

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA - UAPSI**

**SUBJETIVIDADE E CIDADANIA NO CONTEXTO PÓS-REFORMA
PSIQUIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

DAIANE CORDEIRO DOS SANTOS

CAMPINA GRANDE – PB

2016

DAIANE CORDEIRO DOS SANTOS

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do título de bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Roseane Christhina da Nova Sá-Serafim e coorientação da Professora Cleide Pereira Monteiro.

CAMPINA GRANDE – PB

2016

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”-
UFCG**

S237s

Santos, Daiane Cordeiro dos.

Subjetividade e cidadania no contexto pós-reforma psiquiátrica: um relato de experiência/ Daiane Cordeiro dos Santos. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

25 f. 21 x 27,9 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Roseane Christhina da Nova Sá-Serafim e

Coorientadora: Cleide Pereira Monteiro.

1.Saúde mental. 2.Reforma Psiquiátrica. 3. Subjetividade. 4.Cidadania. I. Sá-Serafim, Roseane Christhina da Nova (Orientador). II. Monteiro, Cleide Pereira (Coorientador). III. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9: 613.86 (813.3)

DAIANE CORDEIRO DOS SANTOS

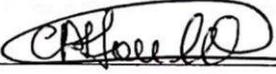
SUBJETIVIDADE E CIDADANIA NO CONTEXTO PÓS-REFORMA
PSIQUIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

APROVADO EM: 26 / 01 / 2016
NOTA: 10,0

BANCA EXAMINADORA


Profª Roseane Quintanilha Barbosa Graef

Orientadora


Profª CLEIDE PEREIRA MONTEIRO

Coorientadora

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Prof.(a) Karynna M. Barros da Nóbrega

Examinador(a)


Prof.(a) Izabela Lemos Arterio R. Lima

Examinador(a)

AGRADECIMENTOS

A reflexão sobre a importância do fechar de ciclos tornou-se presente e intensa nos últimos tempos. Junto aos devaneios relativos a isso, rememoro sobre meu caminhar, coletivo desde sempre. Percebo-me personificada em gratidão. É na sabida insuficiência das palavras que agradeço pela companhia no caminhar durante esse ciclo, que agora se encerra.

Sou grata à minha família, pelo incentivo, credibilidade e amor destinados a mim durante toda uma vida.

Sou grata às parcerias de luta e de vida. Aos amigos e amigas que me acompanham, fortalecem meu caminhar e expandem meus horizontes cotidianamente. À turma pioneira, por ser o meu lugar na graduação e pelos laços afetivos construídos para além dela. Aos encontros, mesmo que despreziosos, que instigam possibilidades e fortalecem esperanças nesse fazer que escolhi acreditar.

Sou grata à todos os professores e professoras do curso, pelo compartilhar dentro e fora da academia, responsáveis pelo fundamento prático e ético da profissão. Sou grata à Cleide Monteiro, pela aposta, afeto, delicadeza e presença. Pelo investimento, instrução desburocratizada e pela inspiração profissional.

Sou grata à Roseane Sá-Serafim, pela disponibilidade durante a graduação e acolhimento na reta final. Às componentes da banca, por aceitarem o convite e me acompanharem em mais um momento. À Karynna Nóbrega, por todas as sensíveis e imprescindíveis contribuições dentro e fora da vida acadêmica. À Isabela Arteiro, por fazer parte da minha construção na psicologia com tanto cuidado e dedicação.

Sou grata à todos e todas que participaram dessa produção, que simboliza na materialidade, o fechar do primeiro ciclo dentro da psicologia.

RESUMO

O artigo apresenta problematizações sobre a assistência à saúde mental no Brasil, levantadas à partir da experiência do estágio supervisionado específico do curso de psicologia realizado em um dos dispositivos da rede (CAPS III). A assistência à saúde mental passou por mudanças ao longo do tempo, entretanto foi fortemente marcada pela segregação, silenciamento e exclusão social do louco. O atual cenário nacional, representado pela Reforma Psiquiátrica, aponta mudanças significativas no que diz respeito ao cuidado em saúde mental. Apresenta-se como fruto de transformações clínicas e políticas iniciadas tempos atrás e sugere uma nova proposta para a saúde mental. A implicação entre a clínica e a política inaugura um cenário capaz de dar voz e autonomia aos sujeitos, considerando-os como existências psicossociais. Entretanto, apesar das modificações institucionais e legislativas, o fazer cotidiano nos serviços é atravessado por muitas questões, que apresentam dificuldades, limitações e exigem muita criatividade. A inserção no serviço durante o estágio, por meio da realização de oficinas terapêuticas junto a usuários e familiares, permitiu a reflexão de questões relativas às propostas assistenciais da saúde mental, assim como o lugar ocupado pelos sujeitos nessa esfera. Por meio dessa experiência concluiu-se que, apesar dos entraves notáveis, muito ainda pode ser feito e essa aposta de mudança não pode se realizar sem articulação entre o sujeito e o cidadão, entre a clínica e a política.

Palavras-chave: Saúde mental, Reforma Psiquiátrica, subjetividade, cidadania.

ABSTRACT

The article presents problematizations on mental health care in Brazil, raised by the Specific Supervised Training from the experience of the Psychology course held at one of the institutions (CAPS III). The mental health care was changed over the time, however, it was strongly marked by segregation, social exclusion and silencing of the insanes. The current national setting represented by the psychiatric reform, shows significant changes concerning the mental health care. It is presented as the result of technical and political transformations that began long ago and suggests a new proposition for mental health. The implication between the clinic and politics opens a scenario that is able to give voice and autonomy to the individual, considering them as psychosocial beings. However, despite the institutional and legislative changes, the daily service is crossed by many issues that present difficulties, limitations and require a lot of creativity. The inclusion in the service during the training, through the realization of therapeutic assistance with users and family, allowed the reflection of matters related to mental health care issues, as well as the role played by the individuals in this field. Through this experience it was concluded that despite remarkable obstacles, a lot can still be done and that bet for change can not take place without coordination between the subject and the citizen, between the clinic and the politics.

Key-words: Mental health, psychiatric reform, subjectivity, citizenship.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	08
2. A assistência ao sujeito em sofrimento psíquico.....	09
3. Percurso Metodológico.....	16
3.1. O encontro com o Campo.....	16
3.2. Experiências do Campo.....	17
4. Resultados e discussão.....	19
4.1. O lugar do sujeito na instituição pública.....	19
4.2. Subjetividade e cidadania no contexto da Reforma Psiquiátrica.....	21
5. Considerações finais.....	23
6. Bibliografia.....	24

1. Introdução

O encontro com a loucura durante a graduação tocou-me fortemente. Apresentou-me a dureza do modo como a loucura foi historicamente tratada e as repercussões desse lidar, ainda latejantes, nos dias atuais. Saber das implicações dessa realidade na vida de pessoas, sujeitos, exigiu-me movimentação.

Meu percurso na psicologia foi marcado pelas questões clínicas e políticas referentes à saúde mental. Esse encontro também me permitiu conhecer outras possibilidades, alternativas à exclusão e apagamento dos sujeitos, encarcerados por saberes e poderes.

Uma vez considerada a existência de grandes mudanças em relação aos cuidados em saúde mental, pretendo apontar as consequências de algumas delas para os usuários, sujeitos dos quais me proponho a cuidar. Ao longo do texto são levantadas problematizações em torno da assistência à saúde mental, bem como à atual proposta da reforma psiquiátrica, seus avanços e limitações.

A assistência à saúde mental foi construída e modificada ao longo do tempo. No entanto, manteve durante séculos um lugar de exclusão, institucionalização e segregação social para o sujeito em sofrimento psíquico. Como apresenta Foucault (1978), as consequências do enclausuramento e marginalização de séculos atrás, ressoam questões que permanecem marcando a loucura, e o seu lidar, na atualidade.

Entretanto, apesar das marcas dessa história, da hegemonia do saber psiquiátrico e das repercussões sociais ainda consequentes, mudanças ocorreram e permanecem acontecendo. O cenário da saúde mental no Brasil da atualidade, representado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, é produto de transformações clínicas e políticas iniciadas tempos atrás e apresenta uma nova proposta para a saúde mental.

Amarante (2008) defende que a mudança paradigmática sinalizada pela Reforma Psiquiátrica apresenta questões que exigem movimentação nos serviços de assistência à saúde mental. Os dispositivos de saúde, possuidores de uma lógica normativa, encarceradora e cronificante, depois de muito utilizados e não menos questionados, precisam dar lugar aos serviços substitutivos, propostos para acolherem o usuário e sua família, visando, dentre outras coisas, reinserção psicossocial, autonomia e participação

política, o que, de acordo com Lobosque, (2001), impulsiona uma reforma da assistência prestada e sugerem mais, uma modificação na forma de entendimento/visualização da loucura e suas implicações.

Considerando que não há clínica sem política, a esses novos serviços, é indispensável à invenção de um modelo terapêutico que compartilhe com essa nova construção política voltada aos cuidados em saúde mental. A criação de uma atmosfera que dê espaço e voz para o sujeito. No entanto, apesar das modificações significativas ocorridas, o lidar cotidiano da prática na saúde mental, apresenta muitos desafios.

O atual panorama da saúde mental no país é resultado de uma trama de acontecimentos, tecida por diversos atores. Seu processo de construção, junto à saúde pública, com a criação do Sistema Único de Saúde, possui marcas reivindicatórias que foram fortalecidas pela preocupação com as garantias da cidadania. Frente a essa realidade, surge uma indagação referente a clínica e a cidadania: foi o resgate da cidadania que promoveu uma mudança clínica ou a clínica que promoveu a cidadania e, junto com ela, o espaço para o sujeito?

Através do relato do que foi experienciado no campo da saúde mental, por meio do estágio supervisionado específico realizado em um dos serviços constitutivos da rede assistencial, transito por algumas inquietações, despertadas e amadurecidas nesse encontro com a loucura e seus modos de cuidado, referentes à questões que envolvem a relação entre a clínica e o sujeito, a subjetividade e a cidadania.

2. A assistência ao sujeito em sofrimento psíquico

O lidar com a loucura passou por modificações ao longo do tempo. As primeiras documentações sobre o tema misturam o misticismo e a arte. Como apontado por Pessotti (1994), o modelo mítico-religioso foi utilizado para pensar a loucura na antiguidade. Presente nos textos trágicos gregos e sendo justificada por fatores divinos, a loucura, localizada no espaço sobrenatural, é dotada de certa sabedoria e considerada capaz de falar sobre as verdades da existência. Nomes como Hipócrates e Galeno, representam as primeiras explicações científicas para a loucura, ainda na antiguidade. Essa concepção ganha nova roupagem no período seguinte.

Foucault (1978) afirma que na idade média, época de grande influência da igreja, obscuridade e temor, a possessão demoníaca foi a principal explicação para a condição da loucura. Segundo o autor, a mudança de prioridades vividas nessa época e aprofundadas séculos depois, destituiu da loucura o saber sobre o outro, o mundo e sobre si mesma. Uma vez não estando dentro dos padrões valorizados pela modernidade, época da razão, a loucura, agora um problema social, foi trancafiada e excluída do convívio com a comunidade. Desse modo, “O grande enclausuramento” do século XII marca o início da segregação da loucura em instituições asilares de caráter jurídico-social, os hospitais gerais, que não tinham objetivo de tratamento. Essas instituições davam aos diretores, os médicos, total poder de decisão sobre a vida clínica e jurídica dos internos.

Segundo Goffmann (1970), esses espaços são caracterizados como instituições totais, estabelecimentos marcados pela desobjetivação. Dentro das instituições totais, os processos de padronização, as regras de conduta e comportamentos, entre outras obrigatoriedades, são responsáveis pelo que o autor conceitua como processo de “mortificação do eu”, uma despersonalização por meio do enquadramento, configurando lugares que não permitem a valorização de manifestações subjetivas. Galende e Kraut (2006) acrescentam que esses são os espaços historicamente ocupados pela loucura.

Entretanto, essas instituições, habitadas também por outros corpos marginalizados, começaram a ser questionadas tempos depois. No século XVIII a Revolução Francesa, com a Declaração dos Direitos Humanos, estabelece princípios políticos e sociais que repensam muitas práticas. Dentro das várias inquietações desse momento, estava o destino das pessoas consideradas incapazes de viver em sociedade. Na efervescência dessa mobilização, surge a figura de Pinel, o alienismo e sua proposta de tratamento moral. Ele realizou o que foi considerada a primeira libertação dos loucos, feita através da liberação das correntes que os prendiam às paredes dos hospitais. No entanto, esse ato recebe outras interpretações.

O gesto de Pinel de liberar os loucos das correntes não possibilita a inscrição destes em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental. (AMARANTE, 1998, p. 25).

Segundo Torre e Amarante (2011), o nascimento do alienismo pineliano, responsável pelos primeiros passos da psiquiatria, promove uma nova forma de relação com a loucura. Tal relação foi construída à partir do estatuto de cientificidade, produzindo tempos depois a doença mental e a classificação diagnóstica, ditadas pelo saber/poder psiquiátrico.

A imposição do saber psiquiátrico gera classificações, reduz e despotencializa os sujeitos. Essa condição foi reforçada pelo marco da regulamentação da Lei de Esquirol, no século XIX, e oficializa o início das práticas de cuidado em saúde mental pela psiquiatria, responsável pelos destinos clínicos e jurídicos do dito enfermo, como pontua Foucault (1978). O louco, portanto, torna-se invisível para a sociedade e objeto de saber dos especialistas. É submetido ao poder da psiquiatria e destituído do saber sobre si mesmo.

Nesse processo, é operada a construção da doença mental como objeto médico e, com ela, toda uma prática diagnóstica, medicalização e estruturação de paradigmas que justifiquem intervenção; (...) O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. (AMARANTE, 1998, p. 46).

O suposto tratamento direcionado a loucura no século XIX, possuía um carácter de correção física e moral, tornando impossível a existência do sujeito. O século XX aponta algumas modificações, mas não tornando ameno o que já era considerado inconcebível:

A loucura como tal segue configurando em seu rosto visível uma mesma identidade, entre a internação forçada e os sintomas da enfermidade. Os “pequenos monstros”, como temos denominado esses pacientes institucionalizados, não são produtos de sua enfermidade mas de uma longa internação e das condições que impõem a instituição total que é o manicômio. (GALENDE & KRAUT, 2006, p. 75).

Para reforçar e deixar ainda mais clara a influência desse paradigma, Arbex (2013), através de um livro reportagem, denuncia, sem deixar margem para dúvidas, a crueldade que não só existiu, como foi mantida por décadas no Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais. Denomina de Holocausto Brasileiro, o verdadeiro genocídio ocorrido dentro

da instituição, que matava em todos os sentidos, as vidas ali depositadas. A riqueza de detalhes, com documentos, testemunhos e fotografias, percorre uma realidade difícil de acreditar, um histórico injustificável de violência sem precedentes, que pode, facilmente, representar o que foi vivido nos Hospitais Gerais, séculos atrás.

Durante os quase 80 anos de existência, o hospital Colônia recebeu milhares de “loucos, pobres, pretos, vagabundos, presos políticos e pessoas de moral questionável”. Dessas pessoas, cerca de 60 mil morreram pela violência e descaso cotidiano. As péssimas condições da estrutura, a falta de higiene, o frio, a comida escassa e de má qualidade e a superlotação, somadas a violência nomeada de intervenção terapêutica e aplicada aos corpos de seus ocupantes, extinguiram pessoas todos os dias. A existência do hospital Colônia exemplifica de maneira muito próxima e gritante, como a instituição manicomial é violenta e opressora. Ao final de tantos anos e das muitas denúncias realizadas, o Colônia fecha as portas, deixando um rastro inesquecível, ressoando a necessidade de mudança imediata.

Os “tratamentos corporais” de tempos atrás, realizados em Barbacena e em outros hospitais, responsáveis pela contenção física e subjetiva dos sujeitos, perderam seu destaque na atualidade, no entanto, podem ser facilmente representados pela medicalização, igualmente capaz de encarcerar e inibir.

O conhecimento sobre os mecanismos químicos e lugares de intervenção, nada nos pode explicar sobre essas experiências emocionais, subjetivas, sobre as quais o discurso psicológico segue vigente, reconhecendo a singularidade para cada sujeito dessas experiências. (GALENDE & KRAUT, 2006, p. 93).

Embora a psiquiatria represente a hegemonia do tratamento em saúde mental e com ela carregue uma metodologia medicamentosa, todas as demais especialidades, que se ocupam desse trabalho, são responsáveis não só pela reprodução de práticas excludentes, como também por uma atuação que valorize as construções subjetivas, capazes de dar voz e autonomia aos sujeitos.

Ao longo da história da assistência à saúde mental, podem ser localizadas algumas tentativas de mudanças, iniciativas que buscaram outra maneira de lidar com a loucura, todas marcadas pelas condições dos períodos em que aconteceram. Experiências das

últimas décadas são responsáveis pela criação de um novo horizonte, possível à partir da crítica ao modelo psiquiátrico e afirmação da indispensável relação entre a loucura e a sociedade. Seguindo esta iniciativa e nutrindo o desejo por uma melhor assistência à saúde mental, que possa garantir eficácia, humanidade e respeito, surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que compartilha, assim como os demais, de condições específicas, tornando-se único em seu contexto.

O desejo pela mudança no paradigma de cuidados em saúde mental no país toma força nos anos 70, período de grande insatisfação popular devido ao autoritarismo governista e suas consequências para a população. A proposta de reforma foi influenciada por movimentos anteriores ocorridos em outros países e principalmente pela experiência Italiana, com a antipsiquiatria e a proposta de Franco Basaglia, referências teóricas e práticas fundamentais.

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental surge como protagonista dessa nova aposta, fortalecida por uma rede de colaboradores formada por associações, conselhos, organizações políticas e movimentos sociais. Amarante (1998) menciona que o movimento, ao longo de sua constituição, assumiu um carácter crítico e político, valorizando sua autonomia e o carácter plural do movimento não institucionalizado e com participação popular. Desse modo, foi fortalecido na década de 80, juntamente com a construção do SUS, fruto de grande mobilização popular, que defende a saúde pública, gratuita e de qualidade, como direito de todos e dever do Estado. Além de sustentar os princípios norteadores de integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação popular, pontos que não podem ser distinguidos da proposta reformista para a saúde mental.

Amarante (1998) acrescenta que o movimento, ainda nos anos 80, assume o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, reforçando seu posicionamento contra-hegemônico e marcando uma ruptura política e epistemológica, com discussão de alguns aspectos, tais como: a questão da loucura para além do limite assistencial, pensando questões teóricas e políticas a ela implicadas; a organização dos trabalhadores de saúde mental e sua relação com o estado; a análise e reflexo das práticas desenvolvidas, a quem servem e de que maneira.

A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova maneira de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com essas questões, sabendo ser possível transcender os modelos pré-estabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades. (AMARANTE, 1998, p. 94).

Como reflexo do posicionamento anteriormente citado, surge o projeto de lei Paulo Delgado, que reforça e contribui para a legitimação do que é proposto pelo movimento. A consequente Lei 10.216, regulamentada anos depois, é considerada um marco importantíssimo para a reforma psiquiátrica.

A mudança paradigmática lançada pela Reforma Psiquiátrica e fortalecida por tais medidas, aposta na retirada da loucura do lugar reducionista da doença mental e na inserção da mesma na dimensão da experiência singular do existir. Pensar o sujeito, suas demandas, construções e possibilidades, só é possível com essa mudança de lugar. Para tanto, destaca-se que “escapar à noção de doença mental torna-se um dos passos fundamentais para a retomada da complexidade do processo saúde-loucura (...) processo denominado superação do manicômio ou desconstrução do dispositivo psiquiátrico.” (TORRE & AMARANTE, 2011, p. 58).

Atualmente, apesar da permanência influente de saberes, capazes de inibir e limitar, ressonantes em posicionamentos técnicos, éticos e políticos, podem-se vislumbrar possibilidades, que valorizem a autonomia e potencialidades dos sujeitos por trás dos inúmeros rótulos. Galende e Kraut (2006) consideram que a valorização do sujeito e a consideração de existência social e seu pertencimento a uma cultura, interferem diretamente na produção de sentidos, o que ressoa tanto nas teorias, como nas práticas terapêuticas, repercutindo, conseqüentemente, sobre o poder exercido pela normatização científica, reforçada por séculos pelo saber/poder exercido pelos especialistas. De tal modo:

A clínica antimanicomial encontra-se, portanto, confrontada a um paradoxo: cuidar de quem, em nome da razão, não existe nem subjetiva nem civilmente, buscando as condições para o que mesmo possa vir a responder por si e pelo seu querer, exigência ética do cuidado, operando de modo diverso da tradição, fazendo caber na cultura e na cidade a diferença, sem conformá-la aos moldes e modelos da razão. (SILVA, 2007, p. 134).

Para tanto, uma assistência direcionada a existências, aos sujeitos e suas especificidades, realiza-se à partir do resgate da história, dos laços e com o respeito às suas invenções. “A experiência da loucura não concerne apenas aos loucos; diz respeito à família e à cultura, desafia o social e o político, interpela a arte e a linguagem – e, nestes espaços tão distintos, faz sempre questão ao pensamento da subjetividade” (LOBOSQUE, 2001, p. 21).

A lei 10.216, regulamentada em 2003, e a Política Nacional de Saúde Mental do país, fazem proposições importantes e apontam consideráveis mudanças, expressando nessa perspectiva, a aposta em uma assistência que articule a clínica, a política e o social.

No intento de alcançar esses objetivos, são lançadas algumas propostas, dentre as quais estão dispositivos de saúde que se pretendem contrários à lógica manicomial. Amarante (2008) apresenta que dentro da rede de serviços tecida para a saúde mental, no panorama da reforma psiquiátrica, encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os serviços de Emergência, os leitos em hospitais, as Unidades Básicas de Saúde da Família e as Comunidades Terapêuticas.

Os CAPS são categorizados de acordo com a especificidade dos cuidados e a quantidade de habitantes do município, seguindo o princípio da territorialidade e equidade. Segundo tais determinações, são divididos em: CAPS I, II e III – que acolhem usuários com transtornos médios, graves e severos; CAPSad – voltado para as consequências do uso abusivo do álcool e outras drogas; CAPSi – direcionado aos cuidados infantis. Os CAPS III, aos quais me deterei um pouco mais, são serviços diferenciados dos outros por oferecerem assistência 24h, cuidados intensivos e leitos para o acolhimento em crise. Abarcam uma maior área de abrangência e para tanto, possuem uma equipe multidisciplinar mais numerosa.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aparecem enquanto propostas substitutivas ao hospital psiquiátrico, visando dentre outras coisas, autonomia, (re)inserção social e participação política de seus usuários. Esses dispositivos também são orientados pela Política Nacional de Saúde Mental a trabalhar na perspectiva da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial. Rinaldi (2010) afirma que essas perspectivas são estratégias clínicas, sociais e políticas, trazidas pela Reforma Psiquiátrica, para lidar com questões como a exclusão, segregação e classificação diagnóstica. Lobosque (2001) acrescenta são

ferramentas imprescindíveis, “pensando numa atuação que já não determina lugares para os loucos, mas busca parcerias diversas para dar-lhes suporte na construção de um lugar; numa técnica cujo rigor do próprio avanço implica também no traçado de seus limites.” (LOBOSQUE, 2001, p. 147).

A política de assistência à saúde mental recomenda ainda, nesses espaços, o cuidado com base no Projeto Terapêutico Singular, que visa considerar especificidades clínicas de cada usuário, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. Tal perspectiva considera a complexidade e amplitude que compõe o campo da saúde mental.

As considerações à seguir, dizem respeito ao trabalho realizado em um desses dispositivos. Destina-se à tentativa de vincular, em termos de experiência, a construção teórica realizada até então e que culmina, na assistência à saúde mental pós reforma psiquiátrica.

3. Percurso metodológico

3.1. Encontro com o Campo

Pensar a assistência à saúde mental pós reforma psiquiátrica, e o lugar que o sujeito ocupa na instituição pública, levando em consideração todo o traçado até aqui realizado, foram indagações nutridas durante a graduação em psicologia e fortalecidas no estágio supervisionado específico II, vivenciado durante 5 meses em um CAPS III. Esse estudo, de caráter qualitativo, é um relato de experiência do que foi apreendido nesse período.

O CAPS III é um dispositivo direcionado para transtornos mentais graves e severos e o serviço referente a esse relato assiste cerca de 4.000 usuários na cidade. O CAPS possui cuidados intensivos e funciona 24h todos os dias da semana. É composto por uma equipe multiprofissional com cerca de 20 integrantes.

Levando em consideração as características do dispositivo e após visitas iniciais para levantamentos das demandas e planejamento interventivo, o estágio se propôs a: escutar o serviço, sua rotina e demandas; acolher o sofrimento dos sujeitos que procuravam o serviço; participar de oficinas terapêuticas e elaborar um espaço de circulação de palavra e possível produção subjetiva; escuta clínica individual; acompanhamento dos familiares;

atividades com a equipe, território e rede de assistência. Em outros momentos, mantive a postura de observadora, o que me permitiu tecer considerações importantes.

Pude realizar alguns dos objetivos do planejamento original, com destaque às oficinas terapêuticas, espaços privilegiados para fomentar a reflexão das questões aqui levantadas. Existiram espaços destinados aos usuários e familiares, mediados por mim e pela supervisora de campo. Para além desses momentos previamente estabelecidos, meu transitar pelo serviço, em corredores e áreas comuns, durante horários entremeio à outras atividades, foi repleto de encontros com os usuários e familiares, marcados pela escuta singularizada e acolhimento de inquietações.

As oficinas terapêuticas, dispositivos de destaque no planejamento interventivo dos novos serviços de saúde mental, direcionam-se para promoção de socialização, expressão e inserção social. As oficinas podem assumir diversas formas, a depender dos participantes, do mediador e da própria instituição. Enquanto trabalho grupal, também possui uma dinâmica própria, relativa à demanda de seus participantes.

3.2. Experiências no Campo

Nas oficinas terapêuticas, espaços direcionados a escuta dos usuários e realizados com frequência semanal, observei as construções feitas à partir do encontro profissional-usuário, e usuários e familiares entre si. Em meio as frases recorrentes, construções delirantes, transbordamento incontido de falas e apelos silenciosos, encontravam-se produções subjetivas.

Foram realizadas 15 oficinas com os usuários e familiares. A maioria delas com temáticas livres, seja na circulação de palavras ou na produção de desenhos, quando o serviço contava com material necessário.

Uma das oficinas por mim planejadas, foi realizada à partir da pergunta disparadora “Qual o seu sonho?” e trouxe pontuações muito importantes. Os participantes expuseram desejos e anseios. Dentre aos diversos relatos, um apelo foi escutado com destaque: “Quero um dia poder parar de tomar a medicação pra me sentir vivo”. Essa afirmativa foi manejada de maneira interessante, conseguindo imprimir outros significados em relação à vida, às escolhas, aos sonhos e a medicação, que pode, inclusive, ser considerada uma parceira

durante o tratamento. Outra questão levantada, foi relativa às mudanças que viveram após o primeiro surto e as consequências delas nas relações sociais e familiares. Durante a oficina, notou-se nitidamente a tentativa de resgate, por parte dos participantes, ao que afirmavam ser antes da ruptura, que foi a crise, em suas vidas. O manejo com essa questão focou naquilo que o passado ensina e de que maneira se pode construir algo novo à partir dessa experiência. Alguns participantes tiveram dificuldade de pensar seus próprios sonhos, por envolverem sempre outras pessoas em seus desejos. Através desse espaço foi minimamente possível o resgate do sujeito, apagado diante de tantos rótulos, preconceitos e descrédito.

Junto ao grupo de família, deparei-me com as dificuldades que os cuidadores do cotidiano enfrentam. O grupo de família é tido como um espaço de partilha, seja de bons acontecimentos, ou das dificuldades encontradas na lida diária com as pessoas que estão sobre seus cuidados.

Esse espaço destinado aos cuidadores acolhia angústias e frustrações do lidar com a loucura. Dentre os assuntos emergentes estavam: a maneira com que os estereótipos relativos à loucura puderam atingir os usuários, bem como, as consequências desses rótulos e possíveis usos estratégicos dos usuários para adquirir alguma vantagem na relação familiar e social; A existência de coisas positivas mesmo nos momentos difíceis; As diversas responsabilidades e o sentimento de impotência frente à loucura, assim como, as possíveis explicações para ela; Conflitos familiares; Críticas, sugestões ao serviço e insatisfações sobre o tratamento e medicamentos.

Por meio desse contato, realizado semanalmente, muitas decisões e articulações foram realizadas, e, em rede, algumas soluções foram construídas. No intento de fortalecer esses laços e vivências comuns, utilizei de metodologias distintas, metáforas para as construções anunciadas.

Durante os primeiros encontros o grupo manteve-se em maior número, com uma média de 7 participantes, depois de um tempo a frequência diminuiu, por motivos laborais ou interações sociais diversas. O afastamento do grupo de família para essas atividades distintas simbolizam, para mim, algum empoderamento e alívio. Agora, parece-me que é permitido viver e crescer, mesmo com as dificuldades do dia-a-dia. Talvez, até mesmo, junto com elas.

As intervenções realizadas junto ao grupo sempre tiveram o objetivo de fortalecimento, vislumbrando uma diferenciação entre aquilo que é do familiar e aquilo que é do usuário do serviço. Também foram trabalhadas expectativas, frustrações e o manejo em relação a diversas situações vividas cotidianamente. Junto ao grupo, muitas demandas foram levantadas, alertando e me fazendo refletir sobre questões ainda não elaboradas.

4. Resultados e Discussão

4.1. O lugar do sujeito na instituição pública

A experiência de campo descrita anteriormente, possibilitou a fundamentação de questões relativas a assistência à saúde mental na atualidade. As reflexões levantadas dizem respeito à uma proposta assistencial que pretende articular a clínica e a política e apresenta, a necessidade imprescindível, da relação entre a subjetividade e a cidadania.

As oficinas terapêuticas se mostraram espaços potentes, capazes de contribuir muito para seus participantes. A afirmativa é acentuada pelo Ministério da Saúde, que pontua:

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível. (BRASIL, 2013, p.121).

Apesar de observar o destaque das produções subjetivas nesses espaços coletivos, identifiquei que a tentativa de imersão de alguns dos sujeitos ali presentes, algumas vezes, não puderam ser percebidas. O lidar cotidiano com a loucura me parece fragilizar a escuta de alguns profissionais, dificultando a escuta dos ruídos de um sujeito em suas tentativas de enunciação. “Como escutar nesse automatismo qualquer coisa da ordem da palavra do sujeito?” (LOBOSQUE, 2003, p. 155). Para isso, afirma Lobosque (2003), seria preciso ordenar sem arbítrio, apaziguar sem calar e acolher sem colar as delicadas operações.

São muitos os fatores que podem influenciar o processo terapêutico. Um deles, facilmente observado, transversal a todos os componentes do serviço, incluindo equipe, usuários e familiares é a burocratização da instituição, com metas numéricas e

procedimentos hierárquicos, e a dificuldade de diálogo entre esses atores. Esse entrave, somado a questões relativas a gestão, do serviço e do próprio município, e a implicação dos profissionais com o processo de trabalho, ressoavam no planejamento da equipe e no processo terapêutico dos usuários.

Motta (2005) faz algumas considerações em relação a motivação para o trabalho da instituição: a função social como limite e função terapêutica, uma vez não possuindo função social pode cair na alienação e experimento; sem a função terapêutica corre o risco de desaparecer. Essas são características constituintes da resposta institucional à clínica. É no acolhimento do que é específico de quem sofre e como sofre que pode ser traçado um projeto clínico para o sujeito. “Apenas essa posição distinta nos permite continuar a criar e permanecer na luta política, quando nada, no cenário partidário administrativo, favorece novidades ou avanços” (LOBOSQUE, 2003, p. 38).

Merhy (2006) acrescenta:

Os processos produtivos em saúde, que ocorrem nesse espaço, só se realizam em ato e nas intercessões do trabalhador e do usuário. É esse encontro que dá, em última instância, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado. (...) Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. (MERHY, 2006, p. 5).

Através dessa experiência percebi que a interação entre clínica e política se faz nas articulações entre a equipe, a rede, a família e o território. Na tentativa diária de garantir o direito de existir e ser cuidado de acordo com suas necessidades. No entanto, não é um processo fácil, requer investimento, implicação, criatividade e resistência. Acredito que a participação política dos usuários, familiares e profissionais, a mesma que tornou possível a criação do SUS e da própria reforma psiquiátrica, é um dos apoios que a saúde mental precisa para apostar numa reformulação da assistência e de tal maneira, colocar em prática o que foi pensando e instituído pela reforma psiquiátrica. O evidenciamento e implicação de todas as pessoas que compõem o serviço, é fundamental a esse processo.

Minha experiência apresentou um trabalho cotidianamente inventado, onde é preciso considerar e lidar, não sem consequências, com todas as contingências apresentadas pela instituição. A participação dos espaços de cuidado e construção política do serviço me

possibilitou reflexões sobre diversas questões que só aparecem na relação cotidiana com a saúde mental.

4.2. Subjetividade e cidadania no contexto da Reforma Psiquiátrica

O percurso até aqui traçado, apresentado através da literatura e experiência de campo, trouxe questões relativas à assistência à saúde mental e considerou a construção política de uma proposta assistencial que busque ser conivente com os direitos dos cidadãos, garantidos e legitimados, depois de muitas reivindicações. No entanto, pensar a saúde mental implica considerar a clínica, impossível sem o destaque à subjetividade, própria de cada um. Nessa perspectiva, a clínica e a política, a subjetividade e a cidadania, tornam-se pontos enredados. Pensar as implicações e influências de seus fundamentos separadamente, compõem uma discussão que não se faz possível avançar.

Lobosque (2001) pontua que a exclusão social da loucura implica numa radical exclusão da subjetividade do louco, impossível de ser pensado fora da cultura. Motta (2005) considera ainda que foi a partir do resgate da cidadania, tomando como propósito a garantia daquilo que é comum a todos e assegurado pela Constituição, que foi possível abrir espaço para o sujeito ser evidenciado. Tal sujeito é entendido aqui enquanto específico, singular e possuidor de suas próprias demandas. Portador de uma subjetividade, que “(...) tem a ver com este corpo, esta história, estas marcas inconfundíveis de cada um de nós; mas não entra na clássica oposição individual e social; pelo contrário, a consideração de suas diferenças é indispensável para toda construção coletiva” (LOBOSQUE, 2001, p.21). Como ainda afirma Lobosque (2001), o projeto antimanicomial propõe que uma abordagem das experiências da loucura deve apontar para a sua presença e produção no espaço da cultura.

Nessa atmosfera, o sujeito surge quando defendido enquanto ser político. Mas, será que a ênfase no que é comum a todos, de certa forma, chega a tirar o foco da subjetividade, como levantado por Lustosa (2003) e Maron et al (2003)? Será que o foco no que é direito comum e que iguala todos os seres sociais pode desconsiderar aquilo que é específico de cada um? No sujeito de direitos há espaço para subjetividade?

Galende e Kraut (2006) apontam que é justamente contra a generalização imposta pelo saber científico e aplicada em vários contextos, a exemplo da própria definição de

saúde e da classificação diagnóstica dos manuais de saúde mental, que se faz necessário uma reinvenção do modo de cuidado. Para pensar essa noção de cuidado conto com Merhy (2006), que o apresenta enquanto uma consequência do acontecimento do encontro entre os atores envolvidos, que atuam micropoliticamente nesse processo. Considero que esse modo de pensar o cuidado está presente nas propostas da reforma psiquiátrica, marco clínico e político na saúde mental. Nesse panorama:

A saúde e a doença ganham concretude histórico-social, tornam-se fenômenos datados na realidade política dos sujeitos sociais. A abstração operada pelo olhar positivista pode ser recolocada e situada na existência de toda uma relação entre saberes/poderes/subjetividades, feitas práticas sociais. (AMARANTE, 1998, p. 48).

Considerar a experiência de existência dos sujeitos, em serviços como o CAPS, que fazem parte uma rede assistencial de base comunitária, torna-se possível por meio da consideração de questões relativas ao território, lugar de pertencimento e de vínculos. O Ministério da Saúde (2005) descreve o território como um espaço de redes, laços e construções comunitárias, onde se insere não só o sujeito e suas demandas, mas o próprio serviço. Trabalhar no território, portanto, significa o resgate dos saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, onde soluções podem ser coletivamente construídas e múltiplas trocas entre os seus componentes podem ser realizadas.

A implantação das propostas antimanicomiais possuem muitos desafios, dentre eles estão questões econômicas, políticas, sociais e práticas. O serviço também é atravessado por ações e posicionamentos, de profissionais e gestão, em seus variados níveis, que não colaboram com a proposta atual para a saúde mental. Tais desafios são transversalizados pela própria dimensão da loucura e suas especificidades, levando em consideração todo seu o histórico de exclusão e estigmatização. Faz-se necessário estar atento a não institucionalizar o sujeito através de um discurso da cidadania, meio pelo qual foi possível dar-lhe voz.

Portanto, é imprescindível a invenção de um modo de cuidado que escute o sujeito, que fala da especificidade de sua existência. Como reafirma Silva (2007),

Ao propor a inclusão dos loucos na cidadania, estamos indo além de um ideal de democracia centrado no homem de razão. Pretendemos e necessitamos, para fazer nova e substancialmente distinta a nossa clínica, sustentar a cidadania enquanto acesso a direitos civis e sociais como patamar mínimo e condição de vida para todos, mas também que à igualdade de direitos deve-se agregar a noção de equidade: o direito à diferença. (SILVA, 2007, p. 135).

5. Considerações Finais

A Reforma Psiquiátrica marca uma grande mudança em relação à assistência à saúde mental, entretanto, a criação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, infelizmente, não garante a existência de práticas de cuidado que considerem e respeitem os sujeitos. Os serviços não estão livres de práticas institucionalizantes e excludentes, porque tais práticas são relativas a um processo hegemônico de construção de saber e poder sobre o outro. Mas, é a partir desses novos espaços, que as portas estão abertas para uma atuação que valorize as construções subjetivas, onde outra proposta é nutrida na contra-corrente. Como defende Lobosque (2001), a clínica antimanicomial busca o consentimento do sujeito, convocando-o na sua singularidade e para isso as parcerias são indispensáveis. Tais parcerias estão nos laços tecidos não somente dentro dos serviços e da rede de assistência, mas com a família e a própria cidade.

Embora necessária e urgente, a reforma não sem dificuldades, imprime certas exigências, dentre elas a invenção de outro modelo de assistência, que não o hospitalocêntrico representado pela psiquiatria e fortalecido por outras especialidades. Assim, por falta de um modelo universal, cada serviço, cada equipe de profissionais, precisa encontrar seu próprio caminho.

Lobosque (2003) argumenta sobre as consequências dos impasses, dificuldades e desafios da clínica, que convidam a pensar, inventar e elaborar estratégias distintas conforme o movimento. Tal condição, implica na criação de meios ou aprisionamento dos fins, resultantes em movimentos inúteis. Para lidar com essas exigências e garantir uma movimentação criativa e crítica faz-se fundamental o trabalho em rede, a supervisão técnica, a valorização de todos os componentes da equipe, e principalmente, um posicionamento, que esteja sempre no intento de fazer com que as escolhas políticas não sejam impositivas, mas possibilitem liberdade. O serviço precisa se permitir experimentar a

invenção e sustentação de uma nova clínica, que dê conta das várias demandas a serem acolhidas. “Uma clínica que não caminhe para si mesma, mas se combina e se articula como tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida e no convívio entre os homens” (LOBOSQUE, 2003, p. 21). Como defende Rinaldi (2010), um modelo que não reproduza práticas excludentes.

Assim como defendido por Lancetti (2006), através do vínculo e da ação no território podem-se analisar as verdadeiras necessidades de cada pessoa, como intervir em cada caso, perceber as deficiências e potencialidades do local; tudo isso com a permissão, participação e o olhar do sujeito. Uma clínica que ponha o sujeito de pé e não apenas se debruce ao leito. A equipe, com todos os seus componentes, é fundamental para esse processo.

As modificações necessárias aos cuidados em saúde mental não envolvem apenas uma mudança dentro da instituição, mas articulada com o território, a comunidade e a cidade. Portanto,

(...) o projeto antimanicomial não se resume a reformas assistenciais. Por eficazes que sejam, as reformas no âmbito da assistência só adquirem um caráter transformador quando se articulam com uma intervenção na cultura, tendo a recriação das ideias sobre a figura do louco ao mesmo tempo como objetivo e feito de sua implementação. (LOBOSQUE, 2001, p. 31).

Rinaldi (2006) afirma que o campo da saúde mental é marcado pela diversidade de saberes e práticas envolvidas em sua construção. É nessa diversidade que deve estar a aposta de uma invenção clínico-política para a saúde mental. Por meio da parceria entre a subjetividade e a cidadania, fortalecida pelo fazer coletivo, torna-se possível a fundamentação de um lugar para o sujeito, que precisa estar fora dos muros para (r)existir.

6. Bibliografia

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª Ed. São Paulo: Fiocruz, 2008.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro - Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes No Maior Hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.

BARRETO, Francisco Paes. A urgência subjetiva na saúde mental. **Opção Lacaniana**. Nº 40, 2004. Disponível em: <<http://ebp.org.br/publicacoes/revistas-impresas/page/6/?revista=661&nomepag>> Acesso em Julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental do Brasil**. Documento apresentado a Conferência regional de reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em Agosto de 2015.

FOUCAULT, Michel. **Historia de la Locura en la Época Clásica**. Buenos Aires: F.C.E, 1978.

GALENDE, Emiliano; KRAUT Alfredo. **El sufrimiento mental, el poder, la ley y los derechos**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales**. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

_____. **A clínica em Movimento**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MARON, Glória; RUBIÃO, Laura Lustosa; MACEDO, Lucíola Freitas; GRECO, Musso Garcia; GOMES, Nadia Reggiani; LAIA, Sérgio. A psicanálise nas novas instituições. **Opção Lacaniana**. Nº 38. Novembro de 2003. Disponível em: <<http://ebp.org.br/publicacoes/revistas-impresas/page/7/?revista=657&nomepag>> Acesso em Setembro de 2015.

MERHY, Emerson. Cuidado é um acontecimento e não um ato. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS Brasília, **Conselho Federal de Psicologia**. Outubro de 2006, p. 69-78. Disponível em:<<http://www.cprj.org.br/publicacoes/cartilhas/saude-publica.pdf>>. Acesso em Novembro de 2015.

MOTTA, Juliana Meireles. A clínica do sujeito lacaniano na reforma psiquiátrica. **Revista Correio – EBP**. Nº 43, 2003. Disponível em: <<http://ebp.org.br/publicacoes/revistas-impresas/page/7/?revista=753&nomepag=correio>> Acesso em Novembro de 2015.
PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as Épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

RINALDI, Doris Luz. Entre o Sujeito e Cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, Sônia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org). **Psicanálise e Saúde Mental: Uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

_____. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOUREIRA, Jaqueline de Oliveira (Org). **A psicanálise nas instituições públicas: Saúde Mental, Assistência e Defesa Social**. Curitiba:

CRV, 2010.

RUBIÃO, Laura Lustosa. O sujeito e seu percurso na instituição de Saúde Mental: Uma abordagem Clínica. **Opção Laciana**. Nº37, 2003. Disponível em: <<http://ebp.org.br/publicacoes/revistas-impresas/page/7/?revista=655&nomepag>> Acesso em Setembro de 2015.

SILVA, Rosemeire. Loucura e cidadania: por um país de todos os homens. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org). A Reforma Psiquiátrica que Queremos: Por uma Clínica Antimanicomial. Belo Horizonte: **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**, 2007. Disponível em: < <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>>. Acesso em: Outubro de 2015.

TORRES, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. Florianópolis: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, V. 3, n. 6, p. 41-64, 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502>>. Acesso em: Novembro de 2015.