

Ensaio a respeito da desinstitucionalização por meio da análise de discurso de profissionais da saúde mental**Test regarding deinstitutionalization through disease analysis of mental health professionals**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-168

Recebimento dos originais: 01/05/2019

Aceitação para publicação: 10/06/2020

Renata Pinheiro Scudeler

Graduada em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930 - Consolação, São Paulo – SP, Brasil

E-mail: renatascudeler1@gmail.com

RESUMO

Introdução: O presente trabalho tem como objetivo analisar diferentes instituições de atenção em saúde mental pós Reforma Psiquiátrica, visando conhecer de que forma conseguem preconizar a autonomia do paciente e a consolidação de seus elos comunitários, familiares, sociais e culturais. Justifica-se na medida em que a formação inicial, assim como a prática psicológica, ainda estão pautadas nos modelos profissionais culturais hegemônicos e pouco discutem a importância destes movimentos e das mudanças por eles provocadas. Sendo a loucura um fato social e político, atravessado por questões econômicas, precisamos atentar para as formas de tratamento preconizado pelas instituições da reforma, uma vez que o sujeito louco é consequência de uma alienação geral, que ainda transita em nosso imaginário.

Fundamentação teórica: O conceito de loucura é impossível de ser estudado de maneira isolada por se tratar de um fato relacional. Após alguns anos, o discurso do especialista ainda destina para o louco o espaço da exclusão, silenciando a loucura. A determinação da Psiquiatria como saber/poder sobre a loucura, associada aos procedimentos asilares, sejam eles humanizados ou não, constituem o caráter opressor das instituições psiquiátricas. Por volta da década de 60, Franco Basaglia, médico italiano e precursor da Reforma Psiquiátrica, considerava que apenas a humanização do tratamento não era suficiente, pois o modelo de internação era repressivo e excludente. Decide então criar uma rede de atendimento multidisciplinar que permitisse ao paciente da saúde mental ser assistido durante o dia, bem como inserido em cooperativas, visando sua recuperação social efetiva. **Metodologia:** Foram visitados um Hospital-Dia e uma Residência Terapêutica, com a finalidade de colher dados junto a diferentes profissionais. Optou-se pela utilização de entrevistas semi-dirigidas. A proposta de análise estruturou-se por meio do método das Zonas de Sentidos. A partir da organização de pré-indicadores e indicadores nos discursos, nos aproximamos cada vez mais de zonas instáveis e profundas de forma a estabelecer núcleos de significação que nos permitiram apreender sentidos presentes nos discursos dos profissionais entrevistados. **Análise e Discussão:** Foram encontradas as seguintes Zonas de Sentido: Diretrizes e realidade de uma Residência Terapêutica; Consolidação das Residências no contexto da Reforma Psiquiátrica; Formação profissional e o trabalho na Residência Terapêutica; Constituição e atuação do Hospital-Dia; O trabalho em rede e a relação com a comunidade; As consequências e as dificuldades de se relacionar com a loucura. Identificou-se nos discursos a proposta de se ofertar um cuidado fora do contexto hospitalar, que considere os limites e possibilidades de cada caso

e trabalhe em direção a uma inserção territorial e social, promovendo um resgate da cidadania e da autonomia. Aquilo que antes era visto só como uma doença passou a ser percebido pelos profissionais como consequência do próprio modelo manicomial. Evidenciou-se, assim, uma crítica não só aos técnicos e dispositivos de saúde, mas também a todo contexto social que não caminha para dialogar com as incontáveis diversidades das formas de ser, classificando as pessoas e delimitando lugares a serem ocupados culturalmente e institucionalmente pelo sujeito dito diferente. **Considerações finais:** Tornou-se evidente a importância de se continuar propagando continuamente os ideais da Reforma, bem como os da desinstitucionalização. Três aspectos revelaram-se como fundamentais: trabalhar em rede e inserir o sujeito nos diversos equipamentos e espaços sociais; propiciar relações horizontais; e debater aspectos políticos, econômicos e sociais que se evidenciam nos discursos da loucura.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; saúde mental; residência terapêutica; hospital-dia

ABSTRACT

Introduction: The present work aims to analyze different mental health care institutions after Psychiatric Reform, aiming at knowing how they are able to advocate the patient's autonomy and the consolidation of their community, family, social and cultural links. It is justified insofar as initial training, as well as psychological practice, is still based on hegemonic cultural professional models and little discuss the importance of these movements and the changes caused by them. Since madness is a social and political fact, crossed by economic issues, we need to pay attention to the forms of treatment recommended by the reform institutions, since the crazy subject is a consequence of a general alienation, which still transitions in our imagination. **Theoretical basis:** The concept of madness is impossible to be studied in isolation because it is a relational fact. After a few years, the specialist's speech still destines the space of exclusion for the madman, silencing madness. The determination of Psychiatry as knowledge / power about madness, associated with asylum procedures, whether humanized or not, constitute the oppressive character of psychiatric institutions. Around the 1960s, Franco Basaglia, an Italian physician and a precursor to Psychiatric Reform, considered that only the humanization of treatment was not enough, since the hospitalization model was repressive and exclusive. He then decided to create a multidisciplinary care network that would allow the mental health patient to be assisted during the day, as well as inserted in cooperatives, aiming at their effective social recovery. **Methodology:** A Day Hospital and a Therapeutic Residence were visited in order to collect data from different professionals. We opted for the use of semi-directed interviews. The analysis proposal was structured using the Zones of Senses method. From the organization of pre-indicators and indicators in the speeches, we are increasingly approaching unstable and deep zones in order to establish nuclei of meaning that allowed us to apprehend meanings present in the speeches of the interviewed professionals. **Analysis and Discussion:** The following Sense Zones were found: Guidelines and reality of a Therapeutic Residence; Consolidation of Residences in the context of Psychiatric Reform; Professional training and work at the Therapeutic Residence; Constitution and performance of Hospital-Dia; Networking and the relationship with the community; The consequences and difficulties of relating to madness. The speeches identified the proposal to offer care outside the hospital context, which considers the limits and possibilities of each case and works towards a territorial and social insertion, promoting a rescue of citizenship and autonomy. What was previously seen only as a disease came to be perceived by professionals as a consequence of the asylum model itself. Thus, it was evident a criticism not only to health technicians and devices, but also to any social context that does not walk to dialogue with the countless diversity of ways of being, classifying people and delimiting places to be occupied culturally and institutionally by

different said subject. **Final considerations:** The importance of continuing to propagate the ideals of the Reformation, as well as those of deinstitutionalization, became evident. Three aspects were revealed to be fundamental: working in a network and inserting the subject in different social equipment and spaces; provide horizontal relationships; and debate political, economic and social aspects that are evident in the speeches of madness.

Keywords: psychiatric reform; mental health; therapeutic residency; day hospital

1 INTRODUÇÃO

No que se refere ao Brasil, a luta em prol da Democracia, no final dos anos 70, lançou as bases para que os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial se estruturassem, objetivando novos serviços de atenção em saúde mental, na contramão dos hospitais e asilos psiquiátricos, questionando tanto as instituições, quanto o saber psiquiátrico.

O presente trabalho pretende conhecer e analisar diferentes instituições de atenção em saúde mental pós Reforma Psiquiátrica a fim de saber o que mudou no atendimento em saúde mental, tendo por objetivo compreender de que forma os novos modelos de assistência conseguem preconizar a autonomia do paciente, bem como a consolidação de seus elos comunitários, familiares, sociais e culturais, na contramão da cronificação decorrente da institucionalização.

Entendendo que as próprias instituições possuem características favorecedoras destas questões, advindas de lutas e resistências que contestaram a ordem pública e colocaram em evidência a repressão das práticas psiquiátricas e asilares, o referido estudo parte de uma análise e observação de alguns dos diferentes modelos de atenção em saúde, bem como de conversas e entrevistas com profissionais destes equipamentos.

Para tanto, justifica-se na medida em que, a formação bem como a prática psicológica, ainda estão pautadas nos modelos profissionais culturais hegemônicos e pouco discutem a importância destes movimentos e das mudanças por eles provocadas no pensar sobre a saúde mental, sendo assim, é imprescindível revalorizar a importância e o interesse de profissionais, estudantes e da sociedade em geral pelo tema. Ademais, sendo a loucura um fato social e político, atravessado por questões econômicas, precisamos analisá-la, uma vez que o sujeito louco é consequência de uma alienação geral, que ainda transita em nosso imaginário. Ou seja, a saúde e a doença mental, bem como a institucionalização e os movimentos contrários, estão permeados de preconceitos, baseados no desconhecimento.

No que se refere às instituições hospitalares, sabe-se que, anterior ao século XVII, eram locais destinados aos pobres que, por conta da importância de se proteger o restante da

sociedade, deveriam ser recolhidos e assistidos. Os hospitais não eram instituições médicas, assim como a medicina não era uma prática hospitalar.

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVIII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 1996. p. 59).

As primeiras mudanças surgem a partir da preocupação em se anular os aspectos negativos dos hospitais, entretanto, considerando, ainda, questões econômicas. Tal reorganização ocorreu por meio de uma técnica de exercício de poder, a disciplina, que objetivava, controlar os corpos doentes e promover uma gestão social, uma vez que os indivíduos possuíam um preço para a sociedade. Além disso, há uma transformação no saber e na prática médica, uma vez que, o poder disciplinar e a reorganização hospitalar são então destinados aos médicos.

Até o século XVIII, no que diz respeito à loucura, pensava-se que havia algo descompensado na consciência que perturbava a natureza humana, sendo assim, bastava o sujeito se reencontrar e entrar em contato com sua essência para, então, sair da desordem e retomar o juízo. Só no século XIX, a partir de estudos e concepções da ciência, que a loucura passa a ser percebida com algo desviante da norma social e, com isso, o campo ‘psi’ passa a intervir, como forma de justificar, teoricamente, as práticas de disciplina corporal.

O que antes fazia parte da vida cotidiana, passa a pertencer a um cenário particular, momento em que a loucura passa a ser destinada às casas de internação que tinham como finalidade excluir os sujeitos desviantes da sociedade, resistentes a normatização preconizada pela psiquiatria. “O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social” (FOUCAULT, 1984. p. 55). Mas, a partir do século XVIII, novos questionamentos surgem e o internamento passa a adquirir caráter e finalidade médicos, ainda entrelaçados a questões éticas e morais, não a uma intervenção terapêutica, e tendo como instrumento, não mais o saber, mas sim, uma relação de poder, onde a loucura deveria ser dominada pelos psiquiatras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao pensarmos sobre a loucura, há dois grandes campos nos quais ela se inscreve. O primeiro a caracteriza como uma experiência corajosa, de recusa ao imposto socialmente. Já o segundo, traz a loucura como uma falha, uma ruptura na maneira sadia de ser. Seja num campo ou no outro, há na loucura uma denúncia sobre o contexto social do qual emerge.

Ademais, é um conceito impossível de ser estudado de maneira isolada, por se tratar de um fato relacional, ou seja “designa-se louco o indivíduo cuja maneira de ser é relativa a uma outra maneira de ser. E esta não é uma maneira de ser qualquer, mas a maneira normal de ser. Portanto, será sempre em relação a uma ordem de “normalidade”, “racionalidade” ou “saúde” que a loucura é concebida nos quadros da “anormalidade”, “irracionalidade” ou “doença” (PEREIRA, 1985. p. 20).

A loucura enquanto doença é algo recente na civilização ocidental. Na época da Idade Média, circulava de maneira livre, compondo o cotidiano. Este cenário se altera quando passa a se inscrever, por meio das diversas manifestações artísticas, no universo moral. Entretanto, ao longo do século XVII, assentados sobre a razão, criam-se na Europa, as casas de internamento, destinadas ao confinamento dos loucos, inseridos numa condição de impossibilidade de pensar.

Em 1656, funda-se em Paris, o Hospital Geral, destinado ao recolhimento dos pobres, sem finalidade médica alguma. Arelado a finalidades econômicas, atuava por meio de trabalhos forçados e era mais um ambiente de repressão do que de produção. O público por ele internado se expande na medida em que um conjunto de personagens é percebido como incapacitados para o trabalho, bem como transgressores das proibições morais e religiosas, entre eles, incluíam-se os devassos, blasfemadores, suicidas e os loucos.

Já no século XVIII, a loucura é redimensionada no contexto social e seu vínculo com o internamento se estreita, ao passo que surgem reivindicações para que loucos e não-loucos não sejam mais misturados nos espaços de assistência. A internação deixa de lado seu caráter econômico, a população é recolocada na produção e as famílias se tornam responsáveis pelo cuidado. Ao mesmo tempo em que se reconfiguram as casas de internamento apenas para confinamento da loucura.

Neste período, final do século XVIII, o louco é percebido como um irresponsável, pois abdicou de sua liberdade e razão. O internamento adquire caráter de cura na medida em que assiste os que não conseguem por si mesmos e garante a segurança social. É neste momento em que surgem os asilos e que a medicina os adentra para apropriar-se da loucura.

O internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto médico: ganha valor de doença. E a ligação entre o asilo e a doença forja-se como uma relação necessária. (PEREIRA, 1985. p. 83).

O asilo adquire duas faces, uma voltada para os ideais religiosos, e então os loucos eram submetidos a um controle social e moral, através de ameaças, privações alimentares e humilhações, e outra voltada para a observação constante do comportamento do sujeito louco para que, diante de qualquer sinal de desvio em relação a conduta normal, ele fosse imediatamente punido. Seja como for, o médico era a figura associada a cura, não por conta de sua competência científica, mas sim pelo estabelecimento de uma relação de dominação.

Com efeito, a loucura no século XIX adquire então significado médico, ou seja, passa a ser uma doença, fazendo assim, com que o homem se torne objeto de conhecimento. O discurso do especialista passa a destinar para o louco o espaço da exclusão e a loucura é então silenciada. Todavia, não é um discurso puramente médico, mas sim, social e político. A determinação da Psiquiatria como saber sobre a loucura, associada aos procedimentos asilares, sejam eles humanizados ou não, instituem o caráter opressor das instituições psiquiátricas.

Por volta da década de 60, momento do pós-guerra na Europa, surge um novo olhar para as estruturas manicomiais. Franco Basaglia, médico italiano e precursor da Reforma Psiquiátrica, passa a problematizar a ideia de que os loucos eram perigosos e, portanto, precisavam ser excluídos. Considerava que não só as práticas asilares eram prejudiciais, mas as instituições por si só, bem como o modelo assistencial praticado e a relação sociedade-doente eram os fatores primordiais para prejuízo e objetificação do interno.

Acreditava que apenas a humanização do tratamento oferecido nas instituições não era suficiente, pois o modelo de internação era repressivo e excludente, além disso, não bastava apenas a Psiquiatria, era preciso levar em conta o amparo social e jurídico. Então, em 1970 decide fechar o hospital em que trabalhava, para criar uma rede de atendimento multidisciplinar que permitisse ao doente mental ser assistido durante todo o dia, bem como ser inserido em cooperativas de trabalho, visando, também, sua recuperação social efetiva.

Para começar, torna-se necessário negar tudo o que está à nossa volta: a doença, o nosso mandato social, a nossa função. Negamos, assim, tudo que possa dar um sentido predefinido à nossa conduta. Ao mesmo tempo em que negamos nosso mandato social, negamos a rotulação do doente como “irrecuperável” e, ao mesmo tempo, nossa função de simples carcereiros, tutores da tranquilidade da sociedade; negando a irrecuperabilidade do doente negamos sua conotação psiquiátrica; negando sua conotação psiquiátrica negamos sua doença como definição científica; negando a sua doença,

despsiquiatrizamos nosso trabalho, recomeçando-o em um território ainda virgem, por cultivar. (BASAGLIA, 1985. p. 29).

No que se refere ao Brasil, até meados do século XIX não havia nenhuma assistência médica atrelada as questões de Saúde Mental, o mais próximo que os loucos chegavam dos hospitais, era quando encarcerados nos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro. Foi em 1841, em decorrência das solicitações de médicos higienistas pela construção de asilos psiquiátricos, que o imperador Pedro II, decretou a fundação do Hospício D. Pedro II, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, inaugurado em 1852. Diante disso, o louco passa a ser considerado passível de tratamento e, com base no isolamento, o Hospício se torna o lugar de exercício da ciência psiquiátrica, preconizando a vigilância e a repressão.

Para se pensar em novas formas de amparar os doentes mentais, surge, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Mas, influenciada por movimentos europeus, sobretudo da Alemanha, a Liga afasta-se de seu propósito inicial, para propagar ideais eugenistas de prevenção, atrelados a higiene social. A psiquiatria brasileira caminhou assim por um tempo, até novas pesquisas retomarem a ideia de que a higiene mental deve pensar em maneiras de se aperfeiçoar e humanizar a assistência psiquiátrica ofertada aos doentes mentais.

Só nos anos 70, na luta pela redemocratização, se inicia um processo de questionamento crítico do aparato asilar, considerando inadmissíveis a exclusão e a violência do modelo hospitalocêntrico. A busca pela Reforma Psiquiátrica estabeleceu suas bases em tentativas anteriores de se implementar novos modelos de atenção em saúde mental. Entre elas, a experiência das Comunidades Terapêuticas que propuseram um modelo organizacional capaz de comandar o dia a dia hospitalar. Todavia, não teve impacto sobre o modelo asilar, servindo ao marketing dos manicômios. E como segunda tentativa, houve o movimento da psiquiatria comunitária. Entendendo o asilo como um espaço segregador e iatrogênico, propunha que a organização de um novo programa de intervenção na comunidade evitasse o adoecimento mental. Ou seja, além de detectar precocemente as situações críticas, de modo a resolvê-las sem que chegassem à internação, era preciso organizar também o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental.

No contexto do combate ao Estado autoritário, surgem denúncias quanto ao abandono, a violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do país. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou acontecimentos que fizeram avançar a luta.

Em 1987, após a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o movimento pela Reforma Psiquiátrica sofre uma virada e passa a pensar não apenas nas instituições psiquiátricas, mas também na cultura, no cotidiano e nas mentalidades, substituindo a clínica fechada por instrumentos abertos, diversificados e de natureza comunitária.

Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial', esta é a tarefa da reforma psiquiátrica. (TENÓRIO, 2002. p. 35).

Diante de todos esses acontecimentos, em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG), apresenta o projeto de lei nº 3.657/89 que trazia em seu conteúdo questões referentes ao novo modelo de atendimento em saúde mental, ou seja, seus artigos decretavam que os recursos públicos deveriam ser destinados para a construção de aparatos de atendimentos não manicomiais, proibindo a contratação de novos hospitais psiquiátricos, bem como a internação compulsória sem aviso prévio. Entretanto, após dez anos, o Senado aprovou um projeto modificado, que suavizava as questões asilares.

Todavia, o projeto original retorna ao Congresso e em 6 de abril de 2001 é aprovada a Lei nº 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos sujeitos portadores de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Tem por objetivo humanizar o tratamento, sendo a internação a última alternativa e, ainda assim, cercada de diretrizes. Preconiza um modelo em que a sociedade assuma sua responsabilidade e coloca a loucura num status não mais de risco, priorizando a instalação e utilização de novos serviços ambulatoriais, como hospitais-dia/noite, lares protegidos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

3 METODOLOGIA

Para a realização dessa pesquisa, foram visitadas duas instituições de atendimento em saúde mental, um Hospital-Dia e uma Residência Terapêutica, que trabalham levando em conta os ideais propostos pela Luta Antimanicomial, implementados pós Reforma Psiquiátrica. Os critérios de escolha estão pautados nas possíveis diferenças e semelhanças que podem ser

encontradas entre os equipamentos, bem como na tentativa de ser observar na prática as mudanças conquistadas pelos movimentos sociais.

Com o objetivo de colher dados junto a diferentes profissionais naquilo que toca às propostas interventivas e as práticas institucionais, optou-se pela utilização de entrevistas, por consistir numa técnica de investigação científica, cujo objetivo principal é pesquisar acerca do tema em questão. Para o projeto em questão, serão realizadas entrevistas semi-dirigidas, na qual as perguntas e a sequência de trabalho não são elaboradas de maneira direta, todavia, existem áreas específicas a serem exploradas, de forma que existe um roteiro direcionador, para que o foco não se perca. Além do roteiro, o projeto inclui, também, em seus materiais a serem utilizados, gravador e bloco de notas.

As entrevistas serão realizadas nas instituições e, se necessário, os profissionais serão apresentados a partir de aspectos como nome, formação e atuação no equipamento. Os encontros serão agendados de acordo com a disponibilidade dos colaboradores, com previsão de duas de duração, podendo estender-se se necessário. Será realizada a apresentação do projeto e na sequência iniciaremos a entrevista.

A análise dos dados será a partir da transcrição das entrevistas e, também, por meio da metodologia de Zona de Sentidos. A partir da compreensão e análise dos significados daquilo que foi dito, nos aproximamos de zonas mais instáveis e profundas, de forma a estabelecer núcleos de significação que nos permitem apreender o conteúdo do discurso dos entrevistados.

Optou-se por este método, uma vez que, baseado nos ideais de Vigotski, há uma complexidade por trás do Homem, sua subjetividade e seus discursos. Além disso, entende-se que o pensamento, antes de ser expresso em palavras, passa por inúmeras transformações. Compreendendo significado como um conceito apropriado pelo sujeito e configurado a partir de sua própria subjetividade, sabe-se que este contém mais do que aparenta e, portanto, por meio de um trabalho de análise e interpretação, se atingem as zonas de sentido.

Para a análise, partimos de uma categoria de pré-indicadores até constituirmos núcleos de significação, para assim, revelarmos os sentidos e a subjetividade dos sujeitos, por meio de semelhanças, complementariedades e contradições. Os pré-indicadores correspondem aos temas que emergem com frequência e/ou apresentam uma importância enfatizada nas falas, ambivalências, contradições, etc. Todavia, devem ser filtrados de acordo com a importância para o objetivo da análise.

Em seguida, aglutinam-se os pré-indicadores, seja por similaridade, complementaridade ou contradição, adquirindo uma categoria de indicadores, capazes de revelar a essência dos

conteúdos expressos. A partir disto, inicia-se um processo de articulação, também por semelhança, complementaridade ou contradição, que resultará na organização dos núcleos de significação, que nos permitirão ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas. Essa é, portanto, uma análise que não se restringe ao que foi dito, mas contempla, também, o contexto social, político, econômico e histórico no qual o sujeito está inscrito.

4 ANÁLISE

4.1 ZONAS DE SENTIDO – RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

4.1.1 Z-S. 1 – Diretrizes e realidade de uma Residência Terapêutica

As Residências Terapêuticas são equipamentos de saúde que buscam oferecer um cuidado fora do contexto hospitalar levando em consideração, também, aspectos da vida cotidiana dos moradores. Com isso, a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), estabelecem um projeto de vida individual para cada residente, uma vez que, cada morador tem seus limites e possibilidades. Dessa forma, os residentes são inseridos no território e em atividades, por exemplo, nos CECCOS, CEUS, parques, academias, conforme a situação e autonomia de cada um. O direcionamento dos moradores para as Residências é realizado por meio de uma articulação entre a Coordenadoria responsável junto com a Secretaria de Saúde.

Tratando-se de um modelo pós Reforma Psiquiátrica, os residenciais possuem a finalidade de serem apenas uma moradia, enquanto o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) permanece como local de tratamento, substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, a Residência tem como objetivo resgatar a cidadania de seus moradores, na medida em que promove autonomia e inclusão social, possibilitando uma desinstitucionalização dos serviços e hábitos hospitalares enraizados. Para isso, a OS (Organização Social) responsável viabiliza os recursos financeiros destinados para as despesas com a casa, além do Benefício Assistencial LOAS recebido por alguns. Todavia, pensando nos residentes que não possuem, existe uma caixinha dos moradores, ou seja, aqueles que dispõem do benefício contribuem com uma quantia a ser destinada, principalmente, para ajudar os que não têm.

Além disso, percebe-se que o estigma carregado pelos moradores ainda é grande e que muitos não possuem família e perderam outros possíveis vínculos. Com isso, quando chegam à Residência enfrentam diversas dificuldades, pois não sabem onde estão ou o que significa viver em uma casa, fazendo acordos coletivos e respeito ao espaço dos outros, pois passaram a vida trancados. A maioria possui apenas a roupa do corpo e nenhum documento. São perceptíveis as

consequências da institucionalização quando relatam não possuir corpo ou se chamam por números. Entretanto, com o tempo, se apropriam da residência e passam a entender que o espaço é deles e, em determinados casos, se torna possível restabelecer os vínculos e encontrar a família.

Sobre o contato com a comunidade, ainda há muito preconceito, principalmente em função da falta de conhecimento. A maioria desconhece o serviço, então, ao saírem com os moradores, são percebidos olhares e atitudes intolerantes, o que demanda um processo de construção também com a população para que compreendam não se tratar uma casa de loucos e que não é necessário ter medo, pois é possível lidar com a loucura em liberdade.

4.1.2 Z-S. 2 – Consolidação das Residências no contexto da Reforma Psiquiátrica

Sabe-se que os hospitais psiquiátricos não foram criados pensando em oferecer um espaço para a loucura, mas sim para abrigar àqueles que simplesmente não cabiam na sociedade, pois o contexto social não os aceitava, então, conseqüentemente, muitos ficaram loucos nas instituições. Com isso, ao pensarmos em Reforma Psiquiátrica, falamos sobre uma mudança no modelo de cuidado em Saúde Mental e, na política da Reforma, pensou-se justamente no cuidado com o morador de um Hospital Psiquiátrico fora do contexto hospitalar.

No que se refere as Residências Terapêuticas, devemos sempre pensar em casa, pois ainda que exista uma responsabilidade enquanto instituição de saúde, são um espaço de moradia e, com isso, a grande dificuldade se torna não institucionalizar. As Residências são um dispositivo diferente de qualquer outro serviço de saúde, desafiadoras para a equipe e também para os moradores que precisam se apropriar do espaço e reconhecer quem são e que podem fazer parte desse coletivo. Devem ser construídas com cautela, pois o cuidado em saúde precisa ser feito na rede, nos CAPS e UBSs, e não especificamente dentro da casa, como forma de se evitar o risco de se tornar uma mini clínica. Para isso, uma das propostas é constituir a equipe apenas com cuidadores e não com enfermeiros ou outros profissionais da área, para que não se ampliem os riscos de se trazer um novo olhar para o serviço. No caso da Residência visitada, por conta do número de profissionais, às vezes se torna difícil manejar as escalas, por exemplo, quando precisa sair com os moradores e exercitar autonomia, mas está com apenas um cuidador e um dos residentes precisa de acompanhamento direto.

Para promover um cuidado da loucura em liberdade e não transformar o espaço em um mini manicômio, é necessário observar também as pequenas atitudes, pois a equipe se direciona conforme a gestão e depende dela possibilitar um espaço conservador ou que amplie os olhares.

Além disso, é necessária uma disposição interna para estar nas residências e se abrir para o novo, uma vez que, lidar com o desejo do outro implica em barreiras, pois, normalmente, queremos impor os nossos desejos.

Ainda que tenha demorado para a Reforma Psiquiátrica sair do papel e acontecer nos serviços e na vida das pessoas, já avançamos muito. O mundo precisa caminhar e avançar para retirar os que ainda estão internados, ampliando o número de residências, sem pensar em retroceder e retomar as internações. Todavia, o panorama atual é o de uma desconversa entre Município e Estado, uma vez que o primeiro deseja expandir os novos serviços, enquanto o segundo quer fechá-los, com isso, os profissionais e equipamentos sobrevivem em meio à crise. Sem dúvidas, os manicômios não são lugar para ninguém, foram criados para serem um depósito de pessoas que, quando presas, enlouquecem naquele lugar. É possível que a sociedade inclua estas pessoas, mesmo com suas diferenças, pois existem inúmeras outras questões e diferenças no mundo. Para a profissional entrevistada, todos temos um pouco de loucura e felizes são aqueles que de fato conseguem se desassociar deste mundo capitalista e viver o seu mundo particular.

4.1.3 Z-S. 3 – Formação profissional e o trabalho na Residência Terapêutica

A profissional entrevistada relata não ter estudado saúde mental durante a graduação, mas conta ter escolhido a área, pois sempre desejou trabalhar como Assistente Social da saúde. Para ela, mesmo inserido no contexto da saúde, o profissional trabalha com todas as políticas públicas, pois o Ser é integral, então não é possível dar conta de apenas um aspecto isolado. Seu contato com a psiquiatria ocorreu em um estágio no Pronto Socorro da UNIFESP, quando conviveu diretamente com as situações de crise. Além disso, trabalhou também em dispositivos como CECCO, na época inserido na política de programa de saúde mental, e CAPS, então, tudo o que conheceu foi através dos equipamentos e se declara apaixonada por Residências Terapêuticas.

Entende a Residência Terapêutica como um serviço que nos obriga a olhar para o todo, como forma de evitar uma fragmentação e aproximação do equipamento com o manicômio, enquanto nos outros dispositivos observamos apenas um pedaço do usuário. Com isso, os residenciais oferecem diversas possibilidades, sendo gratificante e prazeroso saber e perceber que os residentes podem viver em sociedade, pois há possibilidade de inserção, autonomia e inclusão. É o espaço onde se torna possível construir o todo, junto com os moradores, as famílias e a comunidade, reconhecendo que, em alguns momentos, pode ser que se torne necessária uma

acolhida no CAPS, então que seja nesse dispositivo, capaz de propiciar uma acolhida rápida e possibilitar a melhora do paciente.

4.2 ZONAS DE SENTIDO – HOSPITAL DIA

4.2.1 Z-S. 1 – Constituição e atuação do Hospital-Dia

O Hospital-Dia A Casa atende um público particular, bastante abrangente, através de convênios médicos. A maior parte dos usuários ainda são jovens, com questões limítrofes e relacionadas ao uso de drogas, com grande dificuldade de serem identificadas. Os pacientes chegam, principalmente, por meio de indicações de terapeutas e instituições de internação, normalmente com a família e, raramente, de maneira espontânea. Cada uma das cinco equipes é responsável por um grupo de 12 a 17 pacientes e podem funcionar de forma mais diretiva, rígida e etc.

Ao receberem um novo usuário, realizam uma entrevista com o objetivo de colher dados da história pessoal e compreender se faz sentido ou não estar na instituição. No início, solicitam ao paciente que frequente todos os grupos e oficinas para, depois, estabelecerem um contrato sobre o que é ou não indicado. Todavia, percebem que tem sido delicada a consolidação dos contratos, optando por, cada vez mais, fazerem um processo mais individualizado. Segundo os profissionais, antigamente havia uma maior aderência aos tratamentos, os limites eram claros e, portanto, não enfrentavam tantas resistências.

Sobre os objetivos do equipamento, descrevem como acolher o que há de mais individual, pois os usuários chegam com muito sofrimento, um sofrimento que precisa ser excluído, banido socialmente, mas que, muitas vezes, diz respeito a algo que pode ser visto de outra maneira, justamente como algo mais potente. Com isso, ser capaz de suportar o diferente, sendo suporte de, mas também suportando estar na relação, oferecendo um espaço para o que é radicalmente diferente e nunca pode ser incluído, mostrando como pode ser fora da instituição, pois de alguma maneira é possível conversar com alguém assim, é um dos pontos essenciais.

De acordo com os relatos, ao mesmo tempo em que os profissionais atuam, também se formam enquanto terapeuta, por ser um local de formação, promotor de crescimento profissional, que os permite lidar com a alteridade e preconizar as questões transferenciais. Consideram interessante perceber, lidar e suportar as diferenças, uma vez que, ao mesmo tempo em que a clínica existente ali amplia os horizontes no que diz respeito as diversidades de formas de ser, amplia também os limites, de forma que estes ficam borrados e os fazem perder a dimensão do que é permitido ou não.

4.2.2 Z-S. 2 – O trabalho em rede e a relação com a comunidade

Sobre o trabalho em rede, os profissionais entrevistados o consideram uma grande e difícil questão, uma vez que nem todos dialogam e entendem da mesma forma, além de “ir para fora” exigir esforço. Entretanto, existe uma tentativa, pois, a equipe conversa com as famílias, com os psiquiatras e com outras instâncias, além de atuar junto com Acompanhantes Terapêuticos, por acreditarem que o AT acompanhe melhor nos ambientes fora da instituição.

No que diz respeito a relação com a Psiquiatria, percebem que o médico ainda ocupa um lugar marcado historicamente, sobretudo no contato com as famílias. Mas, investem em uma relação horizontal, para que os profissionais caminhem juntos e o psiquiatra participe dos grupos de psicoterapia e promova atendimentos grupais e não individualizados. Todos os usuários realizam acompanhamento psiquiátrico, seja dentro ou fora da instituição, mas os médicos inseridos no equipamento são, também, psicanalistas e priorizam uma construção conjunta dos laudos, considerando as questões psicodinâmicas como, por exemplo, a influência do uso de medicação nas relações.

Além disso, por entenderem que o núcleo familiar também adoce e produz adoecimento, realizam um acompanhamento das famílias, afinal, não é possível considerar apenas o paciente, uma vez que, ele chega e passa o dia todo no Hospital, mas depois retorna para sua casa. Com isso, acreditam que a instituição possui sua proposta, portanto, os profissionais com os quais se relacionam e que se inserem no equipamento precisam se identificar com o trabalho realizado, caso contrário, não se sustentam e não permanecem.

4.2.3 Z-S. 3 – As consequências e as dificuldades de se relacionar com a loucura

No que se refere as dificuldades do Hospital-Dia, entendem ser necessário ter cuidado para não produzir no paciente o efeito de que estar na instituição basta, trabalhando o olhar do usuário sobre ele mesmo, desfazendo o apoio nos diagnósticos e promovendo um resgate da individualidade, da subjetividade e da capacidade de pensar de outra forma, pois a maioria já olha de uma forma angustiante, por não saber como lidar.

Em função disso, existe uma tentativa de que as oficinas de trabalho ocorram de um modo que seja terapêutico, não “massificante”, que inclua também as questões capitalistas, uma vez que, o trabalho ainda possui muito significado na nossa sociedade. Então, é preciso expor o trabalho de uma forma não estigmatizada, preocupando-se com o que é produzido, mas incluindo algo que, às vezes, não é bonito e não surpreende. Apesar de tentarem sair do âmbito da saúde mental, os lugares onde conseguem expor ainda estão relacionados a esse contexto.

Sobre a opção de trabalhar apenas com grupos, consideram as oficinas como um momento onde o dentro e o fora está posto e se potencializa de alguma maneira, além de contribuir para a autonomia fora do equipamento. Entendem que a relação transferencial que se estabelece pode provocar transformações no âmbito social, sendo quase uma aposta numa micropolítica via transferência. Acreditam que àqueles que estão fora não conseguem identificar e diferenciar paciente e terapeuta, o que consideram um cartão de visita e um indicativo de que estão trabalhando de maneira correta, na direção da Reforma Psiquiátrica, ainda que percebam uma dificuldade em manejar os limites básicos e individuais, maleáveis para cada usuário.

No que se refere aos conceitos de saúde e doença mental, acreditam existir um grau de sofrimento causado pelo tipo de loucura, pela nomeação e pelo lugar que o sujeito ocupa na cultura e, portanto, a principal questão é justamente o delírio não caber nessa cultura. Se questionam se, talvez, a loucura seja a forma como vemos a própria loucura, mas, apesar de ser uma possibilidade, acreditam existir uma parte que vai além e que não é possível ser cuidada apenas dessa forma. Entretanto, por mais frustrante que o trabalho possa ser, ver as conquistas, por menores que sejam, já provoca orgulho, pois, um olhar na direção do outro e uma intervenção que seja feita é importante. Acreditam numa aposta clínica de que daqui alguns anos possamos achar um absurdo um esquizofrênico estar num Hospital-Dia.

5 DISCUSSÃO

A partir das entrevistas realizadas e através das Zonas de Sentido encontradas, identificam-se nas falas dos profissionais inseridos nos atuais equipamentos de saúde mental, discursos baseados nos ideais da Reforma Psiquiátrica, promotores de um novo modelo de cuidado e atenção às questões psiquiátricas, antes confinadas as instituições asilares para dominação puramente médica.

Ao afirmarem a possibilidade de se ofertar um cuidado fora do contexto hospitalar, que considere os limites e possibilidades de cada caso e trabalhe em direção à uma inserção territorial e social, bem como promova um resgate da cidadania e da autonomia, percebe-se que, na contramão do que se acreditava no período anterior à Reforma de que o internamento era a única possibilidade de cura, a loucura passa a ser percebida e entendida de uma nova maneira. Ou seja, aquilo que antes era visto só como uma doença, uma ruptura com um modelo considerado sadio e normal de ser, é então percebido, também pelos doentes, como consequência do próprio modelo manicomial. “Porque quando uma pessoa fica presa dá o

nervoso, mesmo que a pessoa não seja nervosa: ficar preso, ver que não se pode fazer isso e aquilo, e ter de fazer o que mandam...” (BASAGLIA, 1985. p. 21).

Todavia, ainda hoje são enfrentadas dificuldades nas tentativas de se definir o que é a loucura. Os profissionais entrevistados demonstram tais angústias quando dão a entender a doença mental como uma transgressão ao mundo em que vivemos, aproximando-se de concepções e teorias iniciais que a descreviam como uma denúncia ao contexto social do qual emerge. Além disso, os impasses enfrentados na busca por um significado refletem diretamente a realidade do nosso contexto social que, em função do desconhecimento, mas também da falta de interesse, permite a permanência de olhares preconceituosos e estigmatizadores.

Contrário ao que se propunha nas instituições asilares, de que o médico era a figura central no relacionamento com o doente, os profissionais entrevistados evidenciam em suas falas que, atualmente, não há uma determinação de saber sobre a saúde e a doença mental, obrigando-nos a promover, nos diversos equipamentos, um trabalho multiprofissional que considere o sujeito louco em sua totalidade e não apenas o seu diagnóstico, preconizando assim, o que definem como trabalho em rede, ou seja, é preciso reconhecer as possibilidades e limites de cada caso e de cada dispositivo e profissional de saúde. Contudo, deixam claro que, ainda hoje a Psiquiatria ocupa um lugar marcado historicamente, além do viés social e político que permanece nos discursos sobre a loucura.

A razão pela qual a loucura sofre um processo de exclusão, processo este que já tem início na simples percepção do indivíduo como “doente” ou como “desviante” (lembrando: a noção de “desvio” pressupõe um “dever ser” contrariado pelo desvio), não é médica, mas política. (PEREIRA, 1985. p. 100).

Alinhados com os ideais propagados por Basaglia, os recentes dispositivos atuam através de novas tecnologias de cuidado que permitem ao doente ser assistido diariamente em suas necessidades médicas, mas também sociais e afetivas. Para isso, trabalham através de oficinas de trabalho/geração de renda, artesanato, entre outras, além de promoverem a inserção nos equipamentos disponíveis nos territórios, por exemplo, CEUs, CECCOS, parques e etc, buscando, também, estabelecer e reforçar os laços afetivos, seja com os familiares ou outros possíveis companheiros, pois entendem que a relação transferencial que emerge dessas atividades possui uma potencialidade para promover transformações no social.

Entendendo que os conceitos difundidos pela Reforma Psiquiátrica desejam uma realidade em que seja possível, por parte dos próprios doentes, questionar os diagnósticos e

tratamentos, encontram-se contradições nos discursos promovidos pelos profissionais quando estes queixam-se de enfrentarem maiores resistências e menor aderência aos tratamentos e, portanto, uma dificuldade de estabelecerem limites. Ainda assim, há clareza quanto aos riscos de se retroceder e retomar as internações quando relatam como desafios profissionais a necessidade de cuidar para não produzir no usuário o efeito de que estar na instituição basta e também não transformar o dispositivo em um mini manicômio.

Inúmeras das questões apresentadas e descritas pelos entrevistados, demonstram que, além de todos os cuidados em saúde que precisam ser promovidos, atuar nos modelos atuais de equipamentos, bem como através deste novo conceito de saúde e doença mental, oferece inúmeras conquistas e perceber a possibilidade de, através de uma construção conjunta e mesmo de mínimas intervenções, promover inserção e autonomia, se torna satisfatório em diversos momentos. Entretanto, relatam com clareza a necessidade de se ter uma disposição interna e se abrir para o outro, bem como de ter capacidade para suportar o diferente, sendo suporte de, mas também estando na relação, para que se ofereça um espaço àquilo que é radicalmente excluído.

Baseado no encontro com os usuários dos equipamentos escolhidos e no diálogo com os profissionais, nota-se o caráter opressor das antigas instituições psiquiátricas e suas práticas asilares e os efeitos de se viver trancado num depósito para pessoas que não podiam aparecer socialmente, sobretudo no olhar dos usuários sobre eles mesmos e no apoio que buscam nos diagnósticos, bem como nas situações em que se apresentam apenas com a roupa do corpo, sem documentação e sem percepção a respeito de si próprio, deixando clara a violência do sistema manicomial.

“O doente mental, colocado em uma instituição cuja finalidade terapêutica torna-se ambígua diante de sua obstinação em referir-se a um corpo doente, é levado a fazer dessa instituição seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe” (BASAGLIA, 1985. p. 121), ou seja, além da liberdade reduzida pela própria condição de doente, nega-se qualquer ação ou sensação autônoma produtora de vida.

A partir de alguns relatos, evidencia-se uma crítica não só aos profissionais e dispositivos de saúde, mas também a todo contexto social que não caminha para dialogar com as incontáveis diversidades de formas de ser e que, ao invés de buscar lidar com a alteridade, se fecha para o desconhecido e não aprende a lidar com os desejos do outro, mas sim pretende impor os seus e, então nomeia e delimita um lugar a ser ocupado culturalmente por este sujeito dito diferente.

Em suma, numa sociedade que tem horror ao diferente, que reprime a diversidade do real à uniformidade da ordem racional-científica, que funciona pelo princípio da equivalência abstrata entre seres que não têm denominador comum, a loucura é uma ameaça sempre presente. O que a história da loucura nos revela, pondo em questão toda a cultura ocidental moderna, é que o louco é excluído porque insiste no direito à singularidade e, portanto, à interioridade. E, com efeito, se a loucura é nesse mundo patologia ou anormalidade é porque a coexistência de seres diferenciados se tornou uma impossibilidade (PEREIRA, 1985. p. 102).

Por fim, evidencia-se uma falha também no processo de formação destes profissionais que, ao longo da graduação não estiveram, ou pelo menos não de forma suficiente, em contato com a saúde mental e seus contornos e só no decorrer de suas experiências adquiriram conhecimentos e vivências que os permitiram ampliar os estudos, bem como as práticas cotidianas em direção à um trabalho mais crítico e social, menos pautado no contexto clínico ou particular de sua profissão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as questões apresentadas, torna-se evidente a importância dos novos dispositivos de saúde mental, bem como de se trabalhar na contramão do período anterior a Reforma Psiquiátrica. Ainda há muito para ser feito e avançar, entretanto, há urgência em se propagar estes ideais, uma vez que constatamos, na prática, os efeitos da institucionalização, bem como os das desinstitucionalização.

A partir das entrevistas e da análise realizada, torna-se clara a possibilidade de se ofertar um cuidado para a loucura em liberdade, além da oportunidade de inserção territorial, social e afetiva. Todavia, assim como descrito, é notória a necessidade dos profissionais estarem internamente dispostos para o contato.

Além disso, precisamos avançar no debate dentro e fora das instituições de ensino, afinal, o tema ainda é permeado por fantasia e preconceitos, uma vez que, a maioria desconhece as possibilidades e não se abre para o novo. As universidades ainda abordam o tema de maneira pouco crítica e muito superficial, promovendo uma formação direcionada para os equipamentos elitistas.

Por fim, três aspectos revelaram-se como fundamentais para uma atuação pautada na Reforma. Pensar em como trabalhar em rede e inserir o sujeito nos diversos equipamentos e espaços sociais, considerando as particularidades de cada caso; propiciar relações horizontais

entre os diferentes profissionais, mas também entre equipes e usuários; e promover, sempre, o debate acerca dos aspectos políticos, econômicos e sociais que emergem da/na loucura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumento para Apreensão da Constituição dos Sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão*, Vol. 26, n 2. 2006, 222-245.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Campus, 1980.

DEVERA, D.; ROSA, A. C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da Unesp*, Vol. 6(1), 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

PEREIRA, João Frayze. **O que é loucura.** São Paulo: Brasiliense, 1985.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro*, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

Vasconcelos, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais: história, teoria e prática no campo.** São Paulo: Hucitec, 2009.