



ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REINserÇÃO DE USUÁRIOS: AVANÇOS E DESAFIOS DOS CAPS

Andreia Sanches GARCIA¹
Daniela Emilena Santiago Dias de OLIVEIRA²
Juliano de Oliveira SOARES³

RESUMO

O artigo surge de uma pesquisa de iniciação científica e trata do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico e sua ressocialização. Entendendo a Reforma Psiquiátrica como um processo em movimento, fica evidente que se faz necessário manter atualizadas as reflexões sobre o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. Através de uma Revisão Bibliográfica buscou-se apontar possíveis avanços e desafios na atuação dos Centros de Atenção Psicossocial. Alguns resultados levam a reflexão sobre como os avanços ainda se apresentam na forma de novas possibilidades de cuidado, tendo na execução destas possibilidades e na construção de outras sínteses o seu maior desafio.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Psicossocial; Saúde Mental; CAPS; RAPS; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The article arises from a research of scientific initiation and deals with the care of subjects in psychic suffering and their resocialization. Understanding the Psychiatric Reform as a process in motion, it is evident that it is necessary to keep reflections on the functioning of the Psychosocial Care Network up to date. Through a Bibliographic Review, we sought to point out possible advances and challenges in the performance of Psychosocial Care Centers. Some results lead to reflection on how advances are still presented in the form of new possibilities of care, with the execution of these possibilities and the construction of other syntheses being their biggest challenge

KEYWORDS: Psychosocial Care; Mental health; Psychosocial Care Center; Psychosocial Care Network; Psychiatric Reform

INTRODUÇÃO

O presente artigo surge como fruto do relatório final de uma pesquisa de iniciação científica que se propôs a estudar a história da loucura e o desenvolvimento de tratamento à sujeitos em sofrimento psíquicos para analisar o funcionamento da Rede de Atenção

¹ Coordenadora do Curso de Psicologia - UNIP Assis/São Paulo – Brasil. E-mail: andreia.garcia@docente.unip.br

² Docente do Curso de Psicologia - UNIP Assis/São Paulo – Brasil. E-mail: santiago.dani@yahoo.com.br

³ Graduado em Psicologia - UNIP Assis/São Paulo – Brasil. E-mail: juliano.soares4@aluno.unip.br

Psicossocial Brasileira, focado na atuação dos Centros de Atenção Psicossocial e o seu papel no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Falar em Reforma Psiquiátrica brasileira é falar de Atenção Psicossocial como lógica de cuidado voltada para o sujeito em sofrimento mental. Assim, ela busca dar voz aos indivíduos, fazendo com que os usuários da saúde mental se sintam ouvidos e participantes da construção de seu tratamento, que terá como palco a socialidade dos sujeitos, não mais os ambientes de isolamento. Mas para podermos compreender a importância real da Atenção Psicossocial, precisamos olhar para a história da loucura e como sua expressão foi marginalizada ao longo dos anos, a depender do que a sociedade esperava dos seus indivíduos. Lançar luz ao passado é imprescindível para que não se cometam os mesmos erros e para que se possa reforçar os acertos.

Vasconcellos (2000) em seu capítulo para o livro “Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade”, organizado por Paulo Amarante (2000), vai refletir sobre a positividade da loucura na Grécia Antiga, uma vez que os sujeitos “entusiasmados” eram considerados pela sociedade como instrumentos dos deuses. Neste momento, refletindo sobre o diálogo *Fredo*, de Platão, o autor nos aponta como há uma exaltação da alma e da razão em detrimento do corpo e da paixão, uma vez que esta alma, possuída pelos deuses, era algo necessário para que o filósofo se aproximasse da sabedoria. Essa possessão era percebida através dos delírios do sábio, fazendo com que o próprio delírio fosse algo positivo para a sociedade, para se alcançar a sabedoria (VASCONCELLOS, 2000).

Contudo, com o avançar da história e, em consequência, da própria filosofia, a razão ocupava o espaço da paixão, e os delírios perdiam a sua qualidade de algo positivo que aproximava os filósofos da sabedoria. “[...] É com Descartes que as formas de enlouquecimento, o delírio e a mania são por completo exilados das boas maneiras do pensar. O filósofo não é mais, de modo algum, o possuído; é o homem das regras, não do desregramento.” (Op. Cit., p. 20). Desta maneira, tudo que não se encontra no campo do racional, é marginalizado.

Assumindo o status de desrazão a loucura faz do louco um pária, colocado à margem da sociedade, onde sua voz não é escutada e as ações de amparo muitas vezes se apresentam na forma de isolamento. Numa tentativa de corrigir ou invisibilizar os desviantes das normas, eles são colocados à parte da sociedade que caminhava para exaltar a capacidade de produção dos sujeitos ali inseridos, num movimento higienista que estabelecia uma norma padrão de condição psíquica, muitas vezes relacionadas a moral de produção capitalística. “[...] internam-se os devassos, portadores de doenças venéreas, libertinos, blasfemadores, suicidas etc. A loucura se

perde por entre um número variado de outras experiências que tem em comum com a loucura, a desrazão, o desatino.” (PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 1518).

Foucault (1978) irá apontar que é apenas com Pinel que o sujeito irracional passa a ser observado de uma maneira a compreender qual era seu devido lugar. “[...] pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; [...] (FOUCAULT, 1978, p. 147). Logo, a categorização de Pinel transfigura a incapacidade destes sujeitos de algo apenas jurídico, elevando-os a uma categoria médica. O médico se aproxima de Descartes numa tentativa de entender o que aqueles sujeitos poderiam ensinar para a psiquiatria. Estes indivíduos, então, passam a serem observados “[...] deixando de ser uma questão social, moral e jurídica de exclusão, para ser uma questão médica de exclusão. ‘Cria-se’ a doença mental.” (PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 1520).

A patologização do irracional transforma o sujeito em um objeto: a sua doença. “A psiquiatria não revela, encobre. Não deixa a loucura falar por si, mas a (re)constrói como objeto, significante-significado passível de enunciação, conceituação e teorização.” (CARVALHO; AMARANTE, 2000, p. 46). Portanto, tem-se um novo movimento silenciador. O louco, antes isolado por não ser compreendido, agora passa a ser isolado para ser compreendido. Mudava-se a forma de isolamento, mas não se mudava o comportamento de isolar. Na tentativa de Pinel de quebrar as correntes e libertar os loucos, ele acaba os acorrentando à prisão do diagnóstico, a uma condição de objeto.

Com o advento da psicanálise, tem-se um salto qualitativo no entendimento destes diagnósticos, passa-se a buscar uma melhor compreensão da linguagem do louco, numa tentativa de significar a loucura. (PROVIDELLO; YASUI, 2013). Todavia é, ainda assim, uma linguagem que restringe o louco ao mundo fechado da patologia. “A linguagem da loucura se tornou quase um quebra-cabeça: tudo o que ela diz não passa de peças desse quebra-cabeça, cuja chave de resolução é ela mesma e que, resolvido, não diz nada além de suas próprias significações delirantes.” (Op. Cit., p. 1521).

Esse afastamento, linguístico e comportamental, entre os “loucos” e os “sãos” fez reforçar na sociedade a cultura hospitalocêntrica medicalizadora, que segregava e não se preocupava em promover o bem estar dos sujeitos em sofrimento psíquico. Esta cultura, engendrada e naturalizada, agravava casos e reforçava o espaço destinado aos sujeitos desprovidos de razão – ou preenchidos de comportamentos que não se adequavam ao padrão. “A verdadeira força de sustentação exercida pelo manicômio não estava em produzir resultados terapêuticos, mas sim de exclusão social, de exclusão física, bem como de exclusão em relação

ao universo da cidadania. [...]” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 55). Não ouvir os sujeitos em sofrimento psíquico, não compreender a sua linguagem, era reforçar a característica de não-cidadãos, sem espaço na sociedade a qual pertenciam. “O manicômio é exatamente o espaço que a sociedade reserva para os loucos, e isso não quer dizer, em absoluto, que é ela que produz a doença. Mas que esta não deseja, ou não sabe, conviver com eles. [...]” (AMARANTE, 1996, p. 73).

A crítica a esta lógica de isolamento ganha força a partir da Segunda Guerra Mundial, quando a sociedade passa a perceber que a conduta dos manicômios se aproximava muito da conduta dos campos de concentração nazistas. Muitos movimentos passam a perceber que o tratamento dos sujeitos enclausurados nos hospitais psiquiátricos se assemelhava ao tratamento que os sujeitos recebiam nos campos de concentração. Amarante (2007), vai apontar, então, o surgimento de vários esforços por uma Reforma Psiquiátrica ao redor do mundo. Um dos movimentos mais marcantes de reforma surge com Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática, para ele, a instituição deveria passar a ser “[...] concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada.” (BASAGLIA, 1985, *apud* AMARANTE, 2007, p. 55).

Esta lógica aponta que os profissionais envolvidos no processo de cuidado deveriam colocar a doença entre parêntesis: o indivíduo passava a ser entendido em sua totalidade, sendo a doença apenas mais um dos aspectos que o sujeita. Este movimento diz respeito “[...] a um ocupar-se, não da doença mental como um conceito psiquiátrico [...], e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.” (AMARANTE, 2007, P. 78). Ocupa-se do sujeito enquanto sujeito, não mais enquanto objeto.

A partir deste entendimento, pode-se observar, portanto, uma proposta de cuidado e atenção que considere a totalidade dos sujeitos, se aproximando de sua realidade e entorno social para que ele não necessite ser isolado e recortado de seu ambiente. Esta proposta de cuidado e atenção reforça a sociabilidade do sujeito, potencializando suas capacidades e exaltando seus laços sociais, não mais o privando de sua própria rede de contatos. Esta lógica irá, portanto, influenciar os movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Hirdes (2008) aponta como um dos marcos do movimento a Declaração de Caracas, documento promulgado na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizado em Caracas, Venezuela, em 1990. É através deste documento que os países da América Latina assumem o compromisso de: “[...] promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital

psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.” (HIRDES, 2008, p. 298).

Através deste e de outros marcos importantes, como por exemplo as Conferências Nacionais de Saúde Mental, que ocorreram em 1987, 1992 e 2001, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, a instituição do CAPS Dr. Luis da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo e a “Nossa Casa”, um Centro Comunitário de Saúde Mental localizado em São Lourenço do Sul, no estado do Rio Grande do Sul (HIRDES, 2008), o tratamento dos pacientes em sofrimento psíquico passa a ser repensado para que se criem dispositivos substitutivos à lógica manicomial. Estes dispositivos substitutivos mudam a sua ótica de tratamento para um viés mais humanizado, resgatando a identidade dos sujeitos em sofrimento psíquico, deixando de os resumir a sua condição psicopatológica.

Toda essa manifestação para a Reforma Psiquiátrica brasileira tem no Movimento da Luta Antimanicomial seu agente mais forte. O MLA surge no Congresso de Bauru em 1987, após uma plenária em que é apresentado o documento “Manifesto de Bauru”, dispendo sobre a orientação e as demandas dos trabalhadores de Saúde Mental, assim como os usuários e familiares (YASUI, 2006). Ressalta-se o trecho: “[...] Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. [...] (BAURU, 1987)

Estes ideais culminam na ótica da Atenção Psicossocial que, como lógica de cuidado, parte dos princípios da Reforma Psiquiátrica e surge como uma prática de atenção aos usuários de saúde mental, na qual estes atores retomam para si o protagonismo de seu tratamento. Garcia (2013) diz sobre a Atenção Psicossocial “[...] um novo modo de lidar com o sofrimento mental, através do acolhimento e a construção de um lugar social para a diversidade e o sofrimento mental.” (p. 95). Contudo, Amarante (2007) reforça que este modelo acontece em ações e não como um modelo fechado, caracterizado por ser um processo social complexo, que deve ser sempre pensado.

Com a concatenação destes ideais e a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica com as propostas de desinstitucionalização, temos a criação de dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos. São eles as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Centros de Convivência e Cultura, os Programa de Volta pra Casa e Inclusão Social pelo Trabalho e os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). O referencial da rede, para os propósitos deste trabalho, são os CAPS. O manual “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (2004) define o CAPS como instituições:

[...] destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9).

Entende-se assim que, como dispositivo substitutivo à hegemonia hospitalocêntrica, os CAPS têm como objetivo “[...] superar o paradigma manicomial, direcionados por novas bases de valores éticos que venham a produzir uma nova forma de convivência solidária e inclusiva.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 27). Logo, os CAPS se tornam peça central na organização dessa nova rede de assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, sendo responsáveis pela elaboração de projetos terapêuticos, dispersão de medicamentos e acompanhamento dos pacientes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Assim sendo, o pressuposto do CAPS é a sua função no auxílio à reabilitação psicossocial do usuário de seu serviço, dando ênfase nos cuidados à saúde mental do indivíduo, deixando de reduzi-lo ao seu sofrimento psíquico.

Esse instrumento substitutivo centraliza os usuários do serviço os colocando como protagonistas de seus tratamentos, numa proposta de reinserção social, de construção mais saudável de subjetividade e de promoção de autonomia. Desta maneira, o presente trabalho se propôs a analisar produções sobre as atividades desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial, buscando refletir sobre os avanços e os desafios presentes nos equipamentos substitutivos.

MÉTODOS

Devido à natureza da proposta do projeto, Atenção Psicossocial, o método de pesquisa qualitativa se apresenta de maneira mais eficaz do que um método que utilize parâmetros quantitativos. Segundo Minayo (2009) esta metodologia responde a questões muito particulares, buscando a representação de um nível de realidade que não pode, ou ao menos não deveria, ser quantificado. O primeiro momento do trabalho se desenvolveu através de Revisão Bibliográfica sobre o tema Reforma Psiquiátrica e Loucura. Os instrumentos para o levantamento bibliográfico teórico foram artigos organizados em livros, capítulos de livros e Revisões Bibliográfica quanto a produção das teorias sobre o tema especificado. Em um segundo momento, foram pesquisados

os artigos que descreviam as práticas e atuações nos CAPS, assim como artigos que buscavam elucidar melhor o ponto de vista dos usuários destes equipamentos.

Para a seleção destes artigos foram usados dois indexadores científicos: SciElo e Lilacs. Nos dois indexadores foram pesquisados os termos “Atenção Psicossocial” e “Reinserção Social”. A pesquisa do termo “Atenção Psicossocial” nas duas plataformas exigiu que fossem selecionados alguns filtros devido à grande quantidade de trabalhos encontrados. O termo “Reinserção Social” não necessitou filtros em nenhuma das plataformas. Desta seleção, foram destacados 31 artigos e dispensados 243. Destes 31 artigos selecionados, procurou-se através das palavras-chave, artigos que se aproximassem do intuito da pesquisa, ou seja, que trouxessem consigo a perspectiva dos usuários. Por fim, foram selecionados 03 artigos destes 31, devido à natureza da pesquisa. Contudo, em todo o processo deste levantamento bibliográfico deparou-se com obras relacionadas à questão que são amplamente utilizadas em produções com a mesma temática proposta neste trabalho.

RESULTADOS: Dimensões para uma Reforma Psiquiátrica

Amarante (2007) apresenta a Psiquiatria Democrática de Basaglia, onde irá reforçar a ideia de que a Reforma Psiquiátrica é um processo, que a mesma se dá em campo e deve estar sempre em movimento. Esta ideia pressupõe a reforma enquanto ato, se fazendo em cada nova estratégia pensada, em cada característica manicomial superada. O autor aponta ainda que se deve superar a ideia do processo como uma mera reestruturação de serviços, sendo que esta, por mais que seja importante, deve ser apenas consequência da mudança de princípios e estratégias que lhes são anteriores.

Estes princípios e estratégias que compõe a reforma são divididos pelo autor em quatro dimensões, sendo a primeira delas a Dimensão Técnico-conceitual, que diz respeito a ação dos agentes envolvidos na modificação da realidade para além da categorização científica (conceitual) de suas ações. Os agentes envolvidos no processo devem se ater a aspectos que, aparentemente, se alheiam a ciência médica, mas que compõe a totalidade do sujeito e irão interferir na elaboração de suas estratégias. (AMARANTE, 2007). O autor aponta “[...] são aspectos de ordem ideológica, de ordem política, de ordem ética... Estes aspectos são entrecortados por questões religiosas, culturais, morais [...]” (Op. Cit., p. 65). Nas ações dos CAPS se faz necessária a busca por uma multidisciplinaridade na construção das oficinas. Ressalta-se a ideia dos sujeitos enquanto cidadãos, que possuem o direito de consumir arte, de

experimental e vivenciar sua cultura. Esta dimensão desfaz a conceituação psiquiátrica do sujeito entre parênteses, ou seja, a ideia de que o indivíduo deixa de ser repleto de características, pois o que se apresenta é somente a patologia, o algo a ser curado. Desfazendo este conceito, o invertemos: passa-se a pensar a doença entre parênteses. “[...] colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana.” (Op. Cit., p. 67).

Então, a partir desta inversão, pensamos a segunda dimensão: Técnico-assistencial. Se passamos a entender estes equipamentos como serviços que lidam com sujeitos, e não mais com doenças, entendemos que os mesmos devem passar a serem produtores de subjetividade e sociabilidade, e não mais corroborando com os estereótipos que acompanham os sujeitos em sofrimento psíquico.

O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individualização da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica -, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença [...] (AMARANTE, 1996, p. 78)

Que os equipamentos e os agentes responsáveis estejam alinhados com estes conceitos, uma outra dimensão se faz necessária para repensar uma Reforma que alcance espaços além dos reservados a saúde mental, temos, então, a Dimensão Jurídico-política. Esta diz respeito a questão dos sujeitos em sofrimento psíquico enquanto cidadãos. Devido aos estigmas destes sujeitos, deve-se pensar transformações efetivas para que seus direitos sejam garantidos. “[...] Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito [...] aos recursos que a sociedade oferece. [...]” (AMARANTE, 2007, p. 69-70).

Este aspecto aponta a necessidade de participação da comunidade na construção da Reforma Psiquiátrica, pois não é suficiente apenas a alteração de leis para que estes sujeitos passem a ser cidadãos, todavia sendo necessário o reconhecimento de seus pares. Amarante (2007) diz: “[...] A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais.” (p. 71).

Elucidado este aspecto, tem-se, então o entendimento da Dimensão Sociocultural. Nela está contida a ideia de que se faz necessário que a comunidade conheça estes sujeitos não mais

com os estereótipos da loucura, mas como os sujeitos que eles são. Um dos movimentos que Amarante (2007) aponta como necessários para melhor reforçar a transformação desta dimensão é o estabelecimento do “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, pois geralmente é um dia em que ocorrem várias manifestações artísticas e expressões culturais voltadas para o público externo, mas construídas pelos usuários dos equipamentos de Saúde Mental.

[...] Um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social e refletir sobre o tema loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários). (AMARANTE, 2007, p. 73)

Como expressão sintética da transformação destas quatro dimensões Amarante (2007) ressalta a importância da participação política e social de todos os atores envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tão importantes para a fomentação deste movimento em conjunto com familiares e usuários, como citado na introdução deste artigo. Desta maneira, pode-se guiar as análises das ações do CAPS tendo como horizonte que as estratégias alinhadas com o ideal de Atenção Psicossocial devem apresentar mudanças significativas nas quatro dimensões citadas.

O Modo Psicossocial

Estas quatro dimensões devem apresentar mudanças significativas de superação do modelo hegemônico, o Modo Asilar, que pautado em questões médico-centradas propõe o cuidado aos sujeitos em ambientes isolados de toda a sua socialidade. Desta maneira, como um movimento contra-hegemônico, passa-se a pensar no Modo Psicossocial, que pensa a territorialidade como parte do cuidado aos sujeitos em sofrimento mental.

Estes dois Modos de fazer saúde mental se enfrentam no campo da práxis e se colocam como contraditórios justamente no âmbito da socialidade dos sujeitos. Sobre a característica contraditória, Costa-Rosa (2000) reforça que só é possível considerar os modelos como contraditórios se a essência de suas práticas se dirigirem a sentidos opostos. Portanto, entende-se que, para que os equipamentos chamados substitutivos sejam, de fato, substitutivos aos equipamentos determinados pelos modos de fazer hospitalocêntricos, eles precisam ter, em sua essência, uma estratégia de ação não-hospitalocêntrica. E é nesse agir contraditório em que as

quatro dimensões de análise propostas por Amarante (2007) devem buscar sua estratégia e se mostrarem, de fato, uma alternativa ao Modo Asilar.

Os dois paradigmas que cerceiam estes modos de Atenção contraditórios, são o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), dominante, responsável pelo Modo Asilar, e o Paradigma Psicossocial (PPS), substitutivo, que embasa o Modo Psicossocial. Costa-Rosa (2013) ressalta a contraditoriedade destes paradigmas ao apontar que eles imprimem direções contraditórias para a teoria, a técnica e a ética, que refletem na produção das subjetividades dos sujeitos, antagonizando a produção de uma subjetividade capitalística, produto do PPHM, e a de uma subjetividade singularizada, produto do PPS.

Seguindo essa contraposição e pensando nas instituições de Saúde Mental, Costa-Rosa (2013) define a função positiva destas instituições, “[...] atenuar ou remover sofrimento e sintomas, proteger o indivíduo e a sociedade dos efeitos do sofrimento psíquico, reintegrar socialmente os indivíduos, tratar e curar [...]” (p. 65). Para, então, pensar em três subfunções negativas, nas quais se deve agir para pensar numa mudança de paradigma.

Na primeira subfunção tem-se um resgate ao modo capitalista de produção, homólogo ao PPHM, o que torna clara a influência das ações institucionais no objeto, de maneira que o entendimento do sofrimento psíquico dentro deste paradigma estará sempre em sintonia com os avanços tecnológicos da indústria farmacêutica. (COSTA-ROSA, 2013). “[...] mais especificamente devemos considerar que as instituições de Saúde Mental atuam na realização da mais-valia, através da utilização dos produtos de outras instituições, por exemplo, químico-farmacêuticas, hospitalares e editoriais.” (Op. Cit., p. 66).

Já a segunda subfunção trata da serialização da produção da subjetividade dos usuários, dada num contexto no qual, ao se produzir os produtos próprios das instituições de saúde mental, tratamento e cura por exemplo, está se reforçando uma subjetividade criada a partir das relações sociais dominantes, que trazem em si os conceitos dicotômicos entre loucos e sãos, sábios e ignorantes, usuários e sujeitos etc. (COSTA-ROSA, 2013). Então, esta subfunção “[...] Trata-se da reprodução das relações sociais e intersubjetivas dominantes, ou seja, as mesmas relações sociais da produção de mais-valia; basicamente relações verticais de domínio e subordinação. (COSTA-ROSA, 2013, p. 66).

Por fim, então, temos a terceira subfunção negativa da instituição, que nos possibilita a redefinição do processo de produção, não aceitando a cisão entre produtor e meios e fins da produção e entre os atos que produzem e os de apropriação do que se é produzido. Assim, ressalta-se a ideia de que não se pode separar a produção de subjetividade da “produção de

saúde”. (Op. Cit.). [...] Trata-se da capacidade que têm as instituições, decorrente da segmentaridade das pulsações que a constituem, de se contraporem, através de suas práticas, às relações sociais estabelecidas, exercitando a possibilidade de outras formas de relação [...]”. (Op. Cit., p. 67)

Será, então, na transformação das subfunções negativas que se poderá pensar na implementação de um Modo Psicossocial, que contrarie a construção de subjetividades serializadas e pautadas na utilidade necessária ao modo de produção capitalista. Portanto, a Reforma Psiquiátrica e seus agentes, para superar o Modo Asilar, devem se pautar nas transformações das dimensões definidas por Amarante (2007) e a superação das subfunções negativas expostas por Costa-Rosa (2000).

Experiências de reinserção dos usuários

Os artigos que apresentam experiências que foram selecionados para o levantamento de reflexões acerca dos avanços da Reforma Psiquiátrica e os desafios que ainda se apresentam ao nos modos de fazer saúde mental foram: Emerich, Campos e Passos (2014), apresentam o artigo que se vale da questão dos direitos dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O segundo artigo analisado é o de Amorim e Severo (2019) e tem como pressuposto refletir acerca das possibilidades de contato com outros campos do saber que se propõe como ferramenta da Atenção Psicossocial, aqui referenciado o campo artístico-cultural. Por fim, o terceiro trabalho a ser analisado é o de Bongiovanni e Silva (2019), produto de uma pesquisa-intervenção realizada em um CAPS de Porto Alegre (RS) que propôs uma atividade para um grupo de usuários: traçar caminhos para conhecer a cidade. Assim o artigo se apresenta como uma análise destes trabalhos, ressaltando e indicando as relações entre os usuários do CAPS e a cidade que eles habitam.

DISCUSSÃO

Tendo como base as dimensões propostas por Amarante (2007), destacamos no material analisado alguns pontos que evidenciam os avanços e os desafios da Reforma Psiquiátrica. Iniciando pela Dimensão Teórico-conceitual, que, como exposto, diz respeito a questão das bases teóricas e conceituais que devem perpassar as atividades dos equipamentos.

Como avanço nesta dimensão, podemos observar a interdisciplinaridade proposta pela reforma, que possibilita que outros campos atuem, em conjunto com os campos da saúde, para uma melhor construção do cuidado. Podemos observar este aspecto salientado por Amorim e Severo (2019) que buscam, no campo artístico-cultural, a proposição desta interdisciplinaridade. Amarante (2007) vai apontar como o funcionamento do CAPS em conjunto com outras áreas reforça a ideia da doença entre parênteses, pois nos aponta o sujeito para além de suas questões médicas.

Contudo, ainda nesta dimensão, podemos observar um desafio posto: o paradoxo que o CAPS pode gerar a partir de seu pressuposto. Ligado à questão da cronificação, apontado pelas autoras Bongiovanni e Silva (2019), o CAPS entra em contradição com seu próprio conceito, sendo que muitas vezes o fator cronificação se liga a dependência que os usuários desenvolvem com o CAPS, gerando assim, um paradoxo de possibilidade. Ora, o serviço deveria se propor a criar novas alternativas de socialização para os sujeitos, contudo, se ele se torna o principal ou o único espaço para que estes sujeitos possam socializar, retoma-se o conceito do sujeito enquanto impossibilitado pelo seu sofrimento psíquico.

Neste caso, a impossibilidade através da doença se apresenta pois, aparentemente, nenhum outro espaço que não seja o preparado para lidar com a patologia é um espaço possível para estes sujeitos, assim reforçando a ideia de isolamento. Podemos observar nesta questão o que Costa-Rosa (2013) nos apontou como a terceira subfunção negativa da instituição, na qual não se separa a produção de subjetividade da produção de saúde, o que nos remete ao fazer hospitalocêntrico em saúde mental, no qual o único horizonte de bem estar é o tamponamento dos sintomas, sem considerar a totalidade do sujeito.

Um outro desafio encontrado, que ainda é atravessado pelo sujeito enquanto sujeito-doença, nos é apresentado por Emerich, Campos e Passos (2014) e se relaciona com a falta de corresponsabilização dos agentes (usuários e profissionais) na construção do tratamento dos usuários. Para os autores, a questão se origina na recusa que a equipe técnica faz ao direito do usuário de decidir em conjunto os caminhos de seu tratamento.

Portanto, entendemos que na Dimensão Teórico-Conceitual, podemos nos valer dos avanços que são viabilizados pelo entendimento da doença entre parênteses e a interdisciplinaridade que abarca o usuário em sua totalidade, mas que ainda possuímos um caminho longo no que tange à formação das equipes para que todos os profissionais envolvidos estejam alinhados com a ideia do sujeito enquanto sujeito, possível de participar e contribuir na construção de seu tratamento, nem sempre vinculado a aspectos médicos.

Seguimos então para a Dimensão Técnico-Assistencial, que também encontra relação com o conceito da doença entre parênteses. Este conceito, emprestado da Psiquiatria Democrática de Basaglia, ressalta a existência do sujeito antes neutralizado pela doença (AMARANTE, 2007). Desta maneira, esta dimensão está relacionada com as práticas diretas dos equipamentos substitutivos, possibilitando que os equipamentos possam agir no sujeito e para o sujeito, e não mais na doença e para a doença, considerando apenas o diagnóstico.

Nesta dimensão, ressaltamos inicialmente os avanços encontrados por Emerich, Campos e Passos (2014), que propõe o CAPS e sua equipe como facilitador de acesso à informação para os usuários. Neste sentido, o equipamento deve auxiliar para que os seus usuários estejam cientes dos seus direitos e das suas possibilidades. A viabilidade do usuário se tornar um sujeito de direitos, assegurada pelos profissionais que constituem os serviços de Atenção Psicossocial, pode ser um fator que favoreça na construção da autonomia desses sujeitos.

Porém, os autores denunciam que este repasse não se dá de maneira qualitativa, muitas vezes tendo resistência dos próprios gestores que, tomados pelas questões do saber técnico, acreditam poder ditar o que é melhor ou pior para o usuário (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). É indubitável que em situação de crise o paciente necessite de um cuidado de contingência, mas isso não significa que ele esteja impossibilitado, nos outros momentos de sua vida, de receber as informações de maneira elucidativa.

Esta prática, que concentra o poder na mão de quem detém o saber técnico, apenas reforça o paradigma hospitalocêntrico que ainda permeia os equipamentos substitutivos. Para que este Modo de Atenção seja de fato substitutivo, como apontado por Costa-Rosa (2000), é necessário que haja uma contradição nas ações. Logo, o esperado de um equipamento substitutivo é que se dilua as situações de poder, e que este não fique concentrado em quem detém determinado conhecimento, fortalecendo a ideia de corresponsabilização.

Identificamos certa congruência nos pensamentos das autoras Amorim e Severo (2019) e Bongiovanni e Silva (2019). Partindo de dois pressupostos diferentes, as ideias das autoras se alinham com o pensamento do CAPS enquanto mediador da relação sujeito-cidade. Para Amorim e Severo (2019) essa mediação ocorre através do mapeamento das atividades proporcionadas pela cidade que viabilizem a participação dos usuários, desta maneira efetivando o caráter de desinstitucionalização das ações do CAPS. Já para as autoras Bongiovanni e Silva (2019), essa mediação se dá através da desaceleração que o CAPS pode proporcionar para aqueles que não conseguem vivenciar o frenesi da cidade. Portanto, para aqueles sujeitos que estão de fato impossibilitados pelo seu sofrimento psíquico, o CAPS pode

se valer como um porto-seguro no qual a cidade se resume aquele microcosmo, proporcionando uma socialização qualitativa mesmo dentro dos limites do sofrimento.

Contudo, assim como se alinham nas possibilidades de avanço, os dois trabalhos se assemelham nos desafios que apresentam como ainda presentes no aspecto da dimensão Técnico-Assistencial: problemática do interesse e adesão dos usuários às propostas de atividade dos CAPS. Para Bongiovanni e Silva (2019) este aspecto se relaciona com a falta de participação dos usuários na tomada de decisão das atividades. Já para as autoras Amorim e Severo (2019), o desafio também gira em torno da exclusão do interesse dos usuários na hora de se planejar determinadas atividades, que não apresentam desafios ou novidades que prendam a atenção dos usuários. Se a realidade de seu convívio social é atada ao cotidiano do CAPS, vivenciar estas experiências que não lhes contemplam faz com que retomem o sofrimento causado pelo marasmo da doença e não os coloca em movimento. Neste desafio também retomamos a crítica à cronificação, destacando que se essa relação do sujeito com o equipamento não for qualitativa para este sujeito, ela se torna uma relação de dependência, uma nova forma de institucionalização.

As autoras Amorim e Severo (2019) justificam essa prática através da visão angustiada dos profissionais do equipamento que apontam a falta de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento qualitativo de atividades mais atrativas. Porém, para as autoras Bongiovanni e Silva (2019) há o questionamento acerca da acomodação dos profissionais em propor atividade que lhes serão menos trabalhosas. Na perspectiva dos pesquisadores, as duas coisas são sustentadas em sua dialética: se não é proporcionado a estes profissionais recursos que os auxiliem na criação de novas oportunidades, é dificultado que eles manifestem o interesse em repensar as atividades propostas. Logo, é necessário se observar quais ferramentas estão sendo disponibilizadas para estes profissionais para que eles possam, de fato, agir conforme a proposta de superação do modelo hospitalocêntrico.

Sendo assim, podemos compreender que os avanços na Dimensão Técnico-Assistencial estão diretamente atrelados na maior participação dos usuários na tomada de decisão das atividades a serem propostas e para isso é necessário que as informações sobre todos os aspectos que permeiam as suas vidas lhes sejam elucidados da maneira mais clara possível. Entendemos, também, que se faz necessário um maior suporte para as equipes, que possa despertar nelas um maior interesse em agir para a superação da ótica institucionalizante. É necessário um investimento maior em materiais, em aumento de equipe e até mesmo em formações, para que a atuação das equipes busque e concretize novos horizontes.

Parte-se, então, para a Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica. Se nas dimensões anteriores pautou-se a questão no destaque do sujeito enquanto sujeito, não mais neutralizado pela doença, nesta dimensão reforçaremos este aspecto no campo jurídico. Amarante (2007, p. 69-70) ressalta que aqui tratamos de Direitos Humanos a partir da abordagem particular da Saúde Mental. “[...] Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. [...]”.

Emerich, Campos e Passos (2014) apontam a possibilidade de se debater o tópico de direitos para sujeitos em sofrimento psíquico como um avanço da Reforma Psiquiátrica. Para eles o CAPS se instrumentaliza como facilitador da seguridade jurídica dos sujeitos, sendo este um dos aspectos mais importantes para se pensar um novo modo de fazer saúde mental. Pois, como nos aponta a historicização da loucura, percebemos que as questões jurídicas que atravessam estes sujeitos, na ampla maioria das vezes serviram a um propósito de incapacitar o sujeito e higienizar a sociedade. Desta maneira, repensar a seguridade jurídica dos usuários é um ato político em direção a efetivação de sua autonomia, é reverter sua incapacitação jurídica enfatizando sua cidadania.

Porém, como os desafios apontados pelas outras dimensões, a dificuldade apresentada na Dimensão Jurídico-Política está atrelada ao fazer da própria instituição. Isso é o que indicam Emerich, Campos e Passos (2014) ao refletirem acerca da participação ativa dos usuários. Eles salientam o direito dos usuários de recusar determinada medicação, por exemplo, como parte do seu direito de participar da construção do seu Projeto Terapêutico Singular. Levanta-se a questão de se os usuários tivessem mais conhecimento acerca dos efeitos de determinada medicação eles poderiam auxiliar efetivamente a construção do seu projeto terapêutico.

[...] O sujeito de direitos é aquele que tem a experiência de direitos encarnada e é reconhecido pelo outro como tal. Nesse sentido, não é suficiente que o usuário saiba que pode, por exemplo, recusar a medicação. É também necessário que ele seja legitimado como um sujeito de direitos cuja decisão deve ser considerada pelos profissionais de saúde e comunidade. (Op. Cit., p. 690)

Sendo assim, conforme exposto por Amarante (2007), não basta falarmos de direitos, pois eles não se resumem à aprovação de leis. É necessário que os pares se reconheçam e reconheçam o outro como cidadão de direitos. No caso dos sujeitos em sofrimento psíquico, por exemplo, é necessário que se mude a atitude dos profissionais, para que eles iniciem o processo de reconhecimento dos sujeitos em sofrimento psíquico como cidadãos. “[...] A construção de cidadania diz respeito a um processo social [...] É preciso mudar mentalidades,

mudar atitudes, mudar relações sociais.” (Op. Cit., p. 71). Em trechos do trabalho de Emerich, Campos e Passos (2014) pode-se perceber como algumas ações ainda são hierarquizadas pelo conhecimento técnico.

A hierarquização de saberes nos aponta para uma das maiores problemáticas ainda remanescentes dos ideais do modelo hospitalocêntrico: o poder médico. Todo o conhecimento concentrado na mão de apenas alguns técnicos que, permeados pelo suposto saber, acabam por se apresentar como detentores da verdade. Porém essa verdade, muitas vezes, não é a verdade do usuário e pode acontecer deste determinado conhecimento não ser o que levará ao melhor tratamento para o sujeito. A complexidade desta questão se apresenta de maneira que não pode ser desvelada sem a luz do próprio sujeito que sofre. Aproxima-se do Modo Psicossocial, conseqüentemente rompendo com o Modo Asilar, munir os usuários de conhecimento sobre os aspectos de seu tratamento, dentro das possibilidades de suas singularidades, para que ele também possa participar efetivamente da construção de seu projeto terapêutico.

Inclusive, é possível compreender que a questão própria da medicação ainda está muito atrelada ao Modo Asilar, como proposto por Costa-Rosa (2000). A concessão de direitos aos sujeitos em sofrimento mental girar em torno, majoritariamente, de aspectos relacionados à questão medicamentosa, nos aponta a herança biologizante do modelo hospitalocêntrico. Podemos analisar este aspecto como a primeira subfunção negativa da instituição, na qual a produção de saúde estaria sempre atrelada à produção de mais-valia para instituições de produção comum, no caso, a indústria farmacêutica. (COSTA-ROSA, 2013, p. 66). Sendo assim, pode-se compreender que não parece proveitoso para o sistema capitalista (aqui se expressando pela produção dos psicofármacos) que o usuário tenha plena consciência do medicamento que lhe é ministrado, transferindo a responsabilidade para alguém que possa ditar que determinada medicação é necessária. Pois, ao possibilitar que o usuário recuse o tratamento medicamentoso, haveria uma interferência na produção da mais-valia daquele segmento.

Medicalizar é, muitas das vezes, inibir o indivíduo. As autoras Amorim e Severo (2019) trazem a medicação como um dos fatores que impossibilitam o sujeito a se assegurar como sujeitos de direitos, pois os colocam para vivenciar apenas experiências que obedeçam a determinadas condições impostas pela doença. Essa característica aparece na fala de alguns entrevistados pelas autoras citadas, que apontam como a decisão dos usuários em relação a atividades oferecidas perpassam os limites e mudanças fisiológicas destacadas pelo uso de psicofármacos evocando práticas hospitalocêntricas, neste caso se caracterizando como amarras químicas. Prendem o sujeito ao torpor causado pela medicação causando-lhe um mal estar às

vezes maior do que o próprio sofrimento em si. Por isso se faz necessário que o sujeito tenha plena consciência de como está sendo ministrado o medicamento.

Não se deve negligenciar que a medicação pode ser instrumentalizada para maior efetividade em alguns tratamentos específicos. Contudo, o que precisa ser ressaltado e criticado é a finalidade desta medicação, sem a participação do usuário na construção deste cuidado que envolve o tratamento através de psicofármacos. Estes não devem servir de muletas para o cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico, mas sim devem ocupar o espaço de um dos vários fatores que irão compor o cuidado a este sujeito, quando e se extremamente necessários para esse tratamento.

Em vista do exposto, ressalta-se que os avanços na Dimensão Jurídico-Política ocorrem na própria condição de se pensar os indivíduos doentes como sujeitos de direitos. Porém, como desafio, se faz necessário evidenciar o interesse destes indivíduos e não o da indústria farmacêutica, ou de qualquer outra instituição. É necessário que os pares os reconheçam enquanto cidadãos e que possam possibilitá-los o acesso à informação dos direitos que lhes competem.

Passamos, então, para a quarta dimensão da Reforma Psiquiátrica: a Dimensão Sociocultural. No entendimento dos pesquisadores esta é a dimensão que mais reflete as propostas da Reforma, justamente por propor estratégias que superem os muros dos CAPS ou de qualquer outra instituição. Pensar esta dimensão é pensar nas reais estratégias de Reinsersção Psicossocial. Segundo Amarante (2007) é a dimensão que reforça a necessidade da participação social no fazer saúde mental, em conjunto com a participação dos atores sociais envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica.

Retomamos Amorim e Severo (2019) para apontarmos avanços nesta dimensão. Para as autoras se torna necessário que as práticas de reinsersção social se aproximem de um trabalho de base com o território do sujeito para que se possa fortalecer as relações sociais e minimizar os efeitos do preconceito.

[...] é importante nos indagarmos se as ações de reinsersção efetivamente têm produzido formas de enfrentamento ao preconceito e à segregação social e econômica vivida pelos usuários da Raps, de modo geral, e fortalecermos iniciativas de geração de renda, de arte e cultura que propiciem o rompimento da experiência do estigma. (AMORIM; SEVERO, 2019, p. 292)

Assim, o avanço se dá quanto mais próximo ao território os equipamentos substitutivos se posicionarem. Para Bongiovanni e Silva (2019) este aspecto reforça o papel do CAPS como

mediador da relação usuário-cidade. Aqui as autoras propõem o CAPS como um possível dispositivo para se ocupar a cidade, enquanto essa se esvazia.

Todavia, esta dimensão ainda apresenta vários desafios para uma Reinsersção Psicossocial efetiva. Para Emerich, Campos e Passos (2019), tem-se ressaltado o problema do estigma causado pelo diagnóstico de doença mental, que interfere diretamente na vivência social dos sujeitos. O trabalho traz o relato de um dos usuários que conta do colega que retornou do hospital apresentando uma queixa que foi descreditada justamente por seu problema mental. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). A reflexão que os autores expõem é o da retomada do diagnóstico como algo maior que o sujeito. “[...] Reduz-se a demanda de cuidado a um sintoma psiquiátrico e negligencia-se a demanda de um sujeito. [...]” (Op. Cit., p. 690).

Esta questão do estigma é criticada também por Amorim e Severo (2019), que consideram positivo os avanços acerca do debate sobre saúde mental para fora dos equipamentos substitutivos, porém ressaltam que ainda existem muitas práticas de controle e normalização no interior dos demais serviços, que expressam a manutenção de uma ótica manicomial. Dentre os relatos destacados pelas autoras, um se relaciona a condição do usuário dentro de sua residência. Assim, juntamente com as possíveis impossibilidades fisiológicas causadas pela medicação, as autoras apontam que algumas impossibilidades também são impostas pelos limites impostos pela família e pelo estigma da sociedade (Op. Cit.).

Além do estigma próprio da doença mental, em uma das reflexões de Amorim e Severo (2019) percebemos a problemática que se impõe no interior da dialética entre doença mental e classe social. Neste caso exposta pela falta de acesso à vida cultural para grupos economicamente menos favorecidos, sendo que os sujeitos em sofrimento mental de classe baixa sofrem a dupla ruptura: a da econômica e a do próprio sofrimento. Essa problemática é mencionada por Bongiovanni e Silva (2019), com o acréscimo da violência contra pessoas racializadas. As autoras refletem acerca da violência policial como fator que também segrega a população, ao refletirem sobre o fato da maior parte do grupo que compôs seu trabalho ser caracterizado por homens negros, apresentando assim o fator raça no peso do estigma sofrido pelos usuários (BONGIOVANNI; SILVA, 2019). Ao se refletir sobre as violências sofridas por esse contingente do grupo, marcado pela violência de outras instituições, as autoras acentuam a ideia de que o sofrimento mental é mais agravado conforme maior as opressões as quais os sujeitos são submetidos.

Assim, ressalta-se que um dos desafios da reforma psiquiátrica ultrapassa as questões puramente diagnósticas, sendo atravessado pelas questões socioeconômicas dos sujeitos, que

se caracteriza pelas opressões de classe e que, por sua vez, mantém uma relação direta com o racismo que compõe a estrutura capitalista do nosso modo de produção. É interessante notarmos que o atravessamento da Luta Antimanicomial se dê em outras pautas do debate sobre o bem viver dos sujeitos sociais. Apontarmos as problemáticas de raça e classe, desvela como as instituições ainda são permeadas por estigmas opressores da sociedade. Sendo assim, pensar na ruptura com o Modelo Asilar, também é pensar uma ruptura com as estruturas de opressão e exploração do modo de produção capitalista.

Os dois trabalhos também apontam as dificuldades na Dimensão Sociocultural relacionadas à ocupação dos espaços da cidade. Para Amorim e Severo (2019), a problemática da questão se caracteriza como a falta de possibilidade dos usuários de se apropriarem dos outros espaços da cidade. Em um dos relatos, o usuário entrevistado deseja ir ao cinema, mas não pode pois não tem acompanhamento necessário. Para as autoras esta é uma das faltas dos equipamentos. “A rede de serviços substitutivos conceitualmente deveria estar integrada com outros equipamentos sociais presentes no território de modo a promover reinserção social. [...]” (Op. Cit, p. 288). Isso acarreta o aprisionamento do usuário ao circuito casa-equipamento, nos remetendo à uma nova forma de se institucionalizar o sujeito e novamente adquirindo o caráter da cronificação

Contudo, para Bongiovanni e Silva (2019), o problema da sociabilidade dos usuários aparece como externo ao funcionamento do CAPS, sendo muitas vezes atribuídos às faltas da própria cidade, e de seus espaços, para com os cidadãos, tendo mais consequências negativas na vivência dos usuários do equipamento substitutivo. Neste sentido apontam a falta de espaços apropriados para sujeitos de faixas etárias que supostamente deveriam estar no trabalho, mas por algum motivo não estão, assim como a própria falta de uma política de inclusão no emprego para estes sujeitos que veem portas fechadas por destoar de certa normalidade (Op. Cit.).

Entendemos que a problemática aqui também se caracteriza como uma dialética entre estes dois pontos. Se há um espaço ainda a ser ocupado na cidade, os CAPS podem se reinventar para que estes espaços possam ser ocupados obedecendo as propostas da Reforma Psiquiátrica, porém de uma maneira que não torne o usuário dependente do serviço para poder ocupa-los. E temos aqui a característica essencial da Reforma Psiquiátrica: a necessidade de um fazer saúde mental criativo, que repense as suas práticas e que rompa com os modelos hegemônicos, aproximando equipamento e cidade até um ponto em que esta divisão não seja mais demarcada.

Nesta dimensão, devemos nos atentar à segunda subfunção negativa da instituição, apresentada por Costa-Rosa (2013). Ela se trata da serialização da produção de subjetividade dos

usuários. Ao impor determinadas condições de socialização e impedir os usuários de acessar a outras, serializa-se a subjetivação dos sujeitos a partir da ótica das relações sociais dominantes.

Portanto, entendemos que pensar em uma Dimensão Sociocultural da Atenção psicossocial e do cuidado dos sujeitos em sofrimento mental é pensar em um alinhamento com o proposto pela Reforma Psiquiátrica. É aprofundar as relações entre os sujeitos e a sociedade, entre o território e os equipamentos substitutivos. É pensar alternativas criativas para os modos de fazer saúde mental. Bem como se faz necessário um extenso trabalho de base, que aproxime a comunidade dos ideais da Reforma Psiquiátrica e que auxilie na desconstrução do estigma da saúde mental como incapacitante. Para que, quando falarmos em Reinservação Psicossocial, o caráter social desta reinservação esteja preparado para receber a singularidade destes sujeitos e toda a sua complexidade, pois “[...] saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. [...]” (AMARANTE, 2007, p. 19)

Por isso, se faz importante sempre trazer para o debate a questão “do que fazer” quando se fala em desinstitucionalização. Através do acúmulo construído a partir dos autores analisados, constatamos que para que ela de fato ocorra deve-se sempre planejar estratégias de suporte e auxílio, para que os sujeitos lesados pelas instituições asilares tenham a real possibilidade de construir a sua autonomia, de pensar na sua Reinservação Psicossocial.

PARA NÃO CONCLUIR

Podemos compreender que os avanços propostos pelos ideais da Reforma Psiquiátrica ainda perpassam muito o campo do ideal. Ainda são propostas, possibilidades. E os desafios se apresentam justamente no momento em que se deve colocar em prática estes ideais. Seja pela própria ótica hegemônica que ainda assombra os modos de fazer saúde mental, seja por faltas sistêmicas, os desafios estão postos e devemos nos manter atentos para que possamos, com criatividade, inventividade e a escuta dos interesses dos usuários, repensar estes modos de fazer, nos afastando cada vez mais do Modo Asilar e nos aproximando do Modo de Atenção Psicossocial.

Durante o processo da pesquisa, percebeu-se uma lacuna na questão de produções que levassem em consideração, diretamente, o pensamento dos usuários. Se é proposto que a Reforma Psiquiátrica leve em consideração a possibilidade destes sujeitos, deve-se repensar na produção de conhecimento acerca dos mesmos, para que, cada vez mais, eles estejam inseridos

nesta construção. Desta maneira, faz-se urgente que produções acadêmicas aproximem mais da socialidade dos sujeitos em sofrimento mental e que a produção de conhecimento seja fruto da construção em conjunto com estes agentes.

Fica evidente como o cuidado em Saúde Mental avançou para um cuidado mais humano e mais próximo da socialidade dos sujeitos. Contudo, muitos dos avanços ainda se pautam em ideias, tendo na práxis o seu maior desafio. É imprescindível que se pense novas formas de agir perante as dificuldades apresentadas pelo sistema. Assim como é imprescindível que a Luta Antimanicomial se fortaleça cada vez mais através de seus agentes, e não somente a partir das instituições.

Reaproximar estes agentes é horizonte para que se desconstrua, também, os estigmas e preconceitos aos sujeitos em sofrimento psíquico. Aproximar a sociedade destas novas formas de cuidado é reforçar a proposta do Modo Psicossocial de maneira concreta e efetiva. A dialética entre sujeito em sofrimento psíquico e sociedade só pode ser reforçada quando os agentes dessa sociedade compreendem as limitações e as possibilidades dos sujeitos em sofrimento mental.

A produção deste trabalho se apresenta em um momento em que o assunto que permeia e assombra a sociedade é a pandemia de COVID-19. Numa situação tão frágil de pandemia, desvelou-se várias problemáticas do próprio sistema de saúde, causadas diretamente pelo seu constante sucateamento. Assim, percebe-se que a relevância de se debater os equipamentos de saúde mental está atrelada diretamente com a importância de se pautar a defesa do Sistema Único de Saúde. Defender o SUS é defender o cuidado em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, A. K. de M. A.; SEVERO, A. K. de S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 282-299, dez. 2019 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120207>.

BAURU. **Manifesto de Bauru**. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Bauru, 1987.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista De Ciências Sociais - Política & Trabalho**, v. 1, n. 40, 12 ago. 2014.

BONGIOVANNI, J.; SILVA, R. A. N. da. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 31, e190259, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100204&lng=en&nrm=iso>. access on 02 May 2020. Epub Apr 04, 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31190259>.

CARVALHO, A. M. T. de; AMARANTE, P. Forças, Diferença e Loucura: Pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. **ENSAIOS: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 41-52.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

COSTA-ROSA, A. da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar In: AMARANTE, P. (Org.). **ENSAIOS: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A. da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuição à uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400685&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 May 2020. Epub Sep 30, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>

GARCIA, A. S. **Atenção Primária e Atenção Psicossocial: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva**. 2013. 133 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Unesp, Assis, 2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.297-305, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, Brasília. **Saúde Mental no Sus: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Master Publicidade S.A., 2004. 86 p.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.1515-1529, dez. 2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702013000500005>. Acesso em 18 de junho de 2022.

VASCONCELLOS, J. Filosofia e Loucura: A ideia de desregramento e a filosofia. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **ENSAIOS: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 13-24.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

A Revista Científica Eletrônica de Psicologia da FAEF é uma publicação semestral da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF e da Editora FAEF, mantidas pela Sociedade Cultural e Educacional de Garça. Rod. Cmte. João Ribeiro de Barros km 420, via de acesso a Garça km 1, CEP 17400-000 / Tel. (14) 3407-8000. www.fae.br – www.fae.revista.inf.br – psicologia@faef.br