

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**AMPLIAÇÕES E TRANSVERSALIZAÇÕES: POR UMA SUPERAÇÃO DAS
TENDÊNCIAS REDUCIONISTAS NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Gustavo Duarte de Almeida

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Niterói-RJ
2009

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

A448 Almeida, Gustavo Duarte de.

Ampliações e transversalizações: por uma superação das tendências reducionistas no campo da atenção psicossocial. / Gustavo Duarte de Almeida. – 2009.

113 f.

Orientador: Eduardo Henrique Passos Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2009.

Bibliografia: f. 107-113.

1. Serviço de Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Psiquiatria. I. Pereira, Eduardo Henrique Passos. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 362.21

Gustavo Duarte de Almeida

**AMPLIAÇÕES E TRANSVERSALIZAÇÕES: POR UMA SUPERAÇÃO DAS
TENDÊNCIAS REDUCIONISTAS NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da *Universidade Federal Fluminense*, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Niterói-RJ
2009

Gustavo Duarte de Almeida

**AMPLIAÇÕES E TRANSVERSALIZAÇÕES: POR UMA SUPERAÇÃO DAS
TENDÊNCIAS REDUCIONISTAS NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Claudia Elizabeth Abbês Baeta Neves
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. José Maurício Manguiera Viana
Universidade Federal de Sergipe

À Carolina, esposa no papel e namorada na vida.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação, pela acolhida, pelas inspirações e, principalmente, pelas provocações.

À Rita, pela solicitude e simpatia, sempre acolhendo minhas demandas e dúvidas na secretaria do Programa.

Agradeço a turma de 2007, pelo convívio sempre prazeroso e interventivo, em especial ao Digital Ameríndio, também conhecido como Sandro Rodrigues, pela parceria desde antes de nosso ingresso no programa, à Patrícia Alvarez e ao Luis Eduardo, pela amizade nos bons encontros.

À Erotildes Leal, pela participação na banca de qualificação, marcada por contribuições importantíssimas.

Aos companheiros do Instituto Municipal Philippe Pinel, pela experiência que deflagrou tantos questionamentos e pelo apoio para a realização deste curso.

Ao grupo de orientação coletiva – Jana e Fábio (turma de 2006), Sandro, Joana, Denise, Fernanda, Cris, Letícia, Iacã, Roberta e Rafael -, pelas intervenções e companheirismo.

Ao meu orientador, Edu Passos, pela generosidade e respeito ao meu tempo e dificuldades, sempre me ajudando a fazer o mesmo.

À Claudia Abbês, pelo carinho e parceria até o último minuto da minha trajetória no mestrado.

Ao Maurício Mangueira, pela acolhida ao convite para a Banca, e pelas intervenções que não esperaram o dia da defesa.

Aos companheiros da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência, pela torcida organizada.

Aos meus amigos, por entenderem a minha ausência nos últimos meses, não deixando de cobrar, no entanto, a minha presença.

A minha família, por estar do meu lado em todos os momentos da minha vida, incondicionalmente e de forma decisiva, inclusive em mais esta etapa.

À Carolina, minha esposa, por todo amor e cumplicidade de sempre, sem os quais tudo ficaria mais difícil.

À todas as mãos que, junto com as minhas, digitaram as páginas deste trabalho, a todos os anônimos que, de qualquer lugar, contribuíram para que essa etapa fosse cumprida.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo criticar as tendências reducionistas, hegemônicas, no cenário de disputas do Campo da Atenção Psicossocial Brasileira, bem como pensar a contribuição da clínica para a superação de tais tendências. Para isto, buscamos entender como se deu o início do processo da Reforma Psiquiátrica e como que este processo continua nos dias de hoje. O entendimento do processo reformista e do campo da atenção psicossocial se deu através da análise de críticas de defensores e opositores das práticas reducionistas, cujo conteúdo confrontamos com os preceitos norteadores do Sistema Único de Saúde, no sentido de buscar a legitimidade de tais argumentos críticos através do que foi institucionalizado em forma de lei. Uma vez verificada a improcedência dos argumentos reducionistas, consideramos a ideia de uma ampliação da clínica como meio de se garantir a superação das tendências reducionistas no campo da atenção psicossocial. Em nossas reflexões, a atitude transdisciplinar se mostrou indispensável para que a crítica aos limites reducionistas das disciplinas psiquiátrica e biomédica fosse possível e, conseqüentemente, a ampliação da clínica. A utilização do conceito transtorno psicossocial compareceu em nosso trabalho, em substituição ao transtorno mental e sofrimento psíquico, como forma de recusa ao reducionismo operado por todos os conceitos usados até então, bem como operador de ruptura nos limites dos saberes questionados.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, reducionismo, transdisciplinaridade.

ABSTRACT

This work aims to criticize the reductionist trends, which are still hegemonic, in the scene of the Brazilian Psychosocial Care Field, as well as the contribution of the clinic to overcome such tendencies. For this matter, we seek to understand how the psychiatric process started and how it has been continuing now a days. The understanding of the reform process and the field of psychosocial care was possible through the analysis of criticism from advocates and opponents of reductionist practices in the field of psychosocial care, whose contents are confronted with the principles that guide the National Health System, in order to check the validity of such arguments. Once checked the rejection of reductionist arguments, we had considered the idea of an expansion of the clinic as a way of ensuring the resilience against the reductionist trends in the field of psychosocial care. In our analysis, the transdisciplinary attitude proved itself indispensable for making possible the critical of the limits of reductionist psychiatric and biomedical disciplines, and therefore the expansion of the clinic. The concept of psychosocial disorder has appeared in our work replacing the concepts of mental disorder and psychological suffering as a way of refusing to reductionism operated by all the concepts used so far, and as an operator of disruption within the limits of knowledge field which has been questioned during this essay.

Keywords: Psychiatric Reform, psychosocial care, reductionism, transdisciplinarity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – Reformas e Reformulações	15
1.1 Do Preventivismo à Reforma Sanitária	15
1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	25
1.2.1 A influência Italiana	27
1.2.2 A Política na Clínica	33
1.2.3 A Clínica na Política	41
1.3 Por uma revisão de conceitos	45
CAPÍTULO 2 – Reforma Psiquiátrica e Seu Caráter Processual: Desafios que se atualizam em uma disputa de sentido.....	50
2.1 Cenário Atual	50
2.1.1 Investidas contra o modelo substitutivo	52
2.1.2 Hegemonia antiga nas práticas atuais	65
2.2 Algumas considerações	76
CAPÍTULO 3 - O Que Cabe à Clínica?	80
3.1 Impasses desde sempre	80
3.2 Por um movimento de ampliação da clínica	81
3.3 A biopolítica na atenção psicossocial	86
3.4 Outra atitude para a ampliação da clínica	91
Considerações Finais	101
Bibliografia	106

INTRODUÇÃO

O atual cenário da saúde pública brasileira se encontra diante de desafios diversos, tais como a descontinuidade de ações e programas por conta de mudanças de governo, precarização das condições de trabalho por conta da insuficiência e/ou utilização duvidosa dos repasses efetuados pela esfera federal, formação profissional não condizente com muitas das necessidades encontradas no cotidiano dos serviços, e a tecnocracia que marca as práticas de gestão das ações e serviços com a preocupação em garantir mais e imediatos resultados através de uma racionalização dos recursos que em nada difere das práticas das grandes corporações privadas e multinacionais, “esvaziando o caráter de bem público da saúde” (HECKERT, 2008: 213-214).

Para que se possa garantir um aumento nos números de atendimento – que são convertidos em gráficos e relatórios de desempenho a serem usados na negociação por um aumento de verba e/ou fator de influência da opinião pública -, salários aviltantes contam com gratificações por desempenho/produzividade que instigam o profissional a atender o maior número possível de usuários, e em um menor espaço de tempo. O vínculo empregatício encontra-se cada vez mais frágil, por conta das contratações temporárias e terceirizações através de cooperativas que em nada garantem direitos há muito conquistados, como férias, décimo terceiro salário, dentre outros. As organizações sociais cada vez mais assumem o papel do Estado, não só na contratação e gestão de recursos humanos, mas também na administração de serviços diversos, etc..

Neste contexto, onde é nítida a privatização¹ pela qual passa o setor da saúde no país, e onde as palavras de ordem são “fazer mais (atendimentos) com menos (tempo e recursos)”, torna-se um desafio pensar ações e práticas em saúde que considerem o usuário dos serviços como algo para além de um emaranhado de nervos ou um aglomerado de órgãos. Isto porque este saber/olhar reducionista fundamenta práticas também reducionistas que, por sua vez, muito contribuem para a rapidez dos atendimentos. Falamos de uma política reducionista de atenção à saúde e de sua relação de interdependência com o reducionismo operado pelo saber/fazer biomédico.

¹ O termo privatização é utilizado, neste momento, como sinônimo de desestatização. No entanto, no decorrer do trabalho, esperamos encontrar outras possibilidades de interpretação.

Assim segue o *Campo da Atenção Psicossocial Brasileira*, de forma alguma poupado destas e de várias outras dificuldades. No entanto, se os desafios são grandes, grande também é o esforço por parte de profissionais que recusam o lugar de “vítimas”, de “mãos atadas” ou de indiferença, e que apostam em meios diversos de superação. Foi assim na luta empreendida a favor de uma grande reformulação das práticas de cuidado que ajudou no desenho do campo em questão, tal como este se apresenta nos dias de hoje. O movimento conhecido como *Reforma Psiquiátrica Brasileira* emergiu juntamente com tantos outros movimentos minoritários, durante o processo de redemocratização do país, no advento da Nova República.

Totalmente impregnado pelo anseio do coletivo por um cenário democrático, o movimento reformista buscou uma reformulação das práticas de cuidado que de forma alguma foi dissociada da necessidade em se problematizar o saber psiquiátrico e de se considerar outros vetores de existência do usuário dos serviços, como, por exemplo, seus direitos a moradia, a um emprego, a lazer, e, conseqüentemente à inserção ou reinserção social. Portanto, falamos de uma reformulação, de uma reforma das práticas de cuidado indissociada de uma problematização acerca da hegemonia do saber psiquiátrico e do reducionismo e da exclusão que tal saber opera.

Após mais de duas décadas desde o início do processo reformista, muitas ainda são as tensões que marcam o Campo da Atenção Psicossocial Brasileira. A superação das tendências reducionistas nas práticas de cuidado encontra-se longe de ser alcançada, mesmo com todos os avanços presentes na atual legislação, que apregoa formas de tratamentos que consideram o usuário em suas várias dimensões existenciais, e indica a internação apenas quando todas as intervenções que privilegiam a inserção do indivíduo na sociedade se mostrem insuficientes. Os que se opõem à reforma psiquiátrica e ao modelo de atenção que dela adveio, lutam pela volta do antigo modelo, hospitalocêntrico e baseado na exclusividade do saber psiquiátrico e também biomédico.

Assim, percebemos críticas contra e a favor do atual modelo de atenção psicossocial que trazem em seu conteúdo, argumentos também contra e a favor das práticas reducionistas.

Desde já marcamos nosso posicionamento: encontramos-nos no movimento de luta a favor do modelo substitutivo, das políticas de atenção psicossocial vigentes

e, portanto, da superação da hegemonia do saber e das práticas psiquiátricas e biomédicas. É no bojo desta luta que podemos verificar um sem-número de apostas em diferentes formas de se praticar o cuidado. A clínica, neste contexto, se faz múltipla nas maneiras em que é interpretada, concebida, praticada.

É neste contexto que buscamos o tema de nosso trabalho, qual seja, uma crítica às tendências reducionistas, ainda hegemônicas, no cenário de disputas da atenção psicossocial, bem como a contribuição da clínica na superação de tais tendências.

No primeiro capítulo, descrevemos alguns marcos no processo reformista, desde o seu início até a institucionalização do modelo de atenção atual, marcos que apontam para a preocupação em se superar as práticas reducionistas, iatrogênicas, portanto excludentes, do antigo modelo manicomial e hospitalocêntrico. Em nosso percurso, consideramos algumas das influências presentes no processo reformista que ajudaram na problematização e luta pela superação das tendências reducionistas operadas pela biomedicina e pela psiquiatria. Elegemos como ponto de partida o surgimento do pensamento preventivista e sua chegada em solo brasileiro, em uma série de desdobramentos que caracterizaram o que se convencionou chamar de *Reforma Sanitária Brasileira* e culminaram na institucionalização do Sistema Único de Saúde, ou SUS. Nesta parte, privilegiamos algumas discussões que contribuíram para a ampliação da noção de saúde - tal como se encontra presente no texto da Lei Federal nº 8.080, cuja assinatura é reconhecida como o marco inicial do SUS - e, portanto, para a problematização da exclusividade do saber biomédico e do reducionismo que advém desta exclusividade. Consideramos ainda uma série de investidas por parte do coletivo a favor da reforma psiquiátrica, bem como a influência da Psiquiatria Democrática Italiana, que dentre todas as iniciativas reformistas pelo mundo foi a que decididamente mais contribuiu para o desenho do modelo de atenção substitutivo ao hospitalocêntrico. Uma discussão acerca da noção de reabilitação psicossocial compareceu neste capítulo para marcar algumas apostas presentes do cotidiano do cuidado, que em muito refletiram toda a discussão trazida pelos profissionais e teóricos sanitaristas, bem como pelos italianos. Fechamos o primeiro capítulo com uma breve problematização do reducionismo operado por toda e qualquer tentativa de se nomear o “objeto de cuidado” do campo da atenção psicossocial.

No segundo capítulo, buscamos entender como se encontra a atenção psicossocial atualmente. Para isso, abordamos algumas críticas recorrentes no campo em questão, dividindo-as em dois grupos ou movimentos. O primeiro grupo ou movimento diz respeito às críticas contra o atual modelo de atenção psicossocial, críticas estas que se baseiam e produzem argumentos a favor do antigo modelo, o hospitalocêntrico, que aposta na internação como a intervenção mais adequada na grande maioria dos casos. No segundo movimento, agrupamos críticas às tendências reducionistas que se baseiam no saber psiquiátrico e biomédico, ainda hegemônicos no campo da atenção psicossocial. Críticas, portanto, a favor do atual modelo de atenção. Desde já um esclarecimento se faz necessário. Se por um lado não foi difícil uma divisão metodológica entre tais movimentos críticos que se opõem, por outro perceberemos que não é tão fácil sustentar tal separação entre o que se produz com as práticas contra e a favor do modelo atual, e portanto contra e a favor da reforma psiquiátrica. Veremos que é possível, no bojo do movimento reformista, o surgimento de práticas reducionistas.

Diante da necessidade de colocarmos em análise o conteúdo das críticas presentes no cotidiano da atenção psicossocial, nos utilizamos das noções de universalidade de acesso aos serviços de saúde e, também, da integralidade de assistência à saúde. Estas noções, princípios norteadores no SUS, nos ajudam a pensar a relação do que move as críticas em questão com o conteúdo da legislação que regulamenta as práticas em saúde no Brasil em sua forma mais ampla. Escolhemos este caminho, pois o movimento contrário ao modelo de atenção psicossocial atual pressupõe uma posição contrária à legislação que dá suporte ao modelo em questão. Assim, buscamos uma reflexão acerca dos princípios do SUS já citados, no sentido de verificarmos até que ponto as políticas de atenção psicossocial se encontram ou não em consonância com a direção a ser seguida pelo Sistema Único. A contribuição de alguns autores sanitaristas muito nos ajudou, no sentido de problematizarmos e atualizarmos o discurso/a prática de tais princípios no cotidiano dos serviços.

No terceiro capítulo, buscamos refletir sobre o que cabe à clínica na superação das tendências reducionistas no Campo da Atenção Psicossocial Brasileira. Como clínica, ou prática clínica, comparece nos dois primeiros capítulos a idéia mais comumente utilizada: a do debruçar-se sobre o leito do paciente com base em determinados saberes que possibilitam o cuidado a ser dispensado.

Partimos de algumas reflexões de autores reformistas e buscamos contribuições de autores sanitaristas sobre uma possibilidade de ampliação da prática clínica. Utilizamos-nos de reflexões de Michel Foucault acerca da biopolítica e da constituição de campos de saber por meios de práticas de subjetivação e de objetivação, no sentido de entendermos como se dá a atualização da hegemonia do saber psiquiátrico e biomédico no campo em questão, bem como evitarmos que novas propostas de práticas na atenção psicossocial citadas em nosso trabalho não acabem por contribuir menos para a superação das tendências reducionistas que para sua manutenção e fortalecimento. É assim que comparece em nossas discussões a noção de transdisciplinaridade, e sua contribuição para uma outra forma de se pensar a atitude clínica e o relacionamento desta com os campos de saber que fundamentam as tendências reducionistas na atenção psicossocial contra as quais nos posicionamos.

CAPÍTULO 1

REFORMAS E REFORMULAÇÕES

1.1 Do Preventivismo à Reforma Sanitária

Em 1922, o currículo das escolas médicas na Grã-Bretanha passou por uma reformulação, de modo a facilitar uma modificação na atitude dos estudantes, inculcando-lhes a noção de responsabilidade e importância no processo de promoção de saúde daqueles que futuramente lhes confiarão suas vidas, bem como da prevenção de doenças simples. A proposta, amplamente difundida, resultou na criação de departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, inclusive nos Estados Unidos e Canadá. Um discurso de caráter clínico foi importante na conciliação entre os interesses dos estabelecimentos de ensino e dos estudantes, sempre marcado por “tentativas múltiplas de definição sobre ‘aquilo que se fala’, ou seja, de como a Medicina Preventiva ganha um novo estatuto, exigindo, portanto, uma nova conceituação” (AROUCA, 2003:118). O que surge em um primeiro momento é um objeto de dupla natureza: as condições que possibilitam doenças e a atitude preventiva por parte do médico a ser praticada no cotidiano; a nova disciplina será delimitada posteriormente, com o foco na responsabilidade do indivíduo e da família em relação à saúde, como elemento que distingue a responsabilidade do médico e as formas de adoecimento.

A dificuldade em identificar a natureza de tal conhecimento traduz-se em um impedimento de incorporá-lo à prática médica. Os protagonistas do discurso preventivista nos Estados Unidos denunciam, então, uma crise na atenção médica vigente que deve ser resolvida dentro da própria instituição médica privada, no sentido de evitar uma intervenção do Estado. É neste contexto de disputa pela prática da atenção à saúde da população que o projeto da Medicina Preventiva sustenta-se, segundo Arouca, enquanto uma oportunidade de conciliação entre ambos, organização privada e Estado, através do avanço por parte da instituição médica na ocupação do espaço entre a prática clínica e a saúde pública.

Em junho de 1929, os Estados Unidos experimentam o fim do otimismo econômico que reinava até então, por conta do início da Grande Depressão. Com o empobrecimento da população, o custo do serviço médico tornou-se superior às

possibilidades de grande parte da sociedade, o que contribuiu para o surgimento de um debate acerca da acessibilidade à atenção médica e de propostas para uma possível ampliação e reestruturação dos serviços de saúde pública.

Passaram-se duas décadas de disputas entre o Estado, defensor da centralização do controle da atenção médica por parte do poder público, e a instituição médica privada, que, aliada a outros grupos hegemônicos, lutou contra as intervenções estatais que acarretariam uma diminuição de seu poder, acabando por conseguir que os EUA não seguissem exemplos como o da Inglaterra, cujo Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1946.

Órgãos representativos dos estabelecimentos de ensino médico dos Estados Unidos elaboraram, no início da década de cinquenta, encontros e documentos que discorriam ideias básicas acerca dos objetivos da graduação, bem como da redefinição das responsabilidades dos profissionais de medicina. Debateu-se sobre o “conceito compreensivo do homem”, incluindo uma análise de seu comportamento, o ambiente em que ele vive, os acontecimentos em sua vida e influências dos costumes sociais. Tal ideia abre espaço para a introdução dos conceitos de *saúde* - “que possibilitaria a compreensão da história de vida do homem entendida como um processo”- e *ecologia* - “já que tanto a doença como a saúde se dão em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente no qual se acha incluído o social”(AROUCA, 2003:123). Conseqüentemente, faz-se necessário considerar as limitações da medicina e a necessidade de se trabalhar com outras especialidades, tendo-se em vista um grande número de fatores interferentes no processo saúde-doença que facilmente são encontrados em qualquer ambiente habitado pelo homem.

As ideias em questão traduzem o *zeitgeist* do pós-guerra, quando a recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS)² busca a legitimidade do seu papel, uma ratificação por parte da comunidade internacional, através da colaboração com a reestruturação dos sistemas de saúde dos países europeus em situação difícil, por conta dos efeitos da guerra (BROWN; CUETO; FEE, 2006:629). Sob influência dos anseios da época, foi criado juntamente com a agência especializada da ONU um conceito ampliado de saúde, que aponta para o estado de completo bem-estar

²Agência especializada das Nações Unidas criada em Genebra, em 1948, na primeira Assembléia Mundial da Saúde.

físico, mental e social, não se limitando à ausência de doenças. Conceito este que nunca foi poupado de críticas³ - por seu caráter “utópico”, “vago” e “sem possibilidade de mensuração” – ou revisto.

Ao apontar as relações discursivas entre a ciência e a sociedade como suporte à nova configuração da medicina, Arouca nos ajuda na identificação de uma importante ideia de causação, uma relação reflexiva presente em todo o discurso da Medicina Preventiva e que transborda os limites do campo das práticas e saberes da saúde, atingindo os espaços da economia, educação, e outros tantos. Assim, contamos com categorias distintas, porém indissociáveis e equivalentes na importância, para operar o que o autor chama de “espiral de saúde”, onde todas as categorias possuem a mesma força causativa. Um

pensamento circular a partir de um ponto no qual a homogeneidade das categorias (biológicas, econômicas, sociais, etc.) faz com que, a partir de qualquer lugar se mova a roda do processo social, em um movimento ascendente de espiral(AROUCA, 2003:125).

O autor cita o paradigma do *Ciclo Econômico de Saúde e da Doença*⁴, de Winslow, como uma derivação de tal pensamento circular, onde a pobreza e a doença formam um “círculo vicioso”, onde uma é condição de possibilidade da outra.

A ideia de causação nos ajuda a intuir um conceito ampliado de saúde que, embora impossível de ser definido cientificamente, segundo Luz (1979), possui uma profunda interligação com as “condições de vida”⁵ do homem, pertencendo a um mesmo processo sócio-econômico “que pode ser configurado em quadros conjunturais de saúde”(LUZ, 1979:244). Tal afirmação, pensamos, vai de encontro com o processo que ascende ou descende em espiral, através de uma interdependência entre setores diversos da sociedade equivalentes entre si em seu poder de causação.

³Dentre as críticas de vários autores, destacamos a de Almeida Filho em Almeida Filho, N. de. *O Conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?* Rev. bras. epidemiol. , São Paulo, v. 3, n. 1-3, 2000. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2000000100002&lng=en&nrm=iso

⁴Maiores detalhes em WINLOW, C.E.A. *L'importance économique de La médecine preventive.* Chronique de L'Organisation Mondiale de La Santé, v.6, n.7-8:211-223, 1952.

⁵“Associamos, neste sentido, condições de vida a condições sociais de produção(variação dos salários, da repartição da renda, da alimentação, das considerações de moradia, dos transportes, da segurança, do trabalho, do acesso à informação e à educação, entre outros dados)” (LUZ, 1979:244).

Neste sentido, este círculo vicioso em espiral, em que as variáveis são simultaneamente causa e efeito, assumindo em cada volta novos valores, o sentido da espiral pode ser ascendente na medida em que maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que finalmente levariam a melhor saúde e iniciaria um novo ciclo. Tal sentido seria o do progresso e do desenvolvimento econômico, enquanto o outro com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria e subdesenvolvimento (AROUCA, 2003:125).

Existem consequências importantes derivadas da ideia de ausência de hierarquia entre as variáveis, preconizada em tal processo espiral. Uma delas é a negação da determinação, uma vez que não recai apenas sobre um dos vetores - condições de saúde, moradia, trabalho, etc. – a responsabilidade de fazer a espiral ascender. No entanto, ainda com base na ausência de hierarquia, subtende-se idealizações importantes no conteúdo de cada disciplina, no que diz respeito a seu objeto, como, por exemplo, a riqueza como ideal a ser alcançado pela pobreza. Tal raciocínio contribui para que se repita o paradigma evolucionista do desenvolvimento-subdesenvolvimento, no qual a sociedade subdesenvolvida tem no desenvolvimento sua meta, e a sociedade desenvolvida tem, no subdesenvolvimento, uma fase histórica ultrapassada. Trata-se, pois, de um modelo capitalista sutilmente reproduzido no seio da tal pensamento.

Ao afirmarmos a ideia de indissociabilidade entre os diversos campos de práticas e saberes, assumimos também o risco de novos entraves. Novas ameaças à saúde emergem, por exemplo, como subprodutos do avanço tecnológico. Enquanto determinadas doenças podem ser erradicadas por conta do avanço da tecnologia da medicina, outras podem surgir, como consequência do aumento vertiginoso do número de indústrias que poluem o ar, os rios e os mares. Assim, surgem novas necessidades e demandas direcionadas aos profissionais e serviços de saúde e de bem estar social, e, conseqüentemente, a necessidade de se adequar o ensino médico às necessidades emergentes. Em outras palavras: é o mesmo conhecimento, em uma mesma estrutura social que, por meio de um novo agente, produzirá novas relações sociais para que novos problemas possam ser solucionados (AROUCA, 2003). Trata-se de uma “nova atitude”, educacionalmente moldada, que opera uma transformação das relações sociais – entre médicos, pacientes, famílias, comunidade, etc. – dando lugar a uma forma de causação ainda mais ampla: a responsabilidade de cada indivíduo diante da sua saúde, bem como

daqueles que o cercam. Arouca chama tal posição de cientificista, uma vez que assume a criação de um paradigma como transformadora das relações sociais, e chama atenção para este ponto, no qual o conhecimento se articula “ideologicamente” com o saber.

É, segundo o autor, este campo complexo no qual a Medicina Preventiva se firma que denuncia suas raízes higienistas. Podemos, até agora, entender que

A Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes, *a primeira* a Higiene, que faz o seu aparecimento no século XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; *a segunda*, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor; e *a terceira* o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica (AROUCA, 2003:109).

Se a Medicina Preventiva, enquanto nova atitude incorporada à prática médica, deve ser desenvolvida durante o processo de formação profissional, fazendo-se necessária uma reformulação do ensino, nada mais apropriado que uma série de encontros promovidos pelas organizações sanitárias internacionais, com o objetivo de se discutir o tema. Como resultado de todos esses encontros, a Organização Panamericana de Saúde promoveu um seminário que fundamentou a implantação do ensino de Medicina Preventiva na América Latina.

A primeira parte do Seminário realizou-se em outubro de 1955, no Chile, em Vina del Mar, com participação de 58 Diretores e Professores de Medicina Preventiva de Escolas Médicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

A segunda parte realizou-se em Tehuacan, no México, em abril de 1956, e dela participaram representantes de Escolas de Medicina da Bolívia, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Porto Rico, República Dominicana e Suriname.

Os encontros desdobraram-se em Seminários Nacionais, discussões, projetos, pesquisas e publicações acadêmicas diversas, caracterizando a Medicina Preventiva como uma forma de movimento social. Tambellini(2003) relata que a Medicina Preventiva foi, de forma articulada, implementada em nosso país através de convênios internacionais entre governos, intervenções de organizações internacionais multilaterais e fundações americanas de fomento e pesquisa que

divulgavam e preconizavam novas formas de se entender e lidar com as condições de saúde e doença.

Assim, na década de sessenta, os professores e alunos das disciplinas da saúde, não apenas a medicina, foram assediados de todas as formas - seja através de simples publicações, ofertas de viagens, bolsas de estudo nos Estados Unidos e várias outras facilidades e formas de projeção profissional – de modo a garantir-se a posição de “elemento propiciador da compreensão da necessidade da mudança, da excelência e oportunidade do projeto preventivista”(TAMBELLINI, 2003:50).

Tal investida conseguiu, de forma capilarizada, garantir um lugar para o pensamento preventivista desde a cátedra do ensino médico até os serviços públicos essenciais no Brasil.

Arouca identifica as relações que o discurso mantém com uma determinada formação social através da noção Gramsciana de organicidade. Segundo ele, ao ser reproduzido em uma nova formação social, a partir de um centro hegemônico de produção capitalista, o discurso preventivista situa-se no campo de relações de dependência, de modo a cooptar agentes ou intelectuais orgânicos para servir a seus propósitos, ou seja, garantir uma homogeneidade, uma uniformidade e uma reprodução do discurso que se impõe.

“Portanto, o discurso abre o espaço para os sujeitos, para a institucionalização dos lugares que ocuparão e de sua legitimação”⁶ (AROUCA, 2003:140), para em seguida fornecer as ferramentas conceituais necessárias na construção de uma determinada realidade no país dependente. É dessa forma que a Medicina Preventiva assume o caráter de disciplina obrigatória nos currículo de formação dos médicos no Brasil, uma política externa norte-americana para a América Latina, no período do pós-guerra. Tal política perdurou até o final da década de 1970, sustentada por dispositivos financeiros e “ideológicos”, para afirmar o *american way of life* e o caráter democrático do liberalismo como forma de promoção do bem-estar social.

A configuração do discurso preventivista no cenário latino-americano e, particularmente no Brasil, acabou por se afastar de sua relação com a sociedade civil, aproximando-se do Estado em sua dimensão tecnocrática, uma vez que este

⁶ No terceiro capítulo nos deteremos mais sobre este processo com a ajuda da noção de subjetivação, tal como explicada por Foucault (2006).

assume de forma mais efetiva o controle das ações de saúde, ao contrário da matriz norte-americana.

Após 1964, a ideia de impossibilidade da adequação da Medicina Preventiva às necessidades sanitárias da população brasileira ganhou corpo, através dos grupos de resistência à ditadura, tanto no campo acadêmico quanto no da saúde propriamente dito. Tal pensamento contra-hegemônico, sustentou-se através de publicações científicas que sugeriam novas possibilidades teóricas e constatavam resultados negativos da intervenção preventivista de então - principalmente através do baluarte metodológico do próprio preventivismo, a epidemiologia -, o que provocou um agenciamento de professores de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo na crítica à disciplina em questão, expondo limitações que impossibilitavam o seu entendimento da realidade vivida no país (TAMBELLINI, 2003).

O movimento de resistência não era único. Na própria Organização Pan-americana da Saúde encontravam-se movimentos contra o pensamento hegemônico que se infiltravam e potencializavam os esforços dos profissionais brasileiros em uma crítica ao preventivismo, como o caso de Juan César Garcia, na época funcionário da OPS, que fornecia a profissionais da saúde brasileiros uma literatura cujo acesso era muito difícil, por conta dos limites impostos pela ditadura. A literatura que chegava clandestinamente às mãos dos brasileiros ajudava não apenas na interpretação e proposição de novas questões sobre objetos e métodos, mas, também, sobre outras formas de se pensar os serviços de saúde. Formas que “ultrapassavam o campo médico e da saúde e desembocavam criticamente no âmago das ciências humanas e sociais” (TAMBELLINI, 2003:51-52), potencializando o movimento crítico no processo de forja de uma “Medicina Social”, no início da década de setenta, como alternativa contra-hegemônica aos “limites disciplinares e oficiais” da Medicina Preventiva. A nova denominação foi adotada por muitos departamentos nas universidades brasileiras

Esta Medicina Social, brasileira, difere-se da disciplina homônima divulgada na Inglaterra, com a fundação do Instituto de Medicina Social na Universidade de Oxford, em 1942, cuja origem remonta às mudanças sociais resultantes da Revolução Industrial na Alemanha e na França. A versão brasileira, cuja diferenciação foi defendida pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, foi por este definida como

o estudo da dinâmica do processo saúde/doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação dessas relações para a obtenção, dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações. (Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, apud AROUCA, 2003: 149).

Ou nas palavras de Sérgio Arouca:

trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psico-social. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais.(AROUCA, 2003:150).

Assim, a Medicina Social caracteriza-se, no Brasil, como um movimento de ruptura com a hegemonia da Medicina Preventiva, esta última organicamente ligada ao aparelho de Estado e ao mesmo tempo aos interesses dos grupos hegemônicos da sociedade civil - “existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico” (AROUCA, 2003:150). Uma ruptura que faculta uma análise crítica acerca do objeto de estudo da Medicina Preventiva, e, como consequência, uma produção de saber para uma “prática transformadora”, assumido uma posição diante de todas as contradições do discurso preventivista.

Na metade da década de setenta, acontecia o início do processo de abertura do regime autoritário, em um cenário político nacional instável. O “milagre econômico” havia acabado e a sociedade deparava-se com as consequências da administração militar, quando, em um grande clima de insatisfação, iniciou-se na sociedade um processo de discussão sobre a reorganização do sistema vigente no país. O cenário político, antes restrito a poucos partidos, à Igreja e à OAB, passa a ser ocupado por novos atores, antes excluídos ou inexistentes, que surgem gradativamente em um novo contexto de lutas diversas. Entre estes, observa-se a organização de vários movimentos engajados em uma luta política pela democratização e melhores condições no campo da saúde, não menos alvo de críticas como a de Madel Luz, que alertou:

A medicina em tantos pontos moderna e sofisticada que se implanta no país a partir de 1968 e a indústria químico-farmacêutica de primeira linha que ela supõe, com a inevitável presença de grandes empresas internacionais, pode criar para os menos avisados uma visão de miragem da situação vital da população. Na medida em que se ouve falar em complexas operações, médicos internacionalmente famosos, “milagres médicos”, assistência para todos, pode se ter a impressão de que a saúde do povo brasileiro vai bem (LUZ, 1979:243).

É no processo de redemocratização do país, no advento da Nova República, que todo esse movimento crítico tomou corpo através de uma renovação das lideranças no campo da saúde e de uma infiltração no aparelho de Estado, ocupando posições estratégicas nas tomadas de decisão.

Este movimento, que se configurou no que conhecemos como Reforma Sanitária Brasileira, teve seu ápice na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986.

A “Oitava”, como ficou conhecido o encontro, é considerada um marco no campo da saúde brasileira, não apenas por contar com a participação até então inédita de entidades e representações da sociedade civil, mas, também, por apostar em uma nova concepção de saúde: condições de existência em sociedade que garantam a participação ativa do sujeito na vida pública, garantindo a estas condições de vida sob todos os aspectos, sejam eles econômicos, políticos ou culturais. Este encontro, cujo título em sintonia com o contexto sócio-político de então foi *Democracia é Saúde*, contou com Sérgio Arouca, na época presidente da Fundação Oswaldo Cruz, como presidente do comitê organizador. Foi Arouca que, em seu discurso de abertura, destacou um “convidado especial” presente, a sociedade civil organizada, bem como trouxe o conceito de saúde apresentado pela OMS, citado por nós anteriormente. Arouca lembrou da contribuição do Professor Cinamon, da Escola Nacional de Saúde Pública, nos debates que antecederam a Oitava, quando este sugeriu que saúde também seria a “ausência de medo.” Em sua fala, Arouca defende a ideia de que

Conviver sem o medo é conviver com a possibilidade de autodeterminação individual, de liberdade de organização, de autodeterminação dos povos e, simultaneamente, com a possibilidade de viver [...] sem ameaça da violência final, que seria uma guerra exterminadora de toda a civilização⁷ (AROUCA, 1987: 36).

⁷Na época, a ideia de uma guerra nuclear ainda impressionava o imaginário coletivo.

Arouca recordou ainda do conceito de ciclo econômico da doença, de Winslow, criticado por ele anteriormente (AROUCA, 2003:125). Tal conceito foi explicado de forma simples como a ideia de que quanto piores forem as condições de vida – sócio-econômicas - de um povo, mais difícil é a manutenção de sua saúde que, prejudicada, contribui para que as condições de vida piorem ainda mais. Ele lembrou da época do “milagre econômico”, quando o Brasil, paradoxalmente, aumentou sua riqueza assim como o índice de mortalidade infantil, a fome e a miséria de um modo geral. Daí, segundo Arouca, a aposta de que “Saúde é Democracia”, uma resposta ao modelo econômico concentrador de renda e ao modelo político autoritário.

No relatório final da 8ª Conferencia foi citada a necessidade de modificações no setor da saúde sem que estas se limitem a uma reforma administrativa e financeira. Uma profunda reformulação é exigida, ampliando-se o próprio conceito de saúde que, em seu sentido mais abrangente, foi pensado como

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida (BRASIL, 1987:382).

Foi com base nas reflexões da 8ª Conferência Nacional de Saúde que a Constituição de 1988 encontra fundamentada sua seção segunda, que abrange os artigos nº 196 ao nº 200, concernentes à saúde brasileira. E é a mesma seção que fundamenta a Lei Federal nº8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização dos serviços de saúde e outras providências. Nesta lei, marco inicial e sustentáculo do Sistema Único de Saúde, podemos encontrar a definição de saúde no artigo 3º como

[...]fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Temos então, uma definição de saúde que reflete uma associação das ideias da OMS às demandas de uma sociedade que se ressentia das consequências do regime militar. É esta definição de saúde que, muitas vezes criticada por estudiosos do setor, representa uma conquista do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, movimento este que participou de forma ativa da instauração de um novo regime no cenário nacional, juntamente com outros movimentos, dentre eles, a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Não podemos ignorar que ao trazermos para a nossa discussão denominações diferentes, quais sejam *reforma sanitária* e *reforma psiquiátrica*, contribuimos para a afirmação de uma distinção. Distinção que não pressupõe necessariamente uma dissociabilidade, tendo em vista o contexto e as condições que possibilitaram a emergência de ambos os movimentos, bem como a forma pela qual eles se influenciaram.

1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Se foi no final dos anos sessenta e início dos anos setenta que a crítica à hegemonia e à organicidade da Medicina Preventiva se fortaleceu, foi também neste período que a cristalização da assistência psiquiátrica no modelo asilar passou a ser questionada socialmente. Alternativas a este modelo eram insipientes; os ambulatórios, manicômios e inúmeras clínicas conveniadas, de modo geral superlotadas e com alto grau de mortalidade, davam continuidade à prática da internação indiscriminada – uma forma de limpar as cidades do “lixo urbano” e garantir a ocupação de todos os leitos privados financiados pelo Estado -, onde “a cronicidade dos pacientes era tomada como evolução natural do quadro patológico”(BEZERRA, 1994:174). Tal prática de internação era o exemplo de exclusão em uma sociedade totalmente hierarquizada, onde o “grau de direito exercido” era diretamente proporcional ao nível sócio-econômico do indivíduo. Neste contexto, os modelos produzidos contribuíam e ainda contribuem para que muitos indivíduos sem condições de responderem aos desafios e demandas do sistema capitalista vigente assumissem a posição de espectadores passivos no processo de troca de seu direito a uma assistência digna pelo “direito a um

transtorno mental.” Desnecessário dizer que dentro dos asilos não encontravam-se membros de famílias abastadas.

A partir do final da década de sessenta, as contratações de novos técnicos contribuíram para uma oxigenação da prática no campo da saúde mental, tendo em vista o crescente caráter de resistência política ao autoritarismo e crítica ao modelo asilar da formação acadêmica. Posteriormente, em um cenário nacional de insatisfação e crescente oposição à ditadura, bem como influenciados pelo pensamento marxista e foucaultiano e sua ênfase na categoria de poder como central para uma análise dos discursos e práticas, estudantes e profissionais recém-formados que se ocupavam com a atuação política se afinaram com a proposta da Medicina Social. “É preciso ressaltar que foi principalmente através desses centros que a literatura crítica na área de psiquiatria e saúde mental se difundiu no Brasil” (BEZERRA, 1994:174).

Dessa forma,

criam-se espaços onde a luta pela democratização ganha outro matiz: a crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas. Essas propostas confluem para delinear o programa da chamada reforma sanitária, que na realidade propõe o enfrentamento da questão da saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país. (BEZERRA, 1994:173).

Os movimentos reformistas no mundo foram sempre respostas às preocupações com a atenção dispensada ao transtorno mental, mas todas impregnadas com as inquietações humanitárias e éticas provenientes das experiências vividas por cada país. Se na Europa a sensibilização com a situação degradante dos pacientes psiquiátricos se deu, em parte, por conta das experiências nos campos de concentração da Segunda Guerra, que em muito lembravam os aparatos manicomial de então, no Brasil, a analogia foi feita à violência cometida contra os presos políticos, cujo tratamento era similar ao oferecido pelos hospitais psiquiátricos.

Com a deflagração de denúncias, reivindicações e críticas às condições de assistência e trabalho nos quatro estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro⁸

⁸Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

sob a coordenação da DINSAM⁹, tomou corpo uma greve sem precedentes. Tal acontecimento, que ficou conhecido como Crise da DINSAM (AMARANTE, 2003), culminou na demissão de 260 pessoas, entre profissionais e estagiários. A crise alcançou uma repercussão nacional, sensibilizando a opinião pública e conseguindo o apoio de diversas entidades do setor da saúde, cujos profissionais se mobilizaram no sentido de discutir e pensar em soluções para a crise do sistema. É nesse momento que se inicia a sistematização de um pensamento crítico sobre a natureza e a função social da psiquiatria e surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), assumindo um papel relevante, talvez o principal, na liderança da trajetória reformista.

A pauta inicial do protesto era composta por um misto de denúncias e reivindicações que reúnem questões relativas à prática e ao saber psiquiátricos, bem como questões de ordem organizacional. O movimento reformista não foi mais influenciado pela crítica à cronificação nos asilos e ao tratamento desumano dispensado aos pacientes que pela insatisfação com as condições de trabalho – em especial os baixos salários, o grande volume de atendimentos por profissional e a situação ilegal dos bolsistas¹⁰(AMARANTE, 2003).

Neste período, a influência do pensamento de Goffman, Castel e Basaglia, dentre outros, se intensifica, principalmente pelas visitas destes ao Brasil, onde, participando de encontros diversos, tiveram a oportunidade de atualizar os profissionais brasileiros sobre as práticas européias. Os frutos da experiência em Gorizia, que deram origem à Psiquiatria Democrática Italiana, foram comentados aqui pelo próprio Basaglia, em mais de uma visita ao País.

1.2.1 A influência Italiana

De todas as respostas reformistas na Europa, é sem dúvida a experiência italiana que mais contribuiu para o movimento brasileiro. Seja na identificação da necessidade de inserção social do paciente psiquiátrico – através do investimento

⁹Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

¹⁰Profissionais graduados ou estudantes universitários, desfavorecidos em vários aspectos nas suas contratações, e que exerciam funções de psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, não raro ocupando cargos de chefia e direção (AMARANTE, 2003).

para o aumento de sua capacidade de trocas sociais -, seja no trabalho em rede junto à sociedade, de modo a possibilitar uma rede de serviços que responda às reais necessidades dos usuários. Enfim, a Psiquiatria Democrática Italiana foi uma inspiração para uma reinvenção do cuidado em saúde mental no Brasil, e teve como figura principal Franco Basaglia - psiquiatra estudioso de Husserl, Heidegger, Sartre, dentre outros (BARROS, 1994) -, que, em 1961, após doze anos de vida acadêmica, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde sofreu forte impacto pelo que ele chamou de “instituição da violência.” Basaglia se refere às instituições caracterizadas pela divisão entre quem dispõe ou não de poder, situação que dá margem a uma divisão de papéis baseada no abuso e na violência por parte do poder e que redundam na exclusão do não-poder. Todo o seu pensamento é marcado pela ideia de que a violência e a exclusão, em seus vários níveis de modulação, fundamentam as relações instauradas na sociedade.

Como a sociedade não pode compactuar com a violência desvelada e denunciadora de contradições que em muito comprometeriam os ideais de civilização e modernidade, faz-se necessária a legitimação de representantes que aceitem a responsabilidade de administrar e promover novas formas de violência e exclusão, mistificadas por meio de um saber técnico, ou seja, justificadas tecnicamente no plano da necessidade. É lançando mão de tal recurso que se conseguiu a adaptação do objeto de violência – no caso o paciente - à violência da qual ele é objeto, “sem nunca chegar a tomar consciência disso e, por sua vez, poder tornar-se sujeito de violência real contra aquilo que o violenta.” (BASAGLIA, 2005: 94).

Basaglia, então, denuncia uma ambiguidade na figura do terapeuta, que perdurará enquanto tal responsabilidade não for posta em análise. O autor compara o “*perfeccionismo técnico-especialista*”, e sua contribuição para que a inferioridade social do doente mental fosse aceita, com a

definição da diversidade biológica¹¹, a qual, por outro caminho, também sancionava a inferioridade moral e social do diferente: ambos os sistemas tendem a reduzir o conflito entre o excluído e o excludente, confirmando cientificamente a inferioridade original do excluído diante de quem o exclui. Nesse sentido, o ato terapêutico se revela uma reedição – revista e corrigida – da mesma ação discriminatória perpetrada outrora por uma ciência que, para defender-se, criou a “norma” – esta norma que, mesmo

¹¹Uma clara alusão ao pensamento eugenista, que muito influenciou não só a prática sanitária na Europa, mas também no Brasil.

quando superada, impõe a sanção por ela mesma prevista. (BASAGLIA, 2005: 94).

Se por um lado Basaglia não nega a existência da doença¹², por outro ele afirma que ela adquire significados diversos de acordo com o nível sócio-econômico de quem está doente. Com base em tal constatação, surge a necessidade de se observar o tipo de abordagem direcionada ao doente no asilo, uma vez que os desdobramentos da doença são também ditados pela forma com que nos relacionamos com ela. Em outras palavras, o quadro degradante apresentado pelos pacientes internados nos manicômios – uma anulação das potencialidades e possibilidades do interno, a que Basaglia chamava de *institucionalização* - não deve ser necessariamente considerado uma evolução da doença (BASAGLIA, 2005: 99).

Se a exclusão sofrida pelo paciente psiquiátrico se mostra mais como fruto de um baixo poder contratual - ou desfavorável condição social e econômica que dificulta sua defesa contra a violência a ele direcionada -, cabe-nos, junto com Basaglia, colocarmos em análise o valor técnico e científico do diagnóstico dado ao indivíduo no ato de sua internação. Franco Basaglia afirma que o “etiquetamento” produzido por um diagnóstico coloca o indivíduo em um lugar de passividade definitiva, mesmo que esta possua uma natureza diversa da doença. Como consequência, é operada uma objetificação da relação terapeuta-paciente, no sentido de que a comunicação entre ambos “só ocorre através do filtro de uma definição, de um rótulo que não abre possibilidade de apelação.”(BASAGLIA, 2005: 103).

É com base em toda essa discussão que Basaglia propõe como alternativa à situação encontrada por ele em Gorizia, reflexo da forma pela qual a psiquiatria se posicionava tanto no cenário italiano quanto no mundo, uma atitude de negação, de ruptura com os saberes e práticas institucionais/científicos de então, de modo a se buscar outras formas de se pensar o ato terapêutico que não como “resolutivo de conflitos sociais.”

A reforma psiquiátrica italiana aconteceu com atraso de alguns anos em relação a outros países como França e Inglaterra e, dessa forma, pôde-se contar com os exemplos dos modelos da psicoterapia institucional francesa, bem como da

¹² O termo doença mental é aqui utilizado apenas quando comentamos as contribuições de Basaglia, uma vez que o autor se valia desta categoria.

comunidade terapêutica inglesa¹³. No entanto, a necessidade de intervenções adequadas ao contexto italiano foi o suficiente para que os atores reformistas liderados por Basaglia não optassem por um modelo pré-definido. A escolha do modelo comunitário inglês foi um ponto de partida para a proposta de uma nova dimensão institucional, uma forma de negar a realidade manicomial.

O modelo de comunidade terapêutica, desenvolvido na Inglaterra por Maxwell Jones, apostava em uma transformação da relação médico-paciente no sentido de democratizar as relações institucionais e fazer do manicômio um lugar, de fato, propício ao tratamento.

Como desdobramento de tal transformação, muitos pacientes, antes intimidados pela violência institucional, passam a questionar sua objetificação em doença. Sua agressividade, antes classificada como sintoma, passa a ter um caráter de expressão de indignação e um sentimento de injustiça por conta do tratamento a eles dispensados até então. Essa “nova agressividade” era, na opinião de Basaglia, uma oportunidade para que o manicômio com suas estruturas alienantes e de violência não desse lugar a um “ameno asilo de servos agradecidos”:

Sobre essa agressividade, que é o que nós psiquiatras buscamos para uma ligação autêntica com o paciente, poderemos alicerçar uma relação de tensão recíproca, a única a ter condições – atualmente – de romper os vínculos de autoridade e de paternalismo, causas, até há pouco tempo, da institucionalização(BASAGLIA, 2005:110-111).

Foi sobre essa tensão que se construiu o alicerce para uma nova organização do hospital em Gorizia, que deveria ser redefinida a partir de sua base, e não de seu topo. Uma nova organização criada não apenas para o coletivo, mas, também, pelo coletivo. A democracia sustentada nas relações entre técnicos, demais funcionários e pacientes foi, de certa maneira, sofisticada, se comparada ao modelo inglês, no sentido de que não apenas a escuta dos pacientes psiquiátricos era encorajada, mas também a organização destes com seus companheiros na situação de paciente, de modo que, unidos, pudessem expressar melhor suas demandas, fazer suas

¹³Para maiores informações acerca dos modelos reformistas europeus, ler: AMARANTE, P. *Loucos Pela Vida A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003 e DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

reivindicações. A preocupação com os direitos do paciente psiquiátrico era, então, incorporada à práxis terapêutica. Desta forma, se em um primeiro momento da negação da realidade asilar encontrada por Basaglia foi caracterizado pelo esforço retirar o doente do lugar de “não-homem”, em um segundo momento, o esforço foi direcionado para sua tomada de consciência política. No entanto, os reformistas italianos constataram que a superação do regime de autoridade por outro de decisões comunitárias proporciona um contexto que muito se afasta da realidade da sociedade atual. Se o doente mental desfavorecido sócio-economicamente é alvo de resistência por parte de uma sociedade que desconsidera as suas necessidades, qualquer tentativa de tratamento que não considere as resistências que o esperam do lado de fora do hospital psiquiátrico redundariam em mero paliativo. Assim, percebeu-se no processo de negação da realidade asilar que o ato terapêutico era também um ato político, no sentido de operar-se uma recomposição, em um nível regressivo, de uma crise já em curso, “fazendo-a retroceder à aceitação daquilo que a provocou”(BASAGLIA, 2005:108).

Diante de tal realidade, constatou-se que a comunidade terapêutica, embora uma etapa necessária no processo de negação da realidade asilar, não deveria ser confundida com o objetivo final da reforma italiana, sob pena de que um simples aperfeiçoamento técnico pudesse contribuir para uma modernização de organizações que nada mais fariam além de perpetuar a lógica da exclusão, ainda que em uma forma mais bela e civilizada, por meio da construção de um “belíssimo hospital”¹⁴. Como alternativa a essa possibilidade, a negação que antes era focada no sistema asilar, acabou por voltar-se para o próprio paradigma psiquiátrico:

[...]o problema não pode manter-se dentro dos limites restritos de uma “ciência” como a psiquiatria, que não conhece o objetivo de sua pesquisa, tornando-se assim um problema geral, revestido de um caráter mais especificamente político, o que implica no tipo de relação que a sociedade atual quer ou não estabelecer com uma parte dos seus membros... (BASAGLIA, 2005:121).

Embora não se trate de uma negação da doença mental, uma investigação científica sobre tal questão só é possível após o descarte de questões pertinentes à violência e exclusão sociais. Sustentando a metodologia da negação, os italianos

¹⁴O movimento reformista italiano não poupou críticas aos modelos de atenção que se baseavam em hospitais psiquiátricos mais “humanizados”, operando uma “institucionalização branda”, que pouco contribuía para a reinserção do paciente psiquiátrico ao meio social.

liderados por Basaglia entenderam os sistemas de classificação e esquematização das psicopatologias como um meio pelo qual o psiquiatra, diante de sua incapacidade em compreender as contradições de nossa realidade, vale-se de seu poder para servir à demanda da sociedade por uma maquiagem de suas contradições, que encontram no doente mental um denunciador, através do diagnóstico que “assumiu o significado de um juízo de valor” (BASAGLIA, 2005:123-124).

A “negação como única modalidade” foi proposta dentro de um sistema político, econômico e social que assimila qualquer afirmação, qualquer mudança, qualquer reforma, como ferramenta de sua própria manutenção, como alternativa a qualquer modelo previamente definido que traria em si os “germes dos erros futuros.”

A experiência de Gorizia foi levada à cidade italiana chamada Trieste, onde, em 1971, iniciou-se o processo de transformação do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni (BARROS, 1994: 75). A reforma em Trieste foi ainda mais radical, por contribuir para o fechamento de seu manicômio, bem como fazer surgir um modelo substitutivo – e não complementar – ao hospital psiquiátrico que em muito influenciou a reforma brasileira. Todos os dispositivos criados como alternativas à internação colocaram a Psiquiatria Democrática Italiana na posição de maior influência para o que se convencionou chamar de reabilitação psicossocial no Brasil. Lugares para habitação de pacientes que receberam alta, subsídios financeiros para a sobrevivência, organização de cooperativas de trabalhos, enfim, uma preocupação com o “pós-desospitalização” nunca antes vista e estruturada de acordo com uma lógica territorial. Lógica essa que era menos baseada em critérios geográficos e mais nas características sócio-culturais que determinavam o recorte dos territórios, de modo a proporcionar uma adequação da assistência prestada aos hábitos, costumes e estilos de vida de cada região. Um claro esforço na luta pelo respeito à singularidade do paciente psiquiátrico, em substituição de uma massificação e uma homogeneização do tratamento dispensado.

Se, até então, o transtorno mental, para ser “tratado” precisou desaparecer para a sociedade e aparecer no campo médico-legal, agora, foi necessário que o mesmo transtorno mental se fizesse visível na sociedade para que seu tratamento acontecesse. Sob a ótica da Psiquiatria Democrática Italiana, é o sofrimento psíquico do paciente que assume o papel de figura, não mais seu transtorno, cujo

fundo é sua história de vida na teia social, cultural, econômica e política do mundo contemporâneo. Segundo Barros,

[...]num movimento de constante autocrítica, começou-se a perceber que colocar a doença entre parênteses não seria suficiente; seria necessário, também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental. Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse. (BARROS,1994:53).

Podemos, então, entender a Psiquiatria Democrática Italiana como uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico tradicional, através de uma negação das relações que fundamentam o saber e a prática psiquiátrica deste, bem como às alternativas reformistas em outros países, que acabaram por reproduzir modelos hospitalocêntricos ou a hegemonia do saber psiquiátrico, em nenhum momento contestada.

1.2.2 A Política na Clínica

Influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana, os reformistas brasileiros discutiram várias questões polêmicas. A ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, bem como a resposta de tal dependência à necessidade de ordem pública foi uma delas. As classes sociais das pessoas internadas, e sua relação com a não-neutralidade da ciência patrocinadora do saber psiquiátrico hegemônico foi, também, importante foco de debate. Ainda como características marcantes da reforma italiana, citamos a bandeira da intersetorialidade - motivo de resistência acadêmica por conta da consequente redução do poder médico - e a concepção de um trabalho em rede, tão caro a nós brasileiros, que envolve forças sindicais, movimentos culturais e sociais diversos e vários outros esforços sócio-políticos, para a solução de necessidades dos pacientes que não se limitavam à questão técnica, como, por exemplo, a problemática do trabalho e da moradia após a alta, citados anteriormente; e a participação social, através do voluntariado e outras formas de aposta na proposta reformista, sem a qual a negação do paradigma psiquiátrico não teria alcançado tal nível de capilaridade na população.

Tal participação social muito inspirou os membros do MTSM que organizaram vários encontros estaduais e municipais, dando corpo à participação de movimentos de usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, que começaram a encontrar espaço para expressarem suas opiniões e demandas de uma forma oficial junto às autoridades do setor. Entre estes encontros, destacamos a I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, realizada em março de 1987, no campus da UERJ. A conferência, cujo tema central foi a “Política nacional de saúde mental na reforma sanitária,” discutiu pela primeira vez o transtorno mental enquanto fruto do processo de marginalização e exclusão social, bem como a necessidade de resgate dos direitos do paciente através de condições de sobrevivência dignas. Foram abordadas ainda questões de direitos humanos e justiça, com conclusões muito importantes, como a liberdade de optar ou não pelo tratamento, a escolha do terapeuta por parte do paciente, a participação da comunidade na elaboração e controle dos tratamentos e serviços oferecidos, bem como a necessidade de se garantir condições trabalhistas dos pacientes durante o tratamento, incluindo o seguro-desemprego.

Por meio de uma absorção de vários profissionais da saúde, inclusive membros do MTSM, operada pelo aparelho estatal, inicia-se uma “trajetória sanitarista” onde, na opinião de Amarante(2003) o pensamento crítico tão defendido até então perde lugar para a ideia de que a administração técnica e científica da medicina já seria o suficiente para resolver os problemas das coletividades. Embora com raízes comuns, os movimentos sanitarista e de saúde mental seguiram na última década caminhos distintos, paralelos, “esboçando uma certa distância disciplinar entre os dois campos”(ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006:1054). Um período de grande institucionalização, onde a preocupação com a administração e o planejamento da saúde se faz presente de forma ostensiva, em detrimento de uma reflexão acerca do papel dos técnicos de saúde na construção de saberes hegemônicos, bem como da medicina, em práticas de normatização da sociedade.

Com a I Conferência Nacional em saúde mental, em junho de 1987, é que se marca o início do afastamento entre os movimentos sanitarista e pela reforma psiquiátrica. É neste encontro que o MTSM inicia, sob forte influência das ideias de Basaglia, o resgate de sua postura inicial, a defesa da desinstitucionalização como desconstrução do saber hegemônico da psiquiatria, e não apenas de reformulações de ordem operacional e técnica, bandeira que havia sido quase esquecida durante o

processo de comprometimento de muitos membros do MTSM com o aparelho do Estado (AMARANTE, 2003).

Em dezembro do mesmo ano, a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, deu continuidade à fomentação e o amadurecimento das ideias desinstitucionalizantes, que foram responsáveis pelo surgimento, posteriormente, de novas formas de ação, bem como uma reaproximação do profissional com a academia que também se reformulava, possibilitando novas reflexões e novas práticas. Com a preocupação de agir no interior da própria cultura, foi identificada a necessidade de buscar o apoio da sociedade, não apenas nos momentos de dificuldades, mas, também, nos espaços de formulação de novas intervenções. Emerge uma nova atitude frente ao transtorno mental, tão necessária para que, posteriormente, uma nova forma de perceber e lidar com o transtorno pudesse ser pensada.

A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas. (AMARANTE, 2003:95).

É no II CNTSM que se institui o dia dezoito de maio como sendo o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, bem como o lema “por uma sociedade sem manicômios.” Embora Amarante afirme que tal lema traga em si um apelo negativo, “no sentido de uma sociedade sem e não com alguma coisa nova” (AMARANTE, 2003:95), não podemos negar que a ideia do fechamento dos manicômios foi crucial para a possibilidade, como veremos, da prática da assistência territorial. Isto significa dizer, seguindo o exemplo italiano, que o usuário do serviço irá contar com seu meio de origem como local para o tratamento, onde tudo o que as práticas sociais locais oferecerem deverá ser usado a favor do atendimento prestado. Tal atitude – ou afirmação de como ela realmente deve ser - não seria possível sem a novidade que foi o fechamento do manicômio.

O período entre o final da década de oitenta e o início da década de noventa foi caracterizado por uma abertura concreta de espaços no interior dos hospitais psiquiátricos, onde, da discussão teórico-técnica, partiu-se para a prática de “reinventar” o cotidiano das instituições, superando os modelos pré-estabelecidos.

Em 1987 surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁵ no Brasil, na cidade de São Paulo, chamado Prof. Luiz Cerqueira, importante local de fomento aos estudos teórico e prático sobre tudo o que havia sido discutido no campo da reforma até então. Necessário mencionar que tal experiência pioneira foi uma iniciativa isolada, uma aposta de vários profissionais que, na prática, provaram ser possível uma alternativa ao manicômio, sem, no entanto, esperarem por mudanças mais concretas na legislação da saúde mental. Foi, no entanto, em 1989, que aconteceu o divisor de águas entre os dois primeiros momentos da reforma brasileira, ou seja, o da reformulação teórica e o da prática. O episódio da intervenção realizada pela prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, hospital particular e modelo da prática manicomial tanto combatida, foi a prova da viabilidade de transformação do sistema psiquiátrico nos moldes do que até então havia-se discutido. O desmantelamento do regime asilar e sua substituição por uma rede de cuidados territorial com a participação ativa da sociedade, colocou a experiência de criação do NAPS de Santos – dispositivos de atenção à saúde mental, de abrangência territorial e funcionamento 24 horas, com possibilidade de internação em casos graves - como modelo a ser seguido pelo resto do país.

Outro marco importante, também no ano de 89, foi a apresentação ao Congresso do Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado(PT-MG). Este projeto levou para o campo jurídico todos os princípios da reestruturação do modelo psiquiátrico ainda vigente no país, toda a preocupação com os direitos do paciente, sua desinstitucionalização e ressocialização. Tal projeto provocou uma forte mobilização tanto entre as pessoas a favor, quanto entre as que a ele se opuseram. Durante sua tramitação, a opinião pública foi assediada de todas as formas, os debates se intensificaram, os grupos e associações de usuários, familiares e interessados cresceram e se empenharam com mais entusiasmo e assertividade. Tudo, ao ser vislumbrada a chance de que as práticas e a ética tão sonhadas e defendidas “a unhas e dentes” pudessem ser transformadas em lei. E assim aconteceu, embora apenas doze anos depois e com alterações em seu texto original.

¹⁵Serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território onde se encontra, devendo realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. (Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002).

A Lei nº 10.216, baseada no projeto de lei do Deputado Federal Paulo Delgado, é assinada em 6 de abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando, finalmente, o modelo assistencial em saúde mental. A preocupação com melhores condições de tratamentos dispensados ao usuário dos serviços de saúde mental é materializada, garantindo direitos como: tratamento com dignidade e respeito, visando uma recuperação pela inserção na família, no trabalho e na sociedade; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; garantia de sigilo nas informações prestadas; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; recebimento do maior número possível de informações a respeito de seu transtorno e de seu tratamento, que deverá acontecer em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Tais direitos, assim como outros não citados, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno.

A Lei - que destaca a importância da família e da sociedade como agentes no processo de tratamento e *locus* de reinserção do paciente - dá uma especial atenção à questão da internação e suas modalidades¹⁶, onde esta só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, exigindo uma série de procedimentos de modo a possibilitar um maior controle e evitar seu uso indiscriminado, inclusive sendo vedada em instituições com características asilares. Outro ponto significativo é a inclusão do lazer - além da assistência médica integral, também a assistência social, psicológica, ocupacional, entre outras - como parte integrante da internação a não ser desprezada (BRASIL, 2004a). O paciente, não mais sendo tratado como objeto, é amparado pela Lei ao recusar sua participação em pesquisas científicas de qualquer tipo, caso não haja vontade de sua parte ou de seu representante legal. Um dos pontos nevrálgicos da reforma, a questão dos pacientes com grave dependência institucional por conta de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, não foi esquecida. A Lei prevê uma política específica de alta planejada e de *reabilitação psicossocial*, a ser supervisionada por técnicos

¹⁶Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

qualificados e sob a responsabilidade de entidades competentes designadas para tal empresa. (BRASIL, 2004:17-19).

Não é necessária uma leitura e uma análise de todos os itens contidos na Lei nº 10.216 para verificarmos a grande atenção dispensada à redefinição da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde mental, agora comprometida com o investimento em sua vida social, com sua absorção pela sociedade. É bem verdade que muitos são os entraves ainda a serem superados.

Se considerarmos que os movimentos pela reforma na saúde mental e pela reforma psiquiátrica contemplam o trabalho como meio de ressocialização, podem parecer estranhos os casos em que um portador de algum transtorno mental, cujo quadro se encontra estabilizado, se esforce para ser considerado incapaz de trabalhar. Segundo Bezerra,

A psiquiatria e a justiça, ao decretarem incapacidade civil do louco (superpondo-a à incapacidade laborativa), acabam traindo a vocação de proteção da inspiração legal, e mergulham o louco num limbo social. A possibilidade de reconhecimento social enquanto sujeito, membro efetivo da coletividade, item de crucial importância em qualquer projeto terapêutico de recuperação da autonomia pessoal, torna-se extremamente problemática, quando não impossível (BEZERRA, 1994:185-186).

Mais coerente seria pensar em um trabalho adequado às possibilidades e limitações do “doente.” Mas, como forma de dar conta de tantas necessidades materiais impostas pelo Sistema e negligenciadas pelo Estado, existe um grande movimento de busca por uma “aposentaria por invalidez”, em um processo de abrir mão do direito ao trabalho garantido pela Constituição (BRASIL, 1988).

Acreditamos ser este um bom exemplo para a afirmação de que, no caso do Brasil, “a tarefa principal ainda hoje é a de construir a cidadania¹⁷ no país, e não o de simplesmente reivindicá-la.” (BEZERRA, 1994:186).

Hoje, o campo da saúde mental no Brasil difere em muito da época em que surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), quando a luta pela reforma havia começado. As ideias amadureceram através das muitas experiências renovadoras do decorrer deste período. Com a maturidade do movimento, surgiu a consciência de que o sofrimento psíquico é singular, em suas múltiplas e complexas manifestações, fato que sustenta com mais propriedade a certeza de que é

¹⁷ Não nos deteremos a uma análise crítica que tal conceito merece e nos limitaremos a pensar apenas nos direitos, que se convencionou serem considerados a ele intrínsecos.

inconcebível um mesmo tratamento para todas as manifestações da loucura. Daí a necessidade de não se negligenciar a importância e o direito às diferenças, só possível na prática através do respeito, da tolerância e da solidariedade:

Não basta destruir o manicômio: é necessário superá-lo, e isso implica ir muito além de uma reprogramação física ou técnica. Implica atacar as raízes e estruturas do paradigma ou da cultura manicomial, em todos os seus aspectos(BEZERRA, 1994: 181).

Entendemos que o investimento em novas tecnologias terapêuticas de qualquer natureza influenciam muito pouco o decurso do transtorno, quando as variáveis encontradas no contexto do paciente não são levadas em consideração em todos os seus níveis de complexidade. E quando falamos em variáveis, nos referimos não só ao preconceito, ainda tão arraigado na sociedade, que encontra grandes dificuldades em acolher a diferença oferecida pelo paciente psiquiátrico, mas, também, as necessidades materiais deste paciente. Necessidades que, potencializadas pela exclusão, muitas vezes inviabilizam não só o tratamento, mas também a vida social, ambos indissociáveis. A eliminação progressiva de leitos ou o fechamento de clínicas que não se adéquam aos novos tempos do campo da saúde mental não são o suficiente. Até a alta, quando não planejada, pode possibilitar novos problemas para o paciente, sua família e a sociedade. Tal constatação se deu através de uma alteração sem precedentes do contingente manicomial do Brasil e do mundo, como fruto das reformas, por conta de um processo de desospitalização do usuário internado, nem sempre suportado por uma devida desinstitucionalização.¹⁸

O que é certo é que uma grande massa de pacientes psiquiátricos abandonada, mas não mais contida e vigiada, faz surgir problemas gigantescos às famílias de origem, às autoridades sanitárias, à coletividade. (SARACENO, 2001a:23).

Através de estudos epidemiológicos, colocou-se em dúvida a evolução “natural” de determinados transtornos mentais à cronicidade e à internação. Foi

¹⁸Superação da dependência dos pacientes do aparato institucional psiquiátrico, hospitalar ou não, ocasionada quer por motivos de cronificação, quer por falta de suporte de toda ordem após a alta(SARACENO, 2001a). Fica claro, portanto, que a ideia de institucionalização utilizada pelos autores reformistas difere da utilizada pelos analistas institucionais.

percebido que a cronificação¹⁹ não é necessariamente intrínseca ao transtorno mental, mas às variáveis passíveis de intervenção que se encontram ligadas aos contextos microssociais - família e comunidade.

Com tantas e singulares necessidades por parte dos pacientes, internados ou não, bem como de suas famílias, constatou-se a importância de dispositivos que oferecessem serviços substitutivos ao modelo asilar. Serviços que dessem conta das necessidades dos pacientes em sua reinserção na sociedade, após sua desospitalização, ou um suporte necessário para que pacientes nunca internados não necessitassem do aparelho hospitalar. Serviços, enfim, que pudessem considerar as singularidades e contextualizações tão necessárias para que um retrocesso ao reducionismo do sintoma, nunca extirpado totalmente, não ganhasse espaço novamente. Tais serviços deveriam trabalhar em sinergia, de modo a, cada um em sua especificidade, dar conta das heterogeneidades do sofrimento psíquico. Com base em erros e acertos resultantes de experiências diversas, e, principalmente, com o respaldo de leis federais, constitui-se uma rede de serviços com o objetivo de resgatar a dívida da sociedade com os “loucos”, oferecendo-lhes melhor qualidade nos serviços de saúde.

Hoje, essencialmente pública e de base municipal, a Rede de Atenção à Saúde Mental possui um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da reforma psiquiátrica, sendo constituída por diversos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico que, adequados aos princípios norteadores do SUS, são responsáveis pela assistência à pessoa portadora de transtorno mental e sua família. Entre eles, encontramos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais.

A articulação em rede de tais dispositivos é de fundamental importância para a confecção de uma teia de referências em condições de acolher a pessoa com transtorno mental. Necessário dizer que tal rede não se esgota nos limites da saúde mental. Ela ganha corpo e relevância através da intersetorialidade, tão defendida e praticada pelos reformistas italianos. A criatividade e o improviso que permeiam os esforços de busca por soluções nesta lida possibilitaram o surgimento de parcerias

¹⁹Efeito iatrogênico causado pela longa permanência em regime asilar e/ou utilização indiscriminada de psicofármacos; sofrimento resultante do isolamento, da exclusão, do estigma e do preconceito, potencializado por excessos em tratamentos rudimentares e violentos.

entre o município e diversas instituições, associações, cooperativas; objetivando uma complementação das ofertas de serviços oferecidas pelo poder público. Esta rede de base comunitária encontra-se, então, voltada para todos os espaços da sociedade que, de alguma forma, podem contribuir para promoção da desinstitucionalização, seguindo o exemplo italiano, dos sujeitos portadores de transtornos mentais.

Assim, podemos entender que se por um lado foram necessários anos de luta e a mobilização de vários setores da sociedade para que a preocupação com os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais fossem garantidos por lei, por outro, novos investimentos de tempo e afeto são necessários para se colocar em prática tudo o que foi aprovado pelo Poder Legislativo. Muito do que se entende como resposta para tal desafio é corporificado em políticas de *reabilitação psicossocial*, termo este presente textualmente nas Leis 10.216 e 10.708²⁰.

1.2.3 A Clínica na Política

O termo “reabilitação psicossocial” surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos, através de um movimento organizado de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado WANA – *We are not alone*²¹. Este movimento, que nas décadas seguintes desdobrou-se em vários outros, dedicou-se à luta pela inserção no mercado de trabalho e condições de moradia para os ex-internos (GUERRA, 2004). Embora a questão da (re)inserção do paciente na sociedade já fosse amplamente discutida no Brasil há mais de uma década, foi com a chegada da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), em 1995, que o uso do termo reabilitação psicossocial se popularizou, através dos agenciamentos produzidos pelos profissionais vinculados à tal associação (PITTA, 2001).

Segundo Ana Pitta (2001), a expressão reabilitação psicossocial está fundamentalmente associada a várias iniciativas e práticas articuladas em graus diversos que buscam reduzir o efeito iatrogênico e incapacitante dos “tratamentos”

²⁰Lei Federal promulgada em 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais egressos de longas internações; auxílio este de caráter pecuniário, parte integrante de um programa de ressocialização denominado “De Volta Para Casa”, coordenado pelo Ministério da Saúde.

psiquiátricos tradicionais. No entanto, ao pensarmos em uma conceituação, devemos ter em mente que

Definição e pressupostos suscitam múltiplas interpretações e, se observarmos as diferentes experiências que têm usado a sigla Reabilitação Psicossocial para se legitimarem, podemos perceber que tantas serão as versões quantas sejam as experiências concretas que foram ou estejam sendo desenvolvidas nos diferentes lugares do planeta. (PITTA, 2001:20).

Em meio a esta multiplicidade de práticas ditas “psicossocialmente reabilitativas”, haviam muitos autores comprometidos com esta sigla, dentre eles Benedito Saraceno, que defendia a reabilitação enquanto necessidade ética, e não apenas técnica, sendo importante seu reconhecimento não apenas por parte de profissionais representantes de várias formações acadêmicas, mas, também, da sociedade em todos os seus segmentos(SARACENO, 2001b). Saraceno, presidente da WAPR em meados da década e 1990, afirmava que reabilitação psicossocial não era uma tecnologia, mas uma estratégia, e nos alertava para o risco de incorrerem em um reducionismo a uma técnica específica, na tentativa de darmos um significado para tal expressão.

Para melhor pensar o sentido da reabilitação psicossocial, tal como defendido em sua chegada no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Saraceno lançou mão de um importante conceito, muito caro em seu significado não apenas aos reformistas brasileiros, mas, também, aos italianos, seus predecessores: a *contratualidade*, poder ou capacidade contratual; a capacidade de um indivíduo de produzir, gerar valor próprio, valorar-se socialmente.

O autor esquematizou os espaços de atuação dos indivíduos em suas produções de valor social nos cenários *habitat*, *mercado* e *de trabalho*: “É dentro destes cenários que temos o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc.”(SARACENO, 2001b:15). É nestes cenários em que todos possuímos, segundo o autor, um maior ou menor grau de contratualidade. Na falta do poder contratual, surge, então, a necessidade da reabilitação psicossocial.

Assim como Saraceno, Roberto Kinoshita lançou mão do conceito de contratualidade para explicar a importância da reabilitação psicossocial no contexto do processo reformista brasileiro. Kinoshita afirma que

²¹“Nós não estamos sozinhos.”

no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que daría-lhe o seu *poder contratual*(KINOSHITA, 2001:55).

Se Saraceno contribuiu para um maior entendimento acerca do exercício de poder contratual com sua ideia de cenários, assim também o fez Kinoshita, ao sugerir três dimensões consideradas por ele como fundamentais na contratualidade social: a troca de *bens*, de *mensagens* e de *afetos* (KINOSHITA, 2001:55). Este autor ainda ressalta a especificidade da pessoa que é entendida como portadora de transtorno mental, uma vez que tal condição traz, intrinsecamente, uma negatividade em todas as dimensões de troca. Seus bens são suspeitos, suas mensagens incompreensíveis ou questionáveis e seus afetos desnaturados. A única positividade do indivíduo com transtorno mental é, então, sua condição de paciente, o que raramente é questionado. Dessa forma, reabilitar seria o processo de recuperação, de restituição ou o aumento do poder contratual do paciente. Em outras palavras, partir de uma pressuposição de desvalor natural para uma proposição de valor possível, apostando em um incremento na *autonomia* do suposto paciente com transtorno mental. Autonomia que nada tem a ver com a ideia de auto-suficiência ou independência, mas sim, com a capacidade do indivíduo em gerar normas ou ordens para a sua vida, de modo a dar conta de todas as situações nas quais se encontra²². Segundo Kinoshita, somos mais autônomos na medida em que nos relacionamos e descentralizamos, distribuimos nossa dependência por um maior número de coisas e pessoas, na medida em que isto nos faculta o estabelecimento de mais normas e ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 2001: 57).

Assim, concluímos que a reabilitação psicossocial “seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania”(SARACENO, 2001b:16), o que abriu espaço para uma crítica a toda e qualquer iniciativa de reduzir ou confundir o processo de reabilitação com atividades ocupacionais, terapêuticas ou não, como a confecção de cinzeiros ou oficinas de artes plásticas. Nada impede que, no

²²Uma abordagem detalhada acerca da ideia de geração de normas tal como aqui a pensamos pode ser encontrado em: CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

processo de construção ou recuperação de sua contratualidade o paciente não se utilize de tais recursos, desde que eles sejam um meio, e não um fim.

Saraceno, assim como outros autores, também trouxe para o debate a importância de se pensar nas variáveis interferentes no processo /prática da reabilitação psicossocial. No raciocínio deste autor, tais variáveis se distribuem em dois grandes extremos, um micro e um macro. No primeiro, encontra-se o nível da afetividade e da continuidade, que “é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto de tempo, energia, afetividade, etc”(SARACENO, 2001b:17). Já no segundo, encontra-se a forma pela qual o serviço é estruturado, tanto nas suas condições materiais de possibilidade quanto em sua relação de imanência com seu contexto sócio-político: condições oferecidas para o seu funcionamento, implicação por parte dos profissionais, aderência por parte dos usuários e familiares, etc.

Foi desta maneira que a reabilitação psicossocial ficou entendida, não como uma técnica a ser aplicada asepticamente livre de fatores sócio-políticos, mas sim uma estratégia cujo sentido devesse ser constantemente revisto e posto em análise, e que pudesse ajudar o paciente em sua negociação com o meio em que este se encontra, de modo que suas necessidades e direitos fossem garantidos. Por este motivo é que no Brasil as práticas territoriais foram imprescindíveis aos propósitos reabilitadores,

articulando diferentes serviços comunitários: centros ou núcleos de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos e centros de ajuda diária de diferentes tipos.(PITTA, 2001:22).

A ideia de territorialidade dita a estratégia utilizada na organização da rede de atenção psicossocial em nosso país, orientando todas as ações e dispositivos nela inseridos. Uma influência direta da Psiquiatria Democrática Italiana, a noção de território nos leva a pensar em um campo de ação delimitado de acordo com costumes, saberes e práticas diversas ou, em outras palavras, o que caracteriza uma determinada comunidade. Dessa forma, procura-se garantir o respeito às características sócio-culturais da pessoa assistida, não as transformando em sintomas. Não é trabalhando na comunidade, ou para a comunidade, mas sim com a comunidade que se pensa em

resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. (BRASIL, 2005:21).

Mesmo com todo o entusiasmo na acolhida, em um primeiro momento, da expressão “reabilitação psicossocial”, com o passar do tempo a ideia não foi poupada de críticas, como as de Venturini et al. (2003), que a acusam de inadequada ao universo dos transtornos mentais, não apenas por seu caráter ortopédico – o que dá a sua adoção uma conotação de “pecado original” - mas também pela necessidade de “normalização” sugerida em tal prática, onde atribui-se um caráter puramente negativo, de estigma, à tantas formas singulares de se estar no mundo²³. Essa reabilitação, facilmente entendida como adequação de pessoas a uma forma de funcionamento ditada por uma maioria, induz à ideia de um passado que desqualifica o presente, de algo a ser recuperado. No entanto, se observarmos o sem-número de casos atendidos diariamente na rede, verificaremos que, na maioria das vezes, a “habilidade” que se deseja recuperar nunca existiu. Daí a proposta dos autores de uma substituição do termo “reabilitação” por “habilitação”, termo ainda insuficiente, segundo eles, por “reter uma nota pedagógica, fortemente descritiva” (VENTURINI et al., 2003:60) e não considerar a vontade de quem é cuidado de querer ou não, e quando, ser habilitado. Se por um lado certa proteção faz-se necessária em determinada fase do tratamento, os autores chamam a atenção para a necessidade de se evitar uma “unidirecionalidade ‘terapeuta *versus* paciente” (VENTURINI et al., 2003:60) e de se buscar uma reciprocidade entre ambos, uma vez que apenas o paciente pode se habilitar.

Estas e outras críticas voltadas para a noção de reabilitação em nada comprometem a utilização da categoria “psicossocial”, presente na terminologia reformista desde o início, no sentido de sugerir uma superação do reducionismo biomédico e afirmar a importância de vários outros saberes e práticas, antes ignorados ou admitidos em um segundo plano no campo da saúde mental.

1.3 Por uma revisão de conceitos

Muitos são os profissionais, usuários de serviços, e movimentos diversos que se opõem ao uso do termo “doença mental”, acusando este de reducionista e sustentador do modelo biológico de entender e intervir no fenômeno (OMS, 2005). Assim, este termo tem sido substituído em grande parte da literatura mais recente, inclusive nos documentos mais reconhecidos internacionalmente como o CID-10 e o DSM-IV, por “transtorno mental.” Substituição esta que não ocorre sem dificuldades e impasses, uma vez que um intenso e ainda inconcluso debate acerca das condições que definem o transtorno mental parece estar longe do fim. A Organização Mundial da Saúde identifica, por exemplo, limites diversos para a categoria transtorno mental, a variarem de acordo com o contexto de cada país. Em alguns países, segundo a Organização, considera-se transtorno mental apenas os casos mais graves, onde são necessários a internação e/o tratamento involuntários; em outros, a categoria é utilizada de forma mais ampla, de modo a estender-se e defender-se os benefícios da legislação vigente a um maior número de pessoas(OMS, 2005).

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, reconhece que a expressão transtorno mental implica uma distinção entre a categoria “física” e a categoria “mental”, um “anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo”(DSM-IV,1995:xx) que exemplifica como as dificuldades criadas pelo uso do termo em questão são mais nítidas do que as soluções desejadas. Segundo seus autores, a expressão continua no título do manual porque ainda não foi encontrado um substituto apropriado:

[...]embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição específica adequadamente os limites precisos para o conceito de “transtorno mental.”(DSM-IV, 1995: xx).

Então, podemos concluir que, por não apresentar uma definição operacional que contemple todas as experiências, o termo transtorno mental é constantemente qualificado de “leve”, “moderado”, “severo”, “em remissão parcial”, “remissão completa” ou “história prévia”(DSM-IV, 1995:02).

Nossa crítica, neste caso, se direciona ao caráter ambíguo deste critério, que parece ser útil apenas para incluir o maior número possível de fenômenos

²³Muitos outros autores e trabalhadores compartilhavam desta crítica, como Ana Pitta, que ressaltou o prejuízo de valor trazido pela expressão “reabilitação”, por impor um sentido de “recobrança de

observados na categoria transtorno mental, ampliando seus limites em um processo contínuo de psicopatologização da vida e, conseqüentemente, ampliando também a influência da psiquiatria.

Mais recente encontramos a variação “transtorno mental comum”, que se refere às situações em que os usuários dos serviços não preenchem os critérios para diagnósticos de outros transtornos, mas que

apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos.[...] esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da atenção primária, ou da prática médica não-psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos(MARAGNO *et al*, 2006:1639-1640).

Não vemos no uso da categoria transtorno mental comum outra utilidade que não a mesma do uso das qualificações “leve”, “moderado” e “severo”: uma forma de incluir o que antes não fazia parte do objeto de investigação e intervenção da psiquiatria.

Além de variações, muitas vezes o termo transtorno mental é substituído - ainda na tentativa de se melhor explicar os fenômenos narrados - por vários outros, como desvantagem, incapacidade, síndrome, desvio e, mais comumente, sofrimento psíquico. É, talvez, no texto da Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992 que este último aparece pela primeira vez em um documento oficial. Tal lei

Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de **sofrimento psíquico**, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências(BRASIL, 2004a:63, grifo nosso).

Segundo Portela(2006), a utilização da categoria sofrimento psíquico dá visibilidade à experiência singular em seu caráter intermitente, sendo situada nas relações cotidianas e concretas estabelecidas com o mundo. Uma das justificativas mais importantes usada pelos adeptos de tal termo é o fato da categoria sofrimento

crédito, estima ou bom conceito perante a sociedade”(PITTA, 2001:23).

psíquico contribuir para uma restituição à condição humana daquilo que não pode ser ignorado ou excluído, uma vez que o sofrimento é inerente à condição de ser humano(FREITAS; RIBEIRO, 2006).

O uso de tal categoria não se sustenta, no entanto, quando consideramos que nem todo fenômeno eleito pela psiquiatria como objeto de investigação próprio comporta, segundo as próprias descrições psicopatológicas, a experiência de sofrimento. Além disso, a definição ou qualificação do que se pode chamar de sofrimento é por demais ambígua, podendo ser interpretada e/ou qualificada de várias formas. Este fato já é o suficiente para causar alguma confusão, quando nos vemos diante da necessidade de separar o que é “sofrimento psíquico”, no sentido de objeto de cuidado da psiquiatria, do que é apenas sofrimento. Daí surge outro risco, o de, objetivando ressaltar a condição humana do fenômeno, acabar por contribuir para uma ampliação ainda maior da influencia da psiquiatria na vida das pessoas (FREITAS; RIBEIRO, 2006). Não podemos ignorar outra ressalva não menos importante. Muito se falou e se fala no processo da reforma psiquiatria em relação a dar voz ao usuário dos serviços de saúde mental. No entanto, a idéia de sofrimento remete a uma experiência singular e única. Com que autoridade podemos dizer que determinado caso atendido em um serviço qualquer é, de fato, um sofrimento? Em outras palavras, sendo a experiência de sofrimento única, singular e intransferível, como usar tal categoria sem que interpretemos ou usemos de juízo de valor para qualificarmos uma experiência que não é de quem cuida, mas de quem é cuidado?

Não reconhecemos no uso do termo sofrimento psíquico, portanto, uma prática isenta de impasses e dificuldades. Mas seu uso se popularizou, a partir do Relatório Final da 3ª Conferência de Saúde, realizada em 2001 (MORENO; ALENCASTRE, 2009; KANTORSKI *et al.*, 2006). No entanto, o que se observa é menos uma forma de dar visibilidade a aspectos não valorizados pela categoria transtorno mental, e mais como sinônimo desta última²⁴.

Assim, escolhemos chamar, ainda que provisoriamente, os fenômenos em sua diversidade de *transtornos psicossociais*. Nossa escolha não abriga nenhuma tentativa de se “dar conta” da inclusão de todas as possibilidades de fenômenos

²⁴“Transtornos mentais = doença mental, sofrimento psíquico”(BRASIL, 2004b, p. 49).

atendidos em suma simples categoria²⁵. Aliás, nossa intenção não é fechar todas as experiências singulares, com as quais os serviços de saúde mental se ocupam, nos limites rígidos de um único conceito. Antes, pensamos justamente em um termo que, paradoxalmente, não termine com as possibilidades de pensar os fenômenos em questão, mas as multiplique. Pelo mesmo motivo, para nos referirmos ao campo de atuação com o qual nos ocuparemos nos próximos capítulos, substituiremos a expressão “saúde mental” pela “atenção psicossocial”. A primeira foi até aqui utilizada pelos simples fato de ser a mais presente nos discursos do campo em questão. Já a segunda, existente desde os primeiros anos do processo reformista, foi por nós escolhida no sentido de melhor refletir toda a discussão acerca da ampliação dos horizontes de cuidado dispensado às pessoas ou situações de transtorno psicossocial. É sobre o que se fala e o que se faz deste/neste cuidado nos dias atuais que nos deteremos no capítulo seguinte, de modo a entendermos para onde o processo reformista tem nos levado.

²⁵ Mais será discutido sobre a forma de nos relacionarmos com o objeto de um determinado campo de saber no terceiro capítulo deste trabalho.

CAPÍTULO 2

REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEU CARÁTER PROCESSUAL: DESAFIOS QUE SE ATUALIZAM EM UMA DISPUTA DE SENTIDO

No primeiro capítulo, buscamos mapear algumas das influências sofridas e mudanças operadas no campo da atenção psicossocial no país, no que se convencionou chamar Reforma Psiquiátrica Brasileira. Observamos a contribuição de outro processo reformista para as práticas em atenção psicossocial no país, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Neste processo reformista, observamos acontecimentos importantes, como a ampliação do conceito de saúde, que se refletiu em importantes apostas no processo da reforma psiquiátrica, como a luta contra o reducionismo operado pelo saber psiquiátrico. Trata-se de uma trajetória na qual observamos inquietações que engendraram novas formas de se pensar, dizer e praticar o cuidado que, por sua vez, causaram e ainda causam novas inquietações.

As inquietações continuam, e elas são parte constituinte do campo da atenção psicossocial. Continuaremos nosso trabalho buscando operar um recorte histórico no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira através da análise de algumas críticas importantes às práticas atuais, que movimentam esforços clínicos e políticos no campo em questão.

2.1 Cenário Atual

Através dos processos reformistas na atenção à saúde no Brasil, muitos foram os esforços para a formulação e institucionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde, fundamentando ações concretas na busca por serviços que se adequassem às necessidades da população. Se por um lado a criação do SUS foi um importante passo para a democratização das condições de bem-estar do povo, enquanto política que favorece a promoção da saúde em sua forma mais ampla, por

outro, a reforma na saúde brasileira, sempre inacabada, ainda não conseguiu atingir seus objetivos (CAMPOS, 2009).

O Campo da Atenção Psicossocial Brasileira, parte integrante do SUS, não é poupado de críticas. É lugar comum que nem todos os usuários dos serviços disponíveis contam com seus direitos garantidos através da prática do cuidado, embora os mesmos direitos já estejam garantidos por um corpo complexo de leis resultantes do processo reformista brasileiro. Leis que defendem os princípios e diretrizes que norteiam as políticas da saúde desde a Constituição de 1988.

Após três décadas desde o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contamos com um modelo de atenção composto por ações e programas específicos, que sintetizam os esforços por uma superação do modelo hospitalocêntrico e manicomial, contra o qual tem-se lutado. No entanto, o modelo substitutivo que corporifica as políticas reformistas de saúde está longe de ser consenso, assim como a hegemonia do saber biomédico, também alvo da reforma brasileira, encontra-se em constante atualização.

O cenário atual da atenção psicossocial continua, pois, marcado por pontos de tensão importantes, disputas que acusam o caráter processual e sem fim da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em outras palavras, falamos da estratificação de um determinado momento do processo reformista, cujas disputas e embates devem poder legitimar a própria democracia que possibilitou não apenas a reforma psiquiátrica, mas, também, a constituição do Sistema Único de Saúde.

Dividimos as críticas que marcam a atenção psicossocial no Brasil – se não em sua totalidade, pelo menos em sua grande maioria – em dois grandes movimentos. Delimitamos o primeiro como aquele composto por críticas à proposta do modelo substitutivo de atenção psicossocial. Já o segundo movimento é por nós delimitado como aquele que reúne as críticas às tendências reducionistas do/no cuidado, que tanto caracterizam o modelo antigo e que, longe de se enfraquecerem com as investidas reformistas, acabaram por ser reforçadas com o advento das neurociências. Em outras palavras, nos referimos a movimentos de críticas feitas *à* reforma psiquiátrica, bem como de críticas feitas *pela* reforma psiquiátrica. Esta divisão de movimentos, facilmente problematizada, se considerarmos todas as dissensões dentro do próprio movimento reformista, é fruto de uma escolha arbitrária, uma tentativa de darmos continuidade à construção de nosso problema. Perceberemos, no entanto, que se é fácil distinguir e identificar como antagonistas

as apostas ou movimentos por nós destacados, a distinção entre o que se produz em cada intervenção – reducionista e contra o reducionismo – já não é tão fácil de ser feita.

Nesse contexto, onde os movimentos críticos se alteraram nos lugares de “situação” e “oposição” em uma relação de tensão que é a própria história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde o “novo” e o “velho” convivem e se negam mutuamente, nos deteremos em alguns dos principais pontos de tensão localizados em críticas que tentaremos analisar.

Com esse intento, contaremos com a ajuda não só de autores da reforma psiquiátrica, mas também de teóricos que se ocupam com alguns dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Isso porque, entendemos o Campo da Atenção Psicossocial Brasileira como parte integrante do SUS, estando suas políticas e práticas específicas necessariamente subordinadas à legislação deste último. Assim, achamos não apenas pertinente, mas necessária, uma reflexão, ainda que breve, sobre o conteúdo das críticas que marcam a atenção psicossocial à luz de alguns dos princípios presentes na Lei 8.080.

Nos debruçaremos sobre essas críticas visando primeiramente um entendimento do atual momento da atenção psicossocial no país e, posteriormente, pensarmos como a clínica pode ajudar na superação dos embates e disputas que compõem o campo em questão.

2.1.1 Investidas contra o modelo substitutivo

Em artigo publicado no site da Associação Brasileira de Psiquiatria, Josimar França(2006), então presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, ataca o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Em seu texto, Josimar acusa os dirigentes do programa de, “por desinformação ou interesses ocultos” - e com base em “antigos preconceitos”, bem como adotando um viés populista” -, desmantelarem esforços de muitos anos, “promovidos por pessoas realmente comprometidas com a saúde mental”.

Os argumentos utilizados para a implementação do Programa de Saúde Mental, segundo o autor, fugiram de critérios clínicos e foram fundamentados na percepção equivocada de que todos os pacientes internados sofriam maus tratos,

ignorando “anos de pesquisa científica que atestam a internação como procedimento adequado.” Josimar acusou os servidores de manipulação da opinião pública, através do “ressuscitamento” do conceito de manicômio e sua carga pejorativa, dando à discussão um aspecto sensacionalista. Segundo ele, os mesmos servidores limitaram os recursos destinados aos hospitais psiquiátricos, o que contribuiu para que muitas instituições tivessem sua capacidade de atendimento comprometida. As condições precárias foram, então, segundo o autor, exploradas pela mídia.

“Em seguida, numa movimentação batizada de ‘reforma psiquiátrica’ (como se a especialidade médica necessitasse de reforma...), fecharam leitos em hospitais públicos, vejam bem, públicos, e posaram de ‘salvadores da pátria’ para os flashes. Quem precisa de reforma é o modelo assistencial e não os médicos” (FRANÇA, 2006:s/p).

O autor acusa a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde de não ter apresentado alternativas viáveis para a continuação do tratamento dos “desalojados com o fechamento dos leitos psiquiátricos.” Muitos simplesmente voltaram para casa, sem assistência, situação essa que, segundo ele, continua até hoje, graças às “ações governamentais equivocadas” que se traduzem em falta de tratamento adequado.

Assim, Josimar anuncia que, representados pela ABP, os psiquiatras defendem uma promoção de campanhas de esclarecimento público, por acreditarem que suas sugestões foram desconsideradas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos.

Talvez por esse motivo, percebemos um aumento em número e intensidade de investidas contra o atual modelo de atenção psicossocial brasileiro. Dentre várias, destacamos a matéria de página inteira publicada no jornal O Globo no dia 09 de dezembro de 2007 - um domingo, dia da semana no qual a tiragem pode chegar a 405.0000 exemplares, contra aproximadamente 291.000 nos outros dias (IMPELLIZIERE, A. et al., 2008) -, através da qual a jornalista Soraia Aggege(2007) diz que, no Brasil, existem 16,5 milhões de pessoas com algum transtorno mental²⁶ em necessidade de internação. A reportagem, sob o título “*Sem hospícios, morrem mais doentes mentais*”, é composta por dados e depoimentos de médicos, familiares

²⁶ Respeitamos a utilização dos diversos termos encontrados nas matérias citadas.

e pacientes. Organizados sistema e estrategicamente, as informações divulgadas pela matéria colocam em questão a política de atenção psicossocial no Brasil acerca da substituição gradativa de leitos psiquiátricos por dispositivos alternativos à internação. Em um dos depoimentos presentes na reportagem, Wagner Farid Gattaz, presidente do Instituto de Psiquiatria da USP, afirma que “desinternar pacientes é o objetivo dos médicos”, [...]“despejá-los nas ruas tem sido a ação do governo.”(AGGEGE, 2007:14) O presidente da Associação dos Amigos e Familiares de Doentes Mentais da Bahia, Gilson Magalhães, denuncia ao jornal O Globo que clínicas de fachada têm ganhado espaço, ficando com a aposentadoria dos doentes que, “ficam fechados, sem tratamento nem fiscalização. Gilson Magalhães denuncia, ainda, a existência de doentes abandonados nas ruas, “confundidos com andarilhos, mendigos ou criminosos” (AGGEGE, 2007:14).

Meses antes, no dia 24 de agosto, foi divulgada uma nota no site da ABP sobre um filme nacional chamado “Omissão de Socorro”, que aborda o tema da desospitalização psiquiátrica. Segundo a nota, o filme exibido em 12 de outubro do mesmo ano, durante o XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, procura dar voz às famílias pobres que sofrem com uma suposta falta de assistência. Isso por que, segundo o cineasta Olívio Tavares de Araújo, produtor do filme, “os ricos sempre terão hospitais particulares à sua disposição,[para os pobres]a política de extinção de leitos psiquiátricos no sistema público de saúde tornou-se causa de um sofrimento complementar e desnecessário” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2007, s/p.).

Outras críticas não provenientes de teóricos ou profissionais da saúde compõem o movimento dos “anti-reforma”. Talvez a mais atual e polêmica seja a manifestação intitulada *Uma lei errada*, publicada por Ferreira Gullar em 12 de abril de 2009 no jornal Folha de São Paulo. Em seu texto, o poeta (pai de dois filhos usuários de serviços de atenção psicossocial, um já falecido) diz que a “campanha contra a internação de doentes mentais é uma forma de demagogia”, e responsabiliza a falta de reflexão, de exame da realidade e “desconhecimento do problema em questão” pela campanha dita “demagógica”, que “se funda em dados falsos ou falsificados”. Em consonância com a intervenção feita pelo psiquiatra Josimar França, quase três anos antes, Ferreira Gullar sugere o resgate do termo manicômio e de sua conotação negativa, “em uma época em que aquele tipo de hospital não existe mais”, como forma de manipulação da opinião pública. Ele

também afirma que, com a descoberta dos remédios psiquiátricos e o aperfeiçoamento do uso do eletro-choque – e, conseqüentemente, o abandono do uso da camisa de força e outras contenções mecânicas mais radicais -, as instituições psiquiátricas perderam o caráter carcerário e se tornaram semelhantes às clínicas de repouso.

Talvez com base na experiência particular com seus filhos, Ferreira Gullar afirma que, com o uso de medicamentos, o paciente não necessita de longas internações, e que a instauração de um novo estado delirante acontecerá caso o tratamento medicamentoso seja interrompido, restando como único recurso terapêutico, a internação. Por fim, o poeta afirma que o tratamento ambulatorial é a única alternativa à internação, o que, segundo ele, é suficiente apenas para os casos menos graves e contribui para um quadro de desassistência, onde as famílias com recursos financeiros podem pagar por internações em clínicas particulares, enquanto os pacientes provenientes de famílias com poucos recursos “terminam nas ruas como mendigos”.

Um último exemplo de crítica, também recente, é a intervenção do o promotor de Justiça Reynaldo Mapelli Júnior, coordenador da Área de Saúde Pública do Ministério Público do Estado de São Paulo, que ajuda a compor o movimento de críticas ao modelo de atenção psicossocial atual (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009). O promotor exalta o foco nos direitos humanos, sustentado pela Lei 10.216, bem como a preferência aos serviços extra-hospitalares na comunidade, para que o tratamento ocorra perto da casa do paciente. Contudo, Reynaldo aponta para dificuldades na aplicação da lei. Segundo ele, os gestores do SUS, em todas as esferas de governo, ainda não conseguiram implementar as mudanças instituídas, embora esta lei tenha sido sancionada em 2001. O promotor explica que, embora com todo um avanço nas propostas da Reforma Psiquiatria Brasileira, principalmente no que diz respeito à questão dos direitos humanos, os serviços previstos na nova lei não existem em número nem em qualidade adequados à demanda: “[...] infelizmente o poder público federal, estadual e municipal não têm a estrutura necessária para colocar a reforma em prática”²⁷

²⁷Alguns autores afirmam que os gastos com o modelo substitutivo são menores do que os que antes eram direcionados ao modelo anterior e, inclusive, aproximam a reforma psiquiátrica no país de uma estratégia para a redução de custos no campo da atenção psicossocial. Como exemplo, citamos o artigo intitulado *É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil* (ANDREOLI ET AL., 2007).

(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009: s/p). Assim, segundo o promotor, os “doentes mentais” ficam abandonados nas ruas ou acabam absorvidos pelo sistema penitenciário, uma vez que os governos não cumprem o seu papel.

Observamos nos exemplos citados uma diversidade de lugares ocupados pelos autores das críticas ao modelo substitutivo: médicos, cineasta, advogado, poeta, amigos e familiares de usuários dos serviços, etc.. Na diversidade de lugares, encontramos uma diversidade de supostas explicações para o desencadeamento da reforma no Brasil: “ignorância e/ou interesses obscuros” por parte daqueles que lutaram pelo modelo atual de atenção psicossocial; preocupação com os direitos humanos dos usuários, etc.. Em comum, encontramos o foco das críticas e ataques: o processo de desospitalização, ou redução de leitos psiquiátricos - e, conseqüentemente, a própria Reforma Psiquiátrica Brasileira - como causa de uma suposta falta de assistência a muitas pessoas em transtorno psicossocial. Os argumentos utilizados na tentativa de se desqualificar o processo de desospitalização também são marcados por certa diversidade: modelos de tratamento “inadequados” em substituição às longas e constantes internações; ausência de alternativas aos leitos psiquiátricos desativados; diminuição ou ausência de investimentos no que poderia ser um modelo de atenção adequado às necessidades da população.

Verificamos nas críticas examinadas a ausência de informações mais detalhadas referentes ao processo de desospitalização ou redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos. Informações que podem nos ajudar no entendimento de tal processo, bem como na validação ou não de algumas afirmativas feitas pelos críticos anti-reformistas. Diante deste fato é que recorreremos aos dados disponibilizados pelo Datasus²⁸, no sentido de compararmos o conteúdo das críticas com a “realidade” descrita em números pelo Ministério da Saúde. Se por um lado as informações oficiais podem e devem ser criticadas, colocadas em análise, por outro escolhemos considerá-las como base para o nosso trabalho. Nossa escolha se dá por desconhecermos, até o presente momento, pesquisa ou estudo que desminta os dados divulgados pelo Ministério da Saúde e que esteja

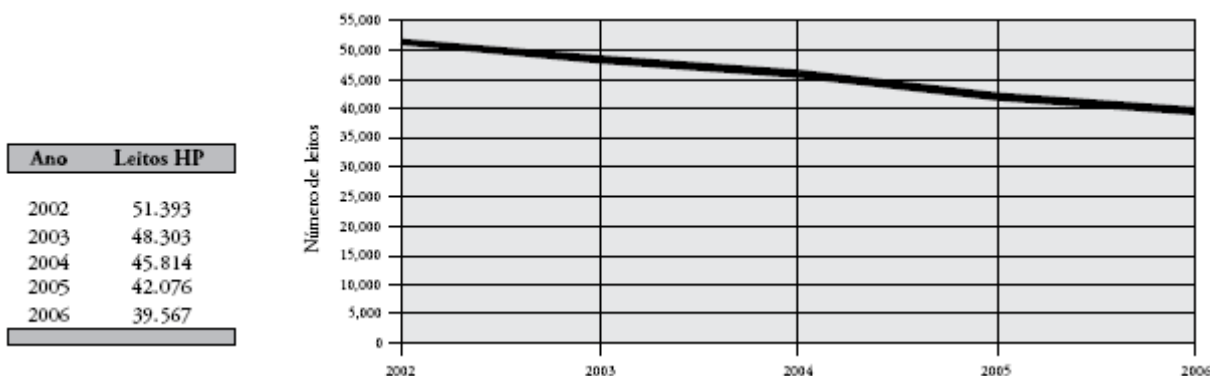
²⁸ O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, é responsável pela coleta, processamento e disseminação de informações necessárias à avaliação e elaboração de programas e políticas de saúde. Maiores informações podem ser encontradas no endereço: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

desvinculada de qualquer interesse outro que não o cumprimento das políticas de saúde vigentes. Também não são novidades as discussões – que ocorrem quase sempre fora do espaço acadêmico tradicional – sobre até que ponto a verba liberada pelo Governo Federal é, de fato, utilizada pelos estados e municípios nas ações e serviços de atenção psicossocial. Entendemos, porém, que qualquer prejuízo no repasse de verbas não pode ser usado como argumento contra o modelo substitutivo, uma vez que ele comprometeria todo e qualquer modelo de atenção psicossocial.

Portanto, como a crítica aos dados informados não faz parte do escopo deste trabalho, seguiremos com eles.

Os números abaixo nos dão uma idéia do que significa a redução de leitos no período entre os anos de 2002 e 2006.

Leitos psiquiátricos no SUS por ano (2002 – 2006)



Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES.

O gráfico acusa uma redução de 11.826 leitos entre 2003 e 2006 (BRASIL, 2007a), uma média de 2.957 leitos por ano. Redução essa que se tornou possível através da instituição do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), em 2002, e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), em 2004. O primeiro se constituiu em um processo anual de avaliação dos estabelecimentos psiquiátricos no Brasil, enquanto o segundo se estruturou enquanto estratégia de redução

progressiva e pactuada de leitos com base em critérios bem definidos²⁹. Dentre esses critérios, destacamos os leitos dos grandes hospitais como ponto de partida (BRASIL, 2007b), o que explica a indissociabilidade entre a redução progressiva de leitos e de hospitais psiquiátricos de grande porte, conforme os números abaixo:

Porte dos hospitais psiquiátricos nos anos de 2002 e 2007 (até agosto)

Faixas/Portes Hospitalares	Leitos Psiquiátricos			
	2002		2007	
	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	16.933	43,59
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	7.756	19,97
De 241a 400 leitos	12.564	24,45	8.128	20,93
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	6.025	15,51
Total	51.393	100	38.842	100

Fontes: Em 2002, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2007, PRH/CNES.

Os números apontam para uma diminuição do número de grandes hospitais e o aumento do número dos hospitais menores que, segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2007b), são tecnicamente mais adequados a uma boa integração com a rede extra-hospitalar. Rede esta que caracteriza e situa o modelo de atenção psicossocial atual em uma política substitutiva, e não meramente alternativa.

Um esclarecimento se faz necessário acerca de tal política, uma vez que as expressões *serviços substitutivos* e *modelos substitutivos* são muito utilizadas sem que, no entanto, fique claro o que é substituído. Para os mais desavisados ou precipitados nos julgamentos e conclusões, o objetivo da atual política é a extinção da internação psiquiátrica. Nada mais equivocado, se considerarmos os investimentos relatados na tabela seguinte:

Proporção de recursos (em Reais) do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares³⁰ em 1997, e entre 2002 e 2006.

²⁹ Tal programa não deve ser confundido com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, da qual é “apenas” um importante vetor componente. Embora distintos, tais processos não podem ser pensados separadamente, tendo em vista a influencia italiana citada no primeiro capítulo deste trabalho.

³⁰ Os recursos destinados aos serviços extra-hospitalares contemplam gastos com medicamentos essenciais e excepcionais, procedimentos ambulatoriais (psicodiagnóstico, consulta em psiquiatria, terapias individuais, terapias em grupo, oficinas terapêuticas), hospitais-dia, residências Terapêuticas e centros de atenção psicossocial (CAPS), bem como gastos com incentivos financeiros para a implantação e qualificação de CAPS, Residências Terapêuticas. Também fazem parte desse

Ano	Ações e Programas Extra-Hospitalares	Ações e Programas Hospitalares	Total	% Gastos Hosp.	% Gastos Extra-Hosp.	Orçamento Executado Ministério da Saúde	% Gastos Saúde Mental/Orçam. MS
1997	27.945.351,00	379.667.296,00	407.612.647,00	93,14	6,86	18.804.473.853,00	2,17
2002	153.866.262,20	465.960.009,17	619.826.271,37	75,18	24,82	28.293.330.622,00	2,19
2003	219.253.472,03	451.917.097,83	671.170.569,86	67,33	32,67	30.226.280.462,00	2,22
2004	270.433.103,20	463.152.462,20	733.585.565,40	63,14	36,86	36.538.018.942,00	2,01
2005	362.834.216,07	451.952.551,18	814.786.767,25	55,47	44,53	40.794.200.241,00	2,00
2006	517.478.979,39	425.802.569,33	943.281.548,72	45,14	54,86	46.185.558.742,00	2,04

Fontes: Datasus/ Coordenação de Saúde Mental.

Tais valores, divulgados pelo Datasus, permitem a constatação de que a expressiva redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a consequente redução destes mesmos hospitais em número e tamanho, **não** autorizam as seguintes afirmações feitas pelos opositores ao atual modelo de atenção psicossocial:

- a) Há uma política de cortes de investimentos nos serviços de atenção psicossocial;
- b) As ações e serviços hospitalares foram “sabotados” com a falta de investimentos, e tal sucateamento explica as péssimas condições de atendimento criticadas pelos reformistas;
- c) Não existem serviços destinados aos usuários que não são internados;
- d) Existem serviços destinados aos usuários que não são internados, mas estes não funcionam adequadamente por falta de investimentos.

Em outras palavras, verificamos um aumento gradual e constante de investimentos nos serviços de atenção aos usuários portadores de transtorno psicossocial; verificamos também que as ações e programas extra-hospitalares recebem um volume de investimento consideravelmente maior do que as iniciativas hospitalares³¹. Por último, é fato que, ao contrário das acusações, as ações e programas hospitalares recebem atualmente um investimento maior do que

universo os gastos referentes às ações de inclusão social pelo trabalho, ao Programa de Volta Para Casa e a outros convênios (BRASIL, 2007a).

³¹ Daí a resposta da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DELGADO; WEBER, 2007) à crítica no artigo *É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil* (ANDREOLI ET AL., 2007), citado em nota anterior.

recebiam durante a prática do modelo manicomial³². A diferença se dá no foco deste investimento, explicado pelo conceito de *leitos de atenção integral em saúde mental*. Trata-se de um conceito que contempla os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais e dos serviços de referência para álcool e outras drogas que, juntamente com os leitos em hospitais psiquiátricos de pequeno porte, oferecem um acolhimento integral ao paciente em crise (BRASIL, 2007b).

A tendência é de que esta rede de leitos de atenção integral, à medida de sua expansão, apresente-se como substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais (BRASIL, 2007b: 29).

Assim, a *substituição* com a qual se ocupam as políticas e o modelo de atenção atual, não tem como alvo as internações, mas sim o modelo hospitalocêntrico que resume o tratamento às internações em estabelecimentos tradicionais, em geral longas e responsáveis pela iatrogenia e exclusão contra as quais se luta no processo reformista. Vale lembrar que a internação continua garantida na Lei Federal nº 10.216, a partir do momento em que “os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2004a: 18).

Em suma, se considerarmos uma suposta falta de assistência na rede de atenção psicossocial à população brasileira, alvo das críticas que compõem o movimento daqueles que se posicionam contra o modelo substitutivo, e por isso contra a reforma psiquiátrica, deveremos considerar também que tal falta jamais poderá ser atribuída a uma ausência de políticas de saúde, investimentos, oferta de serviços diversos e até da possibilidade de internações em casos específicos. Assim, a falta de assistência seria explicada pura e simplesmente pela falta de internações, ou, em outras palavras, as internações em hospitais psiquiátricos seriam a única possibilidade de atendimento eficaz para os opositores ao atual modelo.

³² Quando lançamos mão do termo *modelo manicomial*, não temos como objetivo dar um “aspecto sensacionalista” as nossas colocações, mas, antes, marcar uma diferença: entendemos um modelo hospitalocêntrico como aquele onde os serviços de cuidado gravitam em volta do estabelecimento hospitalar, tal como a Psicoterapia Institucional Francesa e a Comunidade Terapêutica Inglesa, ambos resultantes de processos reformistas específicos (AMARANTE, 2003); já o modelo manicomial, nos traz a idéia de funcionamento de depósitos (des)humanos, marcados pela ausência de qualquer tipo de cuidado e por violências de toda ordem - como podemos verificar através de documentos históricos que colocam a existência de tal modelo acima de qualquer suspeita ou questionamento.

Logo, só podemos entender que as internações em hospitais psiquiátricos são, para os opositores ao atual modelo, a única possibilidade de atendimento eficaz, e que a redução do número de internações compromete o acesso da população a um serviço de atenção psicossocial com reais possibilidades terapêuticas. Trata-se de um posicionamento no mínimo estranho, se levarmos em consideração que as mudanças operadas pela reforma psiquiátrica foram motivadas justamente pela constatação da total ineficiência do modelo anterior, reprodutor de práticas e saberes reducionistas que em nada consideravam outros vetores da existência dos indivíduos além da sintomatologia produtiva³³.

Também não podemos ignorar que as “segundas intenções”, atribuídas à causa reformista por alguns de seus antagonistas, são uma explicação recorrente para as investidas contra o modelo substitutivo atual. Muito se falou e se escreveu sobre os jogos de interesses que alimentaram durante décadas o modelo hospitalocêntrico, e que hoje motivam a luta pelo seu retorno. Há muito que as disputas por poder, o corporativismo e os interesses mercantilistas que sustentam a hegemonia de determinados saberes e práticas não são mais novidade. O lucro financeiro gerado pela “indústria da loucura” em tempos não tão distantes, longe de ser uma especulação sem fundamento, é fato comprovado por historiadores da reforma psiquiátrica no país.

Fazemos estas observações no sentido de reconhecermos o que motivou e ainda motiva a militância reformista com a qual nos afinamos. Assim, o fato de não nos ocuparmos com tais jogos de interesse, não pode ser confundido com um posicionamento “neutro” ou alheio ao que se passa nos bastidores das disputas no campo em questão.

Não acreditamos na vilanização de toda uma classe de profissionais, inclusive dos simpatizantes do modelo hospitalocêntrico. Foram muitos os psiquiatras que militaram e militam no bojo do movimento reformista – e muitos outros que hoje defendem o modelo antigo sem o ter conhecido na prática, “por dentro”. O “espírito anticlasse médica” só contribui para o distanciamento de qualquer possibilidade de diálogo, assim como cria espaço para o surgimento de atitudes dogmáticas e, portanto, vazias de potência crítica. Antes, queremos acreditar que dentre os opositores ao modelo substitutivo existem aqueles que não são movidos por

³³ Delírios, alucinações, etc.

interesses econômicos ou disputas de poder, mas sim animados por uma sincera preocupação com as necessidades do usuário e pela aposta de que a internação em um hospital psiquiátrico é realmente o melhor ou único recurso terapêutico. Para estes, a luta não é contra a perda de influência, status ou fatia de mercado, mas sim contra a *desassistência* e, conseqüentemente, a favor do **acesso** a serviços que, em seu entendimento, seriam os mais adequados às necessidades da população. Assim, apontamos para o comparecimento neste corpo de críticas de um tema muito discutido nas práticas em saúde, que é também um dos seus princípios norteadores: a *universalidade de acesso aos serviços de saúde*, garantida pela Constituição e pela Lei Federal nº 8.080 (BRASIL, 1986; BRASIL, 1990). É com os que defendem o modelo hospitalocêntrico na tentativa de respeitar tal princípio que pensamos ser útil um diálogo.

No entanto, os ataques à reforma psiquiátrica existem, independente de suas motivações. A ideia de que a resolutividade da atenção psicossocial é diretamente proporcional ao número disponível de leitos psiquiátricos não deve passar despercebida, principalmente se levarmos em consideração as afirmações de que apenas as pessoas sem recursos para pagar um estabelecimento particular são “desalojadas” e “terminam nas ruas como mendigos.” Segundo tais acusações, basta um acesso à internação psiquiátrica para que o tratamento esteja garantido.

Apostamos em uma inflexão na forma pela qual os diálogos-disputa têm ocorrido. Podemos iniciá-la através de um convite aos opositores da reforma psiquiátrica, que de fato se preocupam com o atendimento dispensado aos usuários: um convite à problematização do conceito de acesso aos serviços de saúde, de modo que se possa buscar não um “meio-termo”, mas novas e “inteiras” formas de se pensar o cuidado.

No texto da Constituição Federal, é determinado que a saúde da população deve ser garantida pelo Estado através de políticas sociais e econômicas, bem como do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1986: 33). Em consonância com a Constituição, a Lei Orgânica da Saúde, institui a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência³⁴” (BRASIL, 1990: 04) como um dos princípios que direcionam as práticas no SUS.

³⁴ Com Mattos(2004), entendemos tais níveis como os de alta, média e baixa complexidade.

Os princípios norteadores do SUS foram idealizados e construídos por um movimento de oposição e crítica radical às práticas e instituições do sistema de saúde anterior, e justamente por serem o sustentáculo de apostas nas/das políticas de saúde no país, devem ser constantemente questionados, de modo a se evitar que expressões como *universalidade de acesso aos serviços de saúde* se tornem “ocas”, desprovidas de significado concreto e potência. É a falta de questionamento que contribui para a banalização do uso de tais expressões, muito defendidas, mas pouco estudadas, (re)pensadas, metabolizadas. Em outras palavras: uma defesa dogmática.

“[...] desse modo, as noções deixam de ser capazes de diferenciar aspectos e valores presentes em diferentes configurações do sistema, das instituições ou das práticas nos serviços de saúde; perdendo, assim, sua utilidade na luta política” (MATTOS, 2001:41).

O conceito de acesso é geralmente empregado de forma imprecisa, mudando de acordo com o contexto e causando discordâncias, inclusive na forma de sua avaliação que, para alguns, deve ser concentrada nos objetivos dos sistemas de saúde e, para outros, na relação entre os componentes dos sistemas, que possibilita o cumprimento de tais objetivos. Já a utilização de serviços de saúde “representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde” (TRAVASSOS; MARTINS, 2009:190), através de consultas com profissionais da saúde, realização de exames, internações e outras intervenções terapêuticas.

Contudo, se a utilização dos serviços de saúde pode ser uma medida de seu acesso, não pode ser explicada apenas por este (TRAVASSOS; MARTINS, 2009). O uso efetivo de tais serviços é o resultado de uma combinação de vários fatores e, por este motivo, são necessários estudos sobre o processo de utilização, suas variações e sua influência nas condições de saúde das pessoas. Para que isso possa ser feito, de modo a possibilitar melhorias no desempenho dos sistemas de saúde, “é fundamental a construção de modelos teóricos que incorporem as particularidades de cada contexto a ser analisado” (TRAVASSOS; MARTINS, 2009:197).

Observamos que prevalece a ideia do conceito de acesso enquanto uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta, mas também existe uma tendência de ampliação de seu escopo,

com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços (uso) para os resultados dos cuidados recebidos. O acesso é visto pelo seu impacto na saúde e dependerá também da adequação do cuidado prestado (TRAVASSOS; MARTINS, 2009:197).

Com o advento do SUS e a expansão e estruturação da assistência à saúde, houve uma mudança das análises e respostas às dificuldades de acesso aos serviços. Antes limitado às questões quantitativas, o debate sobre a problemática do acesso às ações e serviços de saúde ganhou nuances qualitativas: “a questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade” (SOUZA *et al.*, 2009:101). Seguindo essa linha de discussão, marca-se a distinção entre os conceitos de *acessibilidade* e *acesso* aos serviços e ações de saúde, onde o primeiro diz respeito à possibilidade que o usuário tem de chegar aos serviços, enquanto o segundo, à possibilidade do uso oportuno de um determinado serviço para se alcançar os resultados satisfatórios. Dessa forma,

O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços(SOUZA *et al.*, 2009:101).

Para que esses e outros aspectos da vida do usuário possam ser considerados, já se aponta para a importância do *acolhimento* como um dispositivo que opera o encontro necessário entre quem oferece e que demanda cuidado, cuidado esse que considere o indivíduo em sua totalidade, e não apenas seus sinais e sintomas observáveis: “Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado” (SOUZA *et al.*, 2009:101).

Para Ramos e Lima (2003), a idéia de acolhimento comparece juntamente com a de acesso e ambas remetem à discussão de modelos assistenciais de saúde, tendo em vista que o modelo de pronto atendimento baseado na queixa-conduta, onde vários aspectos da vida do usuário são desconsiderados, ainda é o mais praticado no Brasil. Tal afirmativa é fruto de pesquisa sobre a visão dos usuários acerca de fatores que influenciam a qualidade do acesso e do acolhimento, em uma unidade de saúde de Porto Alegre. O material sobre a questão do acesso foi dividido em três subcategorias: *acesso geográfico*, caracterizado pela distância e

tempo de deslocamento percorridos pelos usuários até o serviço de saúde; *acesso econômico*, caracterizado com base nas dificuldades e facilidades para se obter o atendimento, como formas e custos de deslocamento e de obtenção de medicamentos; e *acesso funcional*, entendido como “a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento” (RAMOS; LIMA, 2003:31).

É neste sentido que apostamos no acolhimento como um dos eixos de ação que podem ajudar na superação de dificuldades criadas pelo modelo de atenção dominante, o de queixa-conduta: um encontro entre os profissionais e usuários, que se dá em um espaço de interseção onde são produzidas condições e recursos norteadores da organização dos serviços e intervenções em saúde. Um acolhimento que, segundo aqueles que afirmam o SUS em sua potência de produção de saúde, “[...] expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2006a: 06), de modo que o acesso universal aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a resolutividade destes possam ser operados.

As breves reflexões apresentadas nos dão uma pista de como é problematizado o princípio da universalidade de acesso que norteia as práticas em saúde no SUS, e portanto as práticas na atenção psicossocial. Elas também nos autorizam a afirmar que o acesso aos serviços deste último campo só seria possível mediante a convergência de ações e saberes para um cuidado que não se ocupe apenas com os “sinais e sintomas”, mas também com os aspectos sociais, econômicos e históricos da vida do usuário e de sua queixa, de modo que a singularidade de cada indivíduo possa ser respeitada e as intervenções, encaminhamentos e demais ações em saúde possam atender às especificidades percebidas.

É assim que comparece em nosso trabalho a discussão acerca do segundo movimento de críticas que compõem o cenário da atenção psicossocial no país, aquele que se posiciona contra à tendência reducionista hegemônica nos saberes e práticas no campo em questão.

2.1.2 Hegemonia antiga nas práticas atuais.

Lembramos que desde o final da década de 70, os movimentos de crítica à assistência no campo da saúde brasileira combateram as tendências reducionistas e hegemônicas no cuidado dispensado às pessoas com algum transtorno psicossocial. No entanto, mais de vinte anos desde o que se entende como início da reforma psiquiátrica no país, e contando com um modelo de atenção substitutivo ao manicomial, o campo da atenção psicossocial continua como palco da hegemonia dos saberes e práticas reducionistas que nunca estiveram tão forte.

É neste contexto que identificamos o segundo grande movimento de críticas, que também marca o cenário atual da atenção psicossocial. Trata-se do movimento que se posiciona contrário ao reducionismo operado pelo saber e prática biomédicos, composto por aqueles que defendem a reforma psiquiátrica e o modelo substitutivo ao hospitalocêntrico.

Para entendermos como essa hegemonia se atualizou e que colocamos em análise, voltamos ao final do século XX, quando se intensificaram os estudos no campo das neurociências. Já na década de 90, várias disciplinas como a Genética, a Biofísica e até a Psicologia, se ocupavam desse campo (TRÓPIA, 2008). Fato que bem ilustra tal momento se deu nos Estados Unidos, em julho de 1990, quando o então presidente George Bush proclamou os anos noventa “a década do cérebro.” O ato foi uma resposta às recomendações da comunidade neurocientífica do país, que defendia maiores investimentos em pesquisas e intervenções no campo, por acusarem, com base em estudos epidemiológicos, o impacto negativo das diversas doenças cerebrais na economia americana (RUSSO; PONCIANO, 2002). Considerando as discussões presentes no primeiro capítulo deste trabalho, pensamos ser desnecessárias maiores explicações de como tal atitude influenciou, através de organismos internacionais, as práticas brasileiras. Assim, já no final desta década, foram muitas as descobertas anunciadas por novos métodos de investigação em neurociência, que contribuíram para uma desigualdade no que tange à importância dos fatores múltiplos observados como causas de possíveis doenças.

Vários foram os avanços no campo das neurociências, dentre eles, técnicas da genética utilizadas no mapeamento do genoma humano; técnicas da biologia molecular, que permitem o estudo avançado de sistemas de receptores cerebrais e, conseqüentemente, o desenvolvimento de medicamentos com atuações mais

específicas e eficazes; a parceria entre a genética e a biologia molecular, que torna “evidente” a dependência de sinais bioquímicos para qualquer patologias e sugere a participação de múltiplos genes no processo, apostando que a redução de aspectos patológicos específicos a genes específicos ajude em novas formas de prevenção e tratamento (BUSATTO FILHO et al., 1998).

Durante e após a “década do cérebro”, aumentaram também o número de trabalhos que levaram todo o conhecimento produzido no campo nas neurociências ao público leigo, através da *divulgação científica* (DC), um movimento de disseminação do conhecimento produzido dentro da comunidade científica, para fora de seu contexto original.

“O termo DC tem sido utilizado para definir formas de comunicação bastante diversas, como: textos de ciência e tecnologia produzidos por grandes editoras, programas especiais de rádio e televisão, documentários, folhetos e guias informativos, como, por exemplo, os relacionados à saúde e higiene” (TRÓPIA, 2008:01).

O caráter de simples difusão de conhecimento da DC passa a ser questionado, uma vez que resultados de algumas pesquisas admitem a existência de interesses outros, além da inclusão social do saber (TRÓPIA, 2008).

Esses outros interesses estariam ligados a questões políticas, econômicas, questões ligadas ao divulgador e seus interesses, como a imagem da ciência que está sendo produzida e questões ligadas ao público que irá receber e comprar a notícia (TRÓPIA, 2008: 02).

Se por um lado pesquisas denunciam interesses econômicos da indústria farmacêutica como uma influência nas decisões médicas e na prática da clínica convencional, por outro, o “marketing” feito pela mesma indústria junto aos profissionais da saúde e aos usuários é fortalecido pelos limites e contradições no saber biomédico. Saber cujo discurso acadêmico não ajuda o profissional a se relacionar com uma demanda extra-hospitalar, rica em nuances, muito encontrada, por exemplo, na atenção básica. Tais limites e contradições - provenientes de um reducionismo que generaliza as queixas e despreza as diferenças e singularidades durante a confecção do diagnóstico, desconsiderando a historicidade e o contexto social da/na experiência do indivíduo e os submete a mecanismos neurogenéticos - dificultam e até impossibilitam a escuta do que se mostra para além do corpo e

contribuem para uma medicalização do sofrimento, uma “analgesia social” (ALMEIDA, 1988 e CAMPOS, 2009).

A psiquiatria não foi esquecida pela produções neurocientíficas. Estudos de genética e biologia molecular, combinados com inovadores métodos de neuroimagem – que passaram a produzir imagens do cérebro em atividade, “permitindo que se vá desvendando a anatomia estrutural e funcional de diversos transtornos neuropsiquiátricos” (BUSATTO FILHO et al., 1998; 01-02) -, trouxeram conhecimentos avançados acerca da “fisiopatologia” e da neuroquímica de fenômenos diversos, como a esquizofrenia e o transtorno obsessivo-compulsivo. Tamanha crença na importância das neurociências em detrimento de outros saberes levou a hipóteses de que certos tipos de transtornos classificados como obsessivo-compulsivos possam estar ligados a aspectos evolutivos da espécie humana. No campo das neurociências, relatam-se estudos em modelos animais que sugerem determinado circuito cerebral como responsável por comportamentos de cuidado materno dispensado a recém-nascido (BUSATTO FILHO et al., 1998). Tais comportamentos, sob o ponto de vista evolutivo, são imprescindíveis para que os descendentes sobrevivam e os genes dos progenitores continuem a perpetuar.

Assim, neurocientistas consideram que os frequentes comportamentos compulsivos de cuidado em relação ao feto ou ao recém-nascido, observados em mulheres com o diagnóstico de TOC, podem ser entendidos como padrões adaptativos e de conservação em termos evolutivos, que estariam presentes em nosso “*make up*” genético, no funcionamento neurobiológico do nosso cérebro e na expressão de certos comportamentos durante períodos específicos do nosso desenvolvimento” (BUSATTO FILHO et al., 1998; 07).

Serpa Júnior (2004) discute as possibilidades de apropriação do conhecimento das neurociências pela psiquiatria, criticando o que ele chama de *reducionismo eliminativista* e propondo a ordenação da apropriação em questão por parte de princípios que marcam as peculiaridades da experiência clínica. O autor nomeia o fenômeno das neurociências no campo da atenção psicossocial de *redescoberta do cérebro* pela psiquiatria, e o classifica como uma posição ingênua que eclipsa a dimensão da subjetividade:

Trata-se de uma versão intuitiva, não refletida, que resulta da adoção não explicitada de uma posição monista, materialista, reducionista e eliminativista no que diz respeito ao problema mente/corpo. A adoção deste

ponto de vista não deixa de ser mais uma sequela do dualismo que habita o coração da especialidade desde a sua origem.(SERPA JÚNIOR, 2004:112).

O autor esclarece sua posição ao dizer que “nem todo o monismo materialista endossa uma postura reducionista e eliminativista” (SERPA JÚNIOR, 2004: 113). O autor aponta para uma forma de monismo que não é reducionista nem eliminativista, mas que se trata dos esforços por parte de uma corrente dentro do campo das neurociências na articulação de

“uma teoria do cérebro que dá relevo à dimensão valorativa na homeostase/homeodinâmica dos organismos vivos; que integra o funcionamento do cérebro à totalidade do organismo; e que procuram pensar a emergência da mente humana a partir dos processos cerebrais/corporais levando em conta a irredutibilidade do vivido subjetivo” (SERPA JÚNIOR, 2004:118).

Trata-se da experiência do indivíduo no mundo que, assimilada pelo corpo, através do funcionamento integrado deste com o cérebro, contribui para a emergência dos processos mentais.

No entanto, a forma hegemônica de monismo na psiquiatria é aquela que opera o reducionismo aos aspectos cerebrais dos transtornos psicossociais. Trata-se de uma psiquiatria medicalizante e biológica, que obedece aos ditames das ciências naturais e dos procedimentos experimentais. Há nessa forma uma busca por previsibilidade na evolução dos fenômenos e padronização das intervenções, através da objetividade do que se observa isolando relações causais exteriores. Não há nesse caso qualquer compromisso ou consideração com os valores que norteiam, ou deveriam nortear, a atividade clínica, “como o caráter valorativo das condições de saúde e doença e a dimensão organísmica, individual e subjetiva dos estados patológicos.”(SERPA JÚNIOR, 2004:118).

Uma outra forma de reducionismo foi observada por Leal et al.(2006), através de uma investigação do papel do conhecimento psicopatológico na prática. Os autores constataram o uso predominante da *psicopatologia descritiva* em análises de casos clínicos observados em serviços substitutivos à internação psiquiátrica. As análises foram feitas a partir da busca das noções de “doença mental” e crise, responsáveis pelo direcionamento das intervenções realizadas.

Constatou-se que a avaliação psicopatológica se restringia à identificação ou não de sintomas - com privilégio para a presença de delírios e alucinações, sempre

qualificados como prejudiciais e sem nada a dizer do indivíduo. Verificou-se ainda que a ideia de “doença mental” era associada apenas à existência de alterações como delírios ou alucinações, sempre tomada como evento que requer correção imediata, rápida e sem considerações acerca do modo pelo qual o indivíduo se posiciona no mundo. Tal constatação explica o caráter puramente disciplinar e normalizante percebido nas práticas assistenciais analisadas. A crise, por sua vez, era entendida apenas como a eclosão de sintomas produtivos, julgados sempre como prejudiciais e sem nenhuma ligação com o modo de ser do usuário. A dissociação operada entre o campo da reabilitação – ou da inserção social, como preferimos chamar - e o campo do cuidado propriamente dito, como se um fosse possível sem o outro, também não passou despercebida dos autores³⁵ (LEAL et al., 2006).

Assim se dá a prática da psicopatologia descritiva, hegemônica nos serviços de atenção psicossocial. Prática dominante em um tempo marcado, assim como o próprio DSM-IV que o simboliza, pelo pragmatismo americano que abre mão deliberadamente de toda e qualquer teoria referente à etiologia e à psicopatologia, privilegiando apenas os sintomas manifestos e demais comportamentos passíveis de observação. Ausência de teoria que se justifica pelo fato de que “a inclusão de teorias etiológicas seria um obstáculo para a utilização do manual por clínicos de orientações diversas” (FREITAS; RIBEIRO, 2006: 309).

A prática descritiva da psicopatologia faz-se prática de ausências, se levarmos em consideração, além do espaço vazio da teoria - que aponta para outra modalidade de reducionismo ainda mais radical, posto que substitui o “pouco” pelo “nada” -, a falta de um olhar que privilegie a relação do usuário do serviço com tudo o que existe a sua volta. Os sinais e sintomas são analisados em um processo de descolamento entre o comportamento observado e a experiência daquele que os carrega. Neste processo, só há lugar para uma experiência: a do observador. Assim, a psicopatologia puramente descritiva é

“incapaz de enfrentar o desafio central do cuidado nos novos dispositivos: contribuir para o desenho de um cuidado que considere a experiência do sujeito no mundo e com o mundo³⁶” (LEAL et al., 2006: 439).

³⁵ Fato que contraria as apostas reformistas relatadas no capítulo anterior.

³⁶ Contribuições para a inclusão da experiência do usuário na prática da psicopatologia podem ser encontradas em: SERPA JUNIOR, O. D. et al. A inclusão da subjetividade no ensino da

Se considerarmos todo o investimento do movimento reformista para que o portador de transtorno psicossocial seja o protagonista de sua própria vida – lembrando as discussões acerca dos conceitos de autonomia e contratualidade, trazidas no primeiro capítulo deste trabalho – não podemos ignorar as práticas atuais e hegemônicas da psicopatologia descritiva, que tomam lugar justamente em serviços substitutivos.

Com a consideração apenas dos sintomas e comportamentos manifestos - ou da experiência de observação do técnico em detrimento da experiência vivida pelo usuário -, os esforços acabam por ser condensados na tentativa de se fazer desaparecer o desvio que se observa. Na ausência de teoria, encontramos, então, um *reducionismo na prática do cuidado*, uma vez que tal medida reforça uma tendência às terapias comportamentais e medicamentosas, focadas em sintomas específicos e desprovidos de qualquer significado que não o de comportamentos inadequados a serem corrigidos.

Tanto as teorias baseadas nas neurociências, quanto a ausência de teorias que caracteriza a psicopatologia descritiva, são exemplos de uma tendência reducionista hegemônica. Esta tendência, por sua vez, se reflete em supostas práticas de “cuidado” que desprezam outros vetores de existência do indivíduo e encontram no modelo hospitalocêntrico um catalisador. É contra esse reducionismo que se posiciona o segundo movimento de críticos que ajudam a compor o contexto atual do Campo da Atenção Psicossocial Brasileira.

Com base no que discutimos no capítulo anterior, entendemos que os exemplos de críticas aos saberes e práticas reducionistas apresentados aqui, são uma atualização do que se discute desde o princípio do processo reformista: a necessidade de se garantir ao indivíduo portador de transtorno psicossocial uma integralidade no cuidado, que considere todos os seus vetores de existência. É aqui que marcamos o comparecimento de outro tema por demais importante para o campo da saúde: a *integralidade de assistência* que, assim como a universalidade de acesso, também é um dos princípios norteadores das práticas no/do SUS.

Psicopatologia. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.22, pp. 207-222 e LEAL E.M. Psicopatologia do Senso Comum: uma psicopatologia do ser social. In: SILVA FILHO, JF. (Org.). Psicopatologia Hoje. Rio de Janeiro: UFRJ/ Centro de Ciência da Saúde, 2006, pp. 102-129

A integralidade nas práticas em saúde também é apregoada pela Constituição Federal e, posteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde. Na primeira, é determinado o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1986: 33); na segunda, “a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990: 04).

Mais recentemente, em manual para consultas práticas, acerca de assuntos relacionados às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2009), o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) acrescentaram que integralidade também “pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2009: 192).

A associação da ideia de integralidade ao cuidado em saúde tem sua origem nos primórdios da Reforma Sanitária Brasileira, que, como vimos no primeiro capítulo, abarcou diferentes movimentos na luta por melhores condições de vida, bem como pela formulação de políticas adequadas de atenção à saúde da população (PINHEIRO, 2006).

Segundo o que foi discutido no primeiro capítulo, a noção de integralidade pode ser entendida como uma contribuição do pensamento preventivista. Seu caráter difuso, polissêmico e passível de mais de uma interpretação (SAYD, 2001) faz dela uma “noção amálgama, prenhe de sentidos.”(MATTOS, 2001:03).

Diante das várias possibilidades de entendimento da integralidade para as práticas na saúde, Mattos (2001) já havia apontado para a existência de pelo menos três eixos, três formas de se pensar tal termo.

O primeiro trata a *integralidade como traço da boa medicina*, para a qual é inaceitável que a pessoa que procura um serviço de saúde seja reduzida a um aparelho ou sistema biológico, com um funcionamento diferente do esperado. Como alternativa, sugere-se uma atitude por parte do profissional em não se deter à queixa trazida pelo paciente, mas sim de aproveitar a oportunidade para identificação de possíveis fatores de risco de outras ameaças à saúde de quem lhe procura, “e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento.”(MATTOS, 2001: 45). A integralidade seria, então, um valor que influencia as práticas em saúde e que se expressa nas formas pelas quais os

profissionais respondem às demandas que lhes chegam diariamente. Tão grande é a semelhança com a “atitude preventivista” cujas raízes higienistas foram apontadas por Arouca (2003) e comentadas no primeiro capítulo deste trabalho, que reforçamos o alerta de Mattos (2001) para a necessidade de que as práticas de diagnóstico precoce e prevenção sejam exercidas com cuidado e crítica, no sentido de se evitar uma medicalização da vida social.

O segundo eixo ou forma de se entender a integralidade diz respeito ao meio de organização dos serviços de saúde, sob a lógica de uma quebra na hierarquização dos programas e serviços existentes e de uma visão horizontal das necessidades da população. Tais necessidades seriam verificadas a partir de intervenções epidemiológicas, onde os profissionais aproveitariam as demandas espontâneas para a aplicação de protocolos de diagnóstico precoce e identificação de riscos à saúde. Diferente do primeiro eixo, a integralidade não seria garantida através de uma atitude, mas, sim, de um modo de organização de processos e procedimentos de trabalho.

Já o terceiro eixo diz respeito à forma de se entender o princípio da integralidade através de configurações de políticas específicas, uma resposta do Governo às necessidades de grupos específicos da população.

Mattos, (2001) conclui que é possível o reconhecimento de semelhanças, analogias e ligações que articulam as três formas mencionadas de se entender integralidade, que não são certamente as únicas, mas pelas quais “vale a pena lutar”, no sentido de se marcar uma recusa ao reducionismo da experiência do indivíduo de estar no mundo e, talvez, uma abertura ao diálogo entre saberes e práticas diversos.

Já Pinheiro (2006) pensa a integralidade em três sentidos, entre os quais acreditamos haver cruzamentos em vários pontos. Ela se refere à noção de integralidade como *princípio do direito à saúde*, como *meio de se concretizar o direito à saúde* e como *fim na produção da cidadania do cuidado*.

O sentido de *integralidade como princípio do direito à saúde* suscita novas questões, problemas e desafios no dia a dia de quem atende e é atendido nos serviços de saúde. Ao ser constituída como ato, a integralidade suscita experiências singulares que colocam os profissionais da saúde diante da necessidade de se repensar conceitos, definições e noções. São essas problematizações que operam mudanças nos mesmos profissionais, cujas práticas

em saúde superam, ou deveriam superar, os modelos de atendimento idealizados, no sentido de se produzir práticas mais eficazes. (PINHEIRO, 2006). Essas experiências, segundo a autora, fazem com que os aspectos mais importante dos processos de trabalho, gestão e planejamento sejam repensados, “[...] sobretudo, da construção de novos saberes e práticas em saúde, resultando em transformações no cotidiano das pessoas que buscam e dos profissionais e gestores que oferecem cuidado de saúde.”(PINHEIRO, 2006:257).

Já o sentido de *integralidade como meio de se concretizar o direito à saúde* é, por sua vez, constituído pela organização dos serviços, pelos conhecimentos e práticas em saúde e pelas políticas governamentais com participação da população. Sua operacionalização se dá a partir de dois movimentos: o primeiro se refere à superação de obstáculos e o segundo, à implementação de inovações necessárias ao cotidiano dos serviços de saúde, às relações entre os três níveis de gestão do SUS e às relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2006).

Neste processo de concretização da saúde como direito, emergem questões relevantes para a apropriação da integralidade como conceito e prática no campo da saúde coletiva. Tais questões se relacionam de forma interdependente e muitas vezes contraditória, tendo em vista as políticas sócio-econômicas adotadas no país que há décadas produzem exclusão e fragilidade das condições mínimas de bem-estar social - em movimento contrário ao que apregoa o texto constitucional -, bem como um grande e constante aumento da demanda por serviços públicos de saúde. Aumento este que aponta para a necessidade de discussão acerca do acesso aos serviços de saúde, o que faz com que marquemos aqui a indissociabilidade entre as discussões sobre os dois princípios em questão.

Na luta para se garantir uma melhoria das condições de vida da população, ocorrem, muitas vezes em contextos desfavoráveis, experiências bem-sucedidas em diferentes regiões do país. Experiências nas quais se podem identificar indícios de integralidade, na medida em que inovações nas/das práticas em saúde são necessárias.

Inovações que são construídas cotidianamente por permanentes interações democráticas dos sujeitos nos e entre os serviços de saúde, sempre pautadas por valores emancipatórios fundamentados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter.”(PINHEIRO, 2006:259).

Por último, o sentido de *integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado* que, Segundo a autora, se dá por meio de uma atuação democrática, em um cuidado alicerçado em uma “relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais³⁷, concretos e portadores de projetos de felicidade”(PINHEIRO, 2006:260).

É neste sentido que a autora defende a importância do acolhimento, do vínculo e da responsabilização como estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento das práticas integrais (PINHEIRO, 2006). Das três, é o acolhimento, a estratégia responsável, segundo a autora, por identificar as condições que possibilitam as relações nas práticas de saúde, buscando o que ela chama de responsabilização clínica e sanitária, impossível sem o acolhimento e o vínculo, bem como uma intervenção resolutiva. Mais uma vez marcamos pontos comuns em discussões distintas que não se dissociam: a questão do acolhimento como ponto de entrecruzamento das reflexões acerca do acesso e da integralidade nos serviços de saúde.

Diante de tamanha polissemia que caracteriza a integralidade enquanto categoria, é que a autora a define

como um campo de disputa política e produção de real social menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, especialmente constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições(PINHEIRO, 2006: 262).

É assim que na experiência o sentido da integralidade ultrapassa aquele que comparece no texto da Constituição e da Lei Orgânica. É na experiência do cuidado no cotidiano dos serviços que, segundo Pinheiro (2006), a integralidade poder ser concebida

[...] como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A ‘integralidade’ das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida (PINHEIRO, 2006:257).

³⁷ A autora descreve o sujeito real como aquele que produz sua história e é responsável pelo seu dever, cujo saber particular, diferenciado e histórico, silenciado e desqualificado, deve ser respeitado através de um compromisso ético nas relações entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde (PINHEIRO, 2006).

As concepções trazidas da integralidade nas práticas em saúde não são certamente as únicas, mas já nos dão uma ideia do grau de complexidade a que chegaram algumas discussões, bem como do que há de comum entre elas: a marcação de uma recusa ao reducionismo da experiência do indivíduo de estar no mundo e a necessidade de diálogo entre saberes e práticas diversos, por uma resolutividade no cuidado dispensado à população.

2.2 Algumas considerações

A reforma psiquiátrica que se iniciou há mais de duas décadas continua, em um processo de reformulação, atualização e surgimento de novos embates. Falamos da reforma que configurou o campo tal como ele se apresenta, e que através dele se sustenta enquanto processo sem fim. Percebemos isso quando levamos em consideração a forma pela qual os trabalhadores e teóricos se relacionam com o modelo de atenção psicossocial vigente, substitutivo ao hospitalocêntrico. Modelo que não é apenas o resultado provisório do processo reformista, mas também o alvo de muitas críticas e buscas por mudanças que indicam a continuidade da reforma psiquiátrica. É de algumas críticas importantes que tentamos falar, através de exemplos emblemáticos, que aqui dividimos arbitrariamente em dois grandes movimentos: um contra e outro a favor do modelo substitutivo – e podemos dizer também que se trata de um defensor e outro opositor às tendências reducionistas que tanto caracterizavam o modelo anterior.

Falamos, então, de uma **disputa de sentido** que confronta diferentes posições que defendem a forma mais adequada de se garantir uma atenção psicossocial resolutiva. Disputa que pode, em determinados momentos, abrigar jogos de interesse, mas que não deve a estes ser reduzida. Disputa de sentido que, enfim, acontece no seio do Campo da Atenção Psicossocial Brasileira, e, portanto, da própria reforma, sendo destas parte constituinte. Importante marcar que quando afirmamos a disputa como elemento responsável pela constituição e manutenção do processo reformista, nos referimos também a todo e qualquer agente que da disputa participa: usuários dos serviços e seus familiares, profissionais de saúde, cineastas, repórteres, advogados, poetas, autores de novela, políticos, estudantes, empresas,

ong's, etc. Falamos de toda e qualquer pessoa, física ou jurídica, que de alguma forma se manifesta contra ou a favor das questões apresentadas neste trabalho, formulando, reproduzindo e reforçando enunciados-práticas que compõem processos de mudanças e também cristalizações.

Levando em consideração a nossa crença de que nem só por “interesses obscuros” são movidas as críticas ao modelo substitutivo, e com base nos argumentos utilizados contra a atual política de atenção psicossocial, podemos entender que muitos dos que defendem o antigo modelo de atenção hospitalocêntrico – e as práticas reducionistas intrínsecas a este – o fazem por acreditar que apenas com um aumento na disponibilidade de leitos psiquiátricos não haveria mais pessoas sem tratamento necessário.

Poderíamos concordar com a legitimidade de tal demanda, uma vez que os argumentos utilizados pelos opositores ao modelo substitutivo poderiam, em um primeiro momento, ser justificados com base na garantia da universalidade de acesso aos serviços de saúde, um dos princípios norteadores do SUS.

Contudo, a preocupação com o acesso democrático ao tratamento é marca fundamental do processo reformista que culminou na construção do modelo de atenção atual. A lógica territorial e a rede substitutiva, composta por um sem-número de ações e serviços que muitas vezes não esperam a demanda espontânea do usuário, são um exemplo disto. O investimento nas práticas de interseção entre a atenção psicossocial e a atenção básica de saúde só demonstra a preocupação em aumentar as possibilidades de atendimento às pessoas que, por vários motivos, se encontram impossibilitadas de buscar tratamento longe das comunidades onde moram, ou então o esforço em diluir a centralização de atendimento nos serviços de referência e, conseqüentemente, superar a forma afunilada de se lidar com uma demanda por cuidado em constante crescimento.

Deparamo-nos, então, com o risco de entendermos os dois modelos envolvidos na disputa de sentido como simples alternativas de se garantir o acesso às práticas em atenção psicossocial. Tal risco justifica nossa escolha por incluir em nosso trabalho problematizações do entendimento de alguns princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

Afirmamos a importância na sustentação de uma inseparabilidade entre as discussões acerca das políticas na esfera “micro” da atenção psicossocial e “macro” do SUS, levando-se em consideração que a primeira é instância da segunda, e que

as discussões e produções que nela ocorrem devem considerar o conteúdo das leis que regulamentam o funcionamento do Sistema.

Tanto o campo da atenção psicossocial com seu modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, quanto o Sistema Único de Saúde, são o resultado de muita luta. Luta que continua, na afirmação da potência do que até agora se conquistou. A institucionalização dos preceitos da reforma psiquiátrica em forma de lei, bem como dos princípios norteadores das práticas em saúde no Brasil são os momentos em que o objetivo parcial de cada movimento reformista se transforma em embasamento para a continuação destes: a militância contra as tendências reducionistas no campo da atenção psicossocial – e também no SUS em toda a sua abrangência – é respaldada pelo que se conquistou com a Lei nº10.216, da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a Lei nº 8.080, “fundadora” do SUS, e com a própria Constituição Federal.

No entanto, a forma pela qual muitos profissionais e teóricos se relacionam com os preceitos do SUS não deve assumir um caráter dogmático, sob pena de se transformar o que hoje é um processo em um monumento. Falamos do risco de uma cristalização do que ainda possui movimento e, conseqüentemente, de uma impossibilidade de resposta às dificuldades e desafios que nunca cessam, em quantidade e diversidade, nas práticas em saúde no cotidiano.

Motivados por este lugar de movimento, nos posicionamos junto às reflexões brevemente apresentadas acerca da operacionalização de dois dos princípios norteadores do SUS, quais sejam: a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade de assistência. Apontamos para os constantes entrecruzamentos nas discussões acerca dos princípios em questão. Há uma forte tendência de se ampliar – ou simplesmente reconsiderar – o sentido de acesso aos serviços de saúde. Este, aos poucos se distancia da simples ideias de “vaga disponível” ou facilidade geográfica, e mais se aproxima da esfera da resolutividade. Esta última é diretamente associada à discussão acerca da integralidade, que percebemos por demais rica em possibilidades de interpretação e práticas, tendo, no entanto, dois pontos em comum: a recusa às tendências reducionistas e o risco de um resgate de atitudes higienistas, tal como apontamos em nossa discussão acerca do preventivismo, no primeiro capítulo deste trabalho. É levando em consideração os desafios presentes no cotidiano das práticas em saúde que afirmamos a

necessidade de se reconhecer a inseparabilidade entre tais princípios, no sentido de tornar possível a operacionalização de ambos.

Assim, se por um lado observamos uma preocupação com a universalidade de acesso por parte dos defensores dos dois modelos de atenção psicossocial, é apenas o modelo atual que oferece serviços em condições de respeitar a diversidade das necessidades, características territoriais, e demais fatores que marcam a singularidade de cada atendimento. Em outras palavras, é o modelo de atenção psicossocial resultante da militância reformista que chega mais perto da observância dos princípios norteadores do SUS em suas noções constantemente revistas e problematizadas. Aliás, outra noção por demais importante para as práticas em saúde no Brasil comparece nos alicerces do modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, quando verificamos neste a indissociabilidade entre a busca pela integralidade e a busca pela universalidade de acesso. Referimo-nos à *equidade nas ações em saúde*, diretriz esta que aponta para a necessidade de ações diferenciadas que respondam às necessidades diferentes (BRASIL, 2009) - e que, assim, negam a massificação das práticas de internação psiquiátrica - proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) e constantemente confundida com os princípios norteadores do Sistema, embora não seja citada textualmente na Lei Orgânica.

Em suma, com o que até aqui foi discutido, só nos resta apostar na atual política de atenção psicossocial como a única alternativa analisada que condiz com o que há de mais atual em legislação e discussão no campo da saúde do Brasil. Uma política que, no entanto, não se reflete nas práticas diárias dos/nos serviços de atenção psicossocial, a despeito de toda militância reformista.

Se as práticas reducionistas presentes no hospitalocentrismo já não contam com a força de antes, outras continuam ocupando o lugar de hegemonia, como percebemos com base nas críticas citadas. Em comum, apontamos o saber biomédico que as sustenta e legitima. Precisamos, então, repensar a forma pela qual as práticas clínicas se relacionam com tal saber, bem como o que cabe à clínica no processo de busca por uma superação das tendências reducionistas no campo em questão. Uma clínica que consiga não apenas acompanhar toda a problematização dos princípios norteadores do SUS e, portanto, das ações e práticas na atenção psicossocial, mas também contribuir com tal problematização e possibilitar seus efeitos nas práticas de cuidado.

CAPÍTULO 3

O QUE CABE À CLÍNICA?

No capítulo anterior observamos que a reforma psiquiátrica, em seu funcionamento processual, vivencia uma atualização de alguns desafios, que por sua vez se traduzem em uma disputa de sentido no Campo da Atenção Psicossocial Brasileira. Observamos que em sua proposta, o modelo substitutivo em muito se aproxima das discussões acerca do que se busca com o cumprimento princípios norteadores do SUS. A política de atenção psicossocial no Brasil é, inclusive, modelo para futuros projetos a serem desenvolvidos pela OMS (FORMENTI, 2009). Talvez o maior desafio seja conseguir que as práticas no cotidiano dos serviços reflitam as conquistas nos campos político e jurídico. Apostamos na importância da clínica para o cumprimento de tamanha tarefa.

3.1 Impasses desde sempre

Em nossa descrição sobre o início e a trajetória percorrida pela reforma psiquiátrica, privilegamos as práticas influenciadas pela Psiquiatria Democrática Italiana, pois é esta influência que mais forte ficou marcada no cenário brasileiro, sendo visivelmente reconhecida nas políticas institucionalizadas de ações e serviços. No entanto, houve outras teorias e práticas que também buscaram um lugar na luta contra as tendências reducionistas baseadas no saber biomédico.

Há muito tempo que a constatação da dispersão de saberes e práticas que compõem o campo de atenção psicossocial é lugar comum para todos os teóricos e praticantes da reforma brasileira (BEZERRA, 1999). No movimento reformista, sempre foi muito clara a divisão dos que eram contra e a favor da existência dos manicômios e do modelo hospitalocêntrico e, por dedução, contra e a favor da hegemonia do saber biomédico, principal fundamento de tais práticas reducionistas. No entanto, uma vez examinadas de perto as apostas teórico-práticas daqueles que faziam parte do movimento reformista – que consequentemente sugeriam

alternativas às longas e indiscriminadas internações -, muitas e diferentes perspectivas de intervenção eram identificadas. “Quando chega a hora de dizer o que queremos pôr no lugar daquilo que condenamos, vêm à tona projetos discrepantes e, em certos aspectos, opostos (BEZERRA, 1999:135-136).

De qualquer maneira, o que já há muito se acompanha no cotidiano dos serviços é a apregoação de idéias tal como máximas a serem seguidas para a superação dos desafios que não cessam (LEAL, 1999). Ideias que podem ser resumidas, com base no que até aqui foi discutido, na busca por uma resolutividade do cuidado, a ser garantida por uma integralidade e por um acesso aos serviços de atenção psicossocial. Porém, frequentemente tais princípios são utilizados não como indicadores de uma clínica a ser construída, mas antes, como capazes de descrever o que se faz nos serviços, o que contribui de forma importante para um caráter de prescrição das idéias defendidas. O que se vê então, é uma produção de relatos lineares das práticas cotidianas, através de certo costume em se descrever os serviços de atenção psicossocial a partir do que se idealiza:

Os discursos produzidos sobre o cuidado desenvolvido nestes serviços exprimem muito frequentemente certa sensação de tranquilidade e calma que em nada corresponde à experiência vivida nos Centros de Atenção Diária que conheço, ou daqueles de que faço ou já fiz parte. Nestes espaços, o que de fato experimentamos é sempre muita inquietação, muita tensão, muita discordância sobre o que fazer e como devemos *fazer* o dia-a-dia. (LEAL, 1999: 49).

Leal (1999) já apontava para o fato de, neste contexto, as diferenças e particularidades próprias de cada ato de cuidado a ser construído é de tal modo valorizadas sob a égide do respeito à singularidade do indivíduo, a ponto de tornar indevida toda e qualquer tentativa de “identificar um solo em comum para as nossas práticas” (LEAL, 1999: 49). A manutenção de uma ignorância acerca do que se produz nos serviços, segundo a autora, só será superada na medida em que não nos limitemos à idealização de uma prática e nos indaguemos mais acerca do que temos construído.

Acreditamos que foi guiado por crítica semelhante que Campos (2003) se propôs a pensar uma ampliação da clínica praticada nos serviços de saúde.

3.2 Por um movimento de ampliação da clínica

Em suas reflexões acerca da necessidade de uma reformulação das práticas clínicas, Campos (2003) tomou como ponto de partida as contribuições de Basaglia no campo da atenção psicossocial, para daí pensar o papel da prática clínica no campo da saúde coletiva.

O autor lembra que para Basaglia e seus companheiros operarem as mudanças propostas, foi necessária uma superação de conceitos já existentes e criticados através da invenção de algo “que operasse no lugar do saber negado” (CAMPOS, 2003:51). Daí a substituição do cuidado destinado à “doença” pelo cuidado destinado ao “doente”, com todas as implicações que tal mudança possa ocasionar; bem como a necessidade de não apenas reconhecer o paciente como uma pessoa de direitos, mas prepará-lo para lutar por tais direitos em seu processo terapêutico. Foi a partir desta mesma premissa que o autor desenvolveu sua proposta de uma reforma da clínica, que resultará no que ele chama de *Clínica do Sujeito*. Para que tal reforma se opere, segundo ele, são necessários alguns passos além dos que foram dados por Basaglia.

Primeiro, porque, agora, estar-se-ia discutindo a clínica em geral e não apenas a praticada em manicômios; e, segundo, porque, com certeza, os movimentos que operaram sob inspiração basagliana cuidaram muito mais do protagonismo político do que esclareceram sobre a nova instituição que estavam reinventando (CAMPOS, 2003:54).

Como condição para a “ampliação da clínica” ou “Clínica do Sujeito”, o autor coloca a necessidade de se equacionar o enfrentamento de enfermidades/doenças com a luta por melhores condições sócio-econômicas de existência, pois, se uma enfermidade “perturba, transforma e até mata sujeitos, contudo, apenas raramente liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um” (CAMPOS, 2003:57). É para se evitar um “empobrecimento” da clínica ao ignorar tais inter-relações que Gastão Wagner sugere

uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica (CAMPOS, 2003:57).

Sem esquecer a contribuição de Basaglia, Gastão Wagner defende que “pôr a doença entre parênteses” - e abrir espaço para que o paciente em sua integralidade

entre em cena - é importante para se colocar em análise a hegemonia de um determinado modelo de cuidado, bem como para se evitar a iatrogenia e as “intervenções exageradas.” Contudo, ele defende também que a doença deve ser considerada em tal “integralidade humana”, sob pena de tornar sem sentido a especificidade dos serviços e dos profissionais de saúde (CAMPOS, 2003). Isso, segundo o autor, desde os casos de pessoas acometidas por enfermidades crônicas, muitas incuráveis, que se encontram quase sempre dependentes de recursos terapêuticos diversos e, não raro, muito limitadas em seu contexto social, até aqueles em que a enfermidade nada mais é do que um breve e brando fenômeno transitório. Assim, “os serviços de saúde deveriam operar com plasticidade suficiente para dar conta de semelhante variedade” (CAMPOS, 2003:58). Variedade que, segundo o autor, explica a existência de numerosas práticas clínicas em um universo de contiguidade e diferença, do qual ele considera três principais semblantes.

O primeiro seria a *Clinica Oficial*, muito criticada nas últimas décadas por seu objeto de estudo e intervenção reduzido e fragmentado em especialismos diversos, onde cada especialismo autoriza a clínica a “se desresponsabilizar pela integralidade dos Sujeitos”(CAMPOS, 2003:61). Este primeiro semblante contempla as tendências reducionistas no campo da atenção psicossocial, alvo de nossas críticas.

Em seguida, a *Clínica Degradada*, entendida como a *Clínica Oficial* diminuída em sua eficácia por conta de fatores externos - interesses econômicos/corporativos que colocam em segundo plano a qualidade dos serviços prestados, políticas de saúde inadequadas e/ou atendimentos padronizados que desprezam a singularidade de cada caso(CAMPOS, 2003).

Por último, a *Clínica Ampliada*, cujos objetos de intervenção seriam o sujeito, o contexto e a doença, esta última enquadrada dentro de uma ontologia. Dessa forma, segundo o autor, a clínica ampliada garantiria certa padronização e regularidade de casos que se repetem mais ou menos iguais e que possibilitam a confecção de uma práxis: “[...] tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos ajuda a clínica. Mais do que a ajudar, a torna possível.”(CAMPOS, 2003:65).

A clínica ampliada se trata de um modelo cuja responsabilidade transcende o *cuidado com o doente* ao invés do *cuidado com a doença* para reconhecer a

capacidade do indivíduo em produzir sua própria vida, ajudando-o na construção de sua percepção acerca da vida e do adoecimento.

Cunha (2004) define a Clínica Ampliada como uma construção a partir de uma postura crítica em relação a ela mesma, no sentido de atentar para suas possibilidades e limitações, usando-as a favor do paciente. O autor afirma que a superação das limitações do modelo tradicional da clínica biomédica se dá em dois aspectos interligados: a utilização das classificações nosográficas dentro de seus limites, reconhecendo a impossibilidade de uma total compreensão do paciente através de um simples diagnóstico; e um esforço por parte da prática clínica em “deixar-se tomar” pelas diferenças e singularidades encontradas em cada queixa, em cada atendimento. Dessa forma, e com ajuda de outros referenciais teóricos e outras especialidades além da médica, o que antes estava fora dos limites do saber biomédico agora pode ser entendido como um novo espaço de intervenção.

Para Cunha, a prática de uma clínica ampliada exige que o profissional perceba quando ele está se utilizando de um “filtro teórico” (CUNHA, 2004:103), ou uma atitude seletiva que, com o passar do tempo e prática, contribui para que os profissionais busquem apenas as informações previstas em roteiros e considerem apenas as ações terapêuticas correspondentes, circunscritas a um determinado saber. O reconhecimento da utilização de tal filtro, bem como de suas limitações, ajuda o profissional a identificar e se relacionar melhor com agentes externos ao seu saber e sua prática, tal como a singularidade e a imprevisibilidade dos indivíduos atendidos.

Campos e Amaral(2007) nos alertam para a necessidade de que os profissionais se interessem de fato e se esforcem para garantir a singularidade de cada atendimento. No entanto, os autores alertam para a necessidade de certa liberdade durante o trabalho, bem como uma motivação, para que os profissionais possam se abrir para o imprevisto e singular encontrado em cada atendimento.

Não se trata, pois, de uma negação do saber biomédico, mas antes da negação de sua hegemonia, em um contexto de forças onde quem cuida e quem é cuidado estão imersos. A clínica ampliada na saúde pública seria, então, uma forma diferente de relação com os saberes e com as práticas de cuidado, que se traduz em superação dos limites da clínica tradicional através do investimento na relação individual e coletiva – técnico/paciente/equipe (CAMPOS; AMARAL, 2007). Assim, se faz possível o manejo de situações altamente complexas antes ignoradas,

como a forma pela qual fatores sócio-econômicos podem influenciar diversos problemas de saúde. Problemas estes que,

exatamente por englobarem aspectos que não são valorizados na tradição da clínica hospitalar (não “biológicos”), muitas vezes não conseguem sequer ser formulados, embora estejam presentes nas conversas de cozinha e corredor, nos conflitos com usuários, na dificuldade de obter os resultados “esperados”, e até na presença de resultados contrários aos esperados (iatrogenias). (CUNHA, 2004:27)

Com Campos (2003), Cunha (2004) e Campos e Amaral (2007), apostamos na necessidade de repensarmos a forma pela qual a clínica é praticada, no sentido de continuarmos na luta para que as tendências reducionistas sustentadas pelo saber biomédico não comprometam os esforços reformistas no campo da atenção psicossocial. Mas se acreditamos na proposta de uma ampliação da clínica tal como feita pelos autores, não podemos esquecer o que se passa com o processo da reforma psiquiátrica.

Depois de anos de militância clínico-política pela reforma das práticas psiquiátricas – portanto uma reforma das práticas clínicas – muitas foram as conquistas alcançadas. A criação de todo um arcabouço legal, responsável por regular as ações na atenção psicossocial de forma condizente com o que se apregoa na legislação norteadora das práticas em saúde do país é fato. As tentativas de uma prática clínica que recusa um olhar reducionista acerca do sofrimento atendido no campo da atenção psicossocial continuam. Serviços e equipes foram e são organizados na busca por articulações entre campos de saber diversos, no sentido de possibilitar ações e práticas que privilegiem outras dimensões da vida do usuário.

Todo este investimento na descentralização das decisões e responsabilidades, sempre depositadas na figura do médico/psiquiatra, pode ser percebido nos serviços de emergência da rede, onde encontram-se equipes de recepção formadas por profissionais de especialidades diversas. Não raro, em vários estabelecimentos públicos da atenção psicossocial, podemos encontrar nos prontuários as observações de enfermeiros, psicólogos, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc. As reuniões de equipe também contam com a presença de profissionais pertencentes a diversos campos de atuação. Tal movimento pela aproximação e comunicação entre as disciplinas, no sentido de se

tentar contemplar outras facetas da problemática do transtorno psicossocial, conhecido como multidisciplinaridade, não foi o suficiente para a superação da hegemonia do saber biomédico. Assim, continuamos a testemunhar a manutenção e a sofisticação das tendências reducionistas no campo em questão. Tendências que oferecem menos uma alternativa à exclusão e mais uma exclusão alternativa.

Portanto, precisamos refletir sobre como o saber biomédico e suas práticas reducionistas continuam ditando no cotidiano dos serviços, de forma quase exclusiva e a despeito de todas as iniciativas contrárias, as intervenções na atenção psicossocial.

3.3 A biopolítica na atenção psicossocial

Falamos no primeiro capítulo sobre algumas das motivações para o desencadeamento da reforma psiquiátrica no Brasil. A indignação com as condições de trabalho aviltantes e serviços que menos cuidavam e mais operavam exclusão e iatrogenia, ajudou todo um coletivo de profissionais, familiares e outros segmentos da sociedade, na mobilização pela luta dos direitos dos usuários dos serviços da atenção psicossocial. No entanto, toda a negligência dos direitos humanos nas práticas psiquiátricas manicomiais de então iam de encontro com os interesses da “indústria da loucura”. Indústria esta que se fazia possível através da forma perversa de relacionamento entre muitas clínicas conveniadas e determinados seguimentos dos governos, onde a “doença mental” muitas vezes era produzida como forma de ocupação de leitos, que significavam repasse de verbas aos estabelecimentos, bem como outras formas de subsídio (AMARANTE, 2002; 2003).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a luta para se garantir os direitos humanos aos usuários dos serviços, as clínicas e hospitais particulares conveniados diminuíram drasticamente em seu número e tamanho. Além do descredenciamento progressivo dos estabelecimentos que não atendem às exigências do atual sistema, a fonte de lucro dos estabelecimentos conveniados - a internação psiquiátrica indiscriminada - sofreu um duro golpe com as conquistas no campo jurídico. Se o direito à internação continua garantido, como já verificamos no capítulo anterior, sua exploração mercadológica ficou mais difícil. As longas internações agora exigem relatórios e explicações às autoridades sanitárias, as

internações involuntárias devem ser notificadas e explicadas ao Ministério Público Estadual no prazo de até setenta e duas horas (BRASIL, 2004a) e, principalmente, como verificamos também no capítulo anterior, a internação é, por lei, recurso último, quando todas as ações e serviços substitutivos que compõe a atual rede se mostram insuficientes.

Contudo, diante de tantos esforços no sentido de privilegiar um tratamento na lógica da (re)aproximação entre o usuário e a sociedade – para os reformistas, a única forma de tratamento possível – tanto o usuário quanto a sociedade precisam constantemente inventar novos meios de convivência. É justamente aí que um fenômeno curioso não deve passar despercebido. Trata-se de um movimento paralelo aos esforços reformistas na luta pela superação de preconceitos e conquista de direitos, que garantam a (re)socialização dos usuários provenientes de longa duração. Movimento este que muitas vezes é confundido com o próprio movimento reformista, por “facilitar” os esforços deste último. Referimo-nos ao movimento crescente de medicalização do que se entende por sinais e sintomas, que ocupa cada vez mais todos os espaços possíveis, se aproveitando de brechas imperceptíveis. Alimentado pelo mito da periculosidade do “louco”, pela praticidade e senso de urgência na redução de comportamentos “inadequados” e outros sintomas a serem silenciados, o consumo das medicações psiquiátricas cresce incessantemente.

Curiosamente, podemos notar que o mesmo saber reducionista da biomedicina fundamenta argumentos utilizados nas críticas que tentam desqualificar o modelo substitutivo de atenção psicossocial – o que abre espaço para a demanda pelo aumento do número de leitos psiquiátricos, muito provavelmente obtido através de novos convênios com estabelecimentos particulares - e, também, dá todo um embasamento às pesquisas, produção e comercialização de medicamentos cada vez mais avançados - que “tornam mais fácil” o lidar com o “transtorno psicossocial”. Este é mais um exemplo de que, se existem nítidas demarcações entre os movimentos que se rivalizam na disputa de sentido que caracteriza o Campo da Atenção Psicossocial Brasileira, o que se produz nas práticas já não é tão facilmente separado. A dicotomia reducionismo x reformismo revela-se, portanto, difícil de se sustentar e, também, ela mesma reducionista na maneira de se entender as práticas/produções que são operadas no campo em questão

Trata-se do biopoder que,

[...]em suas estratégias de expansão e acumulação do capital, otimiza estados de vida que ele submete, se pluga nos processos de cuidado e gestão incitando, conjugando, modulando equilíbrios e médias que se destinam a abstrair a vida, extraindo dela sua heterogeneidade e singularização, para torná-la matéria integral de regulamentação” (NEVES, 2009:783).

A biopolítica ou biopoder é apresentada por Foucault (2005) como tecnologia ou diagrama de poder que regula a sociedade desde o final do século XVIII. Esta tecnologia surgiu quando se verificava o funcionamento de outro diagrama, chamado por Foucault de *anátomo-política do corpo humano*(FOUCAULT, 2005:289), cujo alvo era o corpo individual. O funcionamento deste se dá através de práticas disciplinares que asseguravam a distribuição espacial e sistemática dos corpos em nível local – estabelecimentos como escola, quartel, fábrica e hospital –, bem como procedimentos para aumentar-lhes a força útil e adequá-la ao trabalho, da forma menos onerosa possível, através de técnicas de racionalização e economia.

A biopolítica não excluiu ou suprimiu a tecnologia anterior, mas a integra e nela se instala, de modo a utilizá-la. Este novo diagrama de poder, também chamado por Foucault de *biopolítica da espécie humana*, não se ocupa com o corpo do homem em sua unidade, mas antes se dirige à multiplicidade dos homens³⁸, visando uma obtenção de estados de equilíbrio global da espécie.

Em seu surgimento, a biopolítica teve como primeiro alvo de controle – e objeto de saber - a proporção da natalidade, da morbidade, da longevidade, das incapacidades biológicas e da taxa de reprodução de uma população, juntamente com outras questões econômicas e políticas. Aí surgiram técnicas de medição, acompanhamento e avaliação, com base em cálculos estatísticos e demográficos, para entender os fenômenos e intervir junto à população.

Todo o tipo de ameaça ou comprometimento da força de trabalho será o foco do biopoder (FOUCAULT, 2005), fenômenos – alguns universais, naturais e outros acidentais – que se desdobram em incapacidade individual de continuidade na vida de produção social e/ou econômica. Fenômenos imprevisíveis e até desprezíveis

³⁸ O sentido de “massa global” dado a tal multiplicidade é, segundo Foucault, o que deu origem à noção de população: um corpo novo e múltiplo, “com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável” (FOUCAULT, 2005:292). Noção que difere da concepção jurídica de sociedade, esta constituída por um contrato voluntário ou implícito de seus componentes (FOUCAULT, 2005).

enquanto na esfera individual, mas que, no nível das massas, tornam-se pertinentes econômica e politicamente.

[...]são fenômenos que se desenvolvem essencialmente na duração, que devem ser considerados num certo limite de tempo relativamente longo; são *fenômenos de série*.(FOUCAULT, 2005:293, grifo nosso).

Tais fenômenos passam a contar com uma assistência ao mesmo tempo “maciça e lacunar” (Foucault, 2005, p.291) à população, que age descentralizadamente, que não se limita a localidades, que alcance até onde for necessário. Tal assistência deverá evitar custos com o sustento de pessoas improdutivas e/ou providenciar para que elas continuem a produzir de alguma maneira. Surgiu, então, uma diversidade de mecanismos, alguns sutis e sofisticados, como sistemas de seguros, poupanças, etc.

Dentre os fenômenos com os quais o biopoder passou a se ocupar, destacamos a problemática das doenças, que passaram a ser tratadas como fatores permanentes de subtração das forças de trabalho, ocasionando prejuízos financeiros não apenas com o comprometimento da mão de obra, mas também pelo custo dos tratamentos.

Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – é a epidemia – mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece. (FOUCAULT, 2005:291).

A medicina assume, portanto, a função maior da higiene pública, contando com todo um aparato de centralização das informações e produção de saberes que serão fundamentais para a grande influência no aprendizado das práticas de higiene e da medicalização da população. É a combinação entre medicina e higiene que estabelecerá as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos, onde a medicina será, a partir do século XIX, uma técnica política de intervenção nas duas instâncias: corpo e população (FOUCAULT, 2005). Trata-se de

[...]um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos reguladores. (FOUCAULT, 2005:301-302).

Para lidar com o perigo da doença e da morte que está sempre presente a ameaçar o corpo individual, o saber e práticas da medicina foram assimilados pela população, através da tecnologia da pedagogia e da disseminação de informações. Cada indivíduo passou não só a aprender as verdades médicas acerca de sua saúde, como também a praticá-las proativamente, redefinindo constantemente suas práticas do cotidiano na medida em que as verdades médicas eram atualizadas. Não menos importante é o fato de que cada indivíduo passou a cobrar práticas de cuidado de todos aqueles que o cercam. Tal atitude, que produz uma sensação de cobrança vinda do outro, acusa o deslocamento do indivíduo do lugar de simples alvo do biopoder para o de seu agente reprodutor/multiplicador, o que contribui para que sua abrangência contemple toda a população³⁹.

Dessa forma, podemos entender a serialização das práticas em saúde como tecnologia biopolítica que avança e se sofisticada, na preocupação com a obtenção de estados globais de equilíbrio da espécie humana através de uma regulamentação, de um controle sobre as formas pelas quais a vida se dá.

Na sociedade ocidental, hoje mundial, onde é melhor o que resolve mais rápido, a urgência para se eliminar sinais e sintomas indesejados é também a urgência que produz sinais e sintomas a serem eliminados. O sofrimento produzido não é pouco e, rapidamente “sequestrado” do seu status de experiência, é serializado, catalogado e transformado em mercado a ser explorado.

São os “sintomas do contemporâneo” que já contam com todas as informações sobre a sua etiologia disponíveis na Internet, bem como a relação de todas as medicações disponíveis para seu tratamento à disposição dos interessados.

Um desdobramento muito interessante deste fato é o enfado relatado por muitos médicos, por conta da experiência de se atender pacientes que chegam ao consultório já possuidores de um diagnóstico e, inclusive, demandando receitas para a compra de medicamentos específicos. O diagnóstico feito pelos próprios pacientes não se limita às afirmações como: “eu sofro dos nervos”, ou “eu sou *písico*”. Agora as pessoas levam aos psiquiatras não apenas seu diagnóstico “fechado”, respeitando o que há de mais atual na terminologia da psiquiatria, mas

³⁹ Sobre a cooptação dos indivíduos para agirem como agentes do biopoder, lembramos das discussões no primeiro capítulo acerca da “nova atitude” recomendada pelo pensamento

também todo um embasamento técnico para tal. Poderíamos dizer que a automedicação já é coisa do passado. O autodiagnóstico, este sim é uma novidade.

Mas se por um lado as informações já estão disponíveis para qualquer pessoa interessada - e são estas informações que ajudam na produção da demanda por atendimento, uma vez que aprendemos a associar um sofrimento a uma doença ou transtorno existente – ainda precisamos procurar um médico. Apenas ele pode dar legitimidade às conclusões que chegamos ao compararmos o que sentimos com as informações técnicas acessíveis. É um determinado saber que coloca o médico na posição de poder dizer “do que sofreremos” e o que devemos fazer para que este sofrimento cesse. Um saber que apenas ele possui, e que dele faz um médico.

Neves (2009), em reflexões acerca das práticas em saúde, nos diz que

A biopolítica quer "cuidar" da vida em sua integralidade, para fazer dela uma abstração, para tanto cria 'signos' e se expande na microfísica das práticas de cuidado e gestão. Estas se atualizam na crescente produção de sintomas classificados como novas doenças pela mídia e seus laboratórios financiadores, nas novas Classificações Internacionais de Doenças (CIDs); nas recorrentes "queixas" de profissionais e gestores sobre os "poliqueixosos que atrapalham os serviços"; na crítica superficial à "não adesão" dos usuários aos tratamentos e prescrições, assim como na lógica de controle higienista que tem se insinuado em alguns programas e estratégias de saúde nos territórios (NEVES, 2009:783).

Diante deste cenário, como pensar a clínica de modo que esta não seja capturada, cooptada e utilizada pelo biopoder e suas operações reducionistas e serializantes; uma clínica que não apenas contribua para a universalidade do acesso e para a integralidade das ações em saúde, mas que possibilite uma crítica a tais princípios, de modo que estes não redundem no fortalecimento e em uma maior abrangência do mesmo biopoder?

3.4 Outra atitude para a ampliação da clínica

Se apostamos na necessidade de uma ampliação da clínica, é no sentido de buscarmos um novo *modo* de se pensar as ações em saúde. O uso da palavra modo não é por acaso. Queremos falar de outra maneira, uma atitude que de fato

preventivista, educacionalmente moldada e transformadora das relações entre médicos, pacientes, famílias, comunidade, etc.

possibilite ao profissional praticar a clínica ampliada, ou em outras palavras: “criticar a fragmentação decorrente da especialização progressiva sem cair em obscurantismo simplista” (CAMPOS, 2003: 64). Uma *crítica*, portanto, que nos possibilite privilegiar a *complexidade* de cada demanda, situação ou contexto. Crítica e complexidade: garantias de que um novo *modo* de se pensar/praticar a clínica não seja transformado em um novo *molde* a ser utilizado na sustentação da hegemonia do saber biomédico e das tendências reducionistas que dele advém.

O sentido que aqui damos à complexidade não se limita ao que é atribuído pelo senso comum: “Complexo não é só o complicado, o que ainda não se explicou ou que insiste como um limite para o conhecimento” (PASSOS; BARROS, 2003: 81). A complexidade a que nos referimos se trata de uma superação das tendências reducionistas na atenção psicossocial contra as quais nos posicionamos. Tendências que são um legado deixado pela ciência moderna, caracterizada pelo princípio metodológico da explicação de um fenômeno por meio de sua simplificação. Segundo os preceitos desta ciência, o fenômeno investigado deve ser apreendido para que sua explicação/simplificação possa ser operada. No entanto, tal apreensão só é possível através do isolamento do fenômeno investigado, separando-o de seu meio para então explicá-lo por uma disciplina cujas teorias são organizadas e unificadas por um determinado paradigma científico. (PASSOS; BARROS, 2003).

A simplicidade é, portanto, o resultado de uma ação depurativa da ciência moderna. E conseqüentemente, tal ciência se caracteriza por manter-se no isolamento de seu meio ambiente – o laboratório, a academia ou a Universidade – purificando os fenômenos, simplificando-os, separando-os do mundo natural ou laboratorial de onde provêm (PASSOS; BARROS, 2003:82).

Se o foco na simplicidade é critério moderno para a explicação dos fenômenos observados, é na complexidade do contemporâneo que podemos encontrar meios de superação das simplificações reducionistas resultantes do isolamento operado pelos limites dos campos de saber, produtores de dicotomias e exclusão.

Há no contemporâneo certa experiência de “bifurcação produtora de novidade” (PASSOS;BARROS,2001:89), paradoxal e desestabilizadora. Paradoxal, pois é quando nos encontramos prestes a nos tornar algo que ainda não somos, em

um presente que não cessa e onde somos ao mesmo tempo o que fomos e o que seremos. É deste paradoxo que o caráter desestabilizador da experiência do/no contemporâneo advém: no constante processo de vir a ser, somos convocados a um deslocamento de onde nos encontramos para uma crítica às cadeias ou conexões causais que nos tornam figuras estratificadas da história: sujeitos e/ou objetos de um determinado saber, identidades pré ou pós-fixadas e irreduzíveis, enfim, todo e qualquer aprisionamento definitivo da vida e do que nela se produz. A idéia de contemporaneidade que aqui comparece “indica menos uma vivência de atualidade e mais a experimentação daquilo que se dá nos limites das formas instituídas” (BARROS; PASSOS, 2003:84). Portanto, é no movimento de retorno em direção à história para que nela possa se apoiar, se impulsionar e criticamente desviar, sempre produzindo diferença, que o contemporâneo se assemelha à clínica tal como aqui a pensamos.

Com a ajuda de Passos e Barros (2001), entendemos a clínica, assim como o contemporâneo, como uma experiência de desvio. Falamos de um sentido da clínica que não se limita à idéia de inclinação sobre o leito do paciente, derivada do grego *Klinikos*. O sentido de desvio, ou *clinamen*, que aqui é dado ao ato clínico vem da filosofia atomista de Epicuro. É ele, o desvio, que permite as colisões entre os átomos em queda no vazio, por conta de seu peso e velocidade. Ao se chocarem, eles se articulam na composição das coisas, o que dá aos movimentos de desvio um caráter de potência de geração do mundo e, portanto, desestabilizador das formas instituídas. “É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz” (PASSOS; BARROS, 2001, 90).

Uma vez caracterizada pela desestabilização e pelo desvio que opera, a clínica pode ser considerada como uma experiência do/no contemporâneo (PASSOS; BARROS, 2001). Isto significa dizer que em seu estatuto de contemporaneidade a ação clínica também comporta uma bifurcação produtora de novidade, também intempestivamente, uma vez que ela não pode se situar nem definitivamente no presente – para não se limitar às práticas da queixa-conduta da psicopatologia descritiva, criticadas no capítulo anterior -, nem no passado - sob pena de ser reduzida a um modelo histórico fatalmente condenado à novas ampliações/reformulações. É, portanto, equivocando um caráter adaptacionista /utilitário no presente e estruturalista/estratificado no passado (PASSOS; BARROS, 2001), que a clínica se localiza em um espaço a ser construído.

Nesse sentido, podemos dizer que ela habita uma utopia, uma vez que é pela afirmação do não-lugar (*u-topos*) que ela se compromete com os processos de produção da subjetividade. Assim é que ela também não pode ser uma ação do presente ou do passado. Sua intervenção se dá num tempo intempestivo, extemporâneo, impulsionado pelo que rompe as cadeias do hábito para constituição de novas formas de existência (PASSOS; BARROS, 2001: 90).

Quando falamos em produção de subjetividade e em um não-lugar, falamos da impossibilidade de sustentação de hábitos, identidades e saberes instituídos.

Portanto, para a superação das tendências reducionistas na atenção psicossocial, a prática clínica não pode se limitar à busca pela multidisciplinaridade por nós já citada, uma vez que esta tentativa de flexibilização das fronteiras disciplinares quando muito contribui para um diálogo entre profissionais de diferentes formações, em um movimento que acaba por reforçar os especialismos. Pelo mesmo motivo, a clínica não deve se limitar ao que se convencionou chamar *interdisciplinaridade*, ou exploração de zonas de interseção de disciplinas para as quais objetos de investigação são designados, resultando no surgimento de novas disciplinas. Tanto a multidisciplinaridade quanto a interdisciplinaridade são, dessa forma, contribuições para a “manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes” (PASSOS; BARROS, 2000:74), cujas identidades acabam por ser condição de possibilidade para que uma articulação aconteça. Em uma discussão sobre a flexibilização das fronteiras disciplinares é, então, necessário cuidado para

[...] não se substituir simplesmente a noção de campo pela de objeto já que assim a oposição entre os termos é mantida só que, desta vez, com certo grau de articulação (PASSOS; BARROS, 2000:74).

Situação que em nada contribui na luta contra a tendência reducionista no campo da saúde e, segundo nosso interesse específico, no campo da atenção psicossocial. Isto porque, mesmo com a superação da hegemonia do saber biomédico – o que já se mostrou não ser o caso, tendo em vista sua importância no regime da biopolítica -, não temos garantias de que outro saber não assuma o seu lugar. E se entendemos, com base no que até aqui foi discutido, que a noção de campo de saber já pressupõe em sua simplificação moderna um reducionismo, a necessidade que se apresenta é menos de se combater um saber específico e mais de se

equivocar a constituição dos limites, das fronteiras, de todos os campos de saber. Até porque, muito facilmente outros saberes que se propõem a estudar e explicar o homem podem, também, servir às operações de controle do biopoder. Basta observarmos o fenômeno crescente da *psicologização* de tantos “desvios de conduta”, observados desde a infância até a fase adulta naqueles que, por vários motivos, não se comportam de maneira a corresponderem às expectativas da maioria.

Em outras palavras, a clínica pode contribuir para a superação do isolamento operado não apenas pelo saber biomédico, mas por toda e qualquer disciplina que se propõe a definir e explicar seus objetos de investigação arbitrariamente definidos, de forma definitiva e irreduzível.

Fazendo da experiência contemporânea de desvio e instabilidade uma atitude clínica, podemos questionar os saberes e práticas reducionistas e hegemônicos no campo da atenção psicossocial - herdeiros do ideal de simplificação da ciência moderna - entendendo-os como práticas históricas: o contemporâneo se apóia na história para dela desviar, a clínica se apoiará nos saberes e práticas historicamente estabelecidos para, deles, operar o *clinamen*.

Ao articularmos clínica e história, comparece em nossa discussão a dimensão política da clínica, uma vez que “arguir a história é poder dela extrair seus processos de produção, é desnaturalizar seus eventos fazendo aparecer este jogo de forças que dá corpo à realidade” (PASSOS; BARROS, 2001:91).

Referimo-nos aos modos de produção de subjetividade, ou subjetivação, bem como os de produção de objetividade, ou objetivação, responsáveis pelas formas instituídas de sujeito e objeto de um determinado saber.

Trata-se, portanto, da necessidade de se analisar as condições que possibilitam a formação ou a modificação das relações entre sujeito e objeto de um campo de saber, “uma vez que estas são constitutivas de um saber possível” (FOUCAULT, 2006:234). Uma análise que se propõe não a identificar as condições formais de uma relação entre sujeitos e objetos pré-existentes, mas antes perceber o funcionamento dos processos de *subjetivação*: processos pelos quais condições diversas são observadas e seguidas, no sentido de se tornar possível a constituição do sujeito de um determinado saber. Condições que não são as mesmas para cada campo de saber existente; pelo contrário, elas variam, se diferenciam, e é essa diferença que determinará as distinções entre pertencimentos a campos de saber

diferentes. Da mesma maneira, a observância de condições diversas é necessária para o “recorte” de determinado objeto de saber, a ser diferenciado do que o cerca na medida em que tais condições são respeitadas. Este processo foi chamado por Foucault (2006) de *objetivação*. A subjetivação e a objetivação são processos indissociáveis, e seu desenvolvimento assim como sua ligação recíproca emergem no que o autor chama de “jogos de verdade” (FOUCAULT, 2006:235). Jogos que segundo Foucault não definem as coisas verdadeiras, mas regras, regimes,

[...] as formas pelas quais se articulam, sobre um campo de coisas, discursos capazes de serem ditos verdadeiros ou falsos: quais foram as condições dessa emergência, o preço com o qual, de qualquer forma, ela foi paga, seus efeitos no real e a maneira pela qual, ligando certo tipo de objeto a certas modalidades do sujeito, ela constituiu, por um tempo, uma área e determinados indivíduos, o a priori histórico de uma experiência possível. (FOUCAULT, 2006:235).

Em suma, trata-se de práticas que constituem o real, para aqueles que se propõem a investigá-lo, bem como práticas que possibilitam a constituição daqueles mesmos, enquanto sujeitos em condição de investigar, nomear e modificar o mesmo real:

São as “práticas” concebidas ao mesmo tempo como modo de agir e de pensar que dão a chave de inteligibilidade para a constituição correlativa do sujeito e do objeto. (FOUCAULT, 2006:238).

Falamos então, de práticas produtoras de subjetividade e objetividade, portanto constitutivas dos limites das disciplinas, dos campos de saber. Se levarmos em consideração a atuação do biopoder e o controle da população, entendemos que uma crítica à estabilidade das fronteiras das disciplinas e de todos os especialismos que delas advém será, por conseguinte, uma arguição acerca das relações entre a constituição das mesmas disciplinas e suas relações com uma série de instituições, estruturas políticas e econômicas, bem como outras urgências de regulamentações sociais, ou, segundo Foucault, “os entrelaçamentos dos efeitos de poder e de saber” (FOUCAULT, 1979:02).

Logo, entendemos que tanto o sujeito quanto o objeto de um determinado saber não podem ser assumidos como realidades dadas, mas que um determina formas de conhecimento do outro através de práticas que explicam as posições subjetivas e objetivas que se estabilizam como realidade. Tal pensamento nos leva ao rompimento com a dicotomia sujeito-objeto operada pelas disciplinas e

especialismos. Ruptura esta que implica na emergência de planos onde a relação entre o sujeito e o objeto de saber precede a constituição ou definição destes (PASSOS; BARROS, 2000). Portanto, é esta mesma relação que define as fronteiras epistemológicas dos campos de saber e indica o que se encontra dentro e fora destes campos. É a estabilidade desta relação que deve ser posta em análise através de certa atitude crítica que aqui, com Passos e Barros (2000), chamaremos de *transdisciplinaridade*: uma equivocação da dicotomia sujeito/objeto, das unidades das disciplinas e dos especialismos.

A atitude transdisciplinar, ou transdisciplinaridade, nos leva à superação da noção de campo epistemológico ao apontar para a existência de um plano de constituições, de onde a realidade emerge, “desfazendo-se qualquer ponto fixo ou base de sustentação da experiência” (PASSOS; BARROS, 2000:77).

Contudo, se sujeito e objeto se engendram no ato do conhecimento – uma vez que conhecer é estar implicado em certa produção de realidade e também constituir-se em tal implicação de forma retroativa – não há anterioridade ou garantia prévia de determinado conhecimento. Assim, precisamos pensar em como podemos fazer nossas escolhas teóricas, como nos relacionar com conceitos, sem que nos percamos em posturas indiferentes e relativistas, confundindo a superação de garantias e fundamentos dos saberes com a simples negação destes últimos (PASSOS; BARROS, 2000).

O fato de que conceitos são produzidos e, portanto, desprovidos de garantias prévias ou status de fundamento, é menos uma ameaça à prática clínica, tal como a concebemos, que condição de possibilidade para sua operação. Uma vez deslocados de seu lugar de estrato histórico e reconhecidos em seu caráter de produção, de multiplicidade, os conceitos não mais podem ser entendidos como uma totalidade fechada. Portanto, embora desempenhe uma função de todo, não é possível para um conceito reunir todos os seus componentes heterogêneos. Desta impossibilidade, se conclui certa indefinição, uma irregularidade do seus contornos que lhe garante uma força de *transversalização* (PASSOS; BARROS, 2003).

Quando falamos de transversalização, ou cortes transversais, nos referimos a atravessamentos desestabilizadores de domínios ou disciplinas diversos, uns sobre os outros, em um processo de mútua interferência que acusa o movimento de composição heterogênea dos conceitos. Tais conceitos, carregados de potência de transversalização, são o que Deleuze (1992) chama de *intercessores*, cuja operação

em nada se aproxima da noção de interseção, que caracteriza o movimento de interdisciplinaridade (PASSOS; BARROS, 2000), cuja contribuição para a manutenção da rigidez dos limites das disciplinas já foi brevemente comentada.

Os conceitos intercessores não são abstratos ou preexistentes, mas produzidos, e por serem produção são também movimento carregado de circunstancialidade ao invés de essência. É por seu movimento que os intercessores são importantes na prática clínica. Tal como a experiência intempestiva do contemporâneo, nos interessa menos o início do movimento, mas seu constante presente em forma de processo, uma operação gerúndica do “sendo”. Deleuze (1992) faz uma comparação com esportes como o surfe e o vôo-livre, nos quais o praticante precisa se fazer aceito em um movimento já existente de uma onda ou de um deslocamento de ar:

Já não é uma origem enquanto ponto de partida, mas uma maneira de colocação em órbita. O fundamental é como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande vaga, de uma coluna de ar ascendente, “chegar entre” em vez de ser origem de um esforço. (DELEUZE, 1992: 151).

Podemos entender o intercessor em sua característica funcional de produzir interferência entre domínios, em uma operação de cruzamento e contágio entre as disciplinas que dá oportunidade à produção da diferença (PASSOS; BARROS, 2000). É, pois, no acompanhamento do percurso de um determinado conceito intercessor, por entre as linhas de sua constituição que atravessam domínios diversos, na zona de indeterminação produzida entre as fronteiras dos campos de saber que a transdisciplinaridade se dá. Zona de indeterminação que é o não-lugar, onde a complexidade contemporânea faz morada e se opõe à simplicidade e ao reducionismo moderno contido no interior dos domínios de saber.

Portanto, a clínica transdisciplinar não será localizada/corporificada em um serviço, em uma técnica ou conjunto de técnicas, muito menos em um determinado corpo teórico. Isto não significa o abandono ou a recusa do conhecimento de cada disciplina, mas antes um agenciamento entre elas (PASSOS e BARROS, 2003). Podemos entender que uma atitude transdisciplinar à prova de relativismos improdutivos e aniquilantes só é possível através do entendimento e da fabricação constante de intercessores, sem os quais não há obra. “Podem ser pessoas [...],

mas também coisas[...]. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores”(DELEUZE, 1992:156).

Se com Foucault (2006) já sabemos que a constituição correlativa do sujeito e do objeto é resultado de práticas diversas, sabemos então que tais práticas definem as fronteiras ou limites de uma determinada disciplina ou campo de saber, separando o que está dentro do que está fora. Assim, quando criamos ou nos fazemos intercessores, transitamos por entre práticas e com elas nos relacionamos, produzindo interferências e diferenças.

Ao invés de buscar uma neutralidade diante do fenômeno que observa, o profissional da clínica se permitiria afetar pelas sensações, emoções e outras experiências no/do ato de cuidar. Tais experiências, quando não silenciadas, dão passagem a outras tantas, em um movimento que se inicia no território de uma disciplina específica - onde o profissional possui determinada identidade ou posição de sujeito detentor de saber - para dele se deslocar abrindo caminho para tantos outros.

Tomar, enfim, em análise, os funcionamentos e seus efeitos, experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação, parecem ser algumas faces desta clínica transdisciplinar (PASSOS;BARROS, 2000:78).

Diante da impossibilidade de se constituir enquanto campo, a clínica transdisciplinar não tem sua dimensão pragmática ameaçada, embora esta se apresente “menos como método ou inventário de procedimentos e formas de ação e mais como um processo constante de invenção de estratégias de intervenção em sintonia com os novos problemas constituídos” (PASSOS; BARROS, 2003:83).

A constituição de novos problemas se dá na medida em que, uma vez acessado o plano de emergência ou produção de uma realidade previamente dada, os problemas até então estabelecidos, parte desta mesma realidade, são também equivocados em suas bases. Equivocados, não desprezados ou negligenciados. Citamos como exemplo a busca constante por novos modelos de cuidado, na tentativa de superação das tendências reducionistas alimentadas pelo saber biomédico no campo da atenção psicossocial. Trata-se de uma necessidade que não se pode ignorar. Os saberes e práticas reducionistas comprometem não apenas a resolutividade na atenção psicossocial, mas no SUS como um “todo”. No

entanto, o tempo cronológico que durar as tentativas de superação da hegemonia da biomedicina ,através de novas fórmulas - e por serem fórmulas, são prescritivas - de se praticar a clínica, será o tempo que durará tal hegemonia.

Não precisamos apenas de novas soluções – e a aposta na ampliação da clínica pode ser uma delas -, precisamos de novos problemas. Não mais podemos repousar sobre a identidade de um problema específico como o das tendências reducionistas, mas nela nos apoiar para criticamente operar um desvio – desviar, não recusar ou ignorar. Perguntamo-nos se mais urgente do que rivalizarmos com as tendências reducionistas, não é intervirmos naquilo que faz com que elas continuem no lugar de hegemonia, mesmo depois de tanta militância no processo da reforma psiquiátrica. Mesmo depois da aprovação das Leis, onde encontramos uma institucionalização que favorece a horizontalidade das práticas e saberes.

Portanto, se é no plano heterogenético de forças que encontramos vetores diversos participantes na produção da realidade, então criemos nossos intercessores e apostemos na atitude transdisciplinar. Atitude esta que possibilita uma ampliação da clínica, não alargando seus limites, mas desestabilizando-os, possibilitando uma interferência transversal com tantos outros domínios, como a filosofia, as artes, a política...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso percurso, mapeamos a Reforma Psiquiátrica Brasileira desde seu advento até os dias de hoje, menos preocupados em registrar todos os fatos em seus detalhes que marcar alguns esforços pela superação das tendências reducionistas nas práticas do cuidado, tendências provenientes do saber-fazer psiquiátrico, revigorado atualmente pelas neurociências. É neste contexto que emerge o objetivo do presente trabalho, qual seja uma crítica às tendências reducionistas no Campo da Atenção Psicossocial Brasileira nos dias de hoje, ainda hegemônicas, bem como uma reflexão sobre como a clínica pode contribuir para a superação de tais tendências.

As análises presentes no primeiro e segundo capítulo nos autorizam a afirmar que o campo com o qual nos ocupamos é constituído por disputas de sentido, nas quais a questão do reducionismo operado pelo saberes e prática psiquiátricos e biomédicos está sempre presente. Podemos dizer ainda que, mesmo nos limitando em um primeiro momento a um pensamento dicotômico, o processo reformista foi disparado e se atualiza por uma tensão entre movimentos contra e a favor das práticas reducionistas operadas pelo modelo de atenção hospitalocêntrico, e que são justificadas pelo saber psiquiátrico de então; tensão esta que se faz notar desde as primeiras manifestações reformistas que contavam com o apoio da opinião pública, até as atuais investidas contra o modelo substitutivo que assediam a mesma opinião pública por meio de importantes veículos de comunicação.

É neste contexto de disputa e de hegemonia das tendências reducionistas na atenção psicossocial do país, que nos deparamos com um importante desafio. Se por um lado foi necessária uma tomada de posição - uma vez que é disso que este trabalho se trata, um posicionamento de crítica às tendências reducionistas no campo em questão - por outro, em tal posicionamento algumas necessidades e riscos se mostraram presentes e nos acompanharam durante todo o percurso. Foi preciso recusar uma fácil e cômoda postura “panfletária” de defesa do modelo de atenção no qual acreditamos, no sentido de se evitar um simples ataque às idéias contrárias e apostar mais na potência do modelo que defendemos. Foi preciso também evitar uma postura conciliatória – o que não seria indicado ou sequer possível -, que mais naturaliza do que problematiza a situação verifica de hegemonia das tendências reducionistas no campo em questão.

Em nossa análise acerca da disputa de sentido entre os defensores e opositores às tendências reducionistas na atenção psicossocial, o termo “sentido” compareceu com um aspecto tridimensional, indicando um objetivo ou propósito a ser alcançado, uma direção ou orientação a ser tomada e, também, uma certa “razão de ser”.

A *dimensão do objetivo ou propósito* pode ser verificada no que se busca por cada movimento. Nas práticas reducionistas, o que se observa é a preocupação com a remissão dos sinais e sintomas verificados, que também pode ser entendida como uma modificação de comportamentos que não correspondem aos padrões de normalidade ditados pela maioria. Já nas práticas que buscam uma superação do reducionismo, nota-se a preocupação em fazer do usuário dos serviços de atenção psicossocial o protagonista de sua própria vida, na medida de suas possibilidades.

Já a *dimensão da direção ou orientação*, diz respeito à definição de práticas na tentativa de se atingir os objetivos almejados. Falamos do desenho de um determinado modelo de atenção e/ou as práticas de cuidado que nele acontecem. É nesta dimensão que as tendências reducionistas são corporificadas como, por exemplo, a psicopatologia descritiva, mencionada no segundo capítulo deste trabalho. Isto sem falar no modelo hospitalocêntrico, cuja apreçoção da internação psiquiátrica como única ou mais adequada forma de tratamento é o exemplo por excelência da prática reducionista na atenção psicossocial. A aposta reformista comparece nesta dimensão através do modelo substitutivo de atenção e de toda e qualquer prática que se afina com a proposta deste, respeitando as dificuldades do usuário no processo de tratamento e buscando meios de reverter as diversas situações de vulnerabilidade nas quais ele se encontra inserido.

A *dimensão da “razão de ser”* aqui comparece exigindo de nós certo cuidado nas reflexões. Em um primeiro momento, podemos entender tal dimensão como a que diz respeito aos saberes ou disciplinas que, resultados de avanços científicos, dariam um sentido - ou seriam “a razão de ser” - às práticas e objetivos a serem alcançados nas ações e serviços da/na atenção psicossocial. Teríamos, então, uma disputa de sentidos entre o saber psiquiátrico reducionista e os demais saberes que fundamentam o movimento reformista. Com ajuda de Foucault (2006 e 1979), no entanto, conseguimos nos relacionar com os campos de saber em outra perspectiva. Com Foucault (1979), a discussão presente no terceiro capítulo sobre a questão da biopolítica no campo da atenção psicossocial, nos ajuda no entendimento de que a

dicotomia reducionismo x reformismo não se traduz nos efeitos ou produções percebidos. As próprias tentativas de superação das tendências reducionistas, operadas pelo saber/fazer psiquiátrico e biomédico, mostram-se muito facilmente reprodutoras do mesmo reducionismo. Percebemos também que a biopolítica ou biopoder se dá através do saber hegemônico contra o qual se luta no processo reformista. Assim, ainda com Foucault (2006) buscamos uma reflexão acerca dos modos de subjetivação e de objetivação, assim como a indissociabilidade entre estes, que nos dá a ideia dos “jogos de verdade” (FOUCAULT, 2006: 235) constituintes dos sujeitos e objetos de um determinado saber e, portanto, do próprio campo de saber ou disciplina. São estes jogos de verdade que não identificam o que é verdadeiro ou falso mas, antes, indicam as regras e os regimes de articulação de elementos discursivos e não discursivos, responsáveis por promover a veracidade ou a falsidade do que se observa.

Foucault (1979) já havia apontado para a diferença entre o saber psiquiátrico e outros saberes como física ou química, no que diz respeito a uma maior facilidade ou dificuldade em se perceber as suas relações com as estruturas políticas e econômicas da sociedade. A pouca definição do perfil epistemológico da psiquiatria, bem como a ligação de sua prática à instituições econômicas e políticas diversas (FOUCAULT, 1979), torna mais fácil a apreensão dos jogos de verdade que regem este saber/prática em suas operações reducionistas. Portanto, a ideia de jogos de verdade nos ajuda na modulação da acepção do que seria a terceira dimensão do termo “sentido”: de uma “razão de ser” para um “ser da razão”, ou, de um *fazer com base em um saber* para um *saber com base em um fazer*.

Podemos perceber a presença de jogos de verdade, por exemplo, nas discussões trazidas no final do primeiro capítulo, onde nos detivemos sobre a alternância de termos designados na nomeação do fenômeno com o qual se ocupa o campo da atenção psicossocial, todos operadores de discursos reducionistas. Com base no que foi discutido, concluímos que as mudanças no uso da categoria “doença mental” para “transtorno mental” e “sofrimento psíquico” não se deram graças às descobertas e avanços científicos, mas às mudanças no regime do discurso e do saber (FOUCAULT, 1979). Apenas as tendências reducionistas, bem como a constante ampliação do campo de influência da psiquiatria não sofreram mudanças.

Assim, pensamos em combinar conceitos amplamente utilizados desde o advento da reforma psiquiátrica, para que o conceito de **transtorno psicossocial** possa surgir e nos ajudar como intercessor clínico. O uso de tal conceito não visa simplesmente uma substituição das categorias já existentes, que, como vimos, também contribuem para um reducionismo no dizer. O conceito que propomos também não conta em seu uso com a pretensão de resumir ou incluir todas as explicações e dimensões do fenômeno com o qual se ocupa a atenção psicossocial. Aliás, a nossa intenção passa longe de um conceito que explique ou inclua. Antes, apostamos no conceito de transtorno psicossocial enquanto um intercessor que provoque questionamentos que, para serem respondidos, nos levarão a outros lugares; que abra novas possibilidades de se pensar o fenômeno observado – e também experienciado na relação de cuidado, por ser também social.

Formado por fragmentos de outros conceitos (PASSOS; BARROS, 2003), o conceito transtorno psicossocial é prenhe de multiplicidade e, portanto, comporta certa irregularidade, uma indefinição em seus contornos – Que é da ordem do psíquico? Que é da ordem do social? Como estas noções se combinam? Daí, pensamos, advém sua potência de transversalização, de atravessamentos desestabilizadores operados nas disciplinas em jogo.

É através da desestabilização e do desvio operados clinicamente que acessamos o plano da produção de subjetividade e demais conceitos; plano de multiplicidades, heterogenético, composto por vetores diversos que participam ativamente de toda a produção de realidade, tal como os religiosos, os políticos, os governamentais, os raciais, os ideológicos, os culturais, etc.. É, pois, neste plano que se dá a experiência clínica, plano que é do coletivo, que não deve ser reduzido a ideia de soma de indivíduos ou de sociedade.

Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. No plano de produção, plano coletivo das forças, lidamos com o que é de ninguém, ou, poderíamos dizer, com o que é da ordem do impessoal. No coletivo não há, portanto, propriedade particular, personalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É aí que entendemos se dar a experiência da clínica: experimentação no plano coletivo, experimentação pública (PASSOS; BARROS, 2004:169).

Portanto, a atitude transdisciplinar pode contribuir para a superação do reducionismo em seu efeito de privatização, cuja noção não mais pode se limitar à

sinonímia de uma desestatização. A transdisciplinaridade possibilita a tão almejada ampliação da clínica, através da problematização dos limites de cada disciplina, sem o risco de novos aprisionamentos, de novos especialismos a substituírem outros já superados – falamos de uma outra forma de privatização; a problematização dos saberes nos possibilita uma problematização das práticas, de modo a não nos limitarmos a uma técnica ou serviço específico e, portanto, uma terceira forma de privatização; tornando possível o acesso ao plano coletivo do impessoal e colocando em análise o caráter identitário e estrutural do sujeito, a atitude transdisciplinar nos possibilita equivocadamente uma quarta forma de privatização, aquela que nos seqüestra deste plano do coletivo e nos aprisiona em estratos históricos de sujeitos de um determinado saber, agentes produzidos e reprodutores do reducionismo contra o qual se luta.

Por tudo o que foi discutido, apostamos na clínica transdisciplinar não como um novo modismo, pois toda moda é um recorte histórico; ou novo campo de práticas e saberes corporificado em um modelo fixo e prescritivo, preñado de técnicas específicas. Nossa aposta na clínica transdisciplinar se dá por considerarmos sua capacidade de se criar e se recriar a cada instante (PASSOS; BARROS, 2000).

É assim que, em nosso trajeto, percebemos a importância de que a disputa de sentidos constituinte do Campo da Atenção Psicossocial Brasileira dê passagem à **disputa por mais e novos sentidos** não apenas na produção de cuidado, mas na produção de saúde. Seguimos, então, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, por uma superação das tendências reducionistas na atenção psicossocial.

BIBLIOGRAFIA

AGGEGE, S. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais. **O Globo**, Rio de Janeiro, 09 de dezembro. 2007. O País, p. 14.

ALMEIDA, E. **Medicina hospitalar - medicina extra-hospitalar : duas medicinas?**. Rio de Janeiro, 1988. (Dissertação Mestrado em Medicina - Universidade Estadual do Rio de Janeiro).

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P.(Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ANDREOLI, S. B., et al. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria.2007:29(1):43-6**. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 de junho de 2009.

AROUCA, A. S. S. **O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.

_____. Conferência: Democracia é Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1987.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Os voluntários e os involuntários. **Clipping de Notícias/ABP Informação on-line**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, maio de 2009. Disponível em: <http://www.abpcomunidade.org.br/clipping/exibClipping/?clipping=9518>. Acessado em: 20 de junho de 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Omissão de Socorro. **Newsletter/ABP Informação on-line**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, agosto de 2007. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/congresso/noticias/noticia/?not_id=65. Acessado em: 20 de outubro de 2007.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond. 2005.

BARROS, D. **Jardins de Abel – Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Edusp: Lemos Editorial, 1994.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. La violence, au coeur et à l'encontre du contemporain. *Chimeres*, **Paris**, v.51, n. **automne**, p. 83-93, 2003.

BEZERRA J., B. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? In: **Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ – nº 14**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf. Acessado em: 20 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4**. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24364&janela=1. Acessado em: 10 de junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007b, 85p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2ª ed. – Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24361&janela=1. Acessado em: 02 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI_8080.pdf. Acessado em: 10 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1987.

_____. EJ Legislativo. **Constituição Federal do Brasil** Brasília: Senado Federal, 1986. Disponível em: http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/chefia_Gabinete/legislacao/CONST%20FEDERAL%20COMPLETA.pdf. Acessado em: 10 de agosto de 2008.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702006000300005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 05 de agosto de 2008.

BUSATTO FILHO, G., et al. O futuro da neuropsiquiatria: os novos métodos de investigação e suas implicações no conhecimento do funcionamento cerebral. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 1, p.16-21, 1998. Disponível em: <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n1/arti251b.htm>. Acessado em: 20 de junho de 2009.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M. A. do. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de setembro de 2008. doi: 10.1590/S1413-81232007000400007

CAMPOS, G. W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 de fevereiro de 2009.

_____. **Saúde Paidéia**. Ed. São Paulo: Hucitec. 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Campinas, 2004. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva e Social/ FCM/ UNICAMP). Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000343562>. Acessado em: 25 de agosto de 2008.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELGADO, P. G.; WEBER, R.. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. Revista **Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, junho 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000200026&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 26 de junho de 2009.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FORMENTI, L. Reforma Psiquiátrica brasileira será modelo para projeto da OMS. **Veja.com**. Últimas Notícias / Agência Estado. São Paulo, 11:05 AM, 13 de julho. 2009. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/agencias/ae/ciencia-saude/detail/2009-07-13-456161.shtml>. Acessado em: 20 de agosto de 2009.

FOUCAULT, M. Ética, sexualidade e política. **Coleção “Ditos e Escritos”, Vol. V**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 24ª Ed., 1979.

FRANÇA, J. O grande equívoco da política de saúde mental. **Newsletter/ABP Informação on-line**. Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Julho de 2006. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/oficio2/pag_02.html. Acessado em: 20 de outubro de 2007.

FREITAS, F. F. P.; RIBEIRO, G. A. Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia a Perúgia. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 11, n. 3, p.307-314, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Artetxt&pid=S1413-294X2006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03 de julho de 2009.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. ano VII, n. 02, 2004. p. 83-96.

HECKERT, A. L. C. Ética e técnica: exercício e fabricações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO/IMS, 2008, v. 1, p. 213-230.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2001.

IMPELLIZIERE, A. et al. *A Receita dos Jornais*. **Site Notícias sobre Notícias**, Junho de 2008. Disponível em: <http://noticiassobrenoticias.wordpress.com/tag/perfil-dos-leitores/>. Acessado em: 30 de agosto de 2008.

LEAL, E. M., et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fund.**, v.9, n.3, p.433-46, 2006. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/v09_03/04.pdf. Acessado em: 03 de junho de 2009.

LEAL, E. M. Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. In: **Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ – nº 14**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

LUZ, M. T. **As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Aug. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 de junho de 2009.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Outubro de 2004. p.1411-1416. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 de junho de 2009.

_____. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro R, Mattos RA organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

NEVES, C. A. B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2009. p.781-784. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500029&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 de outubro de 2009

_____. **Interferir entre desejo e capital**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5**, 2006. Disponível em:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 de agosto de 2008.

ONOCKO-CAMPOS R. T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate** 2001; 25(58):98-111.

SERPA JUNIOR, O.D. A Psiquiatria e neurociências: como redescobrir o cérebro sem eclipsar o sujeito. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano VII, vol 02**. 2004 p.110-124. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun4/5.pdf>. Acessado em: 23 de setembro de 2009.

PASSOS, E; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum, n.19-20**, 2004. p.159-171.

_____. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: Tânia Mara Galli Fonseca; Patrícia Gomes Kirst (Org.). **Cartografias e devires. A construção do presente**. Porto Alegre, 2003, v. 1. p. 81-89.

_____. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ), PUC-RJ, v. 13, n. 1, 2001. p. 89-99.**

_____. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, 2000. p. 71-79.**

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. Organização Escola Politécnica Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro:EPSJV, 2006. p. 255-262.

PORTO, L. S. O Paciente Problema. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2ªed. Porto Alegre, Artmed, 1996. p. 586-592.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003. p.27-34**. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17 de julho de 2009.

RUSSO, J. A.; PONCIANO, E. L. T. O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da natureza. **Physis, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Dec. 2002**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000200009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 01 de julho de 2009.

SARACENO, B. **Libertando Identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 2. ed, 2001a.

_____. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2. ed., 2001b.

SAYD, J.D. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. In: PINHEIRO, R.: MATTOS, R. (ORG.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS, 2001.

SOUZA, E. C., et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. p.100-110.** Encontrado em: http://www.scielosp.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 de julho de 2009.

TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos - expressões do "dilema preventivista", então e agora. In: AROUCA, A. S. **O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.48-58.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. p.190-198.** Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17 de julho de 2009.

TRÓPIA, G. Reflexões sobre o discurso de divulgação neurocientífica. **Ciência & Ensino (UNICAMP), v. 2, p. 1-9, 2008.** Disponível em: <http://www.ige.unicamp.br/ojs/index.php/Cienciaeensino/article/view/177/144>; Série: 2; ISSN/ISBN: 14145111. Acessado em: 05 de julho de 2009.

VENTURINI, E., et al. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 55, n. 1, p. 56-63, 2003.**