadania. Além disto, trouxe outras deliberações sobre a municipalização, destacando as necessidades financiamento, gerenciamento, vigilância, capacitação dos trabalhadores de saúde, organização do trabalho e da pesquisa e questões gerais acerca da revisão da legislação, e a importância dos conceitos de território e responsabilidade (BRASIL, 1992).

Portanto, a desisntitucionalização proposta não se limita a desospitalização, mas propõe a desconstrução e superação do modelo manicomial centrado no conceito de doença como falta ou erro e no seu tratamento como entidade abstrata, significa tratar o sujeito em sua existência e suas condições concretas de vida. O "tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade", superando a prática de apenas administrar remédios e psicoterapias (AMARANTE, 1994, p.45).

Neste contexto de mudanças, é necessário que haja nos serviços substitutivos a "tomada de responsabilidade", que diz respeito à responsabilidade de "assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento".

E o lugar para isso não está definido, pode ser no serviço ou outros lugares institucionais (hospital geral, presídio etc.), mas principalmente o ambiente de vida do sujeito, sua casa, seu bairro, seu trabalho, ou seja, os locais onde ele exprime e exerce a sua sociabilidade (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 63).

O cuidado à crise nos serviços territoriais torna-se, portanto, um instrumento importante neste processo, pois permite que ocorra uma ruptura na continuidade existencial e histórica do sujeito nem a perda de sua autonomia e sua liberdade, como podemos observar no relato abaixo:

> [...] a intervenção na crise no CSM através de formas de hospitalidade durante as 24h do dia, o paciente continua a manter contato com o seu ambiente. Os familiares e amigos podem visitá-lo a qualquer momento. É comum que ele, acompanhado de um operador, torne a casa, mesmo pouco depois de momentos de grave tensão, para apanhar algumas roupas, alguns objetos pessoais, para rever os familiares, para "verificar", junto ao operador, as condições e, às vezes, a "existência da sua casa" (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p64).

Reciprocidade, liberdade e contratualidade são os três eixos de uma relação terapêutica e social que consideramos importante construir nos serviços substitutivos e em sociedade para que nos momentos de crise o sujeito em sofrimento psíquico possa expressar sua subjetividade. O cuidado em saúde mental precisa estar pautado num processo de reconstrução e exercício pleno de cidadania e poder de contratualidade "nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social" (SARACENO, 2001, p.16).

Seguindo esta linha, Kinoshita (2001, p.55-56) chama a atenção para a questão da produção de valor. Partindo do pressuposto que no universo social as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo, o que se configura como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio, o doente mental enuncia-se simultaneamente a sua negatividade e a falta de poder contratual. Neste sentido, os bens dos loucos tornam-se suspeitos; as mensagens incompreensíveis; e os afetos desnaturados, anulando "qualquer valor da pessoa que o assegure como sujeito social" (de trocas).

Assim, é fundamental a desconstrução do dispositivo manicomial enquanto dispositivo que produz e mantém o desvalor do doente mental e que transforma qualquer manifestação de poder (positivo) do paciente em negatividade pura do sintoma. Por isso o manicômio é considerado lugar de troca zero (KINOSHITA, 2001).

No entanto, Kinoshita (2001) chama a atenção para as dificuldades em passar de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social. Assim, o cuidado passa a ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário no sentido de ampliar sua autonomia. Neste sentido, o primeiro passo está na determinação da relação entre os profissionais e usuários, se esta é usada “para aumentar o poder do usuário ou não”.

Fazer as mediações necessárias para que os projetos de vida dos usuários possam efetivar-se, “’emprestar’ poder contratual; Isto é, utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar elações e experiências renovadas aos usuários” (KINOSHITA, 2001, p.59).

A partir destas premissas percebemos que a mudança do sentido de exclusão que envolve a crise só acontecerá no momento em que os profissionais estabelecerem uma relação de liberdade, na qual o usuário possa expressar sua subjetividade e aprimorar sua autonomia, seu poder contratual e sua habilidade de efetuar trocas.

3. METODOLOGIA

3.1. Abordagem Teórica

No processo de Reforma Psiquiátrica brasileira está ocorrendo uma contínua desconstrução do modelo asilar a partir de novas forma de se relacionar com a loucura. A contraposição ao discurso manicomial, constituído ao longo de séculos, se dá por meio da construção de novos sentidos e consequentemente de novas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em sofrimento psíquico.

Assim, por entendermos que o cotidiano de trabalho nos serviços substitutivos de saúde mental gera novos sentidos formas de conhecimento acerca da loucura, escolhemos o construcionismo social, enquanto perspectiva teórica, para a compreensão dos novos sentidos que estão sendo construídos no dia a dia destas instituições.

A escolha pelo construcionismo social está associada a nossa visão de mundo e a nossa concepção de que o conhecimento e a realidade são construídos coletivamente. Sendo a pesquisa construcionista uma modalidade que atenta para a polissemia, ou seja, o multiperspectivismo das diferentes abordagens e explicações sobre determinado objeto de estudo – também socialmente construído – e para as formas de vida que são sustentadas e suprimidas por ele (GERGEN, 1985), acreditamos que o uso desta perspectiva teórica será importante na construção de respostas aos objetivos deste trabalho.

A compreensão do processo de construção da realidade, do conhecimento e de uma nova cultura no campo da saúde mental, demanda a interlocução com perspectivas teóricas que nos auxiliem a entender o momento atual em que vivemos. Presenciamos hoje um processo de transição, de rupturas e mudanças de

paradigmas, com críticas ao movimento histórico-cultural da modernidade e a busca por sua superação pelo movimento denominado pós-modernidade. Por ser um movimento que reivindica o solo metateórico que caracteriza o pensamento pós-moderno em psicologia, o construcionismo reivindica a superação dos mitos construídos pela modernidade.

A modernidade, enquanto tradição filosófica ocidental coloca o ser humano no centro, como dominador do universo, e reafirma os conceitos cartesianos de objetividade, certeza, verdade, dualismo e hierarquia. Além disto, reconhece o conhecimento como cumulativo, observável, verificável e universal. Neste sentido, a ciência moderna apóia-se em quatro mitos: o conhecimento enquanto representação correta e confiável do mundo, o objeto como constituivo deste mundo, a realidade independente do observador e a verdade como critério decisório. (GRANDESSO, 2000).

A ciência moderna, acusada de legitimar as preferências do poder, justificar posições normativas e provar o valor subjetivo das orientações das ideologias políticas, assim como de trabalhar para a sustentação dos regimes totalitários, ao cobrir os abusos dos governos democráticos, tem como ponto chave a racionalidade (NOGUEIRA, 2001). Em virtude disso, foi utilizada para fundamentar não só o conhecimento científico, mas também as relações sociais e de trabalho, a arte, a ética e a moral, criando assim verdades que enclausuram a própria razão e gerando formas de poder que homogeneízam contextos e pessoas, impondo-se como instrumentos de controle (GATTI, 2005).

Esta situação visualizamos no campo da saúde mental, no qual a ciência moderna foi utilizada para legitimar os sentidos de exclusão dos ditos diferentes, daquilo que não conseguia compreender. Sentidos confirmados pela psiquiatria clássica que considerou o objeto de seus estudos como incompreensível, por isto pertencente à lista dos excluídos e como perigoso para justificar sua reclusão (BASAGLIA, 2005).

Em oposição ao pensamento moderno, construiu-se o pensamento pós-moderno, no qual o sujeito passa a ser novamente problematizado e restituído nas ciências, que passou a incluir a subjetividade e intersubjetividade (BRÊDA, 2006). Assim, percebemos na atualidade uma abertura do saber cientifico a outros saberes,

desmistificando a ciência e desinstitucionalizando os modos de ser na sociedade, cristalizados na modernidade.

Para Santos (2006), a ciência pós-moderna, com seu perfil teórico e sociológico, questiona não só a ciência como também a vida que está sendo produzida em sociedade. Interroga as formas de exercício do poder, ampliando a noção de direitos e defendendo a democratização em todos os contextos de interação. Traz a necessidade de revisão das práticas instituídas, bem como dos princípios e conceitos sob os quais estas são guiadas. Em virtude disto, abre-se para as diferenças e para a convivência pluralista de todas as épocas, de todas as culturas, e passa a valorizar temas antes considerados menores ou marginais, como é o caso da loucura.

No campo da Psicologia Social, a denominada virada pós-moderna (que iniciou a partir de 1970), também esboçou uma reação ao paradigma dominante de fazer ciência. Assim, passou-se a valorizar a observação de comportamentos em situações e ambientes naturais, empurrando os psicólogos sociais para fora dos laboratórios na busca de suas raízes mais sociais. Contrapondo-se a Psicologia Social Experimental surgiram as bases para a Psicologia Social Crítica, no qual ancoraram-se os teóricos pós-modernos da Psicologia Social, que passaram a revalorizar o estudo dos processos sociais (SPINK; FREZZA, 2000; GRANDESSO, 2000).

É neste contexto histórico que surgiu o movimento construcionista social, o qual nega e substitui os princípios básicos da modernidade por seus opostos. Em virtude disto, o construcionismo social é considerado por muitos autores como o movimento que representa a pós-modernidade, pois suas posições são antagônicas às concepções filosóficas, cientificas e políticas características da modernidade.

Guareschi (2004) salienta que o Construcionismo Social inicia na Psicologia Social uma virada linguística, na qual a linguagem não apenas explica a realidade, mas a constitui. Com isto, sujeito e objeto são concebidos como construções histórico-sociais, problematizando aspectos sobre a realidade e o sujeito.

Segundo Gracia (2004, p.19), o giro linguístico é uma expressão que esteve em foco nos anos 1970 e 1980 e visava designar algumas mudanças que ocorreram na filosofia e em várias ciências humanas e sociais, e que “estimulou a dar uma

atenção maior ao papel desempenhado pela linguagem, tanto nos próprios projetos dessas disciplinas quanto na formação dos fenômenos que elas costumam estudar".

Assim, mais do que tudo, o giro linguístico modificou a própria concepção da natureza da linguagem, que passou a ser vista como uma ação equivalente a qualquer outra, ou seja, uma "estratagema capaz de fazer coisas" (IÑIGUEZ, 2004, p.51).

Spink e Frezza (2000) postulam que o construcionismo social é resultante do movimento filosófico de reação ao representacionismo, do movimento da sociologia do conhecimento de desconstrução da retórica da verdade, por fim, do movimento político de *empowerment* dos grupos sociais marginalizados. Neste sentido, consideramos este um referencial que pode nos auxiliar na produção de um conhecimento comprometido eticamente com os sujeitos em sofrimento psíquico - que historicamente foram marginalizados e tiveram suas vozes silenciadas pela força do poder psiquiátrico – e na construção de novos sentidos para o fenômeno da loucura.

O construcionismo social, na perspectiva da psicologia social e da sociologia do conhecimento, tem como pressupostos básicos a construção de sentidos - pontos de vistas, idéias, conceitos, posicionamentos, sentimentos - dos atores envolvidos nos fenônemos que se deseja estudar. O sentido é construído na interação social, a partir das práticas discursivas, situadas em tempo e espaços específicos (SOUZA; SCATENA, 2007). No entanto, a produção do conhecimento sobre os sentidos precisa estar imerso num contexto propício para esta busca**.** E a construção deste contexto passa pela consideração da linguagem do senso comum e a politização daí resultante (SPINK; FREZZA, 2000).

Compartilhando do entendimento de Spink e Frezza (2000) e assim como as autoras iremos focalizar o construcionismo social a partir da Psicologia Social e da Sociologia do conhecimento, apoiando-nos na abordagem teórico-metodológico de "produção de sentidos e práticas discursivas".

3.1.1. Construcionismo e a sociologia do conhecimento

Dentro do movimento da sociologia do conhecimento a expressão construção social refere-se à ação de reflexão sobre o conhecimento do senso

comum. Os principais autores deste campo de conhecimento são os sociólogos Peter Berger e Thomas Luckmann, que escreveram um livro clássico intitulado *A Construção Social da Realidade*. A principal contribuição desta obra foi demonstrar a influência dos processos de socialização, de institucionalização, e dos papéis e condutas na mudança dos sentidos e na promoção da transformação social da realidade (BERGER; LUCKMANN, 1985).

A utilização desses pressupostos no campo da saúde mental é importante para o reconhecimento do processo de institucionalização do sentido de exclusão da loucura, do papel de submissão ao poder médico que o doente mental exerceu no manicômio, bem como as condutas da psiquiatria que isola e castiga a loucura desde seus primórdios, e como isto foi legitimado socialmente. Esse conhecimento é fundamental quando se busca transformar os sentidos sociais e a realidade.

Segundo os autores desta obra, que pretenderam escrever um Tratado Teórico Sistemático, são três os antecedentes intelectuais da sociologia do conhecimento: o pensamento marxista, o nietzscheano e o historicista. Do pensamento de Karl Marx, principalmente das questões desenvolvidas em seu trabalho intitulado *Manuscritos Econômicos e Filosóficos* (1844), a sociologia do conhecimento herdou particularmente os conceitos de "'ideologia' (ideias que servem de armas para interesses sociais) e 'falsa consciência' (pensamento alienado do ser social real do pensador)", e construiu suas bases na proposição de Marx "que declara ser a consciência do homem determinada por seu ser social" (1985, p. 17). O anti-idealismo de Nietzsche acrescentou novas perspectivas com relação ao pensamento humano a partir de suas análises da significação social do engano da ilusão como condição necessária da vida. Na obra de Wilhelm Dilthey o historicismo marcante foi a principal contribuição. Entretanto, os fundadores desta disciplina são Max Scheler e Karl Mannheim. O primeiro, filósofo alemão, cunhou o termo sociologia do conhecimento na década de vinte, e o segundo é o responsável por trazer para esta área a relação entre ideologia e verdade (SPINK; FREZZA, 2000).

Para Berger e Luckmann (1985), a sociologia do conhecimento está embasada em três conceitos: objetivação, institucionalização e socialização. Com relação à objetivação as afirmações fundamentais do raciocínio dos autores consistem em declarar a construção da realidade é um processo social e que a

sociologia do conhecimento deve analisar como tal processo ocorre. A partir da definição de “realidade” como uma qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos terem um ser independente de nosso próprio desejo e de “conhecimento” como a certeza de que os fenômenos são reais e possuem características próprias. O interesse da sociologia nas questões da realidade e conhecimento justifica-se por sua relatividade social. Desse modo, a “compreensão sociológica da realidade e conhecimento situa-se de certa maneira à meia distância entre a do homem de rua e a do filósofo” (p.12). O conhecimento humano é desenvolvido, transmitido e mantido em situações sociais, a partir de interações face-a-face na qual o outro e apreendido a partir de esquemas tipificadores. Sendo a sociedade considerada um produto humano, os autores defendem que este campo de conhecimento refere-se a análise da construção social da realidade.

Dentro da realidade da vida cotidiana, considerada a realidade por excelência, a linguagem usada fornece continuamente as necessárias objetivações e determina a ordem em que estas adquirem sentido e constroem sentidos para vida cotidiana. Além disso, a realidade da vida cotidiana apresenta-se como um mundo intersubjetivo de que participo juntamente com outros homens. Dentro do processo de comunicação, a mais importante experiência ocorre na situação de estar face à face com o outro, que é o caso protótipo da interação social.

A partir disso, pesquisas que estudam fenômenos sociais, como é o caso deste estudo que tem como foco o fenômeno da loucura, precisam privilegiar as narrativas dos diversos atores envolvidos, buscando apreender de forma mais aproximada os sentidos que tais pessoas atribuem a realidade. A ciência precisa ser utilizada na promoção de mudanças, e isso só será possível se der voz aos atores que foram objetos do poder, pois historicamente a ciência foi utilizada para privilegiar os detentores do poder e para legitimar cientificamente a superioridade destes sobre os indivíduos do senso comum (BASAGLIA, 1985).

No processo de institucionalização, o ser humano em desenvolvimento se relaciona com um ambiente natural particular, mas também com uma ordem cultural e social específica. Desde o nascimento, o desenvolvimento orgânico e biológico do homem está submetido a uma continua interferência socialmente determinada. A institucionalização, que implica ainda a historicidade e o controle, ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. As tipificações

recíprocas das ações são construídas no curso de uma história compartilhada. Assim tem sempre uma história, da qual são produtos. É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico e cultual em que foi produzida.

No processo histórico de constituição da psiquiatria podemos perceber como foram institucionalizadas as ações tipificadas para os atores psiquiatras e para o doente mental. E sendo facticidades históricas e objetivas, as instituições defrontam-se com o indivíduo na qualidade de fatos inegáveis, controlando a conduta humana e estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que canalizam em uma direção por oposição à muitas outras direções que seriam teoricamente possíveis. Assim, têm um poder coercitivo sobre o indivíduo, tanto por si mesmas, pela pura força de sua facticidade, quanto pelos mecanismos de controle social geralmente ligados ás mais importantes delas. Dizer que um segmento da atividade humana foi institucionalizado já é dizer que este segmento da atividade humana foi submetido ao controle social.

No campo da psiquiatria a institucionalização social das práticas de exclusão da loucura influencia e dificulta o processo de mudança paradigmática. Por isso, o cuidado a crise em liberdade ainda é um obstáculo no processo de reforma psiquiátrica, pois os sentidos de medo, estigma e periculosidade ainda envolvem este fenômeno e fazem parte do tecido social.

Com relação à socialização, a sociedade, entendida como uma realidade objetiva e subjetiva, deve ser reconhecida como um processo dialético contínuo entre os momentos de exteriorização, a objetivação e a interiorização (o mundo social objetivado é reintroduzido na consciência no curso da socialização). Assim, os autores defendem que os esquemas tipificadores, no qual as pessoas são apreendidas, tornam-se habituais no decorrer das gerações. E como o hábito precede a institucionalização no processo de socialização, é a partir da institucionalização dos hábitos que a objetividade é percebida e internalizada. Porém, a sociedade não é vista por eles como um modelo estático, pois se a socialização tem um caráter de conservação, os processos de ressocialização possibilitam a ressignificação e reconstrução do conhecimento social. Assim, consideramos importante entender no campo da saúde mental os processos de ressignificação dos sentidos que envolvem a loucura e a crise, e como os

profissionais dos serviços substitutivos estão construindo a atenção e as relações com os usuários neste novo contexto.

3.1.2. Construcionismo e a psicologia social

O movimento do Construcionismo Social que surgiu a partir de críticas à Psicologia Social modernista, na década de 1970 nos Estados Unidos, tem como precursor e principal teórico Kenneth Gergen, que escreveu artigos importantes como: *Social Psychology as History,* de 1973, e *The Social Constructionist Movement in Modern Psychology*, de 1985. Nestes textos o autor traçou os pressuposto críticos e as fundamentações teóricas dessa abordagem no campo da Psicologia Social. Entretanto, embora tenha surgido no campo da psicologia o construcionismo social abarca uma diversidade de tendências e por isso os objetivos e posições que têm se desenvolvido nesse âmbito variam muito e tem se desenvolvido num espaço interdisciplinar, onde a psicologia se mescla com estudos sociológicos, antropológicos, filosóficos, da teoria literária e outros (KODA, 2002).

Diferentemente de Berger e Luckmann que, dentro do campo da sociologia, preocuparam-se principalmente com os processos de transformação e conservação social, os autores que abordam a perspectiva do construcionismo social no campo da Psicologia Social buscam centrar-se no momento de interação social, onde ocorrem os processos de produção de sentidos, para explicar sua teoria (SPINK; FREZZA, 2000).

O construcionismo social está baseado em três pressupostos: considera a realidade dinâmica, e por isso não possui qualquer tipo de essência ou leis imutáveis; reconhece o conhecimento como uma construção social, baseado em comunidades linguísticas; e considera que o conhecimento tem consequências sociais, e que são estas que devem determinar se ele é válido ou não (GERGEN, 1985).

O autor supracitado aborda que a investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos pelos quais as pessoas, através da linguagem, descrevem e explicam o mundo em que vivem. Isso implica em adotar que o conhecimento é algo que as pessoas produzem juntas, a partir de correspondências

histórica e culturalmente situadas, como resultado da socialização do conhecimento e não de algo que se apreende do mundo ou de processos internos da mente.

Neste sentido, as práticas discursivas dos profissionais acerca do momento de crise construídas no cotidiano dos serviços substitutivos podem divergir entre si, criar versões compartilhadas ou distintas, mas acabam por construir um conhecimento, que ao ser socializado tem a potencialidade de influenciar e transformar a realidade existente no campo da saúde mental, trazendo consequências para a sociedade.

Segundo Gergen (1985) e Spink e Frezza (2000) essa perspectiva de produção do conhecimento, por se contrapor aos princípios fundantes da ciência moderna, tem quatro concepções básicas: a oposição contra a cisão sujeito do conhecimento e objeto; a concepção representacionista do conhecimento; a desconstrução da retórica da verdade; e da idéia da materialidade do cérebro como instância produtora do conhecimento.

Na primeira concepção, por considerar que o sujeito e objeto são construções sócio-históricas, o construcionismo opõem-se a dicotomia sujeito do conhecimento e objeto. O conhecimento reconhecido como uma construção social implica reconhecer que não há objetos independentes de nós e nem existimos independentemente dos objetos que criamos, pois ambos são construídos socialmente (SPINK; FREZZA, 2000, BRÊDA, 2006).

Por considerar que o conhecimento envolve as pessoas, suas interações e os sentidos produzidos para lidar com as situações e fenômenos do mundo social, na perspectiva do construcionismo social a identidade entre sujeito e objeto tornam-se imbricados e comprometidos até o ponto do investigador tornar-se parte de sua observação. Existe uma relação dinâmica e dialética entre sujeito e objeto no sentido de mútua influência.

A realidade, enquanto conceito problematizado nesta perspectiva, possui duas noções que se contrapõem: uma pautada no realismo ontológico e outra no construcionismo epistemológico. Na primeira noção há o reconhecimento da existência da realidade e na segunda há a “postulação de que a realidade não existe independente de nosso modo de acessá-la”. Assim, somente a partir de nossos processos de objetivação, ou seja, de nossas categorias, práticas e linguagem, apreendemos os objetos e a realidade que se apresentam (SPINK; FREZZA, 2000).

Ao romper com a dicotomia sujeito/objeto o construcionismo consequentemente rompe a concepção representacionista do conhecimento, que é o segundo princípio defendido. Isso significa afirmar que para o construcionismo o conhecimento, não é o espelho do mundo, não representa nem traduz uma realidade pré-existente e objetiva, pois o reconhece como uma construção social, histórica, que por sua vez constitui a própria realidade (SPINK; FREZZA, 2000; KODA, 2002). Assim, adota a perspectiva que nós construímos teorias a respeito do funcionamento do mundo através da interação social.

Ao negar o conhecimento como representação da realidade e a existência de uma verdade absoluta, não se está dizendo que as construções do conhecimento são “ficções desenfreadas” (p.29), uma vez que elas são produzidas por pessoas com características biológicas e sociais que estão situadas historicamente (SPINK; FREZZA, 2000).

A pesquisa na perspectiva construcionista busca conhecer a posição de um indivíduo em determinado contexto, social e historicamente datado, reconhecendo-a como situação em constante mudança e não como algo estático e absoluto. Nesse sentido, as práticas discursivas dos profissionais expressam a articulação de lugares, de posições dentro das relações de poder que existem no interior da instituição, pois as condições de produção estão presentes nas falas, enquanto processos em construção e constante transformação.

A terceira concepção que diz respeito ao processo de desconstrução da retórica da verdade, pois a perspectiva construcionista opõem-se a concepção de verdade como conhecimento único, apontando que sua construção é socialmente estabelecida “a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, enfim, de adequação às finalidades que designamos coletivamente como relevantes” (SPINK; FREZZA, 2000, p.29 e 30).

Para Gergen (1997), a retórica da verdade se dá através de processos sociais linguisticamente sustentados por meio da elaboração de uma narrativa bem formada a partir de recursos conversacionais cultural e historicamente situados, ou seja, a partir de padrões estruturais vigentes de uma sociedade. Essas narrativas se estabelecem nos consensos sociais e nas interações entre as pessoas e constroem o senso de realidade e identidade social.

Os discursos da racionalidade, da objetividade e da verdade universal que sustentavam a ciência moderna foram criticados por Gergen (1997). Assim, ele elaborou três principais críticas: crítica ideológica, crítica literária-retórica e crítica social. Na primeira ele questiona a neutralidade científica do pesquisador e de seus trabalhos e consequentemente o estatuto de verdade universal almejado pela ciência. Na segunda ele problematiza a noção de que a linguagem seja representacional, que revela uma verdade científica já dada e estabelecida. Para Gergen (1997), a linguagem não revela a verdade, mas a constrói, produzindo uma retórica socialmente legitimada. Por fim, na crítica social não há a noção de que o conhecimento e a pesquisa são processos a-históricos e transcendentais, pois reconhece que todo pesquisador está inserido num contexto cultural e histórico e possui um arsenal linguístico que se referem as suas relações estabelecidas, que utiliza para organizar e produzir ciência.

Ao tomar o conhecimento como produto de um imbricado processo de construção social e não como resultado de uma descoberta científica, coordenadas por métodos que revelam o saber verdadeiro, abre-se espaço para construção de uma nova realidade onde a diversidade possa ser legitimada e o encontro possa ser mais horizontal e menos engessado pelas amarras do saber científico. Uma realidade na qual os sentidos com relação a atenção a crise possam ser compartilhados pelos profissionais e sociedade, na qual a ciência esteja comprometida com a produção de vida, de autonomias e de inclusão social.

Por fim, o quarto princípio defende a desconstrução da idéia de materialidade do cérebro como instância produtora de conhecimento. O construcionismo aponta que apesar do cérebro constituir uma forma essencial para a produção do pensamento, não é a única. Na produção do pensamento há influência dos recursos simbólicos sociais e culturais disponíveis, e como exemplo podemos citar a própria linguagem. Assim, a verdade, como afirma Gergen (1985) é a verdade de nossas concepções e convicções, de nossas instituições, de nossas relações e acordos sociais, sendo portanto consideradas construções históricas e culturais.

Percebemos que a construção do conhecimento no campo da saúde mental é um processo ideológico, contextualizado, social e historicamente, e dialógico no qual todos os atores envolvidos participam enquanto produtores ativos e implicados.

Diante destas premissas, as possibilidades de permanência ou ruptura do modelo manicomial de cuidado á crise dependem dos processos interativos, da maneira como os profissionais se colocam, a partir de suas narrativas, na relação com o usuário. Nas práticas discursivas dos profissionais estão presentes categorias que expressam sua experiência e compreensão do processo de doença mental, a sua posição nas relações estabelecidas no âmbito do serviço e o lugar social destinado por este a doença.

A principal crítica ao construcionismo que encontramos na literatura é com relação ao relativismo que se configura nessa proposta (SPINK; FREZZA, 2000; GRANDESSO, 2000). Além de rejeitar os princípios que fundamentam a ciência moderna, o construcionismo social se situa na corrente epistemológica relativista. Tal categoria se identifica pela crítica da noção de que existe um método neutro que gere uma ciência absoluta, pois considera que esta está envolta por ideologias e propósitos. Em oposição aos realistas, os relativistas colocam o mundo social no centro, considerando-o produtor das estruturas que são tidas como verdadeiras (POTTER, 1998).

Para o autor supracitado, a postura relativista de não tratar a verdade como única, neutra e absoluta é tomada pelos teóricos realistas como uma conduta irresponsável e apolítica em que tudo vale. Entretanto, o autor coloca que está noção foi erroneamente produzida pelos realistas, pois considera que viver num mundo construído por sentidos na linguagem não significa um “vale tudo”, ou que não seja possível produzir sentidos de verdade sobre este mundo. Para Potter (1998), a ciência é uma ferramenta importante na organização e debate dos conhecimentos da nossa sociedade, na qual a reflexividade se torna um recurso crítico importante para a compreensão e avaliação dos discursos disponíveis, estando em diálogo constante com eles, expressando e construindo pontos de vista para manutenção de uma postura crítica acerca do mundo.

Neste sentido, o construcionismo não nega a verdade, mas o seu caráter universal e transcendental. Assim, reconhece a existência dos critérios de verdade, mas considera que estes são construídos socialmente, de modo que a verdade é relativa a nós mesmos, ou seja, às nossas práticas humanas (SPINK; FREZZA, 2000; GRANDESSO, 2000).

Com relação a essa crítica Gergen (1997) traz o argumento da verdade em contexto, apontando para a impossibilidade de um julgamento fora do contexto em que estamos, considerando assim a força e o peso em que as crenças e os valores adquirem ao serem legitimados como verdades locais.

Outra crítica ao construcionismo refere-se ao reducionismo linguístico. Para Spink e Frezza (2000, p. 33), embora o processo de construção do objeto seja linguístico–conceitual isso não reduz os fenômenos à linguagem, mas sim que “o construcionismo reconhece a centralidade da linguagem nos processos de objetivação que constituem a base da sociedade de humanos”. Gergen (1994) defende existir ou poder existir uma relação estável entre as palavras e o mundo que elas representariam, pois fora da linguagem não há ponto de apoio objetivo nem independente para o pensamento, portanto, a linguagem não representa nada fora dela mesma, é auto-referente e dependente de jogos de linguagem particulares.

Na visão de Gergen (1985), a ciência e o conhecimento são tomados como produções históricas e dialógicas, tendo sua centralidade na linguagem e nos processos relacionais. Para este autor na medida em que produzimos conhecimento nas nossas relações, interações e negociações de sentidos estamos construindo uma ação e uma determinada realidade. Assim, para a perspectiva construcionista, a descrição e explicação do mundo constituem como ação social.

Grandesso (2000) aponta que é nos atos de fala (reais ou imaginários), desenvolvidos na contínua interação comunicativa dos seres humanos, que o nosso mundo interno (pensamentos, sentimentos, intenções) é criado, ou seja, é na ação conjunta entre as pessoas e não no reflexo da psique humana que esse processo ocorre. Gergen (1985), ao definir a linguagem como social, pois permite a comunicação, conclui que as proposições de conhecimento não são conquistas da mente individual, mas conquistas sociais “fenômenos mentais coletivos”, que emergem das interações sociais e por isso não é possível seu conhecimento através da introspecção.

Neste sentido, Spink e Medrado (2000, p. 60) afirmam que a intenção da investigação construcionista é “identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas mesmas”, ou seja, busca a compreensão das ações, práticas sociais e sistemas de significação que dão sentido ao mundo.

Desse modo, para o construcionismo social, as pessoas estão imersas numa rede de sentidos. No campo da saúde mental vivenciamos um processo construção e reconstrução de sentidos, de constante de enfrentamento, negociação, legitimação e transformação das práticas de cuidado, que podemos apreender a partir das narrativas dos envolvidos.

O construcionismo, sofrendo influências da pragmática, da linguística de Mikhail Bakhtin, da etnometodologia e da análise de conversação, dá ênfase "ao aspecto performático da linguagem" e sua relação com o contexto social e interacional que dão condições para sua produção (SPINK e MEDRADO, 2000). A linguagem nesse contexto tem fundamental importância, sendo tomada como prática social, linguagem em uso, podendo ser analisada tanto em seu aspecto performático como em seu espaço e contexto de uso (SPINK, 2000). O caráter da linguagem performática acontece no engajamento relacional, no qual as pessoas vão criando e re-criando conjuntamente os sentidos e as ações do mundo.

Em relação ao espaço e ao contexto de uso da linguagem, a perspectiva discursiva – corrente que procura problematizar o contexto discursivo, sem perder de vista a interação – busca "entender como os objetos (tais como personalidade, atitudes e preconceitos) são construídos no discurso e como são aí construídos os sujeitos – como nós nos experienciamos quando falamos e quando ouvimos outros falarem sobre nós" (SPINK; FREZZA, 2000, p. 38).

No pensamento construcionista a linguagem ganha grande ênfase como subsídio aos processos de objetivação que constituem a base da sociedade humana. Ela sustenta as práticas sociais que geram sentidos, como podemos observar na colocação de Spink e Frezza (2000):

> As práticas discursivas, assim situadas, constituem o foco central de análise na abordagem construcionista. Implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, constextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano (SPINK; FREZZA, 2000, p. 38).

Portanto, consideramos que a análise das práticas discursivas dos profissionais é uma forma privilegiada para entendermos os sentidos atribuídos ao momento de crise do usuário e como esses sentidos influenciam no cuidado prestado e no lugar que cada um, profissional e usuário, ocupam na relação.

No entender de Spink e Medrado (2000), “o sentido é uma construção social”, pois é a partir da interação, histórico e culturalmente localizadas, que são construídos os termos para lidar e compreender com as situações e fenômenos que nos rodeiam. Por isso não se trata de uma construção individual, mas social:

> Coerentes com a perspectiva psicossocial, propomos, aqui, que a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intra-individual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentidos é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas. (SPINK; MEDRADO, 2000, p.42)

Para os autores supracitados, a diferença entre os conceitos de “discurso, linguagem social e *speech genre*” e o conceito de “práticas discursivas” é que os primeiros focalizam o habitual gerado pelos processos de institucionalização, enquanto o segundo remete aos momentos de ressignificações, de rupturas de produção de sentidos, correspondendo aos momentos de uso ativo da linguagem que integram tanto a ordem como a diversidade.

Por estarmos buscando compreender um fenômeno – o sentido da atenção à crise em liberdade – situado num contexto de transformação proposto pela Reforma Psiquiátrica, utilizaremos neste trabalho a análise das “práticas discursivas” dos trabalhadores de serviços substitutivos.

Concordamos com Koda (2002), em seu entendimento que a palavra, como um indicador extremamente sensível de mudanças da ideologia, emerge de uma complexa trama de fios ideológicos que se constitui como uma rede de sustentação para as relações sociais em todos os domínios. Desta forma, a palavra como indicador das mudanças sociais, é capaz de sinalizar as lentas acumulações que despontam, que ainda estão tomando forma e não se constituem como um sistema ideológico estruturado, ou seja, indica aquelas mudanças que constituem as fases transitórias das transformações sociais.

A palavra se transforma, no momento de sua expressão, em produto da interação viva das forças sociais. Assim, “está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial. É assim que compreendemos as palavras e somente reagimos àquelas que despertam em nós ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida” (BAKHTIN, 2006, p.99).

Seguindo esta linha, consideramos a palavra, situada nas práticas discursivas, um importante recurso para entendermos as ressignificações e rupturas com relação as práticas de atenção á crise operadas pela efetivação da Reforma psiquiátrica e pelo processo de desinstitucionalização da loucura. É no momento de interação, que se dá a partir da linguagem que podemos apreender a oposição e a ruptura concreta com o discurso manicomial que estão sendo construídas neste contexto.

As práticas discursivas, enquanto linguagem em ação que promove a produção de sentidos e reorienta a posicionamento das pessoas em suas relações sociais cotidianas, são constituídas pelos seguintes elementos: a dinâmica - os enunciados que são orientados por vozes; as formas – que são os *speech genres*; e os conteúdos – definidos a partir dos repertórios interpretativos (SPINK; MEDRADO, 2000)

Nas práticas discursivas o conceito de enunciados e vozes se inter-relacionam, pois ambos descrevem o processo de interanimação dialógica que se dá numa conversação. Os enunciados são definidos como expressões – palavras e sentenças – que se articulam em ações situadas, adquirindo um caráter social ao se associar a noção de vozes. As vozes compreendem esses interlocutores presentes ou presentificados na conversação.

> As vozes compreendem diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. Elas antecedem os enunciados, fazendo-se neles presentes no momento de sua produção, tendo em vista que o próprio falante é sempre um respondente em maior ou menor grau. (SPINK; MEDRADO, 2000, p.46).

A enunciação como parte integrante de um processo de comunicação ininterrupto, é compreendia como parte de um diálogo, um elo na cadeia dos atos de fala. A enunciação, compreendida como resposta a um diálogo social situado em determinado contexto, é uma ação que produz consequências, pois quando falamos nos posicionamos com relação aos nossos interlocutores e construímos a realidade da qual fazemos parte. (SPINK; MEDRADO, 2000, p.44). Desse modo, os enunciados dos atores de um serviço substitutivo buscam construir uma relação entre as práticas e posicionamentos antimanicomiais e a sociedade que historicamente excluiu a loucura.

Os speechs genres ou gêneros de fala são formas mais ou menos estáveis de enunciados, coerentes com o contexto, com o tempo e com os interlocutores.

Assim, não podemos negar a existência de “prescrições e regras linguísticas situadas que orientam as práticas cotidianas das pessoas e tendem a manter e reproduzir os discursos” institucionalizados (SPINK; MEDRADO, 2000, p.44). No contexto dos serviços substitutivos encontramos uma relação, muitas vezes de confronto, entre os gêneros de falas advindo do discurso científico adotado pelos técnicos e os gêneros de falas de caráter político adotado pelos militantes.

O conceito de repertório interpretativo refere-se as unidades de construção das práticas discursivas (termos, descrições, figuras de linguagem) utilizados nas construções discursivas como possibilidade para caracterizar e avaliar ações, eventos e outros fenômenos. Eles são histórica e culturalmente construídos e se constituem como um recurso particularmente útil no entendimento da variabilidade e polissemia encontradas nas comunicações cotidianas, quando os repertórios são combinados de formas pouco usuais. Assim, esse recurso permite a apreensão da natureza polissêmica da linguagem, que possibilita que as pessoas possam “transitar por inúmeros contextos e vivenciar variadas situações” (SPINK; MEDRADO, 2000, p.48). Neste sentido, reside a importância de utilizarmos esse recurso na compreensão das práticas e do saber que estão sendo construídos acerca do atendimento à crise nos serviços substitutivos e sua relação com histórica da loucura e as práticas de violência e coerção institucionalizadas pela psiquiatria.

Para Spink e Medrado (2000, p. 49) o sentido, por ser contextualizado, “institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos”. Assim, a história tem um importante papel no entendimento dos repertórios interpretativos que compõem as práticas discursivas, pois nos permite “apreender a cristalização em discursos institucionalizados, as posições socialmente disponíveis e as estratégias linguísticas utilizadas para nos posicionar na interação”. Assim, as narrativas dos profissionais dos serviços substitutivos os colocam em posições que podem ser contrárias ao que está institucionalizado, demonstrando os novos sentidos que estão sendo construídos com relação ao cuidado à crise, ou em posições que reforçam os sentidos antigos, nos quais a exclusão e violência eram considerados necessários para controlar a crise.

Buscando responder a necessidade de incluir as práticas discursivas no contexto histórico, os autores supracitados identificaram três tempos históricos: tempo longo, tempo vivido e tempo curto. O primeiro refere-se aos conteúdos

culturais, construídos ao longo da história das civilizações. Com relação a temática deste trabalho o tempo longo refere-se a história da loucura, aos conhecimentos produzidos e reinterpretados, aos modelos normas e convenções intuídas pela religião, ciência e tradição do senso comum, enquanto diferentes domínios de saber. O tempo vivido, refere-se as linguagens sociais, ao processo de ressiginificação dos conteúdos históricos que se dá a partir dos processos de socialização. Neste estudo o tempo vivido seria os sentidos apreendidos acerca da loucura e da crise nos processos de socialização. E o tempo curto refere-se ao tempo de acontecimento da interação dialógica, é considerado "o momento concreto da vida social vista como atividade de caráter interativo" (SPINK; MEDRADO, 2000, p. 53). Seria os sentidos acerca da crise produzidos nas relações pessoa a pessoa.

O tempo curto refere-se à comunicação direta que se dá por meio das interações sociais face a face, no qual aparecem o múltiplo repertório utilizado para dar sentido às experiências humanas. Para compreendermos o modo como estes sentidos são produzidos, e circulam na sociedade, é necessário considerar as interfaces do tempo e do contexto social e histórico em que se processam. Neste sentido, torna-se, necessariamente, "um empreendimento sócio-histórico e exige o esforço transdiciplinar de aproximação ao contexto cultural e social em que se inscreve um determinado fenômeno social" (SPINK; MEDRADO, 2004, p.53).

Na visão destas autoras, a concepção de história visa criar associações na compreensão das diversidades e das permanências das construções linguísticas dotadas de sentido, que por outro lado podem permear todos os tempos e orientar as práticas discursivas das pessoas. Pessoas, que na perspectiva construcionista, não se encerram numa definição formal, só sendo possível pensá-las, a partir da noção de relação. "A pessoa, no jogo das relações sociais, está inserida num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas (não apenas), num espaço de intersubjetividade" (SPINK; MEDRADO, 2004, p.55).

Desse modo, as práticas discursivas fornecem as posições das pessoas, que incorporam tanto repertórios interpretativos como uma determinada localização num jogo de relação de poder. E, é neste mundo, de transição e mudança, que se constroem também as novas dinâmicas de interação, novas formas de sociabilidade, novas concepções, novas práticas e, em suma: uma nova forma de produzir

conhecimento, uma nova forma de ser, de conviver e de dar sentido a tudo que nos cerca.

Neste sentido, o conhecimento de fenômenos sociais, inclusive os relacionados ao campo da saúde mental, permeado pelo pensamento pós-moderno e construcionista, traz novas possibilidades e impõem novos desafios: rejeita a idolatria da razão e reconhece a importância da subjetividade em todo tipo de relação social. Assim, neste trabalho, embasado nos pressupostos construcionistas, é valorizado as vozes dos trabalhadores como protagonistas na construção de práticas de cuidado à crise dando espaço e liberdade para que diferentes formas de compreender e cuidar deste momento do sofrimento psíquico tenham visibilidade.

Desta forma, a abordagem construcionista social foi escolhida para esta pesquisa por acreditarmos que nas práticas discursivas dos profissionais estão postos os conflitos, as relações de poder, as práticas e saberes que constituem um fazer cotidiano. Neste interjogo de posições é que se estabelece o embate entre saberes antigos e saberes novos sobre a loucura, ou seja, entre o discurso psiquiátrico tradicional e o discurso antimanicomial. Assim, esta abordagem foi considerada adequada para a compreensão da dialogia, posicionamentos e repertórios, e do sistema de significação que estão dando sentido para as vivências cotidianas da atenção à crise.

3.2. Abordagem Metodológica

Existem historicamente dicotomias nas práticas científicas que levam a um embate entre as diferentes posições das ciências naturais e sociais, dos métodos qualitativos e quantitativos, do conhecimento científico e do senso comum. Buscando superar essas diferenças Spink e Menegon (2000) abordam a pesquisa como prática discursiva de acordo com a posição construcionista, pautada pelo rigor e pela ética.

A postura construcionista reconhece que tanto os métodos e técnicas quantitativos quanto os qualitativos são capazes de produzirem versões sobre o mundo. Entretanto, vê na vertente qualitativa o mérito de tornar mais claro os problemas e possibilidades de dar sentido ao mundo (SPINK; MENEGON, 2000, 2000).

As estratégias adotadas no presente trabalho se enquadram no método qualitativo, que de acordo com nossas concepções e conforme aponta Minayo (1992), busca compreender a complexidade e singularidade das relações, processos e fenômenos, e os vínculos indissociáveis das ações individuais com o contexto social em que ocorrem.

A pesquisa qualitativa, segundo Turato (2005), estuda os fenômenos em seu *setting* natural, tentando entender e interpretar as significações que as pessoas trazem para estes. Assim, o objetivo não é o fenômeno em si, mas a significação que ele ganha para os que o vivenciam.

Neste sentido, esperamos que a perspectiva qualitativa juntamente com os pressupostos de "construção de sentidos e práticas discursivas" do construcionismo social nos forneça uma caminho teórico-metodológico que nos permita compreender os sentidos construídos pelos profissionais em relação à crise e ao cuidado dela no cotidiano dos serviços substitutivos.

3.2.1. Procedimentos para Coleta de Dados

De acordo com a postura construcionista, a proposta de pesquisa ética se compromete em garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise dos dados, considerado um aspecto imprescindível (SPINK; MENEGON, 2000). Assim, traremos neste e no próximo item os passos utilizados na coleta de dados e o caminho que usaremos para analisá-los.

Os dados utilizados neste estudo fazem parte do banco de dados coletados no projeto de pesquisa avaliativa mais ampla denominada: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil- CAPSUL[*].

Esta pesquisa dividiu-se em um estudo quantitativo e outro qualitativo. A avaliação qualitativa concentrou-se em Centros de Atenção Psicossocial I e II, de cinco municípios da região sul do país, são eles: Alegrete, Joinville, São Lourenço do Sul, Porto Alegre e Foz do Iguaçu. Desenvolvida na forma de estudo de caso, a pesquisa contou com a participação de usuários, familiares e técnicos, buscando

[*] Pesquisa de avaliação qualitativa e quantitativa dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil. Financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. Investigou aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados.

apreender a dinâmica do serviço, a forma de interação entre os atores envolvidos, e os sentidos que estes constroem em relação a suas práticas.

A modalidade de estudo de caso apresenta características importantes que permite a descoberta e interpretação mais profunda e abrangente de uma realidade vivenciada e contextualizada, permitindo assim generalizações naturalísticas (LUDKE; ANDRE, 1986). Além disto, é uma investigação empírica que aborda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, visando apreender uma situação tecnicamente única baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que visam conduzir a coleta e análise dos dados Yin (2005).

A avaliação de quarta geração desenvolvida por Egon Guba e Yvona Lincoln (1985 – 1989 - 1998) e adaptada por Wetzel (2005) norteia o processo teórico-metodológico da pesquisa. No processo de coleta de dados a aplicação prática da avaliação de quarta geração seguiu **sete** passos: **contato com o campo** – apresentação da proposta de pesquisa aos sujeitos alvos do processo avaliativo; **organização da avaliação** – tinha como objetivo ganhar o direito de entrada a partir da construção de uma relação de confiança e nessa fase foi realizada a observação de campo prévia ou etnografia prévia, conforme denominação de Guba e Lincoln (1989); **identificação dos *stakeholders* ou grupos de interesse –** identificar os grupos ou indivíduos vítimas ou beneficiários do processo avaliativo, sendo incluídos na pesquisa três grupos de interesse: equipe, usuários e familiares de acordo com os critérios definidos; **desenvolvendo construções conjuntas -** construção do círculo hermenêutico-dialético para a pesquisa, a partir da seleção de um respondente inicial (R1); **ampliando as construções conjuntas** - aplicação do círculo hermenêutico-dialético, que propiciou construções conjuntas a partir das construções originais dos participantes individuais do círculo; **preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse** – nessa etapa houve a definição dos núcleos temáticos, organização do material para a oficina de validação e negociação do local, dia e horário com todos os participantes; e **realizando os grupos** – a realização de oficinas para a validação e negociação ocorreu na quarta semana do trabalho de campo, mediante a utilização da técnica grupal, sendo

convidados todos os entrevistados de determinado círculo para quem foi apresentado o resultado final (provisório) da pré-análise dos dados.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2006, tendo a duração de quatro semanas em cada município. Para tanto, utilizou-se a observação de campo e a entrevista semi-estruturada, inicialmente composta por três questões norteadoras, sendo que novas perguntas foram incorporadas através da utilização do circulo hermenêutico-dialético, num processo concomitante de análise e coleta dos dados. Este método permite ao observador adequar à estratégia ao tema, de modo que amplie e focalize as informações emergentes no decorrer da coleta de dados, o que exige a análise concomitante com a obtenção dos dados (GUBA; LINCOLN, 1998).

O primeiro passo do círculo hermenêutico-dialético é a seleção de um respondente inicial (R1), com o qual foi realizado uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da investigação/avaliação. Assim, foi solicitado ao respondente que fizesse uma descrição do atendimento do serviço, referindo o que considerava como pontos positivos e negativos. A análise dos temas centrais, conceitos, idéias, valores, problemas e questões propostas por R1 gerou uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Seguiu-se com a entrevista do respondente (R2), que após colocar questões próprias foi convidado a comentar os temas oriundos da análise da entrevista de R1. Da análise da entrevista com R2, da qual emergiu informações não apenas sobre R2, mas também críticas às demandas e construções de R1, foi construído (C2) com informações mais elaboradas e sofisticadas baseadas em duas fontes. O processo foi repetido com adição de novos informantes, sendo entrevistados todos os componentes de determinado grupo de interesse.

A partir da aplicação do círculo hermenêutico-dialético, outras informações obtidas no processo de observação de campo foram introduzidas sistematicamente de forma a sofisticar as construções. Assim, a observação de campo levantou questões para as entrevistas que foram introduzidas com as demais sofrendo as mesmas críticas e discordâncias.

Neste estudo, serão analisados as entrevistas realizadas com os 27 profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de Alegrete. As questões iniciais e as questões desdobradas do círculo hermenêutico-dialético

submetidas em entrevista a este grupo estão descritas no Apêndice A. O critério adotado na seleção dos profissionais foi possuir vínculo empregatício com o serviço. Assim, todos os profissionais (enfermeiro, assistente social, psicólogo, professor de educação física, técnico de enfermagem, pessoal da recepção, da portaria e da limpeza, dentre outros) foram entrevistados. Além disto, será analisado o diário de campo dos três pesquisadores que realizaram a observação do CAPS e da rede de Saúde, com enfoque na atenção em saúde mental, totalizando 390 horas.

O projeto de pesquisa de Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (anexo 1). Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura de consentimento livre e esclarecido.

3.2.1. Procedimentos para análise de Dados

Iniciamos o caminho de análise dos dados com a revisão crítica da literatura, na busca de que as informações adquiridas facilitem um olhar cientifico para o material coletado. Em seguida, partimos para a tarefa de interpretação do objeto construído – *Quais os sentidos da atenção à crise psíquica grave com comportamento agressivo presente nas práticas discursivas dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial* – que implicou na análise do *corpus* constituído pelas entrevistas realizadas com os profissionais e a observação de campo.

Esse processo de análise, que se propõe a apreender os sentidos, compreendeu momentos diversos que não seguiram um curso linear, mas sim um constante movimento entre o *corpus* e o processo de produção de sentidos referentes à atenção à crise.

Ao situar a interpretação no plano de conversação, o construcionismo não *está abrindo mão do projeto da racionalidade, mas sim "da associação estrita entre esta e a objetividade pensada como relação de correspondência com a realidade",* revendo assim o sentido da racionalidade.

> Re-situando a racionalidade no plano da argumentação, a tarefa interpretativa passa a ser coextensiva com a compreensão das regras de conversação que pautam o fazer em ciência. Trata-se de entender o longo processo de construção dessas regras e de compreender as características das linguagens sociais que aí se engendram; compreendê-las para poder

> participar da conversação, e até mesmo para, dialeticamente propor sua negação (SPINK; LIMA 2000, p.102).

Por conseguinte, o conceito de rigor na perspectiva construcionista não fica depositado nas noções de replicabilidade, generabilidade e fidedignidade, que são coerentes com a área das ciências naturais, pois "passa a ser concebido como a possibilidade de explicar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo", re-situando assim o conceito de objetividade como um processo intersubjetivo. (SPINK; LIMA 2000, p.102).

Ressignificar a objetividade como visibilidade é o desafio que se coloca. Neste sentido, procuraremos explicitar de forma clara os caminhos da interpretação, entendida como processo de produção de sentidos.

Operacionalmente, foram seguidos os seguintes passos:

1- Leitura exaustiva e repetida das 27 entrevistas e dos 3 diários de campo, buscando apreender a dinâmica de funcionamento do serviço e identificar o contexto das práticas de atenção à crise e os sentidos que as envolvem.

2- Após a leitura de todo material, percebemos que especialmente em algumas questões das entrevistas eram abordados as práticas de atenção à crise, e nos diários de campo da mesma forma. Assim, definimos utilizar três questões contidas nas entrevistas (APÊNDICE A – em negrito as questões utilizadas), e retiramos dos diários de campo os fragmentos que se referiam a atenção à crise.

3- Identificação dos *Repertórios Interpretativos*, que são unidades de construção das práticas discursivas, buscando identificar os temas mais relevantes e as categorias analíticas que respondessem ao objetivo proposto no estudo. Na Quadro (APÊNDICE B) estão presentes os repertórios interpretativos.

Os repertórios são definidos como o "[...] o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem que demarcaram o rol de possibilidades de construção discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos" (SPINK, 2000, p.47).

Para tanto, fomos identificando os repertórios nas entrevistas buscando construir categorias temáticas para a análise. Abaixo, apresentamos um recorte do quadro com os repertórios linguísticos das entrevistas[1], buscando assim demonstrar os passos de análise.

---

[1] Os quadros completos com todos os repertórios linguísticos identificados encontra-se no APÊNDICE B.

Ent.	Repertórios lingüísticos
Ent.7	não tem como a gente não ficar muito vulnerável Mas tem casos que a gente tem que meter a cara (dentro do serviço ela não se sente exposta) quando um usuário está em surto, geralmente todo mundo vem.

A partir desses repertórios, chegamos a duas temáticas: *Crise* e *Como faz*. Na primeira buscamos apreender os sentidos que envolvem a crise e na segunda temática as práticas de atenção á crise desenvolvidas no serviço.

Entr. 6	Cat. Crise – sentidos	Cat. como faz
	Quando é muito assim, arriscado, eu não vou sozinha Porque olha... os casos assim, que eu não estou conseguindo fazer grupo, que está muito nervoso, que ele está me, está vendo alguém em mim, enfim, eu procuro compartilhar isso com algum dos colegas.	se o cara está irritado, violento, eu não vou lá para provocar a violência nele eu quero que ele se apóie em mim, para ver se ele consegue desarmar a tal da violência que está na cabeça dele tem que segurar, tem que sentar, tem que acalmar

Segundo o exposto por Spink e Menegon (2000), utilizamos as categorias, enquanto estratégias linguísticas presentes na linguagem, para organizar, classificar, explicar e dar sentido ao mundo. Em conformidade com o contexto interacional, as pessoas empregam nas conversas categorias que podem estar pautadas por um sentido hegemônico e cristalizado ou em novas combinações na construção de novos sentidos.

4- Identificadas as categorias, partimos para a construção dos *Mapas de Associação de Idéias* na busca de compreender os sentidos presentes nas práticas discursivas dos sujeitos do estudo. Aqui ressaltamos que os mapas foram construídos a partir das entrevistas (das três questões utilizadas), os diários de campo foram importantes neste processo ao nos proporcionar uma melhor compreensão dos sentidos presentes nas práticas discursivas dos profissionais.

O *mapa de associação de idéias*, descrito por Spink e Lima (2000, p. 107), são instrumentos de visualização que tem por objetivo auxiliar na sistematização do processo de análise das práticas discursivas buscando “os aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos”.

5- Análise dos *Mapas de Associação de Idéias.* Com esta análise percebemos que não havia necessidade de utilizarmos as 27 entrevistas. Deste modo, identificamos 15 entrevistas que serão utilizadas, pois estas representam a produção de sentidos que sustenta as práticas discursivas encontradas nas 27 entrevistas. Os fragmentos das entrevistas utilizados no decorrer da análise foram identificados inicialmente com a letra A (que refere-se a letra inicial do nome do município) seguida da numeração que refere-se a ordem da realização das entrevistas. Esta numeração seguiu àquela utilizada na coleta do CAPSUL. Assim, das 27 entrevistas utilizamos 15 com as seguinte numeração: A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A14, A16, A20, A21, A23 e A25.

Em cada entrevista foram construídos dois mapas (um para cada categoria- **crise** e **como faz**). Neste processo emergiram algumas categorias descritivas:

a) Crise: como descreve, como se sente, como avalia;

b) Como faz: acolhimento, acompanhamento, prevenção, contenção.

Os mapas construídos a partir das 14 entrevistas estão descritos no APÊNDICE C. Abaixo estamos trazendo um mapa para exemplificar os passos percorridos.

Apêndice C- **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 3**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Eu vejo que tem pessoas ainda, colegas nossos que tem medo. Eles tem medo assim. A3 Porque tu sai na rua tu estas sujeito também a alguém, te assaltar, te esfaquear, aconteceu com a pessoa lá. Então eu acho que aqui dentro assim ó. (...)a questão da segurança é isso. Eu não vejo assim, eu não consigo descola o que acontece aqui do que acontece na rua. Então é o que eu digo para as gurias: então nós vamos ter que ter polícia em todas as esquinas, gurias, se a gente vai ter que ter polícia aqui dentro para trabalha. A3	O usuário (em crise), que vai, que o usuário... a gente vai ficar com o usuário aqui? Eu digo: para onde tu quer que nós mande o usuário. Aí às vezes a gente tem que se meio dura assim. O que? Nós vamos mandar o usuário para casa, para ele ser

		agredido, para ele agredir, para ele continuar usando mais droga do que ele já usa. Nós vamos mandar o usuário para um hospital psiquiátrico ou nós vamos ficar aqui estudando o caso dele para achar uma alternativa melhor para ele. Até depois da última agressão desse usuário eu chamei a mãe, chamei a tia, conversei com elas duas, três vezes, sabe, para conscientizar, porque ele chegou algemado em casa. E depois disso assim, ele está se comportando as mil maravilhas. Às vezes é a falta de um limite interno que nunca estabeleceu, e fica... A3 Para prevenir situações que a gente considera assim ó. Por exemplo a usuária aquele dia podia ter me dado um bofetão. Na hora eu disse: ela vai me dar. Assim como eu, os outros usuários, eu sempre digo: gente, se vocês sentirem o perigo saiam de perto. Se não tem como conter, se não tem como lutar, quebram carro, quebram isso, quebram tudo, mas não deixem agredir vocês. .A3

Portanto, a análise dos dados ocorreu mediante o entrelaçamento de quatro aspectos: uso dos repertórios interpretativos e dos mapas de associação de idéias; a literatura investigada durante a pesquisa; o referencial teórico-metodológico; e a interpretação das pesquisadoras.

Todo este processo de pesquisa produziu práticas discursivas e sentidos em torno de duas categorias de análise. A primeira categoria denominada: **Periculosidade e cidadania: os sentidos que envolvem a crise** refere-se aos sentidos que envolvem a crise identificados nas práticas discursivas dos profissionais do serviço. Estes sentidos (periculosidade e cidadania) foram discutidos nesta categoria buscando compreender sua influência na construção de práticas de atenção à crise e na relação estabelecida entre usuário/profissional.

Na segunda categoria, discutimos como os profissionais do CAPS de Alegrete organizam suas práticas de Atenção à crise no território e os sentidos que estas envolvem. As práticas identificadas foram: acolhimento, acompanhamento do usuário em crise nos diversos serviços da rede de saúde mental (hospital geral, pronto socorro, além do CAPS), prevenção das situações de crise, contenção

mecânica, acionamento da Brigada Militar. Os sentidos que envolvem estas práticas e que foram identificados são: comprometimento e responsabilização pelo território. Esta categoria foi denominada: **Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para o cuidado da crise no território.**

No primeiro capítulo da análise, abordaremos um pouco da história do serviço de Alegrete buscando caracterizar o contexto do estudo. Após seguirá a análise das temáticas descritas acima.

4. O CAMPO DE ESTUDO

O município de Alegrete localiza-se na fronteira oeste do Rio Grande do Sul a 506 Km de distância da capital, Porto Alegre, fazendo divisa com algumas cidades como: Uruguaiana, Quarai, Itaqui, Manoel Viana, Rosário do Sul e Cacequi. Possui um total de 89.144 habitantes, sendo 44.828 do sexo feminino e 44.316 do sexo masculino. Tem como principais fontes de economia a agricultura e a pecuária. Possui *45.000ha* de lavouras de arroz**,** 536.536 cabeças de rebanho bovino, com produção média de 15.269 litros de leite e 423.446 cabeças de ovinos. (BRASIL, 2008).

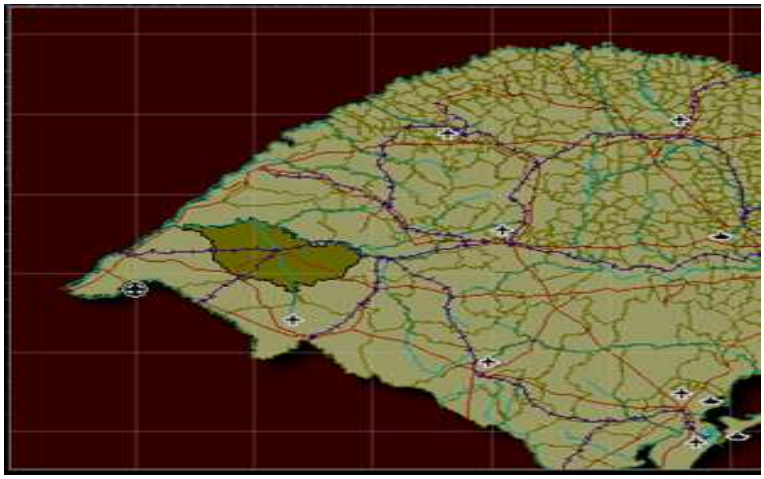

Figura 2: Mapa do Rio Grande do Sul, com a localização de Alegrete-RS.
Fonte: IBGE, 2008.

Possui um total de 32 estabelecimentos de saúde, destes 22 pertencem ao sistema público de saúde e apenas 3 estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS, com atendimento de emergência em psiquiatria. Em 2006 apresentou 233 internações em psiquiatria, correspondendo a 3,8% das internações dentre as demais especialidades. (BRASIL, 2008).

4.1. O Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete

Os dados para a contextualização do serviço foram extraídos das entrevistas, dos diários de campo e de dados contidos no Relatório da Pesquisa CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil.

Na análise da história de constituição deste serviço, que teve seu início em 1989, percebemos que muitas dificuldades foram enfrentadas, principalmente em relação à falta de recursos e a falta de identificação dos profissionais com a saúde mental, tendo em vista que estes eram designados para trabalhar no serviço por motivo de punição e ou por não apresentarem um bom desempenho em outros lugares (DC 3). A falta de recursos e estrutura, devido a falta de apoio da gestão, é lembrada na fala abaixo:

> No início, quando eu cheguei aqui [...] eu trabalhei no serviço de saúde mental na sua formação, existia muito problema em termos de gerência do serviço com a secretaria de saúde. Era muita cobrança e pouco retorno, a comida não tinha qualidade, as oficinas não tinham materiais. O pouquíssimo material que tinha era doado, as salas eram os móveis tudo velho. [...] não tinha estrutura. A3

A falta de recursos ocorria porque na época o serviço ainda não estava cadastrado como CAPS (Centro de atenção Psicossocial). O recurso que o Ministério da saúde disponibilizava estava relacionado ao projeto de oficinas terapêuticas, só que os profissionais não tinham conhecimento do valor desta verba, pois esta não era investida no serviço. Após o processo de cadastramento houve uma mudança na realidade serviço e na relação com a gestão municipal como podemos observar no relato abaixo:

> E quando veio a portaria eu negociei com o secretário de saúde, eu disse: olha eu assumo a coordenação, compromisso grande, nós vamos credenciar o CAPS, só que eu quero a tua garantia de que todo o recurso que venha nós vamos investir na saúde mental. [...] E a gente começou, vinha dinheiro e a gente fazia uma poupança, porque a gente já era um serviço grande, já tinha o CAPS mais ou menos estruturado, e a gente começou a ter um bom faturamento e a investir. Antes disso ele disse que não viria o dinheiro, que não acreditava que viesse. Até numa reunião aqui na décima coordenadoria e ele disse na frente de todo mundo que agora a saúde mental ia ser rica e o resto tudo ia ser pobre, porque o dinheiro que vinha para a atenção básica ele ia ser desviado para saúde mental. E eu fiquei muito incomodada com aquilo, porque era todos os meus colegas de todas as chefias, de todos os postos de saúde, e ele dizer aquilo. Levei ele até a coordenação de saúde mental do estado e aí a personagem 2 disse: não, não é, o dinheiro que vier é separado, é outra verba. Aí ele aceitou. A3

Então, começou o trabalho e a partir de capacitações e reuniões na coordenadoria de saúde o Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete foi

cadastrado. Reconhecemos que os profissionais possuíam como característica a vontade política de estruturar o serviço e de construir uma relação com a gestão, na qual houvesse respeito pelo trabalho desenvolvido e pelo sofrimento psíquico. Outra característica que marca a trajetória de trabalho dos profissionais é a relação com a comunidade. Desde o início, os trabalhadores procuravam superar as dificuldades buscando apoio na comunidade, a partir de propagandas na mídia, participação em eventos sociais e articulações políticas, na busca de melhorar as condições do serviço e de dar visibilidade e sustentação social ao trabalho que começava a ser desenvolvido no município, como podemos observar no relato abaixo:

> [...] mas os nossos princípios desde o inicio sempre foram do trabalho em rede. Então assim desde lá a gente trabalhava com as escolas, trabalhava com os bairros, trabalhava com os profissionais restantes da área de saúde, com os postos de atenção básica, e esse trabalho ele evoluiu, ele continuou... quando eu retornei para o serviço de saúde mental, o trabalho já era esse. A3

Em outro fragmento de entrevista, descrito a seguir, percebemos que os profissionais tinham consciência da necessidade de capacitação profissional e do apoio da sociedade para que o serviço contribuísse na desmistificação da loucura, na diminuição do estigma e na construção de ações e estratégias que respondessem efetivamente as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. Desde o início, os profissionais procuraram ressignificar os sentidos socialmente institucionalizados de que o lugar para tratamento da loucura é o manicômio.

> Nos primeiros anos a gente investiu na qualificação de profissionais, especialistas em saúde mental, e prevenção de saúde mental. Como é que a gente fazia isso? Desde as palestras nas escolas, a gente procurava entender o que os professores, os educadores queriam discutir sobre o sofrimento o psíquico dos alunos, do trabalhador de educação, da direção, da gestão da educação. [...] quando a gente era convidada pelas igrejas, que queriam saber no geral o que era o sofrimento psíquico, que tipo de sofrimento psíquico que existia em Alegrete, porque que o cuidado tinha que ser num serviço de atenção integral e não no hospital psiquiátrico, a gente ia e conversava. Com a associação de bairro da mesma forma. A5

A história de construção do serviço de saúde mental de Alegrete é marcada por um movimento de militância, de luta por um objetivo que unia a todos: romper com o estigma da loucura, a partir da reinserção do sujeito em sofrimento psíquico no meio social e familiar e do respeito pelos seus direitos de cidadão. Ao demonstrar para a sociedade que a pessoa em sofrimento psíquico possui necessidades sociais, afetivas, psicológicas e humanas, as mesmas que marcam a trajetória de qualquer indivíduo, e as potencialidades do tratamento em liberdade, os profissionais

começaram a escrever esta nova história em saúde mental. História essa repleta de iniciativas, atividades e ações que demonstram o grau de envolvimento dos profissionais com o projeto de mudança.

> E sempre com o objetivo de que as pessoas não descriminassem o portador de sofrimento psíquico. Que pudessem entende-lo como alguém que está passando por um período de desorganização. E que isso não é incapacitante, que não é algo que desmereça ele enquanto cidadão. Esse sempre foi o foco que a gente trabalhou. [...] nós temos muito programa de rádio. Muita entrevista, muito pedágio... mas não para pegar dinheiro. Pedágio para dar informação, sempre com os veículos de comunicação, com a TV, para que as pessoas pudessem enxergar... era um movimento de militância. E eu tenho a convicção de que o progresso que a gente teve aqui em Alegrete se deve a essa ação. Não era só os técnicos dentro do serviço querendo fazer diferente. Tinha que ter o povo que entendesse porque que era feito diferente e como, construído por eles, como é que tinha que ser feito. Então os grupos de convivência, vieram desse diálogo. As oficinas de saúde mental elas partiram desse diálogo. O fazer o acompanhamento terapêutico na casa, no hospital, partiu desse diálogo. Como é que o povo queria ser cuidado. Como é que era o diferencial do hospital psiquiátrico. A5

Assim, a partir das necessidades identificadas nos diálogos estabelecidos com grupos da sociedade, o CAPS contribuiu na construção de outros serviços substitutivos na rede de saúde mental do município, como: CAPS ad, CAPS i, residência terapêutica, e leitos psiquiátricos em Hospital Geral - com uma coordenação geral dos serviços e uma coordenação específica em cada unidade -, além de articulações com os serviços de fonoaudiologia e fisioterapia.

Com relação à rede de saúde mental, existia um entendimento que somente o serviço não daria conta da complexidade das necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, de que era necessário vários espaços formando uma rede substitutiva ao manicômio. Assim, a partir das dificuldades que os usuários foram apresentando surgiu a necessidade de montar a residência terapêutica.

> A residência tem dois anos e meio. [...] nós tinhamos um paciente que o Ministério Público não conseguiu que a família assumisse ele. Então a gente colocou ele no hotel, ficava durante o dia aqui, e de noite no hotel. E um dia ele saiu por aí, sei lá porque ele agrediu uma pessoa na rua. Aí levaram ele para o hospital e a pessoa essa foi na promotoria pública e lá disseram que o município era responsável por ele e até que nós não tivéssemos um lugar para abrigar ele, ele não sairia de lá. Ele ficou quase dois anos no hospital. E aí a gente chegou para promotoria: olha, vocês consigam com que a família assuma, porque a gente não consegue, e a promotoria não conseguiu. Imagina, se a promotoria que é a lei não consegue. Aí a gente chegou a conclusão que a mãe adoecia mais ele, como é que nós íamos mandar ele para mãe, se ela rejeitava ele, se os irmãos rejeitavam ele. Aí foi que a gente pensou na questão das residências. E nessa época veio o ministério da saúde e lançou uma portaria que incentivava as residências. Aí a gente fez o projeto e mandou. Aí com o dinheiro a prefeitura não tinha como dizer: nós não vamos fazer a residência para vocês. A3

Os leitos psiquiátricos no hospital geral também foi um desejo muito forte do serviço de saúde mental desde que foi criado. No entanto, existia muita resistência da administração do hospital que não queria se responsabilizar pelo usuário em crise internado. Assim, os profissionais se organizaram em plantões, ficando responsáveis por acompanhar o usuário em internação e pelas emergências psiquiátricas que ocorressem no município, como podemos observar na fala abaixo:

> Quando internava um paciente ele diziam: não! Vocês têm que mandar o acompanhante para cá, se não a gente não fica, e a equipe bancava plantões no hospital, ficava lá fim de semana, fazia rodízio, fazia plantão à noite, quando eu cheguei a estrutura era essa. Por exemplo tinha um que estava sempre de plantão, qualquer emergência cidade, o Pronto-Socorro recorria a essa pessoa que estava de plantão do serviço de saúde mental, qualquer problema que tinha de paciente internado, quem é que ia lá? O funcionário do serviço de saúde mental. A3

Começou então um trabalho com a administração do hospital geral, visando à conscientização na busca do entendimento de que eles também eram responsáveis pelos usuários no período da internação, tendo em vista que eles tinham leitos psiquiátricos cadastrados. Além disto, foi solicitado um espaço para a organização de uma área de lazer para os usuários internados. Devido a dificuldade de negociação com a prefeitura municipal e com a administração da Santa Casa para conseguir os recursos necessários para a construção desta área, a equipe do serviço iniciou um movimento comunitário e a partir deste conseguiu efetivar este projeto. Concomitante à construção da área de lazer foi realizado uma capacitação para os funcionários, para que a assistência no hospital estivesse em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

> A gente começou a trabalhar com a Santa Casa de que eles por ter leitos psiquiátricos cadastrados tinham que assumir. Só que isso passou um ano, dois anos, três anos, a recém o ano passado que a gente conseguiu inaugurar uma área de lazer lá. Como foi feito pra inaugurar essa área? Toda a equipe do CAPS se mobilizou e a gente pediu para o administrador que está lá, que antes eram outros, para que ele nos desse uma peça dentro do posto dois que é a unidade clínica, para que a gente fizesse uma área de lazer e um pátio. Que o município ia ter que investir. Aí a gente foi até o município e, sempre tem as rivalidades, e o município disse que não ia investir na Santa Casa. Que eles já ajudavam muito a Santa Casa para investir mais ainda, que era obrigação da Santa Casa. E aí nós ficamos no meio desse, aí o que a gente fez, fizemos uma ação entre amigos, um levantamento do que precisava e começou a recolher dez reais de cada um, conseguimos TV, som, armário, mesa, cadeira, enfim, montamos a área de lazer. Para marcar o espaço que nós precisávamos. [...] Aí fomos na promotoria, porque sempre que tinha que internar fora vinha da promotoria, porque eles não acreditam no trabalho da Santa Casa e, realmente, eu também não acreditaria. Aí nós fomos até a promotoria e conversamos. Aí nós fizemos uma capacitação paralelo a essa construção da área, nós

> íamos todas as terças e quartas de tarde, reunimos todos os funcionários que queriam e a gente capacitou. A3

Portanto, percebemos que já no início da estruturação do serviço os profissionais possuíam um olhar ampliado, que procurava conhecer as necessidades das pessoas para assim poder planejar e oferecer um tratamento integral.

> Então a gente deu continuidade a esse trabalho de atender a pessoa na sua necessidade, esse é o nosso objetivo, a integralidade. De o que a pessoa está precisando de atendimento médico, psicológico, comida, e habitação... conhecer qual é a necessidade dela naquele momento. O que está adoecendo ela. Porque está adoecendo. Porque não está conseguindo viver na sua comunidade. Então, o nosso objetivo de trabalho é atender as pessoas dentro das suas necessidades. A3

Atualmente, o CAPS localiza-se em prédio próprio, onde antigamente funcionava um hospital para tratamento de tuberculose, e conta com uma estrutura física diferenciada, bem iluminada, com as paredes pintadas com cores diferentes em tons pastéis (DC 2).

A área física do serviço é constituída por 7 salas amplas, identificadas por cores (sala verde, sala amarela, dentre outras), onde são realizadas as oficinas terapêuticas e os atendimentos em grupo, 1 sala da Coordenadora onde comporta a parte administrativa e atendimento individual, 1 sala de recepção , 1 sala de enfermagem, 3 salas de atendimento individual, 1 refeitório amplo com seis mesas e seis cadeiras com a cozinha em anexo que possui geladeira, cafeteira, fogão industrial, balcão com duas pias, dois armários grandes, 3 banheiros para usuários e 2 para trabalhadores, salão com uma churrasqueira, duas mesas com quatorze cadeiras e bancos ao redor, área com paisagismo onde estão organizando um jardim, quadra de futebol, área arborizada com banquinhos para os pacientes tomarem sol e horta (DC 1).

Quanto às atividades que integram o cotidiano do serviço, encontramos o teatro, capoeira, yôga, grupo de alfabetização, oficinas de trabalhos manuais (pintura em tecido, desenho em pintura, tricô, crochê, e bordados), oficina de família, atividades na horta, atividades pedagógicas, grupo de obesidade e as oficinas de saúde mental coletiva - que ocorrem diariamente, facilitadas a cada dia por um profissional de formação diferente, que aborda temas diversos, acordados entre indivíduos. (DC3).

Já a reunião do CAPS com a coordenação municipal de saúde mental ocorre uma vez por semana, e nestas são abordados assuntos referentes a toda rede

municipal de saúde mental. Uma vez por semana também ocorrem reuniões de equipe, nas quais todos os profissionais de nível superior ou não participam. Esta é um momento de discussão dos assuntos pertinentes aos usuários, de troca de informações acerca das atividades desenvolvidas, visitas domiciliares, grupos, oficinas e questões administrativas, e de organização das atividades internas do serviço - elaboração de oficinas, articulação com outros segmentos sociais como a promotoria pública. (DC3).

O cronograma de atividades desenvolvidas semanalmente no serviço, construído por Kantorski et al. (2007), está descrito abaixo:

Quadro 1 - Cronograma de atividades do CAPS

	Segunda	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã	-8h – Reunião do sistema com a coordenação do serviço. -Atendimento Ambulatorial. Individual com médico e psicólogo. -Oficinas: trabalhos. manuais, jardinagem e horta, pedagógico. -Atividade física: capoeira.	- Reunião de equipe até às 10h -Oficinas: trabalhos. manuais, jardinagem e horta, pedagógico.	- 9h – grupo CADEq -Atividade física – capoeira, e na Santa Casa. -Visitas domiciliares.	- 9h – grupo CADEq -Atividade física – capoeira, e na Santa Casa. -Visitas domiciliares.	-8h - Reunião do Serviço de Residenciais Terapêuticos. -10h- Assembléia dos usuários (participam todos oficineiros) 11h – Grupo CADEq
Atividades físicas após café – todos os dias					

Tarde	-Atendimento Ambulatorial. Individual com médico e psicólogo. - Oficinas de alfabetização, de cuidados e de trabalhos. manuais.	-Atendimento Ambulatorial. Individual com médico e psicólogo. - Oficinas de alfabetização, de cuidados e de trabalhos. manuais.	- Grupo. 16h – reunião da associação.	- Yoga - Oficina de saúde mental coletiva - 17h - Grupo Tulipa – obesidade - 19h - Grupo CADEq	14h- Oficina de saúde mental. - Teatro

Observação: A oficina de saúde mental acontece diariamente, sendo um espaço de escuta em grupo. Em cada oficina é discutida uma temática diferente, dentre as quais se destacam: A depressão, as perdas, os projetos de vida, o dia de hoje e a felicidade; A família, os modelos, o envelhecimento, a sociedade e a saúde mental; O trabalho, as pessoas, as drogas, os remédios, o álcool e as dependências; O futuro, a juventude, o relacionamento com os pais e a sociedade; O trabalho, a ocupação, o sofrimento psíquico e as formas de tratamento; O casal, o amor, o cuidado, o relacionamento e a sexualidade. (KANTORKI et al., 2007).

Quanto ao quadro de profissionais que compõem a equipe do serviço encontramos: um psiquiatra, um clínico geral, duas enfermeiras, um assistente social, um terapeuta ocupacional, quatro técnicos de enfermagem, um acompanhante terapêutico, seis psicólogos, sete oficineiros, sendo seis estagiários pela Prefeitura Municipal, com contratos de duração de dois anos que possuem formação em pedagogia e educação física; três profissionais na recepção, uma na cozinha, três funcionários na higienização, um motorista e quatro parceiros voluntários.

5. PERICULOSIDADE X CIDADANIA: os sentidos que envolvem a crise

Neste capítulo abordaremos os sentidos que envolvem a crise visibilizados nas práticas discursivas dos profissionais, que são: periculosidade e cidadania. Estes sentidos foram trabalhados como dois pólos de dois modelos que se contrapõem, o modelo manicomial e o modelo da Atenção Psicossocial. Assim, o sentido de periculosidade representa o modelo manicomial que destituiu os direitos civis, sociais e políticos dos sujeitos em sofrimento psíquico. Num movimento de contraposição a Atenção Psicossocial busca construir o sentido de cidadania, que valoriza as diferenças e a singularidade das pessoas que sofrem psiquicamente e principalmente respeita seus direitos de cidadão.

Este trabalho procura mostrar como os sentidos que envolvem a crise foram construídos enquanto verdades e como o certo, o errado, o verdadeiro e o falso são coisas deste mundo fabricadas nos jogos de saber-poder expressos a partir do processo de interação entre as pessoas que ao expressarem-se discursivamente posicionam-se a favor ou contra o poder hegemônico.

Segundo Foucault (1999), uma formação discursiva não é definida por um objeto, um estilo, um jogo de conceitos permanentes ou pela persistência de uma temática, mas como um sistema de dispersão regulado. Assim, existe uma regularidade nas formações discursivas sobre crise que orienta a organização de saberes e composição de um conjunto de conhecimentos para se lidar com ela.

Foucault (2003) entende como práticas discursivas o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõe e das razões que se dão, dos projetos e das evidências. Portanto, consideramos importante conhecer os sentidos que envolvem a crise e como estes influenciam no cuidado que é prestado ao sujeito em crise e na determinação de seu lugar na relação terapêutica.

> [...] meu projeto não é o de fazer um trabalho de historiador, mas descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos

> discursivos. Se faço isso, é com o objetivo de saber o que somos hoje. [...] Em um certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito, há séculos, meses, semanas [...] (FOUCAULT, 2003, p.258).

Através das práticas discursivas dos profissionais, foi possível conhecer o processo de surgimento do serviço de saúde mental e da construção de um modelo de assistência voltado às necessidades sentidas em cada situação e em cada momento da história do município de Alegrete. Foi uma caminhada coletiva que se apoiou nas transformações que estavam ocorrendo no país, tanto no campo da saúde, com a Reforma Sanitária e constituição do Sistema Único de Saúde, como na área da saúde mental, desencadeadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica.

O movimento de desinstitucionalização da loucura proposto na Itália, que influenciou sobremaneira a reforma psiquiátrica no Brasil, revelou o “manicômio como locus de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade” (BARROS, 1994, p.175). Em virtude disso, o trabalho em saúde mental não pode desconsiderar a realidade do asilamento, e a desinstitucionalização só se concretizará na desconstrução do manicômio e de seus saberes e práticas.

Basaglia (1985) demonstrou que o problema da doença mental está inserido numa perspectiva política e, por isso, colocou em discussão a ciência e a psiquiatria, mostrando a necessidade da desconstrução dos seus saberes e práticas e da invenção no sentido de construção do real. Uma realidade que supere a lógica da exclusão e do isolamento, a qual sustentou a psiquiatria enquanto ciência médica a partir da valorização de subjetividades, da inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico e da mudança na relação sociedade/loucura.

Neste sentido, a crise tornou-se um entrave, pois é ela que, nos dias de hoje, sustenta o sentido de medo e perigo que acompanharam a loucura por muito tempo. Como já vimos na revisão da literatura, com a revolução dos psicofármacos passou-se a ter a possibilidade de dominar a loucura fora dos muros do manicômio, e, assim, o que passou a incomodar a comunidade e a família eram as crises, pois quebravam a normalidade do cotidiano (JARDIM; DIMEMSTEIN, 2007).

A palavra crise está carregada de sentidos que nos remetem a termos como separação, desequilíbrio transitório, mudança e à possível ocasião de crescimento (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Ao nos remetermos ao dicionário (LUFT, 1991), encontramos a seguinte explicação da palavra crise: 1. alteração súbita no

curso de uma doença; 2. ataque dos nervos; 3. conjuntura de incertezas e dificuldades; 4. momento decisivo. Desta forma, percebemos que esta palavra está envolta de aspectos negativos e remete-nos a questões históricas, sociais, familiares e pessoais.

A psiquiatria é a ciência que se encarregou de tratar e eliminar a loucura, pois ao tornar o louco um doente transformou o irracional em racional. Neste sentido, a sociedade passou a aceitar a loucura como parte da razão e o manicômio passou a ter significado na medida em que é responsável por devolver a racionalidade ao louco (BASAGLIA, 1979).

A psiquiatria clássica reduziu o doente a sua doença e a crise, em toda a sua complexidade de sofrimento, foi reduzida e definida como simples agudização da sintomatologia, “um processo prejudicial que deve ser suprimido o mais rápido possível” (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p.33). Os sintomas característicos de uma situação de crise descritos na literatura são: delírios, alucinações auditivas e visuais, agitação psicomotora, agressividade etc.

Para Gomes et al. (2008, p.110), a agressividade e o comportamento violento constituem um dos desafios para a prática psiquiátrica. Os autores ressaltam que existem diversas conceituações para esses casos, o que dificulta na uniformização dos resultados. Assim, eles trazem os conceitos que permeiam as manifestações de agressividade na crise:

▪ Agressão: ato intencional que causa um dano físico ou mental em outra pessoa. Ou ainda, ação forçosa e direcionada para um objeto, pode ser física ou verbal – o correlato motor dos afetos de raiva, ira ou hostilidade.

▪ Violência: ato agressivo que causa dano físico em outros, pode estar associado tanto à agressão verbal quanto à física. Pode ser definida como força física, abuso, forma de anulação ou constrangimento exercido sobre uma pessoa para obrigá-la a fazer ou deixar de fazer um ato qualquer.

▪ Agitação psicomotora: atividade motora e cognitiva excessiva, em grande parte é improdutiva e decorrente de tensões internas. Ansiedade grave associada à inquietação motora, semelhante à irritabilidade caracterizada por excitabilidade excessiva com raiva ou irritação desencadeada facilmente.

O comportamento do louco, considerado pela psiquiatria como incompreensível e imprevisível, despertou certa dose de temibilidade e justificou a

adoção de práticas de exclusão e segregação orientadas pela ideia de que o louco é um ser perigoso para si e para seu grupo social (KANTORSKI; MIRON, 2001).

No campo da Atenção Psicossocial, construiu-se um novo olhar para a crise, de forma a redimensionar a temida periculosidade. Basaglia (1979), no relato de sua experiência em Trieste, diz que, ao levar para a comunidade a questão da alta do paciente e sua problemática social de não ter dinheiro, casa, nem família, fez com que muitas pessoas percebessem que se encontravam nas mesmas condições dos pacientes e isso acarretou mudanças na relação com a loucura. Uma das mudanças foi a diminuição da problemática da periculosidade, pois passou-se a olhar não mais para uma doença, mas para uma crise. Isso pode ser observado nas palavras de Basaglia (1979, p.19):

> Nós salientamos hoje que cada situação que nos é apresentada é uma crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. Víamos que aquela esquizofrenia era expressão de uma crise existencial, social, familiar, não importa, mas era uma crise. Uma coisa é considerar o problema uma crise ou um diagnóstico, porque o diagnóstico é uma coisa e uma crise é uma subjetividade. Subjetividade que põem em crise o próprio médico.

O campo da saúde mental é considerado um campo polissêmico e plural por lidar com condições complexas na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades. Por isso a categorização do diagnóstico é um risco, pois “reduz as possibilidades da existência humana e social” (AMARANTE, 2007, p.19). Assim, o que se busca é a superação do aparato manicomial, composto não apenas por sua estrutura física, mas por todo o “conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (AMARANTE, 2007, p.56).

Conforme Amarante (2007, p.19-20), “trabalhar na saúde mental”, até pouco tempo atrás, significava trabalhar em hospícios, manicômios, ambulatórios e emergências de crise psiquiátrica, “era trabalhar com loucos agressivos, em ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação”. Porém, hoje, muitas perspectivas e cenários estão surgindo e transformando radicalmente o trabalho no campo da saúde mental.

A ideia de periculosidade nasceu associada ao conceito de alienação mental e, em virtude deste conceito estar associado à perda da razão, à irracionalidade e à animalidade, contribuiu para a construção do sentido social de medo e para a

discriminação com as pessoas identificadas como tal (AMARANTE, 2007). Nas falas que serão apresentadas, um profissional descreve o sentimento de medo que tinha quando começou a trabalhar no serviço de saúde mental e explica que, após o convívio com os usuários, o medo foi passando, pois foi construído um vínculo. O outro profissional relata uma crise muito agressiva que lhe causou muito medo, e coloca que o medo passou com o passar do tempo.

> Quando eu cheguei aqui eu achei estranho, sabe? Eu fiquei meio assim com eles. Aí conversamos depois, sabe? Tu leva um choque de vê eles, o jeito deles, né? Tu, te dá uma coisa quando tu entras. Mas depois foi passando o tempo e eu fui me acostumando com eles, e hoje porque até a gente se sente como uma família assim, sabe? Eu acho que a gente fica gostando dos usuários assim. Eu, para mim, por exemplo, às vezes acontece um acidente, né? Quando estão em surto, isso vai acontecer, né? Quando eles não estão bem, né? [...] A14

> Nós já tivemos muitos casos bem graves. Eu mesmo posso admitir que logo que eu comecei a trabalhar aqui, eu, primeiramente eu quase nem dormia direito em casa, né? Porque foi bem violento um surto que a gente pegou de um paciente que ele agrediu um brigadiano. O brigadiano levou 8 pontos no queixo, no lábio em tudo assim. Mas depois com o passar do tempo a gente vê que aquele medo, aquele receio que a gente tem do serviço é tudo bobagem. Mas a segurança, isso é bem verdade. A2

Nesta última fala, percebemos um discurso contraditório, porque o profissional diz que o medo passou, mas termina ressaltando a importância da segurança. Para desconstruir o sentido de periculosidade social que envolve os indivíduos em sofrimento psíquico nas situações de crise, é necessário mudar os modos de lidar com essas situações e experiências para que estes se constituam como processos de produção de subjetividades. Os aspectos negativos da crise precisam ser redimensionados de maneira que seja construído o entendimento de a crise ser uma situação possível de ocorrer mesmo em casos nos quais a equipe considere que o usuário em questão tenha tido um bom acompanhamento terapêutico. Este entendimento é percebido na seguinte fala:

> Eu entendo assim, que vai ter isso de vez em quando, que por mais que a gente cuide da medicação, que a gente fale com a família ou, quando tu vê às vezes tu diz: aí, eu não entendo, está bem medicado, está cuidadinho, a família não sei o que, tananã... a maioria não está surtando mais assim. Faz muito tempo que a gente não vê surto assim, que a gente tinha visto. Olha, tem surtos graves que eu acompanhei e que, que, quem entrou depois nunca viu, [...] Tem gente que nunca viu o personagem 17 em surto desde que entrou aqui. Então assim, são, são surtos horrorosos, né. É... assim, que assustam, muito agressivos e, que, bem tratadinhos assim, não, não aconteceram mais. E alguns acontecem. [...] Então assim, algumas, alguns que ainda acontecem e que vão acontecer, sinceramente assim, eu acho normal. A11

Outro fato que chama atenção nesta fala e que é fundamental para o cuidado à crise é o entendimento de que esta não é apenas um momento agudo em que os sintomas predominam, mas é um momento complexo que envolve a existência do sujeito com suas questões familiares, sociais, de relação e de afeto. Por isso, para o cuidado da crise é necessário lançar mão de instrumentos complexos, como a escuta que permita a expressão das subjetividades e uma intervenção que instrumentalize o sujeito a responder as situações desencadeantes da crise. Pela fala, podemos apreender ainda que o serviço tem conseguido avanços com relação ao cuidado da crise, pois o profissional coloca que alguns usuários, conhecidos por suas crises muito agressivas, estão conseguindo construir recursos para responder às situações conflituosas.

Na Itália, o conceito de **periculosidade** foi abolido pela Lei 180, a qual colocou no lugar da periculosidade outro conceito: “que as organizações médicas e sociais respondam às necessidades reais do povo”. Para Basaglia (1979, p.89), um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas acima de tudo, “é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político”.

Este conceito é importante, pois direciona as práticas de cuidado à crise para o sujeito em sua totalidade, transformando o ato terapêutico de integração “na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara” (BASAGLIA, 1985, p.113).

No entanto, existem situações de intervenção na crise, ocorridas no CAPS de Alegrete, que deixam os profissionais com dúvidas sobre “esse fazer”, como podemos observar nas falas abaixo:

> Não vou te dizer que às vezes, sei lá, passa a semana, duas semanas e está sempre do mesmo jeito e a gente não te... tem até a nossa... Ai, será que eu estou fazendo, né, será que está certo. Às vezes eu vou para supervisão para vê isso. Não está andando, será que é culpa minha. Mas assim, isso eu acho normal, né. Não é mais manicômio, né. A gente está cuidando aqui e, aí vão ter situações. Então claro, mas aí eu tenho plena consciência, vai ter aquele momento sim de crise. Alguns ainda vão ter. A11

> O usuário (em crise), né. Que vai, que o usuário... a gente vai ficar com o usuário aqui? Eu digo: para onde tu quer que nós mandemos o usuário. Aí às vezes a gente tem que se meio dura assim. O que? Nós vamos mandar o usuário para casa, para ele ser agredido, para ele agredir, para ele continuar usando mais droga do que ele já usa. Nós vamos mandar o usuário para um hospital psiquiátrico ou nós vamos ficar aqui estudando o caso dele para achar uma alternativa melhor para ele. Até depois da última

> agressão desse usuário eu chamei a mãe, chamei a tia, conversei com elas duas, três vezes, sabe, para conscientizar, porque ele chegou algemado em casa. E depois disso assim, ele está se comportando as mil maravilhas. Às vezes é a falta de um limite interno que nunca estabeleceu, e fica... A3

Segundo Kinoshita (1987, p.75), a desistitucionalização – entendida não apenas como abertura das portas do manicômio, mas também como a abertura de nossas cabeças para o entendimento daqueles que nos procuram – faz com que se modifique a relação profissional/usuário, ou seja, o profissional não tem mais "respostas institucionais prontas a priori, mas devem criar alternativas concretas dentro da própria relação tensa, de sujeito a sujeito, de cidadão a cidadão, entre aquele que procura o serviço e aquele técnico que recebe uma demanda".

No campo do cuidado à saúde, e mais especificamente na construção cotidiana de uma rede antimanicomial, há de se ter lado e de se poder falar dele. Ter lado é

> [...] oferecer o seu trabalho vivo em ato, no dia-a-dia, para produzir mais vida e produzir no outro possibilidades de mais dignidade no viver, [...] um fazer compromissado com a produção de relações vivificadoras, que toma situações de tutelas como chances de construção de autonomias (MERHY, 2007, p.14-15).

Essa questão remete-nos a um aspecto importante que encontramos nas falas, pois mesmo os profissionais demonstrando dúvidas quanto ao fazer, percebemos um comprometimento em construir um modelo de cuidado diferente do manicômio, uma disponibilidade para buscar uma solução singular que cada caso exige, sendo este um "importante indício do movimento permanente de reflexão e construção no campo da reforma psiquiátrica" (AMARANTE, 2007, p.83).

A singularidade é um dos princípios, descritos por Lobosque (1997, p.22), para uma clínica antimanicomial que, segundo a autora, deverá "operar no sentido contrário ao da exclusão". De acordo com este princípio, a singularidade não é apenas entender que cada caso é um caso, porém é "perceber que o sujeito não é único nem idêntico a si mesmo, residindo o singular de cada qual não em sua unidade suposta, mas numa discordância fundamental". Trata-se, portanto, de interpelar a singularidade de forma que convide o sujeito a sustentá-la ao seu estilo sem excluí-lo do social.

Trabalhar em saúde mental é um convite à reflexividade (SPINK, 2004), a um pensar diferente que considere a complexidade dos sujeitos e situações, que

valorize a diversidade de saberes e os sentidos construídos socialmente que permeiam o cuidado em saúde mental.

A trajetória de intolerância e preconceito ligada ao louco fez do hospital psiquiátrico o emblema da exclusão e do sequestro da cidadania, das subjetividades e singularidades do ser e, da vida dos sujeitos um sofrimento. O estigma da periculosidade tem acompanhado o louco trazendo como consequência o isolamento/asilamento e a negação de seus direitos de serem cuidados como cidadãos (TERRA et al., 2006).

Esse sentido de periculosidade que sequestrou os direitos de cidadania do louco é encontrado ainda presente no imaginário social e no imaginário de alguns profissionais, como podemos observar nas falas:

> Eu vejo que tem pessoas ainda, né, colegas nossos que tem medo, né. Eles tem medo assim. A3

> Eu tenho experiência, já trabalhei no São Pedro, [..] e eu não me sentia tão insegura e aqui no serviço eu me sinto, principalmente na parte da tarde. [..] Até no, quando a gente tem paciente muito agitado, muito agressivo. Que de manhã a gente tem um que é estagiário de, do setor x, que é uma pessoa, que dá assim um, um respaldo quando a gente tem uma situação difícil de lidar. [..] E, e, assim, de tarde, a gente se sente meio desprotegida. A16

> Não tem como a gente dizer que não fica insegura, aquele dia mesmo naquele, naquela ocorrência ali. O negócio estava. Se, se a pessoa às vezes batendo boca e agredindo a gente verbalmente. Aquilo mexe, não tem como tu... Quando ela chegou com aquele pau assim na porta, eu digo pára aí que eu vou chamar a tua terapeuta. E oh, eu digo, eu não vou ficar naquele brete ali e ela me... eu já perdi um irmão, eu tenho medo, eu não vou, não vou esperar de graça. Porque aquele pau quem é que contém? A20

> Ah, é perigo, né? Em risco de vida até. Porque tu vai entrar numa casa tu nunca imagina o que vai estar te esperando lá dentro, né? Eu já vi vários pacientes bem agressivos, a gente tem que dizer então tá, muito obrigada, e sai rapidinho, né? Eu acho que a gente sempre está com esse risco, assim. Principalmente nas visitas domiciliares. Só que eu não sei o que, o quê que a gente poderia fazer para evitar isso, sabe? A23

Nas falas, emergem questões importantes, como o medo sentido pelos profissionais de forma intensa. Podemos observá-lo quando estes relatam que correm “risco de vida”, que “já perdeu um irmão e não vai esperar uma agressão de graça”. Temer a crise, em nosso entendimento, reforça o sentido de exclusão, que se manifesta na forma de distanciamento entre o usuário e o profissional do serviço.

Para Maurício (1991, p.9), temer a loucura serve apenas para justificar a violência que se emprega contra o louco e para “validar os anteparos profissionais que nos separam irremediavelmente, como pessoas, do louco. Com medo, troca-se

muito pouco, conhece-se pouco. Pode-se ‘ajudar’, diagnosticar, ‘tratar’, jamais amar”. Seguindo este pensamento, ressaltamos a importância de abrir não somente as portas do manicômio, como também as nossas cabeças para que se construa o entendimento que extinga a demanda convencional crise/internação no hospital psiquiátrico, “urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber” (DELGADO, 1991, p.17).

Outra questão que aparece na segunda fala, é o caso do profissional expressar que sente medo de trabalhar no CAPS, pois se sente desprotegido, o que não ocorria quando trabalhava no hospital psiquiátrico. Este fato acontece porque no manicômio os profissionais estão “respaldados” pelo aparato manicomial, trabalham “implicitamente com a noção de periculosidade – como um policial que deixasse sempre entrever o volume da arma sob o uniforme” (LOBOSQUE, 1997). Essa noção justifica as “terapias” de cura do manicômio, propostas para impedir a possibilidade da pessoa exprimir-se como sujeito, tornando-a objeto. Nestes espaços, o grau de repressão é tão intenso que inibe o sujeito de exprimir sua própria agressividade (BASAGLIA, 1979).

Na próxima fala, além do medo que a crise desencadeia, o profissional relata que nas situações de crise, ele não tenta uma abordagem verbal porque, neste momento, a iniciativa pode agravar a condição do usuário, ou seja, despertar mais agressividade.

> Eu acho que assim, no caso, por exemplo da personagem 1 que aconteceu naquele dia é o fato dela estar assim (em crise) desencadeia um monte de medo, aí muita gente já não vem hoje, que fica com medo. (...) eu nem tento falar nada, porque nessas horas não adianta a gente falar. Porque aí você piora, eles levam para outro lado. Então eu prefiro ficar quieta. E proteger quem eu consigo proteger e, deixar porque tem uns que são bem violentos e agridem realmente, tu tem que proteger os que são menos. Que sabe que vão ficar mais nervosos, então você tenta proteger aqueles, mas os outros ficam vulneráveis. A21

Esta fala remete-nos ao fato de que diante do usuário em crise, com suas necessidades e demandas excessivas e muitas vezes impróprias, os serviços e os profissionais não têm a capacidade de colocar-se em crise. Pois a própria rigidez dos procedimentos adotados, “não apenas não resolvem bem como, com freqüência, determinam a emergência da crise” (DELL’ ACQUA; MEZZINA, 1991, p.54). A falta de condições para o reconhecimento do sujeito como uma entidade

complexa acarreta a reduções e simplificações, ou seja, reduz a complexidade da crise aos sintomas expressos pelos sujeitos nestas situações.

Ignorar a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do sujeito a responsabilidade por sua vida, descontextualiza-o e rouba sua autonomia, além de desconsiderar a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Segundo Ferigato, Campos e Ballarin (2007, p.35), muitos profissionais esquecem a potência intrínseca de uma crise que oferece uma oportunidade de transformação e desvio, “momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter inédito”.

Desta maneira, é necessário questionar algumas concepções ainda existentes em nosso cotidiano que tendem a generalizar a crise, entendendo-a como um desvio da conduta normal, como um erro, como uma dificuldade de adaptação ou distúrbio. Buscando, com isso, construir formas de compreender as situações de crise em sua singularidade e em seu contexto existencial (COSTA, 2007).

Um importante passo para mudar a lógica da periculosidade, que insere a crise no contexto da exclusão, é devolver ao sujeito as condições para o desenvolvimento de sua cidadania, devolvendo-lhe a “responsabilidade e possibilidade de conviver e partilhar com os outros de uma mesma estrutura social e política” (AMARANTE, 2007, p.34).

O conceito de cidadania, defendido pela reforma psiquiátrica, relaciona-se à ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como trata, sobretudo, da ampliação desse conceito no sentido de reconhecer a “pluralidade dos sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado” (AMARANTE, 1995, p.493). Cuidado que não exclua, violente ou discrimine os sujeitos, mas que construa possibilidades para a valorização de seus desejos e projetos de vida.

Conforme Scarcelli (1999, p.196), a angústia e o medo da loucura são conteúdos emergentes no cotidiano de trabalho dentro da lógica antimanicomial, surgidos possivelmente em função do “desconhecimento em lidar com pacientes

‘psicóticos’”. Em virtude disso, a autora traz a importância de construir novas delimitações e ressignificações para os saberes e fazeres antimanicomiais a partir da disponibilidade para “enfrentar e superar conflitos advindos das contradições do modelo e impasses que se expressam nas relações intersubjetivas” (SCARCELLI, 1999, p.197).

No contexto atual, as situações de crise geram muitos conflitos e contradições nas relações entre profissionais e usuários. Entretanto, podemos observar no cotidiano do CAPS de Alegrete, que as situações de crise despertam diferentes posicionamentos e sentidos, pois embora alguns profissionais tenham relatado sentir medo, outros posicionam-se de maneira diferente, demonstram disponibilidade para o cuidado dos usuários em crise e relatam não ter medo, conforme podemos constatar nas seguintes falas:

> Não (se sente exposta), porque aqui a gente tem muita, todos ajudam. Então quando um está, um usuário está em surto, geralmente todo mundo vem, ajuda. A7
>
> Eu já apanhei, já me correram, um já me defendeu. Mas eu não tenho medo dos usuários. [...] Então dão risada quando eu digo que tenho medo dos cachorros e não dos usuários. Eu chego, eu converso e é rara a vez, raras vezes que eles me agridem. Muito rara vez que eles me agridem. Então às vezes eu não entro de medo dos cachorros, que os cachorros vem e avançam na gente, eu já fui mordida três vezes e tenho medo. Mas dos usuários eu não tenho medo nem aqui dentro. A8
>
> Não, medo assim eu não tenho, sabe? Eu tento sair, porque às vezes eu até ajudo, né? [...] a pegar, sabe? Ele para não machucar ele, para até a Brigada chegar, para dar um remédio, sabe? Acalmar eles. Colocar eles para não quebrar, não se machucar aí dentro com vidro mesmo. Até ele escuta a gente quando o personagem 3 está assim. Medo eu não tenho medo. A14

Segundo Lobosque (1997), é necessário pensar na desproteção relativa com a qual se trabalha em um serviço aberto, como é o caso do CAPS, sem menosprezar a gravidade que uma crise envolve. Assim, a autora chama atenção para a necessidade de romper com o enquadramento manicomial que determina certa relação ao saber que realiza a força da demarcação de espaços colocando o sujeito em sofrimento psíquico no espaço da exclusão. A construção de uma clínica desarmada não nega o risco que uma situação de crise pode acarretar, mas sobrepõe a este o compromisso de construir um cuidado em liberdade que respeite a diferença e, acima de tudo, que retire o sujeito do isolamento e exclusão e coloque-o em espaços de vida e sociabilidade.

A desinstitucionalização é um processo que vai além dos aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, legislativos ou políticos, pois acima de tudo, engloba o aspecto ético, que reconhece a prática de cuidado como forma de introduzir novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos, inclusive o direito de “terem um tratamento efetivo, de receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro” (AMARANTE, 1995, p.494).

A crise não pode ser vista apenas pelo lado negativo, mas, também, como o momento em que sujeito mais necessita de cuidado afetivo, uma oportunidade para construção de vínculos. Com esse entendimento, os profissionais poderão construir novas formas de abordagem do usuário em crise que não sejam atitudes de violência, repressão, nem de indiferença, pois muitas vezes o medo impede a aproximação, o vínculo e o sentido de responsabilização pelo cuidado na crise.

A primeira atitude para a organização de um cuidado humanizado à crise é a intervenção precoce baseada no diálogo empático e orientada nos aspectos emocionais e motores do usuário em crise (GOMES et al., 2008). Para estes autores, o manejo inicial deve incluir, além de uma relação empática entre profissional e usuário, algumas preocupações para mudar o ambiente e torná-lo seguro para todos os presentes. Para isso, são necessárias algumas medidas, como atender prontamente a crise, escolher um ambiente calmo e sem estímulos intensos para a intervenção, manter uma postura calma e com tom de voz baixo, e retirar objetos que possam ser potencialmente perigosos.

A preocupação com a organização de um ambiente seguro é uma questão abordada pelos profissionais de Alegrete, como podemos observar na fala:

> Mas é, eu tenho essa idéia, eu me preocupo com a segurança, tem o guarda que me deixa o cacetete ali em cima dos armários de aço, vivo pedindo para tirar. Porque eu acho que a gente não tem nem que botar tranca e nem deixar a faca na mão, sugerir uma situação que exponha a pessoa lá. E ali entram os usuários, circulam ali e tal. Então é... A4

Nas próximas falas, os profissionais abordam a questão da prevenção, no sentido de organizar a intervenção nas situações de crise de modo que o risco de agressão seja diminuído. Assim, é colocada a necessidade de, no mínimo, dois profissionais para a realização do manejo, e no caso de situações nas quais não é possível uma intervenção, que o profissional não se exponha.

> Para prevenir situações que a gente considera assim. Por exemplo a usuária aquele dia podia ter me dado um bofetão. Na hora eu disse: ela vai me dar. Assim como eu, os outros usuários, eu sempre digo: gente, se

> vocês sentirem o perigo saiam de perto. Se não tem como conter, se não tem como lutar, quebram carro, quebram isso, quebram tudo, mas não deixem agredir vocês. .A3

Com relação à essa fala, cabe ressaltar que embora haja uma real necessidade do profissional preservar-se, ele não pode esquecer que o sujeito em crise também precisa de proteção e que a responsabilidade por essa proteção faz parte da função dos trabalhadores do CAPS. Portanto, em casos nos quais não é possível fazer uma intervenção, o profissional precisa observar a situação e esperar um momento no qual o sujeito em crise esteja mais acessível a uma intervenção ou um momento em que haja maiores recursos para a abordagem.

Contudo, não podemos afastar-nos do entendimento de que pessoas em crise "precisam de ajuda e, em casos extremos essa ajuda precisa ser imediata", pois o que está em jogo é a imprevisibilidade (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p.183). Assim, algumas situações requerem "agilidade, intervenções imediatas, coordenação rápida das ações dos trabalhadores" (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.74-75).

É Importante preservarmos a ideia de urgência enquanto cuidado que pode ser prestado imediatamente, ou seja, um tipo de "atenção urgente à pessoa em crise", para com isso desconstruir a ideia de urgência psiquiátrica que reforça a loucura como doença mental, trazendo consigo toda sua história de violência e estigma (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p.183).

Nas duas falas seguintes, é comentada a importância de ter dois profissionais para o manejo da crise e de compartilhar com os colegas de equipe quando um usuário começa a construir delírios em relação a algum profissional, por exemplo, a fala "está vendo alguém em mim". Isto demonstra a necessidade de se manter uma relação terapêutica com o usuário buscando a aproximação, a presença e a disponibilidade da equipe para entrar em relação e lidar com os conflitos buscando construir "novas possibilidades de interação com o sofrimento psíquico, abrindo brechas na construção cultural da ausência de valor do louco e no imaginário da periculosidade" (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, P.75).

> Quando é muito assim, arriscado, eu não vou sozinha. Porque olha... os casos assim, que eu não estou conseguindo fazer grupo, que está muito nervoso, que ele está me, está vendo alguém em mim, enfim, eu procuro compartilhar isso com algum dos colegas. Porque daí se precisar manejar a gente maneja de dois, é melhor que manejar de um. A6

> Eu acho que é só com cautela, né? Nunca ir sozinha, quando vê que há um risco de, de perigoso sempre levar mais alguém. A23

No momento de crise, o profissional representa muitas vezes uma ponte entre o sujeito em crise e a realidade. Por esta razão, o ele precisa manter uma postura de suporte, “no sentido de sustentar sua força destrutiva para que ela encontre destinos mais criativos para os sujeitos” (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p.37).

Isso implica em valorizar o sujeito em crise, reconhecendo sua condição de ser humano, e não apenas de doente ou de sujeito em crise, a partir do respeito ao seu tempo, a sua individualidade e singularidade, que muitas vezes vão de encontro às expectativas da equipe (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Portanto, compartilhamos o entendimento de Merhy (2007b, p.56) de que os centros de atenção psicossocial (CAPS), por serem considerados serviços substitutivos e por prometerem ser o lugar de críticas às formas hegemônicas de se construir práticas de saúde e de construção de práticas antimanicomiais, estão no “olho do furacão antimanicomial”. E isso os torna lugares para manifestação de grandes conflitos e desafios, e “ousar dar conta dessas missões gigantescas, é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade”.

Construir um cuidado antimanicomial, estando no “olho do furacão”, e poder usufruir das dúvidas e das experimentações. Seria muito importante tomar isso como um “elemento positivo, como marcador contra os que possam imaginar que o CAPS já é o lugar das certezas antimanicomiais”, pois a postura de seguir modelos fechados ou receitas prontas elimina “a interessante multiplicidade deste, e não aproveitar de um fazer coletivo solidário e experimental” (MERHY, 2007b, p.57).

Desse modo, entendemos que a intervenção no momento de crise pode gerar, em muitas situações, angústia nos profissionais mobilizando sentidos de impotência a partir da experiência do não-saber. Essa situação é relatada na fala abaixo:

> Eu tento lidar da melhor maneira. Às vezes, como eu digo, às vezes a gente não raciocina, às vezes as coisas que tu vai vê, parece que o corpo que está tremendo. Que tu não tem tempo de, de codificar e decodificar o pensamento, mas às vezes, parece que é irresponsabilidade nossa não conseguir pegar, tomar o pau daqueles da mão de um usuário. A20

Segundo Merhy (2007), numa situação de crise, o profissional precisar usar sua clínica e perspicácia para acolher, escutar, expor-se a vínculos e jogos

transferenciais, enfim, gerar intervenções singulares e aproveitar a oportunidade que a crise oferece para resignificar o projeto terapêutico do usuário.

Nicácio e Campos (2004, p.76) salientam o cuidado com a crise em liberdade, pautado numa relação de contratualidade em que o outro é considerado um sujeito de direitos e de poder, não possui respostas prontas. Por ser a crise um momento singular, o cuidado exige a intervenção num campo conflitivo e a construção de relação com usuários, “singularizando e contextualizando o campo de possibilidades e de significados no qual se inscrevem”.

Para Ferigato, Campos e Ballarin (2007), nem sempre teremos uma resposta pronta para aliviar a angústia que escutamos do outro, o que gera angústia em quem ouve e ânsia por uma resposta ou um instrumento de cura, privando com isto o terapeuta de escutar. Portanto, a crise não pode ser entendida como um diagnóstico com terapêutica delimitada previamente, muito pelo contrário, é fundamental vermos a crise como potencialidade e localizá-la no contexto da pessoa que a traz (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p.184).

Por conseguinte, o cuidado à crise precisa romper com o sentido de periculosidade que coloca o louco como alguém ameaçador, do qual devemos nos proteger. Para Ferigato et al. (2007, p.37), “ouvir discursos repletos de dor, angustia e sem nexo aparente, pode vir a se constituir num trabalho muito árduo, que exige de quem ouve habilidades e uma ética específica”. Neste sentido, esse cuidado não pode se confundir com a advertência CUIDADO (COSTA, 2007).

Para Kantorski e Miron (2001, p.17), a construção de novos saberes e práticas sobre a loucura precisam estar pautadas em noções éticas capazes de engajar “distintos atores e sujeitos sociais, que tenham como premissa uma transformação cultural da sociedade acerca dos modos de perceber, aceitar, compreender e conviver com o diferente”.

Na opinião destas autoras, a periculosidade é um critério generalizante usado para exclusão e segregação da loucura sem nenhuma contribuição no desenvolvimento da escuta do sofrimento psíquico. Além de ser um critério inadequado “porque não leva em conta que todo o sujeito – mesmo os considerados ‘normais’ – pode ter atitudes imprevisíveis e incompreensíveis” (KANTORSKI; MIRON, 2001, p.16). Assim, a imprevisibilidade é componente da natureza humana

e não está limitada à loucura, embora esta carregue o sentido de medo e a necessidade de distanciamento social.

Esse entendimento, de que a crise é uma situação que pode acontecer e que o risco e da insegurança que ela envolve não são diferentes do risco e da insegurança que estamos expostos no dia a dia, surge nas falas de alguns profissionais. Estes relatam que existe o risco de uma situação de agressão, porém ressaltam que esse risco é inerente ao trabalho e que não difere do risco que corremos em outros espaços da sociedade.

> Porque tu sai na rua tu estas sujeito também a alguém, te assaltar, te esfaquear, aconteceu com a pessoa lá. Então eu acho que aqui dentro assim [...] a questão da segurança é isso. Eu não vejo assim, eu não consigo descola o que acontece aqui do que acontece na rua. Então é o que eu digo para as gurias: então nós vamos ter que ter polícia em todas as esquinas, gurias, se a gente vai ter que ter polícia aqui dentro para trabalha. A3

> Eu, particularmente penso assim. Eu acho que o risco que a gente corre aqui não é diferente que a gente corre no geral. Não acho que tenha... acho que um pouco do bom senso nas coisas, vale a pena. Então acho que isso também tem uma, um pouco de como a gente organiza a... agora o risco é, é, é inerente ao que a gente faz. Eu não acho que seja uma coisa assim, é, é de preocupar? É. Porque é a vida da gente. Mas não acho que seja o ponto, o nó crítico do serviço. Não acho. Acho que a gente corre o risco, assim como a gente corre em várias unidades. Muitas vezes a, quando tu vê, o pessoal está querendo te bater por coisa que tu nem, nem te dá conta. Eu acho que tem uma certa preocupação nossa que é próprio da clientela que a gente está. Então tem épocas que, que essa preocupação cresce um pouco mais, dependendo se teve alguma intercorrência maior ou não. Eu não acho que seja um nó, [...] aqueles que já estão aqui que a gente, que a gente já sabe mais ou menos quem são os mais difíceis de abordar em surto. O nosso maior desafio é para aqueles que a gente não conhece. A5

> O que eu penso sobre isso... eu acho que é normal. Acho que isso aí, eu acho que isso é uma coisa extremamente, é... inerente ao nosso trabalho, é... se a gente não quiser encarcerar é assim. Então assim, para mim, eu não acho uma coisa absurda, para mim é natural. A11

Um fato que chama atenção na segunda fala é de o profissional reconhecer que o cuidado à crise não é o nó do serviço. Concordamos em relação a isto, porém entendemos que o tema ‘cuidado à crise’ precisa ser discutido cotidianamente para que possamos compreender os sentidos que a envolvem e o posicionamento, tanto nosso quanto das pessoas que compõem o cotidiano, em relação à ela. Somente a partir deste entendimento poderemos discutir formas de lidar com a crise sem receios e tabus.

Outra importante questão relatada na mesma fala diz respeito à dificuldade de cuidar da crise em casos nos quais não se conhece o usuário. Este se constitui

como um dos desafios do cuidado à crise, pois, conforme a discussão que viemos fazendo, entendemos que o vínculo é uma potente ferramenta para o cuidar neste momento em que os sintomas agudizam-se e as pessoas necessitam ainda mais de laços afetivos. No entanto, consideramos que o primeiro encontro entre profissional e usuário, mesmo que este esteja em crise, é o momento de construir as bases para uma relação de confiança, vínculo e reciprocidade.

Na terceira fala, o profissional reconhece o desafio de cuidar da crise em liberdade, porém demonstra uma atitude, uma posição de responsabilização por esse cuidado, a partir do entendimento de que para mudar a lógica do ‘encarceramento’ precisamos encarar os desafios e construir formas de convivência com a loucura, mesmo nos momentos de crise.

Para restituirmos a cidadania roubada do sujeito em sofrimento psíquico, não basta apenas a abolição das formas institucionais concretas de exclusão (leis restritivas, manicômios e grades) e a identificação dos ‘loucos’ como cidadãos iguais perante a lei, pois a perspectiva de cidadania como sinônimo de liberdade e de igualdade traz alguns equívocos. Em primeiro lugar, a exclusão pode ser muito mais sutil e velada numa relação entre desiguais (profissional reconhecido como detentor do saber e da razão, e sujeito em crise como objeto de práticas e intervenções), embora os dois estejam num contexto de liberdade, em comparação à exclusão produzida pelos muros e grades. Em segundo lugar, o princípio da igualdade pode configurar-se como injusto, pois não é o caso de tratar todos igualmente, mas de identificar e respeitar as diferenças (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Trata-se, portanto, de algo mais profundo do que mudanças administrativas e legais, ou seja, é uma nova construção social/cultural para um novo objeto, que não é mais a doença mental ou os sintomas da crise, mas o sujeito em suas singularidades. Compreender que a cidadania é um projeto aberto a ser construído cotidianamente, a partir da convivência com os diferentes e suas diferenças nos modos de responder à crise e às situações desencadeantes.

A compreensão da cidadania – não apenas restrita ao reconhecimento de direitos, mas como um processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo (BEZERRA JR., 1992) – permite a construção de novos sentidos para a loucura e para a crise, que não seja de exclusão, mas firmados numa postura ética e solidária.

No entanto, encontramos, nesse novo modelo de atenção em saúde mental, sentidos de exclusão. Sentido este que esteve tão arraigado e que é a base do modelo manicomial. Na fala abaixo podemos encontrar este sentido:

> É, e não é a primeira vez, aí teve um usuário que disse assim "Não, mas aqui não dá, a personagem 20 não pode vim, tem que expulsar, tem que, ela tem que ficar um bom tempo sem vir.", isso tu tem que falar sexta na reunião, na assembléia de vocês, porque de repente se eu funcionária dizer, vão dizer que a gente não quer cuidar. A20

Percebemos nessa fala um tom manicomial, de exclusão e de punição dos usuários que vivenciam uma crise. Isso demonstra o quanto precisamos estar atentos aos sentidos que nossas práticas discursivas estão produzindo no cotidiano dos serviços substitutivos, pois ao invés de construir novos sentidos, acabamos por reforçar os próprios sentidos manicomiais que desejamos superar.

Segundo Andrade (2007, p.91), precisamos "cuidar para que não nos tornemos novos cronificadores, novos assistencialistas ou novos instrumentos de medicalização e do falso cuidado desses sujeitos com os quais criamos novos ambientes e novos espaços de tratamento".

Desse modo, acreditamos ser de suma importância discutir nas assembleias as situações de crise que ocorrem no cotidiano do serviço, não na intenção de punir ou reforçar o sentido de periculosidade, mas pretendendo demonstrar que a crise é um momento do sofrimento. Pois não estamos negando a existência da doença, apenas estamos buscando construir novos sentidos e novas práticas para nos relacionarmos com a loucura.

De acordo com Foucault (2006a, p.36), "a doença mental foi construída pelo conjunto do que foi dito no grupo de todos os enunciados que a descreviam, explicavam, contavam seus desenvolvimentos". Por isso, os profissionais "se posicionam nas relações sociais, no lócus onde se produzem e se significam determinadas práticas" (GUARESCHI, 2004, p.10).

Esta compreensão vai ao encontro da ideia de Amarante (1995), de que a ética seja a base da desinstitucionalização. Sendo assim, o futuro da reforma psiquiátrica não depende apenas do "*sucesso terapêutico assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social* (AMARANTE, 1995, p.494).

Portanto, a desinstitucionalização da crise significa a reconstrução de sentidos, intercâmbio de novos papéis, transformação do modo como os doentes vivem e se relacionam com o seu próprio sofrimento e com a sociedade. No lugar dos sentidos de perigoso e incapaz, precisamos estudar possibilidades para o fortalecimento das capacidades dos sujeitos e para a inserção no corpo social, a partir da construção de práticas de atenção que respeitam e garantam os direitos de cidadania.

6. DA VIOLÊNCIA AO VÍNCULO: construindo novos sentidos para a atenção à crise no território

O movimento de reforma psiquiátrica trouxe para o cenário nacional críticas e discussões acerca dos pressupostos que sustentam o modelo manicomial. Assim, colocou em pauta a construção de um novo modelo assistencial que privilegiasse a desinstitucionalização, tornando este o novo projeto de saúde mental que propõe um novo lugar social para os sujeitos em sofrimento psíquico que este não seja de exclusão e violência (AMARANTE, 2003a).

Neste sentido, abordaremos neste capítulo as práticas de atenção à crise no território desenvolvidas pelo CAPS de Alegrete e os novos sentidos que estão sendo construídos a partir dos novos posicionamentos e práticas discursivas dos profissionais que compõem o cotidiano dos serviços substitutivos e que são co-responsáveis no cuidado da crise em liberdade e na construção de relações de reciprocidade e vínculo.

Uma das estratégias do modelo de Atenção Psicossocial é o trabalho no território. A concepção de território, que substituiu a ideia de comunidade, vai além da mera distinção com a comunidade da psiquiatria comunitária, pois entende que “o território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam” (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.145).

Milton Santos (1985), autor da área da geografia, trouxe importantes contribuições para a construção do conceito de território. Para este autor, o espaço é o “resultado da inseparabilidade entre sistemas de objetos e sistema de ações” (SANTOS, 2004, p.100). O espaço geográfico/territorial é o conjunto de ações e de objetos situados no espaço e no tempo. Portanto, o espaço é visto como território processo, a ser entendido “como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos naturais e sociais e, de outro lado, a sociedade em movimento” (SANTOS, 1991, p.18).

Desse modo, o trabalho no território não significa o estabelecimento de um plano psiquiátrico ou de saúde mental para a comunidade, pressupõe, na verdade, “trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria” (GIOVANELLA; AMARANTE, 1994, p.145). Neste contexto, o cuidado à crise trouxe um novo embate entre a psiquiatria tradicional, que tem como objetivo suprimir a crise e manter a ordem a partir do isolamento, e os serviços substitutivos, que se propõe a cuidar da crise em um contexto em que a premissa é a liberdade, com ênfase na expressão dos conflitos e subjetividades do sujeito.

O primeiro desafio é a definição de uma situação de crise no território. Para Dell’Acqua e Mezzina (1991, p.53), é difícil uma definição única da crise em psiquiatria, pois para isso seria preciso “considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular”, além dos problemas emocionais, das relações e sociais que fazem parte dos fatos da vida.

Em virtude disso, foram definidos cinco parâmetros para o reconhecimento das situações de crise na experiência de Trieste:

- grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, programas terapêuticos);
- afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;
- recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito;
- situação de alarme no contexto familiar e/ou social – incapacidade pessoal de afrontá-las.

Eram consideradas situações de crise aquelas que respondiam a pelo menos três destes cinco parâmetros. Com isso, buscava-se identificar na prática territorial as situações que, “por gravidade e alarme, eram enviadas ao hospital psiquiátrico com internação forçada, além de definidas como perigosas para o sujeito e para os outros” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p.59).

A partir destes novos parâmetros, percebemos que se amplia a caracterização de crise como algo além dos sintomas, pois é incluído o contexto familiar, social e as relações do indivíduo.

Então, neste novo contexto, a atenção à crise configura-se como um dos pontos estratégicos no processo de mudanças paradigmáticas proposta pela

reforma psiquiátrica, exigindo que os serviços substitutivos e os profissionais lancem mão de novas tecnologias de cuidado. Uma das tecnologias incorporadas à atenção psicossocial é o acolhimento, que segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) e Coimbra (2003), apresenta-se como reorganizador do serviço de saúde, no sentido de garantia do acesso universal e de melhoria na qualidade da assistência, favorecendo a relação entre usuário e trabalhador e ampliando a intervenção em busca da resolubilidade e da humanização do cuidado.

O trabalho em saúde é relacional, pois se produz no momento em que ocorre, por isso é considerado trabalho vivo em ato. Neste pensamento, o acolhimento configura-se como uma tecnologia leve[2] – tecnologia de relações – e adquire uma expressão significativa ao promover o encontro entre trabalhador e usuário, no qual se operam processos tecnológicos que buscam produzir relações de escuta, de vínculo, de responsabilização e de comprometimento com projetos de intervenção que promova a conquista de controle do sofrimento e/ou a produção de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Nos Centros de Atenção Psicossocial, o acolhimento é uma estratégia importante na mudança do processo de trabalho em saúde mental, pois tenta olhar para as questões de saúde além da dimensão da doença, ou seja, valoriza a subjetividade do sujeito e privilegia a escuta das necessidades, desejos e dificuldades (COIMBRA, 2003). A responsabilidade pelo acolhimento de todas as demandas de uma área territorial definida “elimina os filtros burocráticos e administrativos, favorecendo as mais variadas e informais modalidades de acesso” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p.56).

A crise, por ser um momento de conflito, gera muita angústia tanto para o sujeito que a vivencia quanto para as pessoas que estão ao redor, como os familiares e amigos. Além disso, o acolhimento da crise pode ser um momento rico na produção de vínculos e de responsabilização, tornando o serviço referência nessas situações. Nos depoimentos analisados, percebemos que os profissionais construíram um sentido de responsabilização pelo cuidado da crise no território e

---

[2] Para complementar essa discusão consultar Merhy, E.E. & Franco, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves in Saúde em Debate, v.27, n.65, Rio de Janeiro, set/dez de 2003 e Merhy, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998. Nestes estudos são discutidos os conceitos de tecnologia dura, leve-dura e leve

que a comunidade reconhece isso, pois recorre ao serviço quando ocorrem essas situações.

> A gente sempre procura é pedir para as colegas lá da frente que quando elas atendem o telefone é para perguntar se é urgência ou não, né? Se é um caso que um paciente está agredindo o familiar ou coisa a gente tem que largar tudo que está fazendo para ir atender. A2

O que se busca nas práticas de saúde é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Além de resolutiva, precisa ser imediata, pois numa situação de crise não se pode pedir ao sujeito que venha em outro horário. A disponibilidade para uma escuta imediata faz parte da acolhida, conforme está descrito no Guia de Saúde Mental do Rio Grande do Sul[3]. Seguindo a ideia de França (2005), o pronto acolhimento é a principal ferramenta e tecnologia para se transpor as barreiras que costumam impedir o acesso e a inserção dos indivíduos e de grupos em situação de sofrimento psíquico.

Em outro fragmento de uma das falas, podemos observar que os profissionais reconhecem que ficam vulneráveis em algumas situações, mas, mesmo assim, demonstram um comprometimento e disponibilidade para acolher as situações de crise que ocorrem no território.

> É, eu acho que não tem como a gente não ficar muito vulnerável. Não tem como a gente separar, mas. É, é difícil. Mas geralmente quando a gente precisa, a gente tem o apoio de alguém, então. Mas tem casos que a gente tem que meter a cara. Tem que ir. Tem que ver. Mas a gente fica vulnerável mesmo, às vezes é meio complicado. A7

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991, p.61), a simples disponibilidade de "ir ao encontro" do sujeito em crise, muitas vezes, consegue evitar impactos traumáticos, tornando a presença do profissional imediatamente tranquilizadora para os familiares, vizinhos e comunidade, "além de poder desdramatizar os conteúdos da crise, angustiantes para o paciente e para todos que lhe estão próximos". Portanto, o simples fato de estar disponível para acolher a crise é de extrema importância na criação de vínculos com o sujeito, com seus familiares e com a comunidade, que passa a identificar o serviço como um espaço de apoio, um ponto de referência real para a busca de ajuda.

---

[3] A acolhida é uma diretriz da Política da Atenção Integral á Saúde Mental no Rio Grande do Sul e está explicitada no seu Guia de Saúde Mental.

A oferta de escuta e de ajuda concreta, que pode ocorrer no espaço do serviço ou em outros espaços, como a casa do sujeito, possibilita a construção de uma relação de confiança entre profissional e usuário e o início da “tomada de responsabilidade”. Este conceito de acordo com Dell’Acqua e Mezzina (1991, p.62) consiste na disposição em apreender as diversas formas e momentos do sofrimento, “o que diz respeito à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção”.

No CAPS de Alegrete, existe a “tomada de responsabilidade” pelo cuidado da crise, e para isso são utilizados os recursos existentes no território, como o Pronto Socorro, conforme o seguinte relato:

> Se ver que o estado é um surto, que ele agrediu, quebrou, que não dá para esperar para o outro dia é encaminhado ao Pronto Socorro Municipal da cidade, onde ele vai ser medicado, muitas vezes até depois liberado para casa. Se é um caso que dá para esperar para o outro dia a gente combina com o paciente, com o familiar chega aqui agenda, marca a consulta com o psiquiatra que vai encaminhá-lo para uma psicóloga, ou se for o caso ele começa a freqüentar, a ser do CAPS. A2

A tomada de responsabilidade pelo território é uma diretriz que vem para substituir a lógica dos serviços privados, estruturados para responder à demanda espontânea e à capacidade, pela lógica dos serviços públicos na qual a cobertura da assistência e a referência domiciliar são os eixos (SILVA, 2005). No campo da saúde mental, a superação do modelo da demanda espontânea teve início com a Portaria Ministerial n°336 que apontou o CAPS/NAPS como organizador da demanda de saúde mental no território.

Em Alegrete, o serviço é o responsável pela organização da demanda em saúde mental, e, no caso das situações de crise, o serviço é o responsável por acolher e prestar um cuidado resolutivo mesmo que para isso seja necessário encaminhar e acompanhar os sujeitos a outros recursos existentes no território. Como podemos perceber nas falas apresentadas, a equipe do serviço cuida da crise onde ela aconteça. No domicílio, os profissionais deslocam-se até a casa para avaliar a situação. No Pronto Socorro, os profissionais acompanham as situações de crise e aguardam os encaminhamentos que podem surgir deste atendimento, pois se sentem responsáveis por estar juntos naquele momento e, principalmente, quando o sujeito sai do Pronto Socorro, ou seja, o sujeito em crise não é “largado” lá. E por fim, no Hospital Geral, pois, em algumas ocasiões, internação temporária se torna necessário.

Conforme Dell'Acqua e Mezzina (1991), nas situações de crise que, muitas vezes, determina-se o recurso à internação. No caso da psiquiatria clássica a internação estava diretamente ligada ao isolamento, o que furtava a pessoa de seu contexto social subordinando-a às regras institucionais que se baseiam em uma abordagem medicalizante. Realidade que vem sendo transformada com a Reforma Psiquiátrica, que tem como pressuposto principal a desinstitucionalização das situações crônicas (os pacientes internados por muito tempo) e das situações agudas (a crise), que nos dias de hoje é usada pelos empresários e defensores da indústria da loucura como argumento para a manutenção dos hospitais psiquiátricos/manicômios[4].

Como podemos constatar no cenário brasileiro, a Reforma Psiquiátrica está acontecendo, e, em alguns lugares, a crise não está sendo mais usada como indicativo de internação no manicômio, pois quando necessária a internação, esta é feita em leitos no Hospital Geral, como ocorre em Alegrete. Neste município, o serviço trabalha com a internação parcial que é uma estratégia importante para que não ocorra o rompimento dos laços sociais e afetivos dos usuários, ou seja, o usuário em crise passa a noite no Hospital Geral[5] e durante o dia vai para o CAPS. No depoimento a seguir, é comentada a situação de um usuário em crise, internado no Hospital Geral, que não demonstrava melhora em seu quadro, o que fez com que

---

[4] Segundo Amarante (1995), a internação no hospital psiquiátrico serviu, especialmente no Brasil, a uma promissora "indústria da loucura" consolidada a partir do Plano de Pronta Ação do Ministro Leonel Miranda que operou a maior privatização da assistência psiquiátrica de que se tem notícia. Tais empresários resistem às reformas no campo da saúde mental e vêm aterrorizando os familiares, deturpando os princípios da Reforma Psiquiátrica, dizendo-lhes que o proposto é o fechamento dos hospícios e a devolução dos internos aos familiares ou o abandono dos mesmos na rua. Tais iniciativas já se fazem presente com a criação de uma entidade de familiares, financiada por estes empresários, para oporem-se às reformas.

[5] A Portaria Ministerial n. 224, de 1992, estabelece diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental. As diretrizes dispõem sobre a organização dos serviços segundo os preceitos do SUS – Sistema Único de Saúde, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas a partir da complexidade assistencial, a garantia de continuidade assistencial nos vários níveis, a multiprofissionalidade e a participação social. No tocante às normas, a mesma portaria nomina "leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral" e determina, resumidamente, que: este equipamento ofereça "uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência"; o número dos leitos psiquiátricos não deve ultrapassar 10% da capacidade hospitalar, chegando ao máximo de 30 leitos; os espaços devem incluir salas para trabalhos grupais e a utilização de áreas externas é primordial para os pacientes; as atividades propostas devem ser particularizadas e abranger avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual e grupal; abordagem à família; preparação para a alta; a distribuição dos recursos humanos proposta para 30 leitos, no período diurno, deve ser de um médico psiquiatra ou um médico clínico e um psicólogo, um enfermeiro, dois profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional) e profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades (BRASIL, 2002).

um profissional do CAPS fosse conversar com a equipe do hospital para acompanhar o atendimento que estava sendo oferecido.

> Depois em outro (surto) que ele teve, há mais ou menos um ano e meio atrás, ele baixou e aí a queixa era que ele não melhorava, e aí eu comecei a ir no hospital. Eu digo: não é possível. Será que a gente vai ter que tirar este usuário daqui porque essa criatura não melhora, está sempre com aqueles delírios... Aí eu comecei a ir ao hospital. Vê o que estava acontecendo. Aí um dia eu fui e encontrei o psiquiatra que disse: esse rapaz, medicação é água para ele. Dão, dão medicação e esse rapaz, parece que é água, não adianta nada essa medicação. Aí eu entrei lá dentro e digo: o que está acontecendo? Ele já tomou a medicação? Não, ele não tomou a medicação. Eu digo: porque que ele não tomou a medicação? Ah! porque a gente dá a medicação as dez da manhã, e esse horário ele não está mais aqui, ele toma o café e sai. Eu digo: e de noite como é que acontece? Ah! ele também nunca toma a medicação, porque ele chega aqui sempre depois das oito e a medicação é às oito. Então assim. Realmente a medicação era água, mas, é que não tomava a medicação. E aí a partir daquele dia eu disse: gente, vocês estão tratando uma pessoa que sai do hospital, ela tem que tomar, na hora do café vocês já tem que ir lá dar a medicação. Aí falei com a chefia do setor. Aí remodelaram todo o tratamento dele e em um mês ele ficou perfeito que até hoje ele não teve surto. A3

O acompanhamento do usuário em crise, internado no Hospital Geral, fornece-nos a dimensão da importância do diálogo entre os diferentes dispositivos que compõem a rede substitutiva ao manicômio, pois é necessário saber o que acontece nos diferentes momentos do cuidado para que ele não se torne segmentado e sem sentido.

Os leitos psiquiátricos do Hospital Geral configuram-se como uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária – após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em dispositivos comunitários. Assim, a internação é indicada para os casos em que existe, em algum nível, certo grau de risco à integridade física do usuário ou das pessoas próximas a ele.

No caso de Alegrete, devido ao acompanhamento realizado pelos profissionais do CAPS, a internação no hospital geral mostrou-se como uma oportunidade de manter os vínculos com o usuário, de proporcionar momentos de cumplicidade e de confiança, superando a ideia do “sentir-se só” para enfrentar a crise.

A acolhida das demandas do território reflete na ampliação da concepção de acessibilidade ao serviço de saúde mental. Em contraposição à proposta de hierarquização, preconizada pelo SUS para o atendimento na rede básica e hospitalar, vem sendo desenvolvido o conceito de rede na política de saúde mental. Rede de serviços integrados e voltados para o cuidado em qualquer momento e nas

diferentes dimensões da vida do sujeito em sofrimento psíquico (comunidade, família e outros serviços).

Encontramos esta realidade em Alegrete, onde o CAPS é co-responsável pelo cuidado à crise no Hospital Geral – os profissionais acompanham o desenrolar do cuidado que é prestado nesta instituição durante a noite, e, durante o dia, o sujeito em crise sai do hospital e vai para o serviço, onde participa de atividades, mantendo os laços sociais e afetivos que construiu com os profissionais e com os outros usuários. A participação do usuário nas atividades do serviço, mesmo no momento de crise, também é relatada nessa fala:

> [...] se pode ficar, se tem que ficar no pronto socorro já fica, ou no hospital já hospitaliza, fica aquela semana. Passou o surto, melhora ali, uns dois ou três dias e a gente começa, a gente trás para cá, não sei se já te disseram isso. Aí quando... começa a melhorar, a gente traz para passar o dia aqui. Passa o dia, se alimenta, vai para oficina, a enfermagem cuida, a gente conversa... não sei se tu já acompanhou alguém, alguém internado, é assim. Não fica lá socado no hospital. A11

Este fato demonstra que o sujeito, mesmo em crise, possui liberdade para circular no território, o que vai ao encontro do pensamento de Basaglia (1979), que considera a liberdade como uma das terapias mais importantes para combater a loucura. Liberdade para se relacionar com os outros, para expressar suas subjetividades, mesmo que seja vigiada. Entendemos a palavra “vigiar” não no sentido de restrição, compreendemo-la no sentido de “cuidar”, “velar” pelo outro, pois ao defender a liberdade não estamos propondo que se deixem os sujeitos “tão” livres a ponto de serem ignorados. Os sujeitos em crise precisam de profissionais atentos, disponíveis para “estar junto” e para entender o contexto da crise, para ser um ponto de apoio, um laço afetivo que ajude nesse momento conflitivo.

Para tanto, concordamos com o entendimento de Merhy (2007a, p.35), de que “a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar-se diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário”. Advogamos a necessidade de comprometimento na construção de práticas de cuidado responsáveis perante a vida dos cidadãos.

A partir das práticas discursivas dos profissionais, entendemos que, no município de Alegrete, as ações de cuidado à crise têm seu eixo no CAPS. Embora sejam utilizados outros recursos e espaços terapêuticos, o serviço configura-se como ponto central do cuidado, e as ações desse cuidado fazem parte de uma

relação de reciprocidade entre usuário e profissional na qual se observa que há o sentido de respeito pela expressão subjetiva do sujeito, mesmo que esta seja agressiva, e o reconhecimento de que, no momento de crise, há necessidade de apoio e de cuidado intensivo com responsabilidade e humanização.

> Acho que a gente tem que ter esse cuidado quando a pessoa está em crise, ter sempre alguém que possa estar intensivamente mais perto. A4

> Então às vezes acontece isso (crise) e, e... como aconteceu assim com o usuário x e aí a gente assume, o paciente. Troca de terapeuta e vai fazer uma outra abordagem. Então isso eu acho muito legal na nossa equipe. É uma coisa muito humana. A11

> A gente vai para desarmar, a gente não vai... se o cara está irritado, violento, eu não vou lá para provocar a violência nele. Pelo contrário, eu quero que ele se apóie em mim, para ver se ele consegue desarmar a tal da violência que está na cabeça dele. É assim que eu procedo nesses assuntos. [...] aí ele vem e: Ah, disco voador, que não sei o que... eu não vou dizer que não existe disco voador... eu entro na loucura, faço um flerte com a loucura dele para tentar construir um pouco de saúde, ir construindo. Num primeiro momento não tem como ir contra. [...] tem coisas que tu não vai conseguir manejar tem que ter, estar junto com outros. Aí tem que segurar, tem que sentar, tem que acalmar. A6

Para Basaglia (1985), a relação de reciprocidade entre profissionais e usuários, na qual exista a correlação entre o poder contratual deste último, é a única possibilidade de aproximação e de construção de uma relação terapêutica. A restituição do poder contratual do usuário, como parte do processo de reabilitação e de ampliação de sua autonomia, é determinada pelo tipo de relação que os profissionais estabelecem, se estes usam o seu poder para aumentar, ou não, o poder do usuário (KINOSHITA, 2001).

Uma tecnologia de cuidados em saúde mental precisa ser desenvolvida a partir do compromisso ético de acolher, cuidar e construir, com os sujeitos em sofrimento psíquico, alianças terapêuticas baseadas na responsabilidade e na solidariedade. Diante disso, a construção de uma relação de reciprocidade e de contratualidade é fundamental principalmente porque rompe com a relação que, tradicionalmente, o manicômio produziu: de força e submissão.

Essa abordagem ética, que envolve a reciprocidade e a contratualidade, propõe-se a romper com a rigidez institucional e a cronificação, de modo que se consigam condições à criação de dispositivos de continência para a angústia dos sujeitos, no sentido de oferecer atenção ao sofrimento em oposição à simples eliminação do sintoma (FRANÇA, 2005).

Na psiquiatria tradicional, existe um nítido “olhar” apenas para o sintoma, e foi a partir dele que se construiu a nosologia, classificação das doenças, e a própria ciência psiquiátrica. Portanto, a atividade motora e verbal excessiva, irritabilidade, falta de cooperação, gestos e linguagem ameaçadores, destruição de objetos e agressão verbal e física foram descritas como apresentações comuns nos episódios de crise observados na esquizofrenia, no distúrbio bipolar e na demência (GOMES et al., 2008). A psiquiatria reduz o doente a seu diagnóstico, e as situações de crise são interpretadas dentro de parâmetros definidos e controláveis, recebendo sempre resposta pré-formada (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991). Com isso, percebe-se que o diagnóstico possui um valor discriminatório, e as respostas oferecidas pela psiquiatria somente contribuem para a dependência eterna do hospital psiquiátrico, pois se baseiam em procedimentos de violência e em tentativas de normalização (COSTA, 2007).

Para romper com esse olhar, é preciso colocar a doença e suas classificações entre parênteses. Conforme Basaglia (1985), colocar a doença entre parênteses não é negar sua existência, é, na realidade, a definição e o rótulo que são usados para discriminar as pessoas, colocando a realidade social em que o indivíduo vive e a forma como ele relaciona-se com essa realidade no centro da análise.

No cuidado à crise, por ser um momento de conflito psíquico em que há necessidade do sujeito interpretar, compreender e adaptar- se (ou não) às situações desencadeantes, é preciso desconsiderar os conceitos de psicose, loucura, esquizofrenia e doença mental para não nos aprisionarmos às imprecisões e limitações da linguagem, “nevoeiros” muitas vezes impossíveis de serem superados (COSTA, 2007).

Segundo Dell’Acqua e Mezzina (1991, p.56), o serviço de saúde mental possui um ponto de observação privilegiado por ser um ponto central no território e, por isso, é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa num espaço finito, “porém extremamente complexo e articulado em sua definição, espaço este que reflete e representa tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, de mal-estar, de conflito e de distúrbio social”. Assim, o serviço direciona o olhar para a evolução de um território e sua população, adequando suas respostas aos novos contextos que vão se formando.

É necessário olhar para o sujeito em suas dimensões individual, social e política, pois o sintoma não é o reflexo apenas da dimensão individual-biológica. A construção do saber psiquiátrico, no transcorrer do século XIX, a partir do desenho das nosologias e do estabelecimento das nuanças psicopatológicas criou condições para “este olhar que o nascimento do hospital psiquiátrico inaugura e enquadra” (LOBOSQUE, 1997, p.27). Tal olhar foi o que tornou o sujeito objeto, pois este foi objetivado pela psiquiatria que utilizou a relação de poder para retirar o *status* e os direitos daqueles que foram sequestrados no interior do internamento.

As relações de poder que a psiquiatria instaurou entre médico e paciente, na qual o diagnóstico configura-se como uma estratégia, dá-se a partir do poder institucional que reveste a figura do psiquiatra e que inibi a reciprocicidade, inviabilizando a possibilidade de uma relação real (BASAGLIA, 1985). Para este autor, uma das características da instituição psiquiátrica é a nítida divisão entre os que têm o poder e aqueles que não o têm, possibilitando uma relação de violência e opressão.

Para superar o manicômio, é preciso romper com a violência e com as relações de poder. Seguindo o pensamento de Lobosque (1997, p.26), entender uma “sociedade sem manicômios” simplesmente como “sem hospitais psiquiátricos” não garante o rompimento com este modelo, pois essa mesma sociedade poderia permanecer fortemente manicomial. Por conseguinte, a autora defende a necessidade de uma definição do que chamamos de modelo manicomial, para “assim definir aquilo com que é preciso romper de forma radical: trata-se de um certo modo de olhar, um certo modo de saber sobre o louco”. E nós acrescentamos aqui, que isso se trata também e, principalmente, de um certo modo de se relacionar com a loucura.

Neste sentido, “olhar” o sujeito além do sintoma requer a disponibilidade para conhecer o sujeito e entender seus conflitos para que num momento de crise haja a possibilidade de prevenir uma situação extrema de agressividade.

> A estratégia que eu sempre penso e que eu sempre falo para o grupo é a estratégia da prevenção. Porque assim. Se eu sei que um usuário está entrando em crise e eu sei porque, ele está todo o dia aqui com a gente, desde lá da recepção até aqui. Se eu sei que um usuário está com, com um problema mais sério, eu tenho que antecipar isso. É o que a gente viu no usuário x. Gente, as gurias vão visitar uma vez por semana ele. Até, até eu não sei como é que está agora que de vez em quando eu perco mas aí eu chamo as gurias e vamos ver como é que está o projeto terapêutico dele. Hã... se ele começa a ter problemas a gente tem que intervir. Porque tu

> sabe assim. Tem um x de pacientes que são pacientes graves. Então assim, a gente tem que estar sempre de olho para prevenir surto, [...] A visão que a gente procura ter e discutir nas reuniões de equipe é assim: vamos prevenir. [...] Então eu acho assim, que a prevenção, se chegou mal aqui atende logo. Se precisar levar para o pronto socorro leva, porque a gente não tem psiquiatra vinte e quatro horas, oito horas aqui, Então tem certas coisas que a gente não, não pode nem querer fazer. Vai estar chamando o psiquiatra... então leva para o pronto socorro que está ali, o carro está aqui. Se não tiver vem a ambulância de lá, né. Se toma uma atitude para evitar. A3

Com esta última fala, podemos tirar as seguintes importantes considerações para a discussão de estratégias de atenção à crise: a prevenção utilizando os recursos do serviço – revisão do projeto terapêutico e visitas domiciliares para acompanhamento; o reconhecimento da urgência nas situações de crise – admitindo a importância desse atendimento imediato, fundamental para que se possa efetivamente prevenir agravos que causem mais sofrimento para o sujeito; os limites que o serviço possui por não funcionar 24 horas e não ter psiquiatra nas oito horas do seu funcionamento, mas, por outro lado, mostra que os profissionais conhecem o território e os recursos que ele oferece.

A prevenção do agravamento de uma situação de crise a partir da revisão do Plano Terapêutico Individual – PTI é uma estratégia que demonstra a relação entre os profissionais e usuários no CAPS de Alegrete como não estática, a qual necessita de constante revisão, principalmente na crise, quando emergem conflitos e novas necessidades. O PTI é um tipo de contrato, utilizado nos serviços substitutivos, que visa a superar as prescrições verticais e autoritárias do modelo psiquiátrico tradicional, que anula o poder contratual do sujeito e que acaba por submetê-lo às suas práticas, como se essa fosse a condição *sine qua non* para o acesso ao tratamento (KANTORSKI et al., 2007).

O PTI é uma construção coletiva e permanente que precisa respeitar o poder que a pessoa tem de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença, produzindo abertura para a construção de contratos de cuidado, pois o caminho do usuário é somente dele e é ele que decidirá se e quando quer ir, negociando as ofertas da equipe de saúde. Assim, a equipe precisa exercitar uma abertura para o novo e o imprevisível para conseguir enxergar possibilidades nas situações em que só se enxergavam certezas; encontrar as diferenças nas situações em que se enxergavam apenas igualdades e; encontrar muito trabalho nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer (BRASIL, 2009).

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991, p.57), o serviço precisa ter capacidade de "reconhecer os sinais de sofrimento, as passagens que, de uma crise muda, sem possibilidade de escuta, conduzem a um comportamento transgressivo ou alarmante", para organizar diferentes modalidades de contato a partir deste conhecimento, encurtando os tempos de latência da crise e tornando mais precoce a intervenção. Assim, a crise coloca-se em uma prática que vincula a prevenção, a cura e a reabilitação.

Com relação ao funcionamento do serviço não ser contínuo, vamos remeter-nos um pouco à história, buscando entender a lógica que influenciou a constituição dos serviços de saúde mental que hoje temos. No contexto da Reforma Psiquiátrica e de suas propostas de reformulação da assistência psiquiátrica no país, os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS passaram a ser constituídos, em Santos-SP. Estes serviços têm, como eixo, a desconstrução do manicômio, ou seja, ser autenticamente substitutivo ao manicômio e, para isso, utilizou a estratégia de funcionamento 24 horas por dia nos 365 dias no ano (AMARANTE; TORRE, 2001; AMARANTE, 1997).

A política de saúde mental em Santos inspirada, sobretudo, na psiquiatria democrática italiana, se originou na radicalidade, tanto no enfrentamento e confronto de forças (poder público x donos do hospital) como na ousadia de virar "o manicômio no avesso", de instituir um processo de "negação da própria instituição" e romper com a lógica da exclusão. Em síntese, uma política cuja intervenção possibilitou colocar a doença entre parênteses e estabelecer o contato com a pessoa considerada doente, isto é, com sua existência-sofrimento, inserida no tecido social. Internar não é tratar. Enfim, a luta por uma sociedade sem manicômios (NICÁCIO, 1994)

A construção de novos serviços e de um novo modelo de atenção em Saúde Mental em santos ocorreu no período de 1989/1996. foram criados: cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes, e Serviço de Urgência nos Prontos Socorros Municipais. Essa rede de serviços substitutiva tinha como objetivo: respeitar a garantia do usuário ao direito de hospitalidade, bem como sua proteção ou continência, de acordo com sua necessidade; disponibilizar uma rotina institucional ágil e plástica, capaz de

responder ao pedido de auxílio do usuário ou dos seus familiares; inserir ações assistenciais no território de origem dos usuários; priorizar os projetos de vida nos serviços assistenciais; promover um contínuo processo de valorização dos usuários, com sua conseqüente reinserção social (KINOSHITA, 1997).

Desse modo, a partir das estratégias de regionalização, do diálogo com a comunidade, da construção do projeto terapêutico e das transformações na relação de equipe, os NAPS passaram a ser responsáveis por toda a demanda psiquiátrico-psicológica de um determinado território, que "envolve o 'cuidar de uma pessoa', 'fazer-se responsável', 'evitar o abandono', '**atender a crise**', através de diferentes instrumentos técnicos" (AMARANTE; TORRE, 2001, p.30). O NAPS passou a assumir a complexidade da demanda psiquiátrica "que é sempre menos uma demanda apenas clínica e mais uma demanda social, onde a clínica é apenas uma das dimensões" (AMARANTE, 1997, p. 171).

Além da experiência de Santos, outra experiência importante foi a do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo-SP, que surgiu em 1987 sendo, portanto, o primeiro CAPS do país. O projeto inicial deste serviço, elaborado pela coordenadoria de saúde mental, definia-o como "estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas um espaço institucional que buscasse entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil" (AMARANTE; TORRE, 2001, p.29).

Como podemos perceber, o CAPS nasceu como uma proposta de ser alternativo, intermediário e provisório, contudo, acaba por aceitar, mesmo que provisoriamente, o hospital psiquiátrico, diferença essencial do NAPS, no qual o projeto rejeita a sua coexistência com o manicômio. Outra diferença é a de que o CAPS possuía uma proposta terapêutica embasada no modelo médico-psicológico de análise, enquanto os NAPS seriam serviços "não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais" (AMARANTE, 1997, p.172).

Segundo o autor supracitado, a experiência de Santos-SP propiciou o resgate do CAPS com outra descrição, ou seja, como possibilidade de superar a proposta provisório-permanente e caminhar na direção de uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional. Além de Santos –SP e São Paulo-SP, a experiência de Campinas-SP também contribuiu significativamente para

concretização da reforma psiquiátrica em nosso país. Por meio do convênio de co-gestão firmado entre a secretaria municipal de saúde e o hospital "Dr. Cândido Ferreira" consegui-se produzir a superação, na prática, do manicômio e suas práticas segregadoras "por dentro" do próprio hospital. Para tanto, iniciou-se um processo que colocou o usuário no centro das ações terapêuticas a partir da revisão diagnóstica, recuperação das histórias de vida e localização das famílias dos usuários internados. O processo de reformas no hospital "Cândido Ferreira" culminou na organização de quatro unidades de produção: hospital-dia, unidade de internação, núcleo de oficinas de trabalho e unidade de reabilitação dos pacientes moradores (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

A experiência de Campinas, com o Projeto de co-gestão e o Projeto de Saúde Paidéia[6], contribuiu não apenas para a expansão da rede pública[7], como também e, fundamentalmente, demonstrou a necessidade de se reformular as concepções e práticas de administração pública e os modos de se organizar a atenção à saúde. O compromisso de responsabilização pelo usuário, a garantia de flexibilidade das ofertas necessárias ao tratamento mais eficaz e, portanto, o rompimento com o sistema de serviços hierarquizados foram algumas premissas que orientaram o modelo de atenção em saúde (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Para os autores supracitados tanto a experiência de Santos-SP como a de São Paulo-SP e Campinas-SP contribuíram, à sua maneira, para a nova legislação de saúde mental, construída a partir da década de 1990 para viabilizar a atenção psicossocial no SUS dos municípios brasileiros. Os resultados destas experiências, associados às reflexões e propostas operadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, possibilitaram sua visibilidade e disseminação entre os gestores, profissionais, usuários e a sociedade civil, criando tensões nas esferas dos

---

[6] Este projeto propôs conjugar os conceitos de saúde e cidadania e teve como eixo fundamental não o equipamento de saúde, mas a equipe local de referência às famílias adscritas em um determinado território. Além disso, priorizou a responsabilização pelo cuidado e a ampliação da prática clínica de modo a abarcar a dimensão subjetiva e social dos processos de saúde e doença. Também procurou aumentar a capacidade da rede básica de resolver problemas de saúde por intermédio da ampliação das ações da saúde coletiva e da integração das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Para complementar essa discussão consultar: CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000; e CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

[7] De acordo com o Relatório de Gestão 2001-2004 da SMS, a rede substitutiva em saúde mental, existente nos cinco distritos do município, em 2004, era composta de: cinco Caps III, com oito leitos cada um; um Caps II; cinco Centros de Convivência e Cooperação; vinte Oficinas de Geração de Renda; 33 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

governos federal e estadual, no *sentido de que eles não apenas cumprissem suas atribuições como partícipes do processo, mas também construíssem instrumentos técnico-operacionais que permitissem aos municípios implantar e implementar seus serviços de saúde mental* (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p.293).

A inovação proposta por estas experiências não se limita apenas aos avanços na humanização das relações entre sujeitos e sociedade e a construção de novas tecnologias para a assistência na área de saúde mental, mas principalmente pela construção de um *outro lugar social para a loucura que não fosse o da anormalidade, da periculosidade, irresponsabilidade, incompetência, insensatez, do erro, defeito e da incapacidade, pois os objetivos estavam centrados na inclusão, na solidariedade e cidadania* (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p.295).

Atualmente, os CAPS seguem a Portaria Ministerial n°336/02 a qual define novos parâmetros para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária em ordem crescente de porte/complexidade – CAPS I, CAPS II e CAPS III, a partir de critérios populacionais, (BRASIL, 2002). A partir desta portaria, as três modalidades de serviços cumprem a mesma função e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.

Entretanto, gostaríamos de destacar aqui as diferenças organizacionais entre CAPS II, modalidade de serviço que estamos estudando neste trabalho, e CAPS III, que funciona numa lógica muito parecida com os NAPS de Santos. A intenção não é estabelecer uma comparação, mas captar um aspecto das singularidades e especificidades de cada um, o qual mantém estreita relação com o cuidado à crise, objeto deste estudo.

Além da cobertura populacional, a principal característica que distingue o CAPS III é a de que ele deverá oferecer uma atenção contínua durante 24 horas por dia em todos os dias, incluindo feriados e finais de semana, enquanto o outro deverá funcionar dois turnos (8 às 18h) durante cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas. Isso reflete na assistência prestada, pois o CAPS III é responsável pelo acolhimento noturno nos feriados e finais de semana, com, no máximo, cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação.

Assim, embora os CAPS constituam-se em serviços ambulatoriais de atenção diária que devem funcionar segundo a lógica do território articulando todas

as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, na Estratégia de Saúde da Família, na rede de ambulatórios, nos hospitais, bem como as atividades de suporte social, como: trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos, apenas os maiores e mais complexos (CAPSIII), por funcionarem durante 24 horas, têm capacidade de ser um dispositivo estratégico no contexto da mudança do modelo assistencial em Saúde Mental, norteada pela lógica de rede e do território e, portanto, identificados com a proposta dos NAPS (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Diante disso, chamamos a atenção para a importância de uma rede territorial de serviços em saúde mental nos municípios onde há CAPS II, pois este não consegue, sozinho, ser substitutivo ao manicômio. Destacamos também, e principalmente, a necessidade de interlocução entre estes dispositivos. Neste aspecto, o CAPS é considerado estratégico porque é o responsável por regular a demanda de saúde mental no território, e nas situações de crise necessita lançar mão de outros recursos além dos existentes no serviço, o que exige dos profissionais a disponibilidade de cuidar da crise nos diversos espaços em que o sujeito transita.

Na experiência de Santos, a diretriz “porta aberta” foi instituída nos NAPS e configurou-se como noção fundamental para o projeto destes serviços que buscavam ser “referência no território, aberto, transitável, que possibilitasse o livre acesso das pessoas: serviço público que reconhece os usuários como sujeitos de direitos” (NICÁCIO; CAMPOS, 2005, p.42).

A porta aberta não significa apenas liberar a entrada e permitir a permanência, mas também o acolhimento, que nas palavras de Lobosque (2007, p.56), significa que “o CAPS não recua diante da gravidade de um quadro ou da intensidade de um transtorno; pelo contrário, sua razão de ser é encontrar cabimento para os momentos mais críticos da experiência da loucura”. Trata-se de acolher o sofrimento psíquico sem pretextos para a recusa ou a imposição de condições à hospitalidade, o que desencadeia, por sua vez, o vínculo e a responsabilização pelo cuidado.

Para Nicácio e Campos (2005, p.42), essa proposição significa, primeiramente, o rompimento ou a não reprodução das diversas formas de controle e segregação que encontramos nos manicômios, como “muros, grades, portas

fechadas, lugares de contenção". E, como vimos, só é possível romper com as expressões de violência e de poder do manicômio se construirmos relações de reciprocidade e contratualidade.

Não há prevenção da crise na psiquiatria tradicional, somente há sua supressão. É importante deixar isso claro porque quando o paciente agita em um hospital psiquiátrico, ele é separado dos demais, um isolamento dentro do próprio isolamento que são os muros do manicômio. Isso não é prevenção, é punição, pois o objetivo do isolamento é castigar o sujeito no sentido de domesticá-lo e torná-lo dócil às regras da instituição. Destacamos ainda que, essas práticas são exercidas numa relação clara de hierarquia, onde o paciente não tem nenhum poder ou direito.

Segundo Basaglia (1979, p.20), a terapia do manicômio, baseada no isolamento, não faz além do que "pegar essas pessoas indesejáveis, e comprimi-las nas instituições, numa espécie de morte civil", pois elas perdem a identidade, o nome e se habituam a não assumir responsabilidades. Neste modelo, mesmo os questionamentos são entendidos como sintomas (negação da doença e falta de juízo crítico, entre outros). Em virtude disso, a superação do manicômio exige que a relação de poder que o sustenta seja desmontada e inventada uma nova relação na qual o usuário possa tornar-se sujeito ativo de seu cuidado (KANTORSKI et al., 2007).

Por isso, é importante deixar claro nosso entendimento de que não são somente as práticas que irão determinar se um processo de trabalho é manicomial, mas, também, as finalidades e objetivos destas práticas e, principalmente, o contexto relacional na qual ela acontece. Pode-se estar fazendo uma prática inovadora, nunca feita no manicômio, mas caso coloque-se o usuário numa relação de poder na qual ele não possa se expressar, com certeza, será uma atitude manicomial ou na lógica do manicômio.

O tratamento na psiquiatria tem como base a relação sujeito-objeto e as práticas da ciência psiquiátrica, que desde o início tomaram o sintoma como foco de atenção, ignorando a singularidade do sujeito, "sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, elementos que constituem precisamente o campo de inerência de tais sintomas" (GOLDBERG, 2001). Essas são as bases que configuraram a prática despersonalizada e desinteressada que encontramos nos manicômios.

No entanto, nas situações de crise muitas vezes surge a necessidade de utilizar práticas de contenção física e química que trazem consigo sentidos do manicômio, por serem tradicionalmente utilizadas neste espaço. Assim, consideramos importante discutir a utilização destas práticas no modelo substitutivo, deixando clara a nossa posição de que não é o fato de utilizar práticas de contenção química e/ou física que irá determinar se um modelo é manicomial ou não, mas a finalidade e o contexto relacional em que essas práticas são utilizadas.

Para tanto, concordamos com Campos (2001, p.104), quando ele diz que é necessário qualificar os serviços substitutivos para intervir na crise, além de reconhecermos que “em alguns usuários e em algumas situações, a necessidade de resguardo, proteção e contenção serão fortemente colocadas pelo aparecimento do surto”. Para ser verdadeiramente substitutivo, o serviço precisa manter o vínculo com os usuários nos diversos momentos do sofrimento, substituindo a lógica do entra e sai (característica do hospital psiquiátrico) pela lógica da responsabilização.

As medidas de contenção consistem na utilização de meios físicos ou farmacológicos com o objetivo de impedir que os pacientes atuem de maneira destrutiva durante a agitação. Elas podem ser usadas quando as medidas não coercitivas, como o diálogo e a escuta, não forem suficientes para lidar com expressões de agressividade do usuário. A contenção farmacológica da agitação psicomotora aguda tem como objetivo o controle comportamental, e não diretamente a sedação, que pode ser considerada como objetivo secundário (GOMES et al., 2008). Todavia, a sedação é uma medida que traz riscos e por isso, a necessidade de uma estrutura adequada para o atendimento de possíveis complicações. Na fala a seguir, o psiquiatra traz a questão do risco e da dificuldade de fazer contenção química no CAPS devido à falta de estrutura. Em razão disso, a estratégia utilizada no serviço é chamar a Brigada Militar para fazer a contenção física e levar o usuário ao Pronto Socorro para que seja feita a medicação de urgência.

> Existe essa vulnerabilidade nesse sentido, até porque assim eu tenho dificuldade de usar atitudes medicamentosas de maneira mais, mais assim, mais sedativa. Com medicações injetáveis. Eu não tenho muita estrutura para dar um apoio. Por exemplo, se a pessoa tiver uma parada cardíaca, uma parada respiratória, não digo uma parada, mas uma depressão respiratória. No momento que se faz, digamos assim, um Valium, Injetável para acalmar uma pessoa em agitação psicomotora, a gente tem muita dificuldade, então a gente tenta se privar, tenta fazer uma contenção mecânica. De uma certa forma a gente tem assim um bom relacionamento com o pessoal do Pronto Socorro municipal. De alguma atenção rápida, nós temos uma caminhoneta também, a nossa disponibilidade. Então dá uma

> coisa a gente faz uma contenção, segura, tenta, na medida do possível colocar na maca e leva para o Pronto Socorro para dar uma medicação de urgência. A gente não usa medicação de urgência em função disso, da nossa dificuldade de lidar com o risco de uma medicação de urgência. Então até para evitar isso. Tem que ter uma atenção, o pessoal todo estar atento, preparado para lidar. A25

Dell'Acqua e Mezzina (1991, p.71) não reconhecem no uso dos psicofármacos um valor terapêutico em si, mas uma utilidade relativa "à abertura das possibilidades de relação, à redução da angústia individual e, algumas vezes, ao controle transitório de comportamentos particularmente problemáticos para o serviço". Neste sentido, não é o uso ou não da medicação que determinará se o modelo de trabalho é manicomial, esta determinação será a partir da finalidade e da relação que se estabelece com os sujeitos, o que se reflete no modo como a medicação é utilizada.

Outra questão que chama atenção na última fala é a de que a contenção física é vista como uma prática necessária para que se dê continuidade ao cuidado na crise, o que no serviço e em outros dispositivos que compõem a rede de saúde mental. Por outro lado, nas próximas falas a contenção física assume outros sentidos:

> Tem momentos que infelizmente a gente tem que fazer contenção. É uma situação muito difícil. Eu muitas vezes já fiz, é... contenção porque se não o paciente ia se machucar ou machucar outra pessoa e a gente não tinha ninguém. Aí nessa hora a gente toma cuidado para ver aonde que eu vou pegar, mas eu, é... nunca fiz isso sozinha. Não é, não é uma coisa eu acho que agradável para ninguém, mas a gente percebe naquele momento a pessoa precisa do limite. É e às vezes, muitas vezes vai acontecer de se ter que fazer essa contenção. A pessoa quebrando tudo, colocando a vida dos outros em risco. Então a gente não pode garantir a segurança das pessoas se a gente não tiver uma intervenção, vamos dizer humanizada, de repente, alguma coisa assim. A4

> Porque tu viu, tem que conter. Não tem como deixar a pessoa solta. não digo conter de... mas assim, para poder acalmar. A gente tenta conversar, tenta acalmar. Só que de vez em quando não adianta, não adianta. Sai quebrando vidro, sai quebrando porta, sai batendo. Então, até chegar o pronto socorro, levar essa pessoa. Porque é esse o procedimento que a gente faz. Vai ao pronto socorro, toma uma medicação, acalma. Não digo contenção de amarrar. Não é isso. Só para, para proteger, porque eles se machucam, acabam até eles se machucando. A16

Embora estes entrevistados relatem que às vezes é preciso conter e segurar o usuário na tentativa de acalmá-lo, percebemos nestas falas que os profissionais falam da contenção física com receio, procurando esclarecer que seu uso deve ser feito de forma humanizada e visando à proteção tanto para o sujeito em crise quanto para os outros usuários do serviço. Talvez pelo fato dessa prática fazer parte do

aparato manicomial, o uso dela no modelo substitutivo traz consigo alguns constrangimentos. Os profissionais não se sentem à vontade para explicitar claramente que nos momentos de crise eles precisam lançar mão de uma prática exercida no manicômio e utilizar a força física, mesmo que isso seja feito pelo acionamento da Brigada Militar.

Por conseguinte, entendemos que não é a prática em si da contenção que vai determinar se um modelo é violento e coercitivo, mas sim o contexto relacional em que esta prática acontece. Assim, se houver momentos nos quais seja necessária a contenção física do sujeito e da expressão de sua agressividade, então que se use essa prática, mas que se traga ela para uma relação dialética e recíproca que dê possibilidade para a construção de novos sentidos que, nem de longe, lembrarão o manicômio.

Uma clínica antimanicomial articulada precisa considerar as configurações da ordem pública e suas questões, cuja abordagem se faz indispensável para garantir a possibilidade de modificá-las quando, considerando a dimensão de seu trabalho para cada usuário, surgir a necessidade. A desconstrução dos muros literais ou simbólicos, que promovem a segregação da loucura, perpassa as questões da clínica, pois quando a diferença manifesta-se pelo sofrimento insuportável ou pelo risco grave, o clínico, sem dúvida alguma, é chamado a intervir desde um lugar que lhe é próprio (LOBOSQUE, 1997, p.22).

A maioria dos pacientes sente-se aliviada após o procedimento por terem sido impedidos de agir de forma destrutiva. E, ao contrário da contenção química, a contenção física é um método reversível, pois não altera o nível de consciência e pode ser retirado de modo controlado e gradual, por isso não traz os riscos da sedação (GOMES et al., 2008).

O método de contenção física no leito utilizando faixas é uma maneira tradicional de realizar esta prática. Contudo, em muitos serviços, como nos CAPS II, não há leitos e, por ser um local aberto, de livre circulação, o usuário pode agitar em qualquer lugar, inclusive no pátio do serviço. Em virtude disso e utilizando muita criatividade, alguns serviços têm desenvolvido a técnica de contenção física denominada Grupo de oito (G8)[8]. Esta é uma estratégia de manejo de situações de

[8] Segundo Oliveira e Filho (1978), a experiência da técnica do G8 teve seu inicio na Comunidade Terapêutica. O objetivo desta técnica é manter o usuário lúcido com capacidade de dialogar e entender sua vivência agressiva. Assim, a técnica requer que o usuário fique acompanhado por um

agressão (autoagressão, agressão a outras pessoas e a objetos) que permite pensar na aplicação prática de conhecimentos de contenção do surto, o que gera grande agitação psicomotora (KANTORSKI et al., 2007).

Tal técnica é desenvolvida da seguinte maneira: 1) a pessoa que está próxima da situação de crise grita “grupo de oito”; 2) o grupo se aproxima do usuário e o líder se posiciona à sua frente, tentando estabelecer um diálogo com o objetivo de mostrar a realidade e limitar as atitudes agressivas; 3) caso o diálogo não obtenha sucesso na tranquilização do usuário, o grupo se aproxima e se posiciona ao redor do usuário, visando a limitação do espaço físico; 4) após, o usuário deverá ser seguro nos membros superiores e inferiores e apoiado nos ombros para que seja rapidamente deitado ao solo; 5) com o usuário no solo o grupo deve se ajoelhar afim de exercer força necessária para segurá-lo; 6) para transportar o usuário até o leito, se for o caso, deve-se colocar uma faixa de tecido de algodão duplo em cada membro superior e fixá-la na coxa, e uma outra faixa nos tornozelos para mantê-los próximos; 7) no momento de transportar o usuário o grupo deve se posicionar de forma que tenha quatro pessoas de cada lado segurando o usuário em posição horizontal; 8) quando o usuário estiver no leito as faixas devem ser fixadas à cama, sendo necessário cinco faixas, para os membros superiores, inferiores e tórax; 9) após a contenção ao leito o grupo se desfaz e o líder permanece para fazer nova abordagem ao usuário (SIQUEIRA JR.; OTANI, 1998).

Para Kantorski et. al. (2007, p.202) no CAPS de Joinvilhe os profissionais se valem da aplicação da técnica do Grupo de 8 (G8), como estratégia que permite a organização do atendimento às emergências psiquiátricas, ou seja, como estratégia organizacional que contempla o “imprevisível” e o “não-programado” no contexto institucional. Neste sentido, a constituição dos G8 aparece como um ponto positivo para o projeto terapêutico do serviço, uma vez que *garante um espaço especializado e organizado de atendimento à emergência psiquiátrica, que também faz parte do cotidiano de um serviço que pretende ser substitutivo ao manicômio*.

O uso desta técnica pode ser um ponto positivo na organização do atendimento à crise nos serviços substitutivos, pois a ausência de uma técnica para

---

profissional capaz de continuar o diálogo durante todo o período em que estiver enfaixado. Assim, os autores diferenciam esta técnica da camisa de força, na qual o objetivo da contenção é cessar o episódio agressivo, sem a preocupação em entender a vivência da pessoa naquele momento. O paciente contido é isolado dos demais, que se livram do incômodo. Já na técnica do G8 é um meio para se retomar o diálogo interrompido pela agressão física.

o controle da agressividade expõe tanto o usuário envolvido, como os demais usuários e equipe. Mas ela precisa ser discutida e acordada com os usuários, na assembleia ou de forma individual, para que estes conheçam todas as etapas do processo e possam discutir e opinar junto à equipe, buscando a melhor forma de aplicá-la no contexto do serviço.

O uso da contenção física gera muitos sentidos e, em virtude disso, consideramos importante discutir esses sentidos que envolvem essa prática e como os profissionais e os usuários posicionam-se quanto ao seu uso. No próximo fragmento de fala, é relatado que existem posicionamentos diferentes dos profissionais quanto à prática de contenção física no serviço de Alegrete:

> É, aqui há uma assim, uma diferença assim da conduta de cada profissional, sabe? Tem uns que acham que a gente não deve segurar a pessoa, que deve, sabe? Deixar né? Que não deve agarrar porque acha que agarrar também é uma agressão, eu... e tem outras pessoas que já acham que deve segurar. A23

Na próxima fala, um profissional deixa clara a sua posição contra o profissional do serviço fazer a contenção física, pois no fim da fala, ela relata que nas situações mais graves, a Brigada Militar é chamada para ajudar a conter e levar ao Pronto Socorro.

> Eu... sinceramente assim, não me... eu não me atraco, eu não vou me agarrar com eles, porque eu sei que a pessoa está em surto. Ela está, ela tem uma força descomunal. O que eu faço: eu não me agarro nas pessoas, como tem colegas que vão e querem agarrar, porque eu não sei o que se passa assim. (...) Mas acho normal (a crise). Não, não me abala, não me estressa. É... eu sempre disse assim, eu não me abalo, eu não me estresso com paciente. Eu entendo o paciente. Mas paciente não. Eu acho que ele está, está sofrendo [...] O que a gente faz, a gente chama o pronto socorro para nos ajudar, quando é uma coisa muito séria vêm a Brigada, nos ajuda, leva, seda. A11

Uma questão importante que iremos discutir desta fala é sobre a prática da contenção física e o sentido de responsabilização pelo cuidado da crise. A crise é o momento em que a sociedade enxerga a doença, e em caso de agressividade na qual o usuário possa criar confusão pela rua, assustar, ameaçar as pessoas cria-se uma situação de desordem pública. Como sabemos, a psiquiatria constituiu-se como detentora do saber e responsável pela vigilância e controle da ordem pública.

Entretanto, se o CAPS, que trabalha na lógica do modelo substitutivo, não der conta da atenção à crise, não se responsabilizar por atender a essas situações, acabará por gerar dois resultados: primeiramente, o hospital psiquiátrico atenderá essa demanda, e em segundo lugar, uma conseqüência do primeiro, reforçará o

sentido social de que é necessária a existência do hospital psiquiátrico e de suas práticas – isolamento, violência, relação de poder.

O hospital psiquiátrico continua a se estabelecer como local para o atendimento da crise, utilizando as práticas já conhecidas que trabalham na linguagem do poder. No manicômio, não existe segurança para a crise, o sujeito não está seguro lá dentro, pelo contrário, ele corre o risco de se objetivar, de se tornar objeto da psiquiatria e perder-se no mundo do internamento. Ao perder seus laços afetivos e os sentidos de sua vida o sujeito pode perder sua própria essência (existência), sua capacidade de responder aos acontecimentos da vida, alienar-se.

Gradella Jr. (2002) vê o hospital psiquiátrico como favorecedor do processo de cronificação que resulta em hábitos grotescos, dificuldade de realizar ações práticas, embotamento afetivo e isolacionismo, sintomas que justificam a tutela e a submissão do paciente aos mecanismos de violência institucional.

O internamento no hospital psiquiátrico, além de produzir o rompimento dos laços que usuários e profissionais construíram, impede que o profissional construa ou estreite o vínculo com o usuário e a família, pois a crise também precisa ser vista como uma oportunidade para a construção de uma relação de reciprocidade, vínculo na qual haja diálogo, interações e produção de subjetividades. Para Dell'Acqua e Mezzina (1991, p.55), o momento em que ocorre o cuidado à crise "pode ser identificado como o ponto de máxima simplificação de uma relação", pois o sujeito mostra-se de forma simplificada, reduzindo "a um sintoma a complexidade da sua existência de sofrimento".

Em consequência, é necessário que os CAPS assumam a responsabilidade pela atenção à crise e pelo controle da ordem, pois caso isso não for feito, o serviço perde legitimidade social. Todavia, é preciso que o cuidado não seja estabelecido no contexto dessa ordem que se baseia em relações de força, é necessário que o cuidar estabeleça-se em outra relação, a de "sujeito a sujeito" e que, assim, crie possibilidades para a produção de consensos capazes de melhorar o convívio (KINOSHITA, 2008).

Outra questão abordada na fala anterior e nas falas descritas a seguir é o fato de acionar a Brigada Militar e delegar a ela a responsabilidade de ajudar no cuidado da crise através da contenção física, o que faz emergir muitos sentidos.

> Graças a Deus que a gente tem o apoio da Brigada. Porque a Brigada nunca nos negou nada, a gente liga e ela já vai atrás de nós, ajuda a conter o paciente. Porque é difícil. É isso ai é uma verdade, até na hora da gente aplicar a injeção, né? A2
>
> Às vezes a gente não tem como chegar neles, então a gente tem que se afastar, chamar a Brigada para poder chegar, para não ficar tão vulnerável naquele momento ali (de crise), né? A7
>
> (...) infelizmente a maioria das vezes que a gente vê que a gente está aí, para quem que a gente pede mais auxílio. É para brigada, que nunca deixou de vir também, nos apóiam. Mas também, o que eles fazem... eles não chegam...Olha, só se é uma situação, mas se não eles esperam que a gente fale alguma coisa para eles intervirem, se não eles ficam só ali de companhia, né. A10

A partir dessas falas percebemos que os profissionais do CAPS de Alegrete entendem a Brigada Militar como uma parceira na atenção à crise, uma ajuda nos momentos em que eles se sentem vulneráveis. Além disto, chama atenção o fato descrito na terceira fala que mostra que a atuação dos brigadianos ocorre de forma conjunta com os profissionais do serviço. Assim, a intervenção da Brigada Militar só ocorre quando os profissionais solicitam.

Este fato demonstra que na realidade de Alegrete a atuação da Brigada Militar na atenção à crise está permeada por novos sentidos, de respeito e reconhecimento o indivíduo em crise como sujeito de direitos. Percebemos que esta atuação está em consonância com os princípios do serviço que construiu o sentido de responsabilização pela atenção a crise.

Porém, a relação entre Brigada Militar e loucura nem sempre foi marcada pelo respeito. O objetivo para a criação das polícias militares era garantir a segurança, e essa função acabou por aproximar a polícia do louco, pois devido aos sentidos sociais de periculosidade, imprevisibilidade e incurabilidade, a intervenção social sobre o comportamento de determinados sujeitos tinha como base o isolamento e segregação na cadeia, no hospício ou no domicílio (MIRON, 1998).

Segundo esta autora, a loucura, assim como outras situações que destoavam no cenário social, consistia em caso de polícia, pois o comportamento do louco era considerado socialmente perigoso à manutenção da ordem pública. Assim, podemos dizer que inicialmente a relação entre policiais militares e os loucos era marcada pelo poder e violência.

A psiquiatria, a partir do tratamento moral, construiu esse sentido de violência que envolve a loucura ao fazer com que se acreditasse ser necessárias medidas de coerção e violência para que o indivíduo retomasse a razão.

Para Kinoshita (2008), as relações de poder são utilizadas para a produção de verdades e a instituição psiquiátrica é onde acontece e onde se estabelece o poder concreto. Então, para romper com esse modelo é preciso colocar isso em cheque, produzir relações que promovam espaços de consenso e para isso, parafraseando as palavras de Kinoshita (2008), não são necessários critérios de verdade, mas de vontade afetiva de conviver.

Segundo Lobosque (1997, p.28), é necessário pensar a psiquiatria noutros termos, desconstruindo os fundamentos de sua construção, mas poderia trazer consigo *alguns dos velhos móveis, recorrer ao conteúdo de antigo saberes; entretanto, seria necessário redimensionar-lhes o valor, compô-los ao lado de outros elementos; desfazer suas aderências inúteis, adotar outra lógica em sua montagem*.

Uma intervenção pode ser considerada como “antimanicomial quando tomar a construção de um limite como um problema lógico, e não como um imperativo moral”. Assim, a utilização de diversas formas e graus de contenção, como a medicação e a internação eventual, não será manicomial se, ao invés de usar o viés da autoridade, for usado o exercício de “fazer caber”, ou seja, “quando buscar-se o traçado de um contorno, e não o processamento de uma exclusão” (LOBOSQUE, 1997, p.23).

O “fazer caber”, na concepção da autora, vai além da inclusão pura e simplesmente, pois o “’fazer caber’ o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também seus limites”. Este conceito salienta que uma sociedade não poderá desconstruir seus manicômios permanecendo com sua estruturação intocada. Neste sentido, o “pensar, propor e sustentar formas de contrato social nas quais não seja mortífera a presença da loucura, é algo que faz parte de uma clínica antimanicomial” (LOBOSQUE, 1997, p.23).

Neste sentido, consideramos que se há necessidade de acionar a Brigada Militar para a contenção de uma crise que se faça isso, mas num contexto de relação sujeito-sujeito e não como forma de intimidação e, que a partir disso se

possa construir novos sentidos sociais, nos quais a atuação da Brigada Militar não represente a violência.

Ao relatar a experiência da Reforma Psiquiátrica em Santos-SP, Kinoshita (2008) revelou que uma das mudanças mais significativas ocorridas neste município diz respeito a atuação da Brigada Militar. A partir da parceria com os serviços de saúde mental a postura dos brigadianos diante de uma situação de crise mudou, pois eles aprenderam novas formas de abordagem, sem violência e mais solidária.

Além da Brigada Militar ,outro personagem reconhecido pelos profissionais do serviço como um referencial para a realização das práticas de atenção à crise é a equipe de enfermagem, conforme podemos observar nas falas abaixo descritas:

> No caso assim ligam lá tem um paciente que deseja uma visita, ou ele está em surto ou ele está em depressão. A gente vai com a nossa kombi até lá, o pessoal da enfermagem faz a visita. A2
>
> Se tu vê que o paciente chegou alterado, está aqui a enfermagem, sempre tem duas, três pessoas. A3

A enfermagem psiquiátrica, que nasceu junto com o manicômio, teve sua trajetória marcada pela responsabilidade em manter a ordem interna da instituição. Assim, até a década de 90 do século XX, as ações da enfermagem psiquiátrica se baseavam no modelo biológico, e eram realizadas prevalentemente no campo administrativo e de forma burocrática, um fazer “gerencial, administrativo, normativo e disciplinar, submetido ao poder da instituição médica e das idiossincrasias próprias das instituições totais” (SILVA; FONSECA, 2005, p.444).

Os sentidos dessa trajetória histórica ainda estão presentes no imaginário social e talvez por esse motivo encontramos nas falas o sentido de que a enfermagem é a responsável por atender a crise. No entanto, consideramos que no campo da Atenção Psicossocial, que se caracteriza por ser multiprofissional e interdisciplinar, não podemos concentrar a responsabilidade por conter os sintomas agressivos de uma crise psíquica a uma categoria profissional. Assim, em nosso entendimento as práticas de atenção à crise são de responsabilidade de todos os profissionais que atuam nos serviços substitutivos.

As mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, as noções de escuta terapêutica, o acolhimento, os planos terapêuticos individualizados e as práticas terapêuticas que visam a reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico resgatam um trabalho com características coletivas que prevê intervenções multidisciplinares.

Neste contexto, surge a exigência de uma “requalificação e expansão dos papéis profissionais do enfermeiro na prestação do cuidado em saúde mental” (KANTORSKI; MIELKE; TEXEIRA JR, 2008, p.98).

Neste sentido, o trabalho para o enfermeiro ganha novas perspectivas, inserindo-se em uma prática ampliada na qual são utilizados outros recursos além dos tradicionais (como o relacionamento terapêutico, a comunicação, o atendimento individual, a administração de medicação, entre outros) e com isto estão sendo construídos novos saberes e instrumentos para cuidar (KANTORSKI et al., 2004).

Assim, concordamos com Oliveira e Alessi (2003, p.339) que no contexto de trabalho de enfermagem em saúde mental, marcado historicamente pelo modelo disciplinador, “o enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudança, entretanto, essa potencialidade estará diretamente relacionada ao grau de consciência desses trabalhadores”.

As autoras chamam atenção para a necessidade dos enfermeiros estarem conscientes de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador e cidadão inserido num contexto social e político, pois somente a partir disto eles poderão eleger instrumentos de trabalho que resgate a condição de sujeito de direitos, de cidadão das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com sua prática manicomial.

Uma postura que implique na construção do compromisso, na disponibilidade, na intimidade e na relação de confiança para romper com a cultura do manicômio é necessária a todos os profissionais, pois o manicômio não é apenas prédio, estrutura física e “se manifesta na ausência de projetos, perda do futuro, e pode estar dentro daquele que não sabe cuidar” (RESMINI, 2007).

Esta advertência mostra que, mesmo no CAPS onde o atendimento é humanizado, sem celas fortes e eletrochoques, há o risco da vivência manicomial, no caso dos profissionais não estarem devidamente comprometidos com a acolhida e o cuidado. Por isso, para “evitar a manicomização que não cuida, anula o sujeito, sufoca a cidadania e adoece a chance de dignidade” é necessário que sejam construídas relações de reciprocidade com responsabilização e disponibilidade para o cuidado (RESMINI, 2007). Estabelecer relações horizontais percebendo a subjetividade do momento de crise do outro rompendo com as relações de poder e tutela instituídas pelo manicômio.

Diante destas questões, fica clara a necessidade dos serviços substitutivos responsabilizarem-se pelo cuidado da crise, mesmo que, para a realização deste cuidado, sejam necessárias medidas de contenção física. Para Kinoshita (2008), alguém precisa sujar a mão, fazer o trabalho sujo que é segurar, conter o usuário e, por ser a crise neste novo modelo considerada uma situação que envolve o contexto social e as relações do sujeito, é melhor conter fisicamente no momento agudo da crise, pensando no sentido de proteger o usuário e trazê-lo para uma relação de vínculo, em comparação a permitir a internação no hospital psiquiátrico, pois "não é mais possível, nem oportuno, encaminhar o paciente difícil a outras soluções institucionais" (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p.78).

Percebemos, no decorrer deste capítulo, a potencialidade que o CAPS de Alegrete possui para a organização do atendimento às emergências psiquiátricas, pois os profissionais acolhem e cuidam o usuário no momento de crise, mesmo em situações nas quais a internação é necessária (neste caso, parcial e no hospital, geral), o que contribui na construção do vínculo. Além disso, o acolhimento e a escuta são tecnologias utilizadas por estes serviço nas intervenções em crises e que contribuem para a construção de um olhar que respeita a individualidade e que valoriza a subjetividade.

Uma questão que gera conflitos é a necessidade de contenção física em algumas situações de crises, mas esperamos que a discussão feita aqui colabore para a desmistificação dessa prática e que, assim, possamos enxergá-la como parte de um cuidado que tem como base as relações de vínculo, a reciprocidade e a contratualidade. Outra questão que traz alguns posicionamentos diferentes diz respeito a responsabilidade em atender a crise. Uns referiram ser responsabilidade da brigada militar conter o usuário agressivo e em outras falas fica evidente que se espera que a enfermagem faça o atendimento a crise. Esperamos que a discussão feita neste estudo possa construir o sentido de responsabilização pelo atendimento à crise e que todos os profissionais compartilhem deste sentido, haja visto que os serviços substitutivos se caracterizam por uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encerrar este trabalho que analisou uma temática que nos instigava, nos desafiava, gostaríamos de evidenciar o nosso entendimento de que a atenção à crise é um compromisso que torna a desinstitucionalização “mais real”. Por isso, é uma luta cotidiana pela garantia do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença; é a negação dos sentidos de periculosidade que coloca o louco como uma ameaça à sociedade; é a construção de práticas discursivas, posicionamentos e práticas de cuidado capazes de produzirem novos sentidos, nos quais as pessoas em sofrimento psíquico sejam reconhecidos como sujeitos de direito.

Ao iniciar este estudo tínhamos como objetivo: conhecer os sentidos presentes nas práticas discursivas dos profissionais acerca da atenção à crise psíquica grave com comportamento agressivo nos Centros de Atenção Psicossocial. Os resultados apreendidos demonstraram que na experiência de atenção à crise desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete há uma “tomada de responsabilidade pelo território”, ou seja, existe um sentido de responsabilização pelas situações de crise que ocorrem no município. Esse serviço demonstrou ser um espaço territorializado, aberto e capaz de atender às urgências e acolher os usuários em crise.

Sabemos que a crise é, ainda nos dias de hoje, a situação que determina uma internação no manicômio, mais pela existência de um sentido negativo do que pelo fato do louco ser perigoso para si e para os outros, o que extrapola a necessidade real. Evidenciamos ainda que o manicômio demonstrou, ao longo de sua história, que não responde às necessidades do sujeito em sofrimento psíquico, apenas reprime e contribui para a construção social de um sentido negativo em relação à loucura e à crise.

Neste sentido, no presente estudo, partimos do pressuposto de que **a crise nos dias de hoje sustenta o sentido de medo e de perigo que acompanha a loucura desde seus primórdios, além de ser o momento em que a sociedade reconhece a loucura. Acreditamos que por isso ainda predomina um sentido**

de que o lugar de tratamento da crise seja o hospital psiquiátrico e que este fato influencia negativamente na construção de um "novo sentido" para o cuidado da crise, no qual a liberdade e a valorização da subjetividade sejam reconhecidas como terapêuticas.

Este pressuposto foi parcialmente refutado, pois não encontramos, nas práticas discursivas dos profissionais, qualquer sentido que demonstre a necessidade de internação no manicômio. Os profissionais não reconhecem o hospital psiquiátrico como parte da rede de saúde mental. Assim, o serviço de Alegrete, que conta com o apoio de outros serviços que compõem a rede de saúde mental do município – Pronto Socorro, Residencial Terapêutico e leitos psiquiátricos no Hospital Geral – conseguiu romper com o circuito manicômio-dependente.

No entanto, encontramos presente nas práticas discursivas analisadas, sentidos de medo em relação à crise. E gostaríamos de, aqui mais uma vez, ressaltar que o medo do louco e da loucura é um sentido que impossibilita à construção de uma relação sujeito-sujeito, de um encontro em que estejam presentes o vínculo, a afetividade e a reciprocidade. Ao temer o louco, não permitimos que ele seja sujeito de sua própria história e nos negamos à possibilidade de conviver e compartilhar, com ele, o momento de sua crise. Momento este tão delicado, permeado de angústias e sofrimento, mas com potencialidades para o sujeito se reconstruir e construir formas de enfrentamento das situações de sofrimento.

Por isso, precisamos perder o medo do louco e aprender a conviver. E nessa convivência não basta respeitar a diferença e o diferente, pois o respeito pode levar ao distanciamento e à indiferença. Assim, precisamos de disponibilidade afetiva para conviver e para caminharmos junto ao outro, respeitando suas decisões e seu tempo.

Neste contexto, percebemos o quanto é difícil discutir sobre a crise e, principalmente, sobre as práticas de atenção à crise. Por estarmos vivenciando um momento de transição paradigmática, de rompimento com o modelo manicomial e de construção de um modelo psicossocial, práticas, como a contenção mecânica, utilizadas no manicômio são consideradas violentas, e por isso muitas vezes nem entram em discussão no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial.

Mesmo reconhecendo que o manicômio é um lugar de exclusão e violência, tínhamos como segundo pressuposto do estudo que **as práticas de atenção à crise no serviço substitutivo só irão refletir o modelo manicomial se sua utilização estiver pautada numa relação de poder e de submissão. No entanto, se estas práticas estiverem inseridas num contexto de relação na qual os profissionais assumam uma postura de respeito e valorização da subjetividade do usuário, terão possibilidade de construir novos sentidos**.

A partir das práticas discursivas dos profissionais, pudemos apreender que o serviço de Alegrete promove a atenção à crise através do **acolhimento** das situações de urgência, acolhimento este que é realizado no serviço e no domicílio (com as visitas domiciliares), e da **responsabilização** por estes casos, pois os profissionais acompanham os usuários em crise durante sua passagem no Pronto Socorro e no Hospital Geral quando a situação assim requer.

Contudo, no momento em que o usuário em crise manifesta agressividade e precisa de contenção mecânica, pois a abordagem verbal não se mostra continente, existem posicionamentos diferentes entre os profissionais. Embora todos reconheçam que em alguns momentos há a necessidade de conter fisicamente a pessoa em crise, uns consideram que numa situação de crise com comportamento agressivo deve-se esperar a Brigada Militar para que esta faça a contenção mecânica, outros consideram que os próprios profissionais do serviço podem realizar esta prática, e outros reconhecem na enfermagem o grupo de profissionais que vão interagir diretamente nas situações de crise.

Neste estudo, procuramos demonstrar que não é a prática de contenção mecânica que caracteriza o modelo manicomial, mas a relação de violência e tutela. Desse modo, não é a prática em si que vai determinar se o modelo utilizado no serviço substitutivo é manicomial ou não, o que o define é o tipo de relação estabelecida entre profissional e usuário.

Assim, demonstramos a necessidade de substituir a relação de tutela por uma relação de contrato e reciprocidade no momento da crise. Neste contexto de relação sujeito/sujeito, a prática da contenção mecânica pode se caracterizar como uma forma de cuidado e de responsabilização pelo sujeito em crise.

Consideramos que há violência quando, em uma situação de crise, não nos responsabilizamos pela atenção ao sujeito, pois, ao não cuidarmos da crise,

deixamos espaço para que o manicômio faça isso e acabamos por legitimar sentidos que colocam o louco na condição de agressivo e de intratável e que, por isso, precisa ser excluído da sociedade.

Com relação aos sentidos que reconhecem a enfermagem como responsável pelo atendimento á crise, procuramos demonstrar que nos serviços substitutivos a responsabilidade por atender as situações de crise é de todos os profissionais, pois a crise assim como as outras situações de sofrimento exigem uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido, não é a categoria profissional o fator relevante que determinará qual trabalhador irá atender a crise, mas sim o vínculo que este trabalhador possui com o sujeito em crise.

Portanto, destacamos a relevância deste estudo e sua contribuição na discussão acerca do trabalho da enfermagem no campo da saúde mental, especialmente neste momento de transição do fazer da enfermagem que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar superando a perspectiva disciplinar de suas ações. Além disto, esperamos que este estudo possa contribuir, ao demonstrar a necessidade de discussão sobre as práticas de atenção à crise, na construção de práticas de atenção mais coletiva e de relações de contrato, que respeite a singularidade e subjetividade dos sujeitos em crise.

Não é nossa pretensão estabelecer uma solução padrão para a atenção à crise, pois sabemos que as situações são singulares e por isso não há como institucionalizar uma prática como sendo “a prática correta”.

Construir soluções padrão é institucionalizar a atenção à crise, é construir amarras que vão impedir uma análise crítica da situação. As práticas de atenção à crise precisam ser construídas no cotidiano, não a partir de projetos fechados, sobretudo em processo de estratégias de contrato, cuidado e acolhimento. Seguindo esta ideia, nossa intenção foi demonstrar a complexidade da atenção à crise e sua exigência de uma atenção singular, assim como cada sujeito e cada sofrimento tem sua singularidade.

Neste sentido, vale salientar o caráter inacabado dessas reflexões, que merecem novas e mais profundas investigações, haja visto que construir novos sentidos para a atenção à crise é trabalhar posicionamentos e práticas discursivas construídas em três séculos de história da psiquiatria. Assim, o processo de reforma psiquiátrica não busca apenas reconstruir a subjetividade dos sujeitos em sofrimento

psíquico, mas também dos profissionais, que precisam superar os papéis objetivados e assumir a responsabilidade pelo território em que atuam.

Os sentidos do manicômio existem e estão sempre rondando nosso fazer, por isso precisamos estar em constante avaliação de nossas práticas, desconstruindo fazeres antigos e construindo outros mais solidários que respondam e respeitem os direitos das pessoas. O entendimento de que a Reforma Psiquiátrica é um processo que está em construção, não é algo pronto e acabado, nos traz a possibilidade de conhecer a realidade de cada usuário e de cada território e, a partir desse conhecimento, reinventar novas formas de fazer diferente e de fazer a diferença.

Portanto, esperamos que este estudo contribua para que possamos refletir acerca dos nossos fazeres em relação à crise e os sentidos que nossas práticas discursivas e posicionamentos estão cotidianamente construindo.

Nós, profissionais de saúde mental, podemos ser amarras que isolam e castigam ou laços que sustentam e acolhem, isso só depende da nossa construção cotidiana.

Referências

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. **In**: Amarante, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v.25, n.58, p.26-34, maio-ago, 2001.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate.** 45: 43-46, dez. 1994.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Cidadania, Sistemas Locais de Saúde e Reforma Psiquiátrica. **In**: KALIL, Maria Eunice Xavier (org.) **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador: HUCITEC, 1992. p. 89-101.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007. 117p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. **In**: FERNANDES et. al. (org.) Fim de Século: ainda manicômios?. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica. **In**: FLEURY, Sonia (org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Fisiologia da Linguagem**. São Paulo: HUCITEC, 2006, 203p.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. **In**: Amarante, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

BASAGLIA, Franca Ongaro. **Mario Tommasini: vida e efeitos de um democrata radical**. São Paulo: HUCITEC, 1992, 105p.

BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. **In**: AMARANTE, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 1-40.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico**.** 1.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 (2 ed.1991, 3 ed. 2001).

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferencias no Brasil. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4º ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. **A Construção Social da Realidade***:* tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1985

BEZERRA JR, B. Cidadania e loucura: um paradoxo?. **In**: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P.D.C. (org.). Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1992. p.113-126.

BIELEMANN, V. L. M. ; KANTORSKI, L. P. ; BORGES, L. R. ; CHIAVAGATTI, F. G. ; WILLRICH, J. Q. ; SOUSA, A. S. ; HECK, R. M. . A inserção das famílias nos CAPS sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v. 18, p. 131-139, 2009.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. **In**: AMARANTE, Paulo. (org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-71.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde – Conselho Nacional da Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de assistência à saúde. Portarias nº 189 de 19/11/1991. (D.O.U. de 11/12/1991) e nº 224 de 29/01/1992 (D.O.U. de 30/01/1992).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216** de 6 de abril de 2001.Disponível em: http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar-texto.cfm?idtxt=12038. Acesso em: 03/10/2008.

BRASIL. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil**. Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916.

BRASIL. Lei nº 005.869 – 1973. **Código de Processo Civil**. 1973.

BRASIL. Lei nº 010. 406. **Código Civil do Brasil**, de 10 de janeiro de 2002.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 10 jun. 2008.

BRÊDA, Mércia Zeviani. **A assistência em saúde mental**: os sentidos de uma prática em construção. 2006. 157f. Tese de doutorado – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BUSSELO, Maria Jiménez et. al. Cuidado com o doente agitado, violento ou psicótico nas urgências. **An. Pediatria** (ed. Port.), Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 42-51, maio/ago. 2005.

CAMPOS, Rosana Onoko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 98-111, mai/ago. 2001.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **O acolhimento no centro de atenção psicossocial**. 2003. 190f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

COSTA, Mônica Silva. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. ***Archivos Brasileiros de Psicologia***, Rio de Janeiro, v.59, n.1, p. 94-108, 2007.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 12-25, maio/ago. 2003.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais. In: MARSAGLIA, Regina Giffoni et. al. **Saúde mental e cidadania**: Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo. 2º Ed. São Paulo: Mandacaru, 1987.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Reforma psiquiátrica**: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul. 1998. 136f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

DALMOLIN, Bernadete Maria; AGOSTINI, Ana Paula; BINSFILD, Luciane; WEGHER, Márcia. Atenção à Saúde Mental: Reforma psiquiátrica. **Rev. Médica HSVP**, v.11, n.27, 2001, p.64-68.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões de tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992, 284p.

DELGADO, Jaques. Reflexões na cidade sem manicômios. **In**: DELGADO, Jaques (Org.) A loucura na sala de jantar. São Paulo: editora Resenha, 1991.

DELL´ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. **In**: DELGADO, Jaques (Org.) A loucura na sala de jantar. São Paulo: editora Resenha, 1991.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. 2º ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Trad. De Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 167 p. (Coleção Loucura & Civilização).

DUTRA, Maria Cristina Bechelany. As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. **Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v.III, n.4, p. 48-58, 2001.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana Onoko; BALLARIN, Maria Luisa. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p. 31-44. 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 5º ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: o nascimento da prisão. 25º ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANÇA, Ivarlete Guimarães. Reflexões acerca da implantação e funconamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicol. Cienc. Prof**. V.25, n.1. Brasília, mar. 2005.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2 Rio de Janeiro, Abr./jun., 1999

GATTI, B. A. **Pesquisa, educação e pós-modernidade**: confrontos e dilemas. Cadernos de Pesquisa, v.35, n.126, set./dez. 2005, p.595-608.

GERGEN, Kenneth. Social Psychology as History. **Journal of Personality and Social Psychology**. v.*26, n.*2, p. 309-320, 1973.

GERGEN, Kenneth. The social construcionist movement in modern psychology. **American Psychologis.** V.*40*, p. 266-*275,* 1985.

GERGEN, Kenneth. **Realities and relationships**. Soundings in social construction. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

GIOVANELLA, Ligia; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. **In**: Amarante, Paulo (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, prisões e conventos**. 5º Ed. São Paulo: Perspectiva, 1996, 315p.

GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial. **In**: PITTA, Ana (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001, p.33-47.

GOMES, Fabiano Alves; GIGLIO, Larriany Maria Falsin; KUNZ, Maurício; KAPCZINSKI, Flávio. Agressividade e agitação psicomotora. **In**: QUEVEDO, João; SCHMITT, Ricardo; KAPCZINSKI, Flávio. Emergências Psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.109-124.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrico no município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial 2001. 190f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

GRACIA, Tomás Ibáñez. O giro Lingüístico. **In**: IÑIGUEZ, Lupicinio. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis: Vozes, 2004. p.19-49.

GRADELLA JR., Osvaldo. **Hospital psiquiátrico**: (re)afirmação da exclusão. Disponível em: http://www.scielo.com.br. Acesso em: 19/02/2004.

GRANDESSO, M. **Sobre a reconstrução do significado:** uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422 p.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Prefácio. **In**: SPINK, Mary Jane. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

GUBA, E; LINCOLN, Y**. Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. p.294.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective evalution.** SanFrancisco: Jossey Bass Publishers.1998. 423p.

HECK, Rita Maria ; BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado ; CEOLIN, Teila ; KANTOSKI, Luciane Prado ; WILLRICH, Janaína Quinzen ; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopínger. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicosocial. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, p. 647-655, 2008.

IÑIGUEZ, Lupicinio. Os fundamentos da análise do discurso. **In**: IÑIGUEZ, Lupicinio. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis: Vozes, 2004. p.50-104.

JARDIM, Katia; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 13, n.1, p. 169-190, 2007.

KANTORSKI, Luciane Prado et al.. **CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil:** relatório. Pelotas, 2007. 437p.

KANTORSKI, Luciane Prado. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. 1998. 214f. Tese de doutorado – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

KANTORSKI, Luciane Prado. MIRON, Vera Lúcia. A periculosidade silenciada: aportes para pensar a ética nos serviços de saúde mental. **Rev. URCAMP**, Bagé/RS, v.5, n.2, p.13-20, 2001.

KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto; TEIXEIRA JR., Sidnei. O Trabalho do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde,** v.6, n.1, p. 87-105, 2008.

KANTORSKI, Luciane Prado; SOUZA, Jacqueline; WILLRICH, Janaína Quinzen; MIELKE, Fernanda Barreto, PINHO, Leandro Barbosa. Saberes e Estudos Teóricos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Rev. Gaúcha Enferm, v.25, n.3, p. 408-19, 2004.

KANTORSKI, L. P. ; JARDIM, V. M. R. ; WETZEL, C. ; OLSCHOWSKY, A. ; SCHNEIDER, J. F. ; RESMINI, F. J. M. ; HECK, R. M. ; BIELEMANN, V. L. M. ; COIMBRA, V. C. C. ; LANGE, C. ; SOUZA, A. S. . Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, p. 1-9, 2009.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C. ; OLSCHOWSKY, A. ; JARDIM, V. M. R. ; BIELEMANN, V. L. M. ; SCHNEIDER, J. F. . Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, p. 1/146-18, 2009.

KANTORSKI, L. P. ; COIMBRA, V. C. C. ; SILVA, E. N. F. ; GUEDES, A.C ; CORTES, J. M. ; SANTOS, F. . Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1/0353-21, 2009.

KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria.** 2.ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1990.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. O cuidado da crise nos Centros de Atenção Psicossocial. In: Aula aberta do Curso de Especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS, Pelotas, 2008.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p.55-59.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. C. B.; HENRINQUE, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar:** a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec, 1997. p.67-77.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência pioneira. A reforma psqiuiátrica. In: MARSAGLIA, Regina Giffoni et. al. **Saúde mental e cidadania**: Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo. 2º Ed. São Paulo: Mandacaru, 1987.

KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. 2002. 186f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

LOBOSQUE, Ana Marta. **CAPS: laços sociais.** *Mental*. [online]. jun. 2007, vol.5, no.8 [citado 12 Setembro 2009], p.53-60. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4427.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUFT, Celso Pedro. **Mini Dicionário Luft**. São Paulo: Editora Scipione, 1991.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 10, n.20, 2006.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito UPIS,** Brasília, p. 97-111, janeiro, 2003.

MARSAGLIA, Regina Giffoni. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: MARSAGLIA, Regina Giffoni et. al. **Saúde mental e cidadania**: Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo. 2º Ed. São Paulo: Mandacaru, 1987.

MAURÍCIO, Jaques. Apresentação. In: DELGADO, Jaques (Org.) **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: editora Resenha, 1991.

MEDEIROS, Maria Bernadete de Moraes. Interdição Civil: uma exclusão oficializada? **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 5, ano V, nov. 2006.

MERHY, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. **In**: MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloísa (org.). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: editora Aderaldo & Rothschild, 2007. p.55-66.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5º ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. **In**: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIRON, Véra Lúcia. **Loucos, Nervosos e Esquisitos: Memórias da Loucura em Ijuí (RS) 1890-1990**. 1998. 217f. Tese de doutorado – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MORAES FILHO, Marco Antonio Praxedes De. Evolução histórica da inimputabilidade penal: uma abordagem cronológica da loucura na humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1017, v. 14, abr. 2006. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8234. acesso em 20/02/2008.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.16, n.1, p.40-46, jan./abr., 2005.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.15, n.2, p.71-81, mai./ago., 2004.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos:** desconstrução de saberes, instituição e cultura. 1994. Dissertação (Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

NOGUEIRA, Conceição. Construcionismo social, discurso e gênero, **Psicologia**, v. XV, n.1, p. 43-65, 2001.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.191-203, 2005.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. O Trabalho de Enfermagem em Saúde Mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, p.333-340, 2003.

OLIVEIRA, Evaldo Melo de; FILHO, José Blaya Perez. Urgências na Comunidade Terapêutica. **Arq. Clín. Pinel**, Porto Alegre, v.IV, n.4, p.3-8, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Conferência Regional para a Reestruturação de La Atencion Psiquiátrica. Anais, Caracas, 1990.

OSINAGA, Vera Lúcia Mendiondo. **Saúde e Doença Mental**: conceitos e assistência segundo portadores, familiares e profissionais. 1999. 161f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psqiuiatrica no Brasil**: as contradições dos anos 1970. Disponível em: http://www.scielo.com.br. Acesso em: 19/02/2005.

PERES, Maria Fernada Tourinho; NERY-FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 335-355, maio/ago. 2002.

PERES, Maria Fernada Tourinho; NERY-FILHO, Antônio; LIMA-Jr. Alberto Soares. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. **Psychiatry On-line Brazil** – Current issues, v.3, n.8, 1998.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PORTOLESE, Darci Antônio, FIGUEIREDO, Gabriel Roberto; MASCARENHAS, Pedro. Apresentação. **In**: BASAGLIA, Franco. A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferencias no Brasil. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

POTTER, J. Fragments in the realization of relativism. In: PARKER, I. **Social constructionism, discourse, and realism**. London: Sage Publications, 1998. p.27-46.

PITTA, Ana. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENANCIO, A.T.; CAVALCANTI, M.T. (org.) Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: **IPUB**, 2001, p.277-282.

PITTA, Ana. Ética e assistência em psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A.C.; FILHO, J. F.S. **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p.103-110.

RESMINI, Flávio. **Jornal 3º Milênio**, Pelotas, set., 2005. Saúde mental: Manicômio está em quem não sabe cuidar.

REZENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. **In** TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1990. p.15-73.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização. In: NICÀCIO, M. F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.17-59.

SANTOS, Jair Ferreira dos. **O que é pós-moderno**. 24º impressão da 1º ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

SANTOS, Milton. **Espaço e método.** São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1991.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço.** São Paulo: Edusp, 2004.

SARACENO, Benedetto**. Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 20001.

SCARCELLI, Ianni Régia. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. **In**: FERNANDES et. al. (org.) Fim de Século: ainda manicômios?. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

SIQUEIRA JR., Antônio Carlos; OTANI, Márcia Padovan. Atendimento ao paciente agressivo através da técnica do grupo de 8. **Nursing**, São Paulo, v. 1, n.7, p.19-23, 1998.

SILVA, Ana Tereza; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n.1, p. 4-9, 2002.

SILVA, Martinho Braga Batista. Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**, v.15, n.1, Rio de Janeiro, jan./jun. 2005.

SILVA, Ana Luísa Aranha; FONSECA,Rosa Maria Godoy Serpa. Processo de Trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p. 441-449, 2005.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SCATENA, Maria Cecília Morais. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n.1, p. 147-160, jan./jun. 2007.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. **In**: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**.** São Paulo: Cortez, 2000. 296 p.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. **In**: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**.** São Paulo: Cortez, 2000. 296 p.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. **In**: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**.** São Paulo: Cortez, 2000. 296 p.

SPINK, Mary Jane; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação. **In**: SPINK, Mary Jane (Org.). Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**.** São Paulo: Cortez, 2000. 296 p.

SPINK, Mary Jane; GIMENES, Maria da Glória. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Revista Saúde & Sociedade,** v. 3, n.2. 2008. Disponível em: HTTP://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/08.pdf. acesso em 06/02/2009.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TERRA, Marlene Gomes; RIBAS, Dorotéa Loes; SARTURI, Fernanda; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 10, n.4, 2006.

TILIO, Rafael de. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol. 17, n. 37, mai.-ago. 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa, **Revista de Saúde Pública**, vol. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCON, Nino. Introdução documentária. In: BASAGLIA, Franco. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico**.** 1.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 (2 ed.1991, 3 ed. 2001).

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado. **CAPS Castelo – um pouco da história da loucura em Pelotas**. Pelotas: Editora e Gráfica UFPel, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3ª ed. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZERBETTO, Sonia Regina; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. O Trabalho do Profissional de Nível Médio de Enfermagem nos Novos Dispositivos de Atenção em Saúde Mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 112-117, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questões do Círculo Hermenêutico-Dialético

CAPSUL	**Universidade Federal de Pelotas** **Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia** **Departamento de Enfermagem** **Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional** **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel)** **Curso de Enfermagem**

QUESTÕES DO CÍRCULO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

	Questões iniciais
Equipe Alegrete	**1. Fale sobre o atendimento no serviço.** **2. Que fatores podem estar contribuindo para o melhor funcionamento do serviço?** 3. Fale sobre a gestão da política municipal de saúde mental com relação a política da secretaria municipal de saúde versus coordenação de saúde mental e a relação CAPS versus Secretaria Municipal de Saúde. 4. Como o projeto terapêutico orienta o trabalho do CAPS?
	Questões desdobradas
	1. Fale sobre como você vê as situações de risco de agressão por parte dos pacientes graves no dia a dia do trabalho no CAPS. 2. Como você tem trabalhado com os familiares dos usuários do CAPS? 3. Como você tem visto a questão do preconceito para com os usuários na comunidade? 4. Quem participa nas decisões sobre o funcionamento do CAPS? 5. Como o serviço acolhe as situações de tentativa de suicídio? 6. Em relação aos usuários de substâncias psicoativas, como a equipe tem trabalhado com a questão da rede de suporte social: família, vizinhança, trabalho?

OBS: As questões em negrito foram as utilizadas neste estudo.

APÊNDICE B – **Repertórios Lingüísticos Retirados das Entrevistas**

CAPSUL	**Universidade Federal de Pelotas** **Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia** **Departamento de Enfermagem** **Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional** **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel)** **Curso de Enfermagem**

Ent.	Repertórios lingüísticos (14 entrevistas)
Ent.2	foi bem violento um surto de um paciente que ele agrediu um brigadiano Mas a segurança, isso é bem verdade (importante ter segurança) Se vê que é um surto que ele agrediu, quebrou, que não dá para esperar para o outro dia é encaminhado ao Pronto Socorro Municipal da cidade Se é um caso que um paciente está agredindo o familiar ou coisa a gente tem que largar tudo que está fazendo para ir atender, né?
Ent.3	eu sei que um usuário ta entrando em crise porque, ele tá todo o dia aqui se ele começa a ter problemas a gente tem que intervir gente tem que estar sempre de olho pra previnir surto se vocês sentirem o perigo saiam de perto mas não deixem agredi vocês O mais eu acho assim ó, que é tu previnir (é necessário previnir) vamos previnir Eu vejo que tem pessoas ainda, né, colegas nossos que tem medo na rua tu estas sujeito também a alguém, te assaltar (dúvida): manda para casa, manda para hosp. Psiquiátrico ou fica com ele e pensa uma alternativa melhor para ele? Às vezes é a falta de um limite interno que nunca estabeleceu se chegou mal aqui atende logo Se precisar levar pro pronto socorro leva Se toma uma atitude pra evitar (prevenção)
Ent.4	Tem momentos que infelizmente a gente tem que fazer contenção (Na crise): naquele momento a pessoa precisa do limite sempre pra gente se prevenir eu me preocupo com a segurança eu acho que a gente não tem nem que bota tranca e nem deixar a faca na mão tem que ter um cuidado mais intensivo quando a pessoa tá em crise a gente não pode garantir a segurança das pessoas se a gente não tiver uma intervenção humanizada
Ent.5	o risco que a gente corre aqui, não é diferente que a gente corre no geral um pouco do bom senso nas coisas, né, vale a pena nunca fazer alguma abordagem sozinha

	ta sendo chamada num momento de crise e muitas vezes sozinha tu não da conta abordagem o risco é, é, é inerente ao que a gente faz Eu não acho que seja uma coisa assim ó... é, é de preocupa? não acho que seja o ponto, o nó crítico do serviço Eu acho que tem uma certa preocupação nossa que é próprio da clientela que a gente ta tem épocas que essa preocupação cresce um, dependendo se teve alguma intercorrência maior ou não os que a gente conhece a gente já sabe mais ou menos quem são os mais difíceis de abordar em surto O nosso maior desafio é pra aqueles que a gente não conhece. Se ta num surto não tem que se expor só ta sendo chamado porque ta em crise, não sabe quem é, de repente saber que não pode ir uma pessoa sozinha
Ent.6	Quando é muito assim, arriscado, eu não vou sozinha se precisar manejar a gente maneja de dois, é melhor que manejar de um se o cara tá irritado, violento, eu não vo lá pra provoca a violência nele eu quero que ele se apóie em mim, pra vê se ele consegue desarma a tal da violência que ta na cabeça dele tem que segurar, tem que sentar, tem que acalmar
Ent.7	não tem como a gente não ficar muito vulnerável Mas tem casos que a gente tem que mete a cara (dentro do serviço ela não se sente exposta) quando um usuário está em surto, geralmente todo mundo vem
Ent.8	Mas eu não tenho medo dos usuários raras vezes que eles me agridem dos usuários eu não tenho medo nem aqui dentro
Ent.11	eu acho que isso é uma coisa extremamente, é... inerente ao nosso trabalho eu não me atraco, eu sei que a pessoa ta em surto, né. ela tem uma força descomunal vai ter isso (crise) de vez em quando a maioria não tá surtando mais assim ó. Faz muito tempo que a gente não vê surto grave surtos horrorosos, que assustam, muito agressivos e, que, né, bem tratadinhos assim, não, não aconteceram mais eu não me agarro nas pessoas, como tem colegas que vão e querem agarrar, porque eu não sei o que se passa assim eu não me abalo, eu não me estresso com paciente. Eu entendo o paciente me irrita o colega, a postura do colega a gente chama o pronto socorro pra nos ajudar, quando é uma coisa muito séria vêm a brigada, nos ajuda, leva, seda vai te aquele momento sim de crise. Alguns ainda vão ter se tem que ficar no pronto socorro já fica Não fica lá socado no hospital então a gente trás para cá.
Ent.14	te dá uma coisa quando tu entras às vezes acontece um acidente , né? Quando estão em surto, isso vai

	acontecer Ajudo a pegar
Ent.16	a gente se sente meio desprotegida tem que conter
Ent.20	não tem como a gente dizer que não fica insegura a pesssoa às vezes batendo boca e agredindo a gente verbalmente, né? Aquilo mexe Tira aquela pessoa prum lugar assim e conversa tu fica dando um atendimento mais intensivo aqui a gente parece que nunca ta preparada pra essas situações, parece que é irresponsabilidade nossa não consegui pegar, tomar o pau daqueles da mão dum usuário
Ent.21	o fato dela ta assim desencadeia um monte de medo proteger quem eu consigo proteger os outros ficam vulneráveis
Ent23	Ah, é perigo, né? Em risco de vida até tu vai entra numa casa tu nunca imagina o que vai ta te esperando lá dentro Só que eu não sei o quê a gente poderia fazer pra evita isso, sabe? Tem uns que acham que a gente não deve segura a pessoa tem outras pessoas que já acham que deve segurar
Ent.25	eu tenho dificuldade de usar atitudes medicamentosas de maneira mais, mais assim, mais sedativa Eu não tenho muita estrutura pra dá um apoio então a gente tenta se privar, tenta fazer uma contenção mecânica a gente tem assim um bom relacionamento com o pessoal do Pronto Socorro faz uma contenção e leva pro Pronto Socorro pra da uma medicação de urgência

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 1a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 2**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Nós já tivemos muitos casos bem graves. Eu mesmo posso admitir que logo que eu comecei a trabalhar aqui, eu, primeiramente eu quase nem dormia direito em casa, né? Porque foi bem violento um surto que a gente pegou de um paciente que ele agrediu um brigadiano. O brigadiano levou 8 pontos no queixo, no lábio em tudo assim ó. Mas depois com o passar do tempo a gente vê que aquele medo, aquele receio que a gente tem do serviço é tudo bobagem. Mas a segurança, isso é bem verdade. A2	

QUADRO 1b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 2**

Acolhimento	Acompanhamento	prevenção	contenção
A gente sempre procura é pedir para as colega lá da frente que quando elas atendem o telefone	Se vê que o estado é um surto que ele agrediu, quebrou, que não dá para esperar para o outro dia é encaminhado ao Pronto Socorro Municipal da cidade, onde ele vai ser medicado, muitas vezes até depois liberado pra casa. Se é um caso que dá para esperar para o outro dia a gente combina com o paciente, com o familiar chega aqui agenda, marca a consulta com o psiquiatra que vai encaminhá-lo para uma psicóloga, ou e se for o caso ele começa a freqüentar, a ser do CAPS. A2		No caso assim ligam lá tem um paciente que deseja uma visita, ou ele está em surto ou ele está em depressão. A gente vai com a nossa kombi até lá, o pessoal da enfermagem faz a visita. A2

é para perguntar se é urgência ou não, né?! Se é um caso que um paciente está agredindo o familiar ou coisa a gente tem que largar tudo que está fazendo para ir atender, né? A2			Graças a Deus que a gente tem o apoio da Brigada. Porque a Brigada nunca nos negou nada, a gente liga e ela já vai atrás de nós, ajuda a conter o paciente. Porque é difícil. É isso ai é uma verdade, até na hora da gente aplicar a injeção, né? A2

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 2a - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 3**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Eu vejo que tem pessoas ainda, né, colegas nossos que tem medo, né. Eles tem medo assim. A3 Porque tu sai na rua tu estas sujeito também a alguém, te assaltar, te esfaquear, aconteceu com a pessoa lá. Então eu acho que aqui dentro assim ó. (...)a questão da segurança é isso. Eu não vejo assim, eu não consigo descola o que acontece aqui do que acontece na rua. Então é o que eu digo para as gurias: então nós vamos ter que ter polícia em todas as esquinas, gurias, se a gente vai ter que ter polícia aqui dentro para trabalha. A3	O usuário (em crise), né. Que vai, que o usuário... a gente vai ficar com o usuário aqui? Eu digo: para onde tu quer que nós mande o usuário. Aí às vezes a gente tem que se meio dura assim. O que? Nós vamos mandar o usuário para casa, para ele ser agredido, para ele agredir, para ele continuar usando mais droga do que ele já usa. Nós vamos mandar o usuário para um hospital psiquiátrico ou nós vamos ficar aqui estudando o caso dele para achar uma alternativa melhor para ele. Até depois da última agressão desse usuário eu chamei a mãe, chamei a tia, conversei com elas duas, três vezes, sabe, para conscientizar, porque ele chegou algemado em casa. E depois disso assim, ele está se comportando as mil maravilhas. Às vezes é a falta de um limite interno que nunca estabeleceu, e fica... A3 Para prevenir situações que a gente considera assim ó. Por exemplo a usuária aquele dia podia ter me dado um bofetão. Na hora eu disse: ela vai me dar. Assim como eu, os outros usuários, eu sempre digo: gente, se vocês sentirem o perigo saiam de perto. Se não tem como conter, se não tem como lutar, quebram carro, quebram isso, quebram tudo, mas não deixem agredir vocês. .A3

QUADRO 2b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 3**

acolhimento	acompanhamento	Prevenção	contenção
	Depois em outro (surto) que ele teve, há mais ou menos um ano e meio atrás, ele baixou e aí a queixa era que ele não melhorava, e aí eu comecei a ir no hospital, né. Eu digo: não é possível. Será que a gente vai ter que tirar o personagem 8 daqui porque essa criatura não melhora, está sempre com aqueles delírios... Aí eu comecei a ir ao hospital, né. Vê o que estava acontecendo. Aí um dia eu fui e encontrei o psiquiatra que disse: esse rapaz, medicação é água para ele. Dão, dão medicação e esse rapaz, parece que é água, não adianta nada essa medicação. Aí eu entrei lá dentro e digo: o que está acontecendo? Ele já tomou a medicação? Não, ele não tomou a medicação. Eu digo: porque que ele não tomou a medicação? Ah! porque a gente dá a medicação as dez da manhã, e esse horário ele não está mais aqui, ele toma o café e sai. Eu digo: e de noite como é que acontece? Ah! ele também nunca toma a medicação, porque ele chega aqui sempre depois das oito e a medicação é às oito. Então assim ó. Realmente a medicação era água, mas, é que não tomava a medicação. E aí a partir daquele dia eu disse: gente, vocês tão tratando uma pessoa que sai do hospital, ela tem que tomar, na hora do café vocês já tem que ir lá dá a medicação. Aí falei com a chefia do setor x, aí e tal. Aí remodelaram todo o tratamento dele e em um mês ele ficou perfeito que até hoje ele não teve surto, sabe. A3	A estratégia que eu sempre penso e que eu sempre falo para o grupo é a estratégia da prevenção. Porque assim ó.	

		Se eu sei que um usuário está entrando em crise e eu sei porque, ele está todo o dia aqui com a gente, desde lá da recepção até aqui. Se eu sei que um usuário está com, com um problema mais sério, eu tenho que antecipar isso. É o que a gente viu no personagem 8 assim ó. Gente, as gurias vão visitar uma vez por semana ele. Até, até eu não sei como é que está agora que de vez em quando eu perco mas aí eu chamo as gurias e vamos ver como é que está o projeto terapêutico dele. Hã... se ele começa a ter problemas a gente tem que intervir. Porque tu sabe assim ó. Tem um x de pacientes que são pacientes graves. Então assim ó, a gente tem que estar sempre de olho para prevenir surto, (...) A visão que a gente procura ter e discutir nas reuniões de equipe é assim ó: vamos prevenir. (...) Então eu acho assim ó que a prevenção, se chegou mal aqui atende logo. Se precisar levar para o pronto socorro leva, porque a gente não tem psiquiatra vinte e quatro horas, hã, oito horas aqui, Então tem certas coisas que a gente não, não pode nem querer fazer. Vai estar chamando o psiquiatra... então leva para o pronto socorro que está ali, o carro está aqui. Se não tiver vem a ambulância de lá, né. Se toma uma atitude para evitar. A3	Se tu vê que o paciente chegou alterado, está aqui a enfermagem, sempre tem duas, três pessoas. A3

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 3a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 4**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
		Mas é, eu tenho essa idéia, eu me preocupo com a segurança, tem o guarda que me deixa o cacetete ali em cima dos armários de aço, vivo pedindo para tirar. Porque eu acho que a gente não tem nem que botar tranca e nem deixar a faca na mão do, da uma, sugerir uma situação que exponha a pessoa lá. E ali entram os usuários, circulam ali e tal. Então é... A4

QUADRO 3b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 4**

acolhimento	acompanhamento	Prevenção	contenção
	Acho que a gente tem que ter esse cuidado quando a pessoa está em crise, ter sempre alguém que possa estar intensivamente mais perto. Mas não, acho que é por aí. A4		Tem momentos que infelizmente a gente tem que fazer contenção. É uma situação muito difícil. Eu muitas vezes já fiz, é... contenção porque se não o paciente ia se machucar ou machucar outra pessoa e a gente não tinha ninguém, aí nessa hora a gente toma cuidado para ver aonde que eu vou pegar, mas eu, é... nunca fiz isso sozinha. Não é, não é uma coisa eu acho que agradável para ninguém, mas a gente percebe naquele momento a pessoa precisa do limite. É e às vezes, muitas vezes vai acontecer de se ter que fazer essa contenção. A pessoa quebrando tudo, colocando a vida dos outros em risco. Então a gente não pode garantir a segurança das pessoas se a gente não tiver uma intervenção, vamos dizer humanizada, e repente, alguma coisa assim. A4

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 4a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 5**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Eu, particularmente penso assim ó. Eu acho que o risco que a gente corre aqui não é diferente que a gente corre no geral. Não acho que tenha... acho que um pouco do bom senso nas coisas, vale a pena. Então acho que isso também tem uma, um pouco de como a gente organiza a... agora o risco é, é, é inerente ao que a gente faz. Eu não acho que seja uma coisa assim ó... é, é de preocupar? É. Porque é a vida da gente. Mas não acho que seja o ponto, o nó crítico do serviço. Não acho. Acho que a gente corre o risco, assim como a gente corre em várias unidades. Muitas vezes a, quando tu vê, o pessoal ta querendo te bater por coisa que tu nem, nem te dá conta. Eu acho que tem uma certa preocupação nossa que é próprio da clientela que a gente está. Então tem épocas que, que essa preocupação cresce um pouco mais, dependendo se teve alguma intercorrência maior ou não. Eu não acho que seja um nó, (...) aqueles que já tão aqui que a gente, que a gente já sabe mais ou menos quem são os mais difíceis de abordar em surto. O nosso maior desafio é para aqueles que a gente não conhece. A5	

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 5a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 6**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
		Quando é muito assim, arriscado, eu não vou sozinha. Porque olha... os casos assim, que eu não estou conseguindo fazer grupo, que está muito nervoso, que ele está me, está vendo alguém em mim, enfim, eu procuro compartilhar isso com algum dos colegas. Porque daí se precisar manejar a gente maneja de dois, é melhor que manejar de um. A6

QUADRO 5b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 6**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção
	A gente vai para desarmar, a gente não vai... se o cara está irritado, violento, eu não vou lá para provoca a violência nele. Pelo contrário, eu quero que ele se apóie em mim, para vê se ele consegue desarma a tal da violência que está na cabeça dele. É assim que eu procedo nesses assuntos, né. (...) aí ele vem e: Ah, disco voador, que não sei o que... eu não vou dizer que não existe disco voador... eu entro na loucura, faço um flerte com a loucura dele pra tentar construir um pouco de saúde, ir construindo. Num primeiro momento não tem como ir contra, né. (...) tem coisas que tu não vai conseguir manejar tem que ter, estar junto com outros. Aí tem que segurar, tem que sentar, tem que acalmar, né. Mas... eu não chego: me escuta! lá gritando assim, não tem condições. A6		

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 6a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 7**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Não (se sente exposta), porque aqui a gente tem muita, todos ajudam. Então quando um está, um usuário está em surto, geralmente todo mundo vem, ajuda. Então. A7	

QUADRO 6b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 7**

Acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção
É, eu acho que não tem como a gente não ficar muito vulnerável, né? Não tem como a gente separar, mas. É, é difícil. Mas geralmente quando a gente precisa, a gente tem o apoio de alguém, então. Mas tem casos que a gente tem que meter a cara, né? Tem que ir. Tem que ver. Mas a gente fica vulnerável mesmo, às vezes é meio complicado. A7			Às vezes a gente não tem como chegar neles, então a gente tem que se afastar, chamar a Brigada para poder chegar, para não ficar tão vulnerável naquele momento ali (de crise), né? A7

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 7a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 8**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Eu já apanhei, já me correram, um já me defendeu. Mas eu não tenho medo dos usuários. (...) Então dão risada quando eu digo que tenho medo dos cachorros e não dos usuários. Eu chego, eu converso e é rara a vez, raras vezes que eles me agridem. Muito rara vez que eles me agridem. Então às vezes eu não entro de medo dos cachorros, que os cachorros vem e avançam na gente, eu já fui mordida três vezes e tenho medo. Mas dos usuários eu não tenho medo nem aqui dentro. A8	

QUADRO 7b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 8**

acolhimento	acompanhamento	Prevenção	contenção

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 7a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE - Entrevista 10**

Como descreve	Como se sente	Como avalia

QUADRO 7b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE - Entrevista 8**

acolhimento	acompanhamento	Prevenção	contenção
			(...) infelizmente a maioria das vezes que a gente vê que a gente está aí, para quem que a gente pede mais auxílio. É para brigada, que nunca deixou de vir também, nos apóiam. Mas também, o que eles fazem... eles não chegam...Olha, só se é uma situação, mas se não eles esperam que a gente fale alguma coisa para eles intervirem, se não eles ficam só ali de companhia, né. A10

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 8a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista11**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
Eu entendo assim ó, que vai ter isso de vez em quando, que por mais que a gente cuide da medicação, que a gente fale com a família ou, né. Quando tu vê às vezes tu diz: aí, eu não entendo, está bem medicado, está cuidadinho, a família não sei o que, tananã... a maioria não está surtando mais assim ó. Faz muito tempo que a gente não vê surto assim, que a gente tinha visto. Olha, tem surtos graves que eu acompanhei e que, que, quem entrou depois nunca viu, (...) Tem gente que nunca viu o personagem 17 em surto desde que entro aqui. Então assim ó, são, são surtos horrorosos, né. É... assim, que assustam, muito agressivos e, que, bem tratadinhos assim, não, não aconteceram mais. E alguns acontecem. (...) Então assim ó, algumas, alguns que ainda acontecem e que vão acontecer, sinceramente assim, eu acho normal. A11	O que eu penso sobre isso... eu acho que é normal. Acho que isso aí, eu acho que isso é uma coisa extremamente, é... inerente ao nosso trabalho, é... se a gente não quiser encarcerar é assim. Então assim, pra mim, eu não acho uma coisa absurda, pra mim é natural. A11	Não vou te dizer que às vezes, sei lá, passa a semana, duas semanas e está sempre do mesmo jeito e a gente não te... tem até a nossa... Ai, será que eu estou fazendo, né, será que está certo. Às vezes eu vou para supervisão para vê isso. Não está andando, será que é culpa minha. Tá, mas assim, isso eu acho normal, né. Não é mais manicômio, né. A gente está cuidando aqui e, aí vão ter situações. Então claro, mas

		aí eu tenho plena consciência, vai ter aquele momento sim de crise. Alguns ainda vão ter. A11

QUADRO 8b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista11**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção
Então às vezes acontece isso (crise) e, e... como aconteceu assim com a personagem 8 e aí a gente assume, né, o paciente. Troca de terapeuta e vai fazer uma outra abordagem assim. Então isso eu acho muito legal na nossa equipe assim. É uma coisa muito humana. A11			Eu... sinceramente assim, não me... eu não me atraco, eu não vou me agarrar com eles, porque eu sei que a pessoa está em surto, né. Ela está, ela tem uma força descomunal. O que eu faço: eu não me agarro nas pessoas, como tem colegas que vão e querem agarrar, porque eu não sei o que se passa assim. Eu não sei, né, até nem quero dizer nenhuma palavra assim, mas, né. Mas acho normal (a crise). Não, não me abala, não me estressa, né. É... eu sempre disse assim ó, eu não me abalo, eu não me estresso com paciente. Eu entendo o paciente. Às vezes me irrita o colega, a postura do colega. Às vezes eu não tenho saco da postura, do... Mas paciente não. Eu acho que ele está, está sofrendo, (...) O que a gente faz, a gente chama o pronto socorro para nos ajudar, quando é uma coisa muito séria

	(...) se pode ficar, se tem que ficar no pronto socorro já fica, ou no hospital já hospitaliza, fica aquela semana, passou o surto, né, melhora ali, uns dois ou três dias e a gente começa, a gente trás pra cá, não sei se já te disseram isso. Aí quando... começa a melhorar, a gente trás para passar o dia aqui. Passa o dia, se alimenta, vai para oficina, a enfermagem cuida, a gente conversa... não sei se tu já acompanhou alguém, alguém internado, é assim. Não fica lá socado no hospital, né. Hã... então a gente trás para cá. A11		vêm a brigada, nos ajuda, leva, seda. A11

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 9a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista14**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Quando eu cheguei aqui eu achei estranho, sabe? Eu fiquei meio assim com eles. Aí conversamos depois, sabe? Tu leva um choque de vê eles, o jeito deles, né? Tu, te dá uma coisa quando tu entras. Mas depois foi passando o tempo e eu fui me acostumando com eles, e hoje porque até a gente se sente como uma família assim, sabe? Eu acho que a gente fica gostando dos usuários assim. Eu, pra mim, por exemplo, às vezes acontece um acidente, né? Quando estão em surto, isso vai acontecer, né? Quando eles não estão bem, né? (...) A14 Não, medo assim eu não tenho, sabe? Eu tento sai, porque às vezes eu até ajudo, né? (...) a pegar assim, sabe? Ele pra não machucar ele, pra até a Brigada chegar, para dar um remédio, sabe? Acalmar eles. Colocar eles para não quebrar, não se machucar ai dentro com vidro mesmo. Até ele escuta a gente quando o personagem 3 está assim. Medo eu não tenho medo. A14	

QUADRO 9b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista14**

acolhimento	acompanhamento	Prevenção	contenção

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 10a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista16**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Eu tenho experiência, já trabalhei no São Pedro, já trabalhei no, (não entendi), e eu não me sentia tão insegura e aqui no serviço eu me sinto, principalmente na parte da tarde. (..) Até no, quando a gente tem paciente muito agitado, muito agressivo. Que de manhã a gente tem um que é estagiário de, do setor x, que é uma pessoa, que dá assim um, um respaldo quando a gente tem uma situação difícil de lidar. Tu já, tu viu, tantas daqui já. E, e, assim, de tarde, a gente se sente meio desprotegida. A16	

QUADRO 10b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista16**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção
			Porque tu viu, tem que conter. Não tem como deixar a pessoa solta. não digo conter de... mas assim, para poder acalmar, até vir, né, hã... o, a gente vêm, o, a prof 4 vem, a gente tenta, né, conversa, tenta acalmar. Só que de vez em quando não adianta, não adianta, né. Sai quebrando vidro, sai quebrando porta, sai batendo. Então, até chegar o pronto socorro, levar essa pessoa, porque é esse o procedimento que a gente faz. Vai ao pronto socorro, toma uma medicação, acalma. Depois a gente faz o contato com a família, para ir até o pronto socorro. É isso, né. Não digo contenção de amarrar. Não é isso. Só para, para proteger, né, porque eles se machucam, acabam até eles se machucando. A16

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 11a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista20**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Não tem como a gente dizer que não fica insegura, aquele dia mesmo naquele, naquela ocorrência ali. O negócio estava. Se, se a pessoa às vezes batendo boca e agredindo a gente verbalmente. Aquilo mexe, não tem como tu... Quando ela chegou com aquele pau assim na porta, eu digo pára aí que eu vou chamar a tua terapeuta. E oh, eu digo, eu não vou ficar naquele brete ali e ela me... eu já perdi um irmão, eu tenho medo, eu não vou, não vou esperar de graça. Porque aquele pau quem é que contém? A20	Eu tento lidar da melhor maneira. Às vezes, como eu digo, às vezes a gente não raciocina, às vezes as coisas que tu vai vê, parece que o corpo que está tremendo. Que tu não tem tempo de, de codificar e decodificar o pensamento, mas às vezes, parece que é irresponsabilidade nossa não conseguir pegar, tomar o pau daqueles da mão de um usuário. A20

QUADRO 11b- **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista20**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 12a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista21**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
		Eu acho que assim oh, no caso, por exemplo da personagem 1 que aconteceu naquele dia é o fato dela ta assim (em crise) desencadeia um monte de medo, aí muita gente já não vem hoje, que fica com medo. (...) eu nem tento falar nada, porque nessas horas não adianta a gente falar. Porque aí você piora, eles levam para outro lado, então eu prefiro ficar quieta. E proteger quem eu consigo proteger e, deixar porque tem uns que são bem violentos e agridem realmente, tu tem que proteger os que são menos. Que sabe que vão ficar mais nervosos, então você tenta proteger aqueles, mas os outros ficam vulneráveis. A21

QUADRO 12b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista21**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 13a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista23**

Como descreve	Como se sente	Como avalia
	Ah, é perigo, né? Em risco de vida até. Porque tu vai entrar numa casa tu nunca imagina o que vai estar te esperando lá dentro, né? Eu já vi vários pacientes bem agressivos, agente tem que dizer então ta, muito obrigada, e sai rapidinho, né? Eu acho que a gente sempre está com esse risco, assim. Principalmente nas visitas domiciliares. Só que eu não sei o quê pó, o quê que a gente poderia fazer para evitar isso, sabe? A23	Eu acho que é só com cautela, né? Nunca ir sozinha, quando vê que há um risco de, de perigoso sempre levar mais alguém. A23

QUADRO 13b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista23**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção
			É, aqui há uma assim, uma diferença assim da conduta de cada profissional, sabe? Tem uns que acham que a gente não deve segurar a pessoa, que deve, sabe? Deixar né? Que não deve agarrar porque acha que agarrar também é uma agressão, eu... e tem outras pessoas que já acham que deve segurar, né? A23

APÊNDICE **C - Mapa de Associação de idéias**

QUADRO 14a - **Mapa de Associação de idéias – CRISE – Entrevista25**

Como descreve	Como se sente	Como avalia

QUADRO 14b - **Mapa de Associação de idéias – COMO FAZ NA CRISE – Entrevista25**

acolhimento	acompanhamento	prevenção	contenção
			Existe essa vulnerabilidade nesse sentido, até porque assim eu tenho dificuldade de usar atitudes medicamentosas de maneira mais, mais assim, mais sedativa. Com medicações injetáveis. Eu não tenho muita estrutura para dar um apoio. Por exemplo, se pessoa tiver uma parada cardíaca, uma parada respiratória, não digo uma parada, mas uma depressão respiratória. No momento que se faz, digamos assim, um Valium, Injetável para acalmar uma pessoa em agitação psicomotora, a gente tem muita dificuldade, então a gente tenta se privar, tenta fazer uma contenção mecânica. De uma certa forma a gente tem assim um bom relacionamento com o pessoal do Pronto Socorro municipal. De alguma atenção rápida. Nós temos uma caminhoneta também. A nossa disponibilidade, então dá uma coisa a gente faz uma contenção, segura, tenta, na medida do possível colocar na maca e leva para o Pronto Socorro para dar uma medicação de urgência. A gente não usa medicação de urgência em função disso, da nossa dificuldade de lidar com ah, o risco de uma medicação de urgência, né? Então até para evitar isso. Tem que ter uma atenção, o pessoal todo atento, preparado para lidar. A25

ANEXO