

Martinho Braga Batista e Silva

**Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento,
implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Sérgio Luís Carrara
Co-orientadora: Jane Araújo Russo

Rio de Janeiro

2004

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social
Departamento de Ciências Humanas e Saúde

Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira:
Sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo
nas práticas de atenção psicossocial

Mestrando: Martinho Braga Batista e Silva
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara
Co-orientadora: Profa. Dra. Jane Araújo Russo

2004

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB

S586 Silva, Martinho Braga Batista e.
Responsabilidade e reforma psiquiátrica
brasileira: sobre a produção de engajamento,
implicação e vínculo nas práticas de atenção
psicossocial / Martinho Braga Batista e Silva. –
2004.
180 f.

Orientador: Sérgio Luis Carrara.

Co-orientador: Jane Araújo Russo.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Psiquiatria – Brasil - Teses. 2. Saúde mental – Brasil -
Teses. 3. Psiquiatria social – Brasil – Teses. 4.
Responsabilidade – Teses. I. Carrara, Sérgio Luis. II. Russo,
Jane Araújo. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU

616.89(81)

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Luís Carrara - Orientador
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Jane Araújo Russo – Co-Orientadora
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Junior
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Junior
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Adriana de Resende Barreto Vianna
Departamento de História
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Sem dúvida, a principal contribuição para a produção dessa dissertação foi a orientação sincera e instigante do professor Sérgio Carrara. Ele indicou caminhos de pesquisa que me fizeram pensar de um modo completamente diferente minha atividade profissional. Sou profundamente grato à sua atenção, e, principalmente, às suas observações preciosas.

Não poderia contar com co-orientadora melhor do que a professora Jane Russo. Seus elogios e sorrisos me incentivaram a escrever mais e melhor. Foram fundamentais as críticas e o apoio na etnografia de um “profissional de saúde mental” sobre “colegas de trabalho”.

Os professores Benilton Bezerra Jr., Jurandir Freire Costa e Joel Birman escreveram os primeiros textos que conheci sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Suas palavras foram uma primeira bússola, influenciando minha formação como profissional de saúde mental e, em grande parte, favorecendo que eu procurasse esse Instituto para realizar meu mestrado. Embora não tenham sido interlocutores freqüentes durante a fabricação dessa pesquisa, estiveram presentes na medida em que inspiraram muitas das minhas questões.

Foram conversas esparsas com diferentes pessoas que tornaram o tema da responsabilidade algo relevante para mim. Tatiana Grenha e Anna Paula Araújo foram colegas de residência em saúde mental com quem troquei palavras sobre o assunto, compartilhando inquietações sobre essa prática que cuida ao mesmo tempo que controla. O programa de residência de um modo geral, os impasses na formação de “profissionais de novo tipo” no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no interior do ex-Centro Psiquiátrico Pedro II, com certeza exerceram grande influência na escolha do tema.

Agradeço em especial à Cristina, Andréia, Rosely e toda a equipe do Espaço Aberto ao Tempo - EAT, serviço que transformou minha forma de pensar e intervir em saúde mental, no qual adquiri amigos e companheiros. Tenho vocês no fundo do meu coração, lembro de vocês toda vez que da reforma se fazem revoluções.

Luis Antonio Batista, Heliana Conde, Ana Paula Campos são alguns dos amigos que as tarefas da dissertação me impediram de ficar junto. As poucas e boas vezes que nos vimos, entretanto, valeram bastante!

A colaboração dos professores Eduardo Mourão Vasconcelos e Manoel Olavo Teixeira, na leitura dos primeiros esboços dessa dissertação, foi impagável. De modos diferentes, cada um de vocês contribuiu para que o diálogo que esse estudo estabelece com outros campos de saber se tornasse mais amadurecido, cooperando com a pavimentação de algumas vias pouco asfaltadas do percurso. A revisão cuidadosa de Felipe Berocan Veiga, amigo e atencioso leitor dessa dissertação, foi crucial nos momentos finais: valeu, cara!

A equipe do “CAPS de Irajá” permitiu essa pesquisa, acostumando-se com minha presença em reuniões, aceitando convites para entrevistas, deixando que eu “fuçasse” os prontuários. Vocês compartilharam comigo momento tensos e ao mesmo tempo ricos da trajetória do primeiro dos CAPS da rede de saúde mental carioca, tornando público elementos pouco publicados nos “arquivos” do nosso campo. Agradeço a todos, com muito respeito e admiração pela coragem e resistência em seguir essa empreitada a tantos anos.

A Coordenação de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro, na figura da Dra. Madalena Libério, contribuiu para que se produzisse mais um estudo sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira articulado com o cotidiano dos serviços, aceitando minha solicitação de pesquisar “nos CAPS” e não apenas “sobre os CAPS”. O Instituto Franco Basaglia, na figura da “quase doutora” em saúde pública Rosemary Pereira, cedeu importantes documentos sobre a implantação desses serviços, dando visibilidade ao trabalho dessa organização não-governamental na consolidação da Reforma no país.

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Lima Barreto foi a surpresa que o destino me reservou ao longo dos dois últimos anos. Os queridos amigos Walmero, Vanessa, Bianca, Alessandra e Paulo, em especial, deixaram-me muitas vezes sem graça de ficar com

saudades do EAT, pois conheci pessoas bem diferentes de mim e ao mesmo tempo descobri que fiquei muito feliz com isso!

Meus pais, Batista e Bete, assim como meu irmão, Amadeu, estiveram distantes ao longo do percurso mas com certeza compartilham da minha felicidade em concluir essa dissertação.

Moema, meu amor nessa vida, é uma pessoa que colaborou em todos os sentidos para essa dissertação, não poderia agradecê-la com poucas palavras. Basta dizer que sem ela eu não teria concluído.

RESUMO

Tendo em vista o ‘apelo à responsabilidade’ de atores e instâncias sociais no cenário contemporâneo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, essa dissertação tem como objetivo delinear os discursos e as práticas em torno da noção de responsabilidade constituídos no campo da saúde mental.

A ‘tomada de responsabilidade do serviço pelo território’, o ‘aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho’ e ‘a possibilidade do sujeito advir como responsável por sua própria condição’ são discursos veiculados por diferentes disciplinas e teorias – como a psicanálise, a saúde pública e a análise institucional – em campos de atuação afins, como o da saúde mental e da saúde coletiva.

Esses discursos se conjugam a um momento sócio-histórico particular no Brasil. Acredita-se que a descentralização, preconizada pelas políticas públicas de saúde, desencadeia um processo de ‘transferência de responsabilidades para unidades locais com concentração de poder em nível central’. Essa relação entre Estado e sociedade civil estabelece um conflito entre encargos e recursos administrativos, visível nas ‘parcerias’ com a comunidade.

Como no advento da psiquiatria e do asilo, as relações entre instâncias e atores sociais no sentido de encarregar-se do louco se agudizam, só que ao invés da medicina tomar para si o mandato social de controle e legitimar uma atuação técnica sobre o doente mental, procura-se a todo custo compartilhar responsabilidades com família e comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e um grau de autonomia possíveis ao louco.

Práticas em torno do conceito de responsabilidade são acionadas nos Centros de Atenção Psicossocial, onde o debate em torno do ‘técnico de referência’ se torna exemplar do processo de negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental, entre profissionais, familiares, usuários e membros da comunidade. Vê-se como o engajamento, o vínculo e a implicação, do mesmo modo que a mediação, são técnicas cujas funções terapêuticas e administrativas são articuladas.

ABSTRACT

In view of the numerous ‘responsibility calls’ appealed by practitioners and social sectors in the recent scenario of the Brazilian Psychiatric Reform, the present dissertation aims at outlining discourses and practices on the notion of responsibility disposed in the field of mental health.

The ‘shift of responsibility from service to territory’, the ‘increase of professional’s responsibility for their working process’, and the ‘possibility of an individual be solely accountable for their condition’ are discourses conveyed by diverse disciplines and theories, namely psychoanalysis, public health, and institutional analysis, in related practicing fields like those mental health and collective health cover.

Such discourses lead onto a very particular social and historical moment in Brazil. It is believed that decentralization – justified by public health policies – develops into a process of ‘transference of responsibility to local units with concentration of power at core level’. That relationship between State and the Civil Society establishes a conflict between tasks and administrative resources very clear in the so called ‘partnerships’ with the community.

Just like at the early stages of Psychiatry and its Institutions, the relationship between sectors and social practitioners, so as to look after insane people, became acute. Medicine should take control of the social mandate and legitimate a technical action over the mentally ill patients. Instead, family and community are called at all costs to share responsibilities leading to a citizenship stature and to a degree of independence available to the patient.

Practices on the concept of responsibility are performed at the Psychosocial Attention Centers where every debate about the ‘reference technician’ is a model in the process of negotiation, division and distribution of mental health related tasks among professionals, relatives, users and members of the community. Commitment, bond, and involvement, as well as mediation, are techniques whose therapeutical and administrative functions are conciliated.

SUMÁRIO

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Introdução	01
I. Os discursos acerca da responsabilidade e alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira	16
1. Clínica, cidadania e responsabilidade em debate: um panorama interessado da Reforma Psiquiátrica Brasileira	18
2. “Encarregar”, “Implicar” e “Engajar”: encargos e recursos do “serviço”, do “profissional” e do “sujeito”	39
II. Responsabilidade e tutela: a constituição da psiquiatria e do asilo como articulação entre terapêutica e gestão da loucura	56
1. Mas do que se trata responsabilidade?	60
2. Loucura, Responsabilidade e Tutela: o advento da psiquiatria e do asilo na França do século XVIII e no Brasil do século XIX	65
3. Tutela e Perícia: autonomia e cidadania possíveis no terreno da interdição civil	83
4. Mobilização voluntária, gestão coletiva das obrigações e produção de responsáveis pelo cuidado: outros modos de regulação social	90
III. As práticas em torno da responsabilidade e o Centro de Atenção Psicossocial	109
1. As impressões iniciais acerca do desafio da pesquisa empírica	112
2. O Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa	125
3. “Técnico de referência”: implicação, engajamento e vínculo nas práticas de atenção psicossocial	131
4. As faces do sofrimento: os dilemas dos profissionais e a criação do possível	147
5. Mediação e negociação: as articulações entre gestão e terapêutica da loucura	157
Conclusão.....	168
Bibliografia	172
Anexos	

INTRODUÇÃO

No contexto contemporâneo do que se convencionou chamar **Reforma Psiquiátrica Brasileira**¹, discursos e práticas em torno da noção de responsabilidade circulam de diferentes formas. **Participação, implicação e engajamento**, muitas vezes, são verso e reverso da mesma moeda: a **responsabilização** dos atores sociais envolvidos na atenção psicossocial.

Quem se responsabiliza por isso? Será que esse usuário² não está se desresponsabilizando por suas próprias atitudes? Quem pode se responsabilizar por esse paciente? Estas questões, freqüentes no campo da saúde mental, remetem à responsabilidade da **rede social**, do **técnico**, do **serviço** de saúde, do **Estado** e, inclusive, do **usuário**. Elas podem ser desmembradas na “parceria com a comunidade”, no “comprometimento e vínculo do profissional no processo de trabalho”, na “tomada de encargo do serviço pelo território”, na “responsabilidade estatal pelas condições de saúde da população” e na “possibilidade do sujeito psicótico advir como responsável por sua própria condição”.

Procuramos implicar atores e instâncias sociais envolvidos na assistência psiquiátrica, formulando acordos, construindo contratos, estabelecendo parcerias, tornando-se referência; enfim, encarregando-se, de um modo peculiar, da tarefa de cuidar de um paciente psiquiátrico. Isso acontece em um terreno no qual o estatuto de tutela, que pesa sobre aquele que é objeto de nossos cuidados, ainda o situa formalmente no campo da irresponsabilidade perante aos próprios atos, como as figuras jurídicas da inimputabilidade penal e incapacidade civil sugerem. Algumas informações consagradas na literatura psicanalítica destacam justamente a dificuldade do psicótico em tomar como seu aquilo que lhe aparece no sintoma. Ou seja, convocamos à responsabilidade os atores sociais envolvidos no processo de mudança da assistência psiquiátrica brasileira como forma de exercício democrático; no entanto, o principal

¹ Também designarei por “Reforma Psiquiátrica” e com mais frequência por “Reforma” ou “RPb” esse processo histórico de transformação da representação social, do modelo de atenção e da política pública de saúde mental no Brasil, em curso desde a década de 70.

² “Usuário” de serviço de saúde mental, “Paciente” psiquiátrico, “Doente mental”, “Louco”, “Psicótico” e “Portador de sofrimento psíquico intenso” são algumas das terminologias utilizadas para designar aquelas pessoas em tratamento psiquiátrico na rede pública. Embora cada uma delas reflita uma determinada concepção teórica do fenômeno da loucura e política da assistência pública em saúde, não pretendo cansar o leitor utilizando apenas um dos termos, de modo que os utilizarei alternadamente. Entretanto, segundo minha concepção teórica, o termo “louco” é mais apropriado pelo fato de ser uma categoria relativa a uma experiência existencial e histórica mais abrangente que “doente mental”.

beneficiado pelo processo, o louco, apresenta pouca sintonia e compromisso com essa ordem pública, de oferta de direitos mas de cobrança de obrigações.

Esses debates acerca da responsabilidade dos atores sociais sobre o cuidado, vão ao encontro da produção teórica no campo da saúde mental, sobre autonomia, cidadania e clínica, dando margem para formulações que apostam na mudança do lugar social do louco na tradição cultural ocidental pela via de uma “clínica ampliada”³. Acredita-se que a figura do louco como “perigoso”, “insensato”, “irresponsável” e “incapaz”, alicerces das medidas que o isolam, o excluem e o controlam, possa se modificar bastante, se utilizarmos como principal estratégia uma nova forma de atendimento ao paciente psiquiátrico. A atenção psicossocial deve estar **atenta** principalmente à modificação das condições existenciais de vida desse, agora, “usuário”, visando o aumento do grau de autonomia, e não tanto a remissão dos sintomas de doença mental. Aqueles que estão envolvidos no cuidado em saúde mental devem balizar suas ações mais por uma ética da solidariedade do que por uma técnica objetiva, segundo essa idéia de clínica que procura construir o possível (novas formas de viver em sociedade que não o isolamento asilar) em vez do ideal (de cura terapêutica).

Acredito que esse processo de responsabilização, gerado ao longo dos mais de 20 anos de história da Reforma no país, tem especial ligação com a reflexão sobre os **modos de regulação social**. São marcos dessa discussão textos sobre o estatuto jurídico de tutela do louco e as dificuldades que a interdição civil oferece, em termos do exercício de uma autonomia ou cidadania plena. Aqui me dedicarei, principalmente, àqueles estudos que destacam a dimensão da dominação, da gestão e do controle de indivíduos. **A idéia geral é a de que a dimensão tutelar das atividades da administração pública não se expressa exclusivamente através da atividade pericial, da interdição civil ou penal dos loucos, mas também da própria prática da atenção psicossocial, no âmbito da qual ocorrem processos de responsabilização dos atores sociais envolvidos no cuidado em saúde mental.**

O questionamento que atores e instituições sociais têm acerca da responsabilidade sobre o cuidado estabelece relações com os efeitos dos novos serviços e das novas práticas de atenção em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial

³ “Clínica Ampliada”, “Ressocialização”, “Reabilitação Psicossocial”, “Clínica da Reforma” e ‘Atenção Psicossocial’ são algumas das designações que a literatura do campo da saúde mental apresenta para as práticas assistenciais concretas de atendimento ao paciente psiquiátrico. No primeiro capítulo poderemos perceber porque escolho o termo “atenção psicossocial” (Venâncio et. al., 1997; Costa-Rosa, 2001) para

(CAPS⁴) e a clínica ampliada, em cena no município do Rio de Janeiro desde a década de 90, levantam questões ligadas à **viabilidade** da Reforma Psiquiátrica. A convocação à responsabilidade das pessoas que convivem diariamente com os loucos, acompanhada dos debates acerca da “rede” de serviços e pessoas que possam oferecer “suporte” ao paciente psiquiátrico, parecem muito mais presentes nesse início de século XXI do que propriamente os debates sobre a “cidadania do louco” ou mesmo sobre a “desinstitucionalização da loucura”, que dominaram a Reforma até início da década de 90. Após a instalação de uma rede nacional de serviços comunitários de saúde mental, ainda incipiente em relação à atenção hospitalar (mas progressivamente hegemônica e instituída como política oficial), muito do que se dizia sobre os direitos do doente mental e dos efeitos deletérios da exclusão e do asilo sobre a vida dessas pessoas cedeu lugar a perguntas sobre os deveres daqueles que, paulatinamente retornando ao espaço urbano e interagindo com a ordem pública, apresentam muitas dificuldades de conviver em sociedade.

Não se deixou de afirmar, veementemente, os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos e a necessidade de conciliar o estatuto da tutela com uma cidadania possível ao louco, nem mesmo cessaram as críticas à ordem simbólica que constrange a experiência da loucura no interior da sintomatologia de doença mental. Também não diminuíram as críticas ao aparato político, administrativo, jurídico e cultural que institucionaliza o fenômeno da loucura como doença mental. Entretanto, a prática assistencial nos serviços comunitários, e mesmo aquela hospitalar e ambulatorial – tendo em vista o processo de redirecionamento da assistência, no sentido de manter o indivíduo em sociedade – pedem, muitas vezes com urgência, soluções a curto prazo, algo mais palpável que a crítica a processos sociais e culturais que projetam a representação social de desvalor do paciente psiquiátrico. Responsabilizar caminha *pari passo* com aumentar a autonomia, conquistar uma cidadania possível, construir parcerias na comunidade, além de parecer mais operacional que as palavras de ordem “desinstitucionalizar”, “desmantelar instituições e valores arraigados” ou “produzir outra ordem e racionalidade além da hegemônica”.

descrever tais práticas, tendo em vista o caráter de atividade não exclusivamente médica e necessariamente pública que esse termo comporta.

⁴ Centros de Atenção Psicossocial-CAPS / RJ, Núcleos de Apoio Psicossocial-NAPS / SP e Centros de Referência em Saúde Mental-CERSAM / MG são algumas das siglas pelas quais os serviços que prestam atendimento à população na própria comunidade são conhecidos no Brasil. Aqui, designarei principalmente por “CAPS”, “serviços comunitários” ou “serviços territoriais” de saúde mental, por

A questão da responsabilidade também mantém relações com o contexto sócio-histórico em que a Reforma acontece: a redemocratização no Brasil pós-ditadura e o cenário do neoliberalismo mundial. Nesses últimos dez anos muita coisa mudou, e não só no que diz respeito à psiquiatria e aos hospícios, aos hospitais e ambulatórios do novo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais transformações põem à prova nossas profundas esperanças em um Estado que se responsabilize pelas condições de saúde da população, assim como em uma participação efetiva da sociedade na formulação e implementação das políticas públicas. A menção ao neoliberalismo e à globalização é recorrente no movimento reformista, do mesmo modo que aos problemas que esses processos político-econômicos globais apresentam à política social brasileira, de amparo e assistência à população que procura o serviço público em busca de educação, saúde e justiça.

Quando focalizamos o cotidiano assistencial, o que se torna perceptível nesse complexo processo é uma ambigüidade: ao mesmo tempo em que há um convite à participação na gestão dos recursos, o que aumentaria o poder decisório da população sobre as políticas públicas, a “comunidade” também é convocada a gerir – ou pelo menos compartilhar – os problemas, aumentando seu compromisso com a execução e a viabilização da própria assistência pública. **É nesse cenário, no qual democracia e neoliberalismo emergem em um país que passou por mais de 20 anos de ditadura, que a convocação à responsabilidade dos atores sociais toma a dupla forma da participação democrática e implicação coletiva, da delegação de poderes ao mesmo tempo que de funções, do aumento dos direitos concomitante ao dos deveres do cidadão.** Muito mais ambíguo e polêmico ainda é pensarmos essa convocação à responsabilidade, essa mobilização da sociedade e apelo à participação quando os cidadãos são aqueles considerados formalmente irresponsáveis, por conta de sua condição de doença mental; ou seja, quando o chamado à atividade democrática se dá sobre aqueles que, em relação ao conjunto da população, se dispõem com menor intensidade ao contrato social.

Acredito, e é essa a principal hipótese dessa dissertação, que **a atenção psicossocial produz responsáveis pelo cuidado, algo tão importante quanto aumentar a autonomia, construir uma cidadania possível e atender na comunidade, sendo que essa responsabilização tem componentes de gestão e**

razões justificadas no primeiro capítulo, ligadas ao modo como se referem a esses serviços no município do Rio de Janeiro.

regulação social. A clínica da reforma, deste modo, envolve algum grau de responsabilização dos atores envolvidos cotidianamente no cuidado em saúde mental, como também produção de compromisso, engajamento e adesão, acionando um modo específico de tutela, nem coercitivo nem disciplinar⁵.

Mas tutela e cuidado andam juntos, tal como afirma categoricamente Delgado (1992)⁶, importante referência sobre o tema no campo da saúde mental. Mas de que tutela estamos falando? Do estatuto jurídico da tutela, da dominação e controle do outro, da gestão temporária do cotidiano e dos bens de uma pessoa, do exercício de poder legitimado sobre quem não pode decidir por si mesmo, da proteção de quem se encontra em sofrimento intenso? Além disso, de que cuidado se trata? Da soberana clínica, criticada e sempre motivo de polêmica? Mas que clínica, a ampliada, a atenção psicossocial? Isso inclui o acompanhamento diário dentro de uma instituição, ou a observação sistemática de sintomas e posterior diagnóstico e terapêutica, ou os passeios pela cidade e faxina na casa, a escuta do sofrimento, ou tudo isso? Essas perguntas nortearão a argumentação que se seguirá nos capítulos a seguir. Antes, há elementos fundamentais, que um trabalho como este não pode deixar de abordar.

1. Algumas inquietações que me trouxeram ao tema da responsabilidade no campo da saúde mental

O que move essa dissertação? Por que responsabilidade e não outro tema, por que saúde mental? Não poderia deixar de indicar aos leitores desse trabalho as inquietações que atravessam minha atividade de pesquisador, relativas às possibilidades de descrição da atividade de atendimento em saúde mental e às modalidades de exercício de poder articuladas a essa terapêutica, relativos em suma ao **registro** e ao **poder**.

Ao longo de quase quatro anos de exercício da profissão de psicólogo no campo da saúde mental, recolhi muitas dúvidas, perguntas e episódios. Realizei um estágio em

⁵ No segundo capítulo, as diferenças entre modos de regulação social coercitivas, disciplinares e biopolíticas serão apresentadas, através das contribuições de Castel (1978; 1987) e Foucault (2002). A tutela, tal como comumente é conhecida, tem ligação com a instauração do poder disciplinar, enquanto a modalidade de exercício de poder destacada nessa dissertação, a responsabilização, está mais próxima de uma gestão governamental.

⁶ “Pois que é da natureza do cuidado psiquiátrico, é sua origem e sua história, a dimensão de tutela vinculada à cura.” (p.29)

hospital-dia de hospital psiquiátrico público, durante minha graduação em Brasília-DF⁷. Já no Rio de Janeiro-RJ, realizei uma residência em hospital psiquiátrico⁸ e uma passagem recente por um dos CAPS do município⁹.

Muito me chamou atenção, durante minha formação, a descrição dos fatos relativos à assistência psiquiátrica: prontuários recheados de sintomatologia, diagnósticos e anamneses; cadernos de campo contendo anotações variadas, principalmente minha impressão pessoal acerca dos treloucados episódios de um hospício; caderno de anotações sobre momentos e interpretações dos atendimentos psicoterápicos, onde a dinâmica psíquica de meus pacientes se fazia mais inteligível. Durante os estágios, pude perceber que uma descrição dos acontecimentos psiquiátricos, na maioria das vezes, não seguia a mesma lógica que os consultoriais. Diferentes modelos de atendimento articulavam-se a diferentes modos de descrever a prática clínica.

Enfim, poderia dizer que a palavra, precioso elemento da prática clínica, é objeto de uma preocupação peculiar de minha parte: preocupação não tanto de interpretá-la, mas de como registrá-la e perceber os efeitos que produz, as diferentes possibilidades de descrever atendimentos. Do meu percurso de estagiário, a inquietação relativa ao registro das práticas e fenômenos no atendimento a pessoas com problemas mentais permanece. Do que podemos tomar nota, atendendo pessoas em intenso sofrimento psíquico e com freqüente dificuldade de falar a linguagem ordinária e cotidiana, de modo que possamos pensar sobre o que se passa na assistência psiquiátrica pública?

Na residência, tive oportunidade de me dedicar a outra das minhas inquietações: o poder. Pude perceber a constituição de uma hegemonia no campo teórico da saúde mental, com a emergência de uma clínica da reforma, segundo a qual a reforma psiquiátrica brasileira não poderia operacionalizar uma mudança no lugar social da loucura sem contar, principalmente, com um projeto de clínica. Momento bem diferente de outro, no qual questões para além das assistenciais – o lugar social de desvalor do

⁷ Sobre a (curta) experiência reformista no Distrito Federal e o programa de residência em saúde mental implantado ao longo desse processo, ver França (2001).

⁸ Sobre a formação de profissionais de saúde mental “antenados” com a Reforma e o programa de residência em saúde mental no município do Rio de Janeiro, ver Pinto (2001). Realizei o Curso de Especialização em Saúde Mental em Nível de Residência, um convênio da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ com o Instituto Municipal de Assistência à Saúde-IMAS Nise da Silveira (ex-Centro Psiquiátrico Pedro II).

⁹ Informações sobre a rede de serviços comunitários de saúde mental no município do Rio de Janeiro, estão no Cadernos do IPUB nº14, 1999. Durante os últimos dois anos, venho exercendo a atividade de psicólogo no CAPS Lima Barreto, em Bangu.

paciente psiquiátrico, a luta pelo respeito aos direitos do doente mental – eram privilegiadas para alcançar tal mudança. Essa clínica passa pela contribuição da psicanálise, principalmente daquela influenciada por Lacan¹⁰. Esse fenômeno local, ligado à formação de profissionais de saúde mental em uma instituição psiquiátrica no município do Rio de Janeiro, foi permeado de muitos debates e polêmicas, tanto no interior do próprio ensino e assistência, como também no campo acadêmico e mesmo administrativo. Descrever a construção paulatina desse consenso, os movimentos estratégicos e as modalidades de exercício de poder no ensino em saúde mental, foi para mim uma maneira de destacar essa questão no interior da assistência psiquiátrica.

Os efeitos dessa hegemonia teórica sobre a prática assistencial são diversos. Em minha monografia de conclusão, destaquei dois desses efeitos: a “convocação à responsabilidade” e a “afirmação do estatuto de sujeito do psicótico”. Responsabilizar um paciente psiquiátrico por seus atos ‘tresloucados’ ou de ‘desvario’ como, por exemplo, negociar um carro sem um contrato legitimado juridicamente (um documento público de compra e venda) e em seguida pedir ao serviço que intermedie a transação, aponta para uma maneira de fazê-lo menos objeto e mais sujeito na condução do tratamento¹¹. Responsabilizar pode torná-lo mais sujeito, na medida em que a decisão e o encargo sobre as ações caberiam mais ao próprio indivíduo em conflito com suas aflições e perturbações psíquicas, e menos ao saber técnico (e moral) dos profissionais. Ao mesmo tempo, as estratégias pelas quais ocorre esse processo de reposicionamento subjetivo incluem perguntar, “devolver a questão ao sujeito”, “fazê-lo pensar sobre o que fez e confrontar-se com o próprio sintoma”, o que em muito contribui para uma massiva culpabilização do indivíduo, privatização da dor e individualização do sofrimento, ainda que como forma de suspender a posição vitimada em que muitos dos pacientes se encontram frente a seus atos. **Responsabilizar envolve os dilemas de proteger, culpar, confrontar ou abandonar o indivíduo aos próprios conflitos, ainda que estes provoquem risco para si na ordem pública.**

Assim, percebi que muito da terapêutica ancorada nos princípios da clínica da reforma era permeada por relações de poder de cunho culpabilizante e moralizante. Pude notar que pensar a terapêutica em saúde mental como algo “psicossocial” implicava também em pensar alguns de seus laços com a moral e o controle.

¹⁰ Dediquei minha monografia final da Residência ao tema da clínica da reforma. Ver Silva (2002).

¹¹ O exemplo citado é um episódio do qual participei como profissional de saúde mental na Residência.

Desta maneira, são duas as inquietações que acompanham essa dissertação: o registro da atividade assistencial e a terapêutica como exercício de poder. A etnografia em um serviço comunitário de saúde mental no município do Rio de Janeiro – mais que isso, a necessidade de realizar uma etnografia, uma pesquisa de campo, de coletar, organizar e analisar “dados” – é minha tentativa de dar conta da primeira delas. O registro dos acontecimentos relativos ao cuidar em psiquiatria, a possibilidade de descrever o que se realiza na assistência psiquiátrica pública é uma necessidade administrativa, e também acadêmica, de alto valor para a pesquisa empírica. O fato de a instituição psiquiátrica – organizada em torno do saber médico e do estabelecimento asilar – reunir importantes elementos para investigar as relações de força e dominação na sociedade, só foi motivo de reflexão muito recentemente, a partir de obras (entre outras, George Rosen (1978[1948]) por exemplo) como as de Foucault (1978[1961]) e Castel (1978[1973]). A idéia de que a atividade terapêutica em psiquiatria está historicamente vinculada às modalidades de exercício de poder – objetivadas em formas de gestão, controle ou administração da loucura – é uma importante contribuição desses autores.

Leal (1999b) é uma autora que colabora para sublinhar a questão relativa à possibilidade e necessidade de descrição das práticas em saúde mental. Ela conduz seu trabalho em meio aos Centros de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro-RJ. Durante um dos congressos do campo da saúde mental carioca, em 1997, destacou a contradição entre a rápida absorção do ideário¹² da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a pouca propensão daqueles que escrevem os textos em descrever suas experiências com elementos materiais e concretos:

“Observamos, todavia, que muito freqüentemente não recorremos a tais princípios como indicadores da clínica que desejamos construir, mas, sim como capazes de descrever o que estamos fazendo hoje nestes serviços. Ao utilizá-los, deste modo, ignoramos o caráter prescritivo destas idéias (...) *Embora partilhemos destes princípios eleitos como guia para a construção de nossa prática cotidiana, vê-los utilizados enquanto forma de descrever a prática que temos construído me causou certa estranheza e me instigou perguntas...*” (Leal, 1999b:48, grifo meu)

¹² Leal (1999b:48) aponta pelo menos quatro princípios que estruturam tal ideário: o cuidado é marcado pela provisoriade; os saberes são limitados; a clínica é marcada pelo risco e incerteza; a prática de cuidado envolve sujeito singulares.

As múltiplas “prescrições” sobre a assistência e os parcos “registros” poderiam ser um empecilho ao conhecimento do que se dá no cotidiano assistencial dos serviços. Mais adiante esse efeito da descrição de princípios prescritivos como se fossem práticas é apontado:

“... negligenciamos que tais princípios têm caráter prescritivo e que toda prescrição indica uma escolha ética. Passamos a naturalizá-los, utilizando-os como descrição do nosso fazer. (...) As tentativas de descrever e analisar as situações enfrentadas na clínica destes serviços, muito frequentemente esbarram no seguinte discurso – “cada caso é um caso”, ou, “só o estudo das particularidades de cada situação é capaz de indicar o caminho a ser seguido”, etc..” (Leal, 1999b:49, grifo meu)

A inquietação relativa ao poder nos remete aos textos de Lobosque (2003), importante autora do campo da saúde mental com um rico trabalho sobre os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs – de Belo Horizonte-MG. São apresentados de modo instigante os liames entre tutela e cuidado, os desafios colocados por uma clínica que procura produzir autonomia em meio à necessidade de dominação:

“Ora, aqui, cumpre-nos a difícil tarefa de demonstrar qual pode ser o espaço da clínica na transformação de nossas relações com a loucura. Trata-se, dentre outras frentes de ação, de retirar a clínica da Saúde Mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome dos ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas (...) Quando o dilaceramento psíquico atinge em cheio o sujeito, um certo modo de acompanhamento, de presença, de atos e palavras se faz necessário como forma de ajuda (...) Afirmar que o outro precisa de ajuda pode ser, e muitas vezes costuma sê-lo de fato, uma forma de interferir, aliciar, tutelar, dominar etc. A questão de uma ajuda que se exerça sem domínio, eis aquela que se coloca para nós... (Lobosque, 2003:20-21, grifos meus)

Afinal, do que tomar nota para dar visibilidade às práticas, e quais as modalidades de exercício de poder que perpassam hoje a terapêutica psiquiátrica? A questão do registro levanta muitas dúvidas: o que podemos dizer do que acontece no cotidiano assistencial de um serviço psiquiátrico, tendo em vista as dificuldades de elaborar outra modalidade de registro que não a sintomatológica ou psicanalítica, ambas ancoradas em um saber clínico consagrado e construído em meio a objetivos diversos daqueles que a reforma psiquiátrica se propõe? Hoje se sugere que se fale do caso

clínico, como se os parâmetros para tal descrição já não estivessem estabelecidos e como se a empiria pudesse revolucionar por si só o dado clínico.

Também a questão do poder não fica muito atrás: podemos nós ter a terapêutica como pura técnica, isenta de qualquer atravessamento administrativo ou político? Podemos tomar a clínica desarticulada do mandato social de controle da psiquiatria? Muito se diz da inseparabilidade entre clínica e política, mas pouco se fala sobre quais seriam as atividades de controle, tutela e poder concretos que nos permitem estabelecer essa associação.

2. A pesquisa de campo em questão

A decisão de realizar uma pesquisa de campo não foi fácil, embora esta tenha sido planejada. Mesmo antes de dar início ao mestrado, pensava em reunir conteúdos empíricos para investigar a Reforma Psiquiátrica, tinha um imenso desejo de experimentar uma pesquisa abordando o dia-a-dia dos serviços de saúde mental. Entretanto, nem sempre os caminhos da investigação – revisão bibliográfica e construção de um problema – me deixavam seguro para realizar a tarefa.

Esse desejo está ligado à minha experiência de formação profissional (a especialização/residência em saúde mental), pois costumamos sobrepor as prescrições às descrições no campo da saúde mental. Este campo, por vezes eivado de palavras de ordem e de conceitos abstratos, muitas vezes fica bastante empobrecido de reflexões teóricas articuladas à narrativa de situações e episódios da assistência psiquiátrica. Não gostaria de reproduzir essa lógica – poucos dados e muitas recomendações – também em minha dissertação de mestrado, levando em consideração a crítica de Leal (1999b) apontada anteriormente, de modo que senti um forte impulso em me lançar à experiência, muitas vezes incerta, da pesquisa empírica. Poderia, assim, apresentar com mais riqueza de informações os impasses e os caminhos que se desenhavam no processo de desinstitucionalização da loucura.

Mas a empiria, por si só, não garante uma reflexão crítica sobre a prática assistencial. Ela pode estar muito mais a serviço da demonstração e da ilustração de uma proposta, do que da problematização das situações e dos episódios descritos. Assim, em muitos dos estudos empreendidos no campo da saúde mental, o pesquisador assume uma postura **mais clínica que crítica** diante do campo da pesquisa. Costuma-se investigar uma experiência reformista na qual o próprio pesquisador é protagonista, ou

seja, descrever, selecionar, organizar e analisar dados nos quais, ao mesmo tempo, se produz o dado que se pesquisa. É comum um pesquisador de si mesmo, comprometido politicamente com a implantação de uma proposta de assistência, tarefa que exige do autor da pesquisa um grande grau de estranhamento em relação a si e à própria prática profissional.

Além disso, o resultado desse esforço costuma ser uma afirmação da postura profissional: “quais os efeitos do que realizei”, “que conseqüências meus atos produziram”, tal qual na clínica. Não é tão freqüente colocar em questão tais efeitos, seja comparando, contextualizando ou historicizando esses conteúdos. Deste modo, realizar uma etnografia, “estranhando o familiar”, é minha tentativa de lidar com tais problemas e impasses na postura metodológica e mesmo ética do pesquisador, já que também sou profissional de saúde mental, também estou comprometido com a implementação de práticas reformistas de atenção em saúde mental e, portanto, também atravesso as mesmas dificuldades.

Também houve impasses de outra ordem, ligadas ao meu percurso de mestrando. O mestrado dura dois anos e passei a maior parte do tempo me dedicando à leitura de textos do campo da saúde mental e inseguro na definição do tema e objeto da pesquisa. O problema inicial que me coloquei foi acerca da articulação entre elementos da prática clínica reformista (o acolhimento em especial) e aspectos considerados singulares na cultura brasileira, o afeto e a cordialidade, ou seja, da possibilidade de investigar práticas em saúde mental não só em sua dimensão exclusivamente técnica – seja ela médica ou psicológica – mas também levando em conta fatores sócio-culturais.

Logo nas primeiras disciplinas cursadas no mestrado me deparei com uma discussão metodológica, sobre o estatuto sócio-histórico de categorias como “brasilidade” ou “cultura brasileira”, leituras estas que colocaram em cheque meu projeto de pesquisa. Ao tomar afeto e cordialidade como singularidades culturais brasileiras eu estava incorrendo em uma naturalização. Embora já estivesse acostumado com essa discussão no campo da saúde mental, onde diversas vezes foram enfatizadas as conseqüências de se naturalizar a experiência da loucura como doença mental, não percebi que essa mesma operação epistemológica era pertinente para pensar a cultura brasileira.

Tendo em vista essas questões, procurei novamente me debruçar sobre a literatura acerca da Reforma, ainda atento ao domínio das práticas em saúde mental. Mudei de rumo: comecei a investigar outro material, sobre o paradoxo entre cidadania e

loucura na Reforma, o dilema da busca de uma proposta de tratamento que produza emancipação e autonomia e não exclusão social e isolamento.

Não foi à toa: precisei desse giro de 180° graus para reorganizar minhas questões e voltar a me colocar um problema de pesquisa. Foi assim que pude perceber o quanto me interessava investigar a assistência psiquiátrica em sua atividade concreta, os modos de lidar com a loucura operados cotidianamente nos serviços de saúde mental; enfim, o domínio das práticas em saúde mental ou clínica da reforma. Também notei que meu *métier*, a atividade “psi” de atender um paciente psiquiátrico atento à sua fala, produzindo efeitos a partir da palavra e da própria escuta, tinha mais questões para mim que aquelas que pude formular em termos de uma possível articulação entre acolhimento e afeto.

A responsabilização do usuário pela própria condição, contribuição da psicanálise à reforma psiquiátrica, já era objeto de minhas investigações desde minha especialização em saúde mental. Como afirmei anteriormente, a construção de possibilidades do sujeito advir como responsável pelo próprio sintoma muitas vezes se revestiu, em minha atividade como psicólogo, de uma intensa culpabilização do indivíduo e privatização do sofrimento. O literatura sobre cidadania apontava, como componentes do “sujeito cidadão”, a racionalidade, a individualidade e a responsabilidade, levantando novas questões à minha pesquisa.

O indivíduo racional é aquele com consciência, vontade e intenção, sendo possível a ele assumir a responsabilidade de seus atos. Ao mesmo tempo, a responsabilidade é condição para o exercício de cidadania, sendo que a inimputabilidade como figura jurídica aparece como um dos elementos do estatuto jurídico de tutela que pesa sobre os loucos. Ou seja, por um lado, a responsabilização do sujeito pela sua condição de saúde se apresenta como proposta clínica no contexto da Reforma; por outro, o estatuto de tutela do louco tem como uma das âncoras a irresponsabilidade, o que em muito lhe dificulta alcançar uma cidadania plena.

A percepção de que essa responsabilização tinha uma amplitude maior que o campo “psi”, tal como a revisão bibliográfica ia me mostrando – as já citadas responsabilizações do serviço pelo território e do profissional pelo processo de trabalho, por exemplo – me surpreendeu: para além de um problema ligado a uma especialidade, a questão da responsabilização do sujeito, no contexto da Reforma Psiquiátrica, atravessa diferentes disciplinas, teorias e campos, como a análise institucional, os recursos humanos, a saúde coletiva e a administração pública. Isso reavivou minhas

pretensões de pesquisa de campo: afinal, como é que esse processo de responsabilização de atores e instâncias sociais está acontecendo na assistência psiquiátrica cotidiana?

3. Cidadania, Poder e Cuidado: os capítulos de um estudo sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A trilha que sigo para sistematizar tais questões inclui três capítulos. No primeiro, “Os discursos acerca da responsabilidade e a Reforma Psiquiátrica Brasileira”, apresento ao leitor um panorama da Reforma Psiquiátrica, destacando os debates sobre cidadania, clínica e responsabilidade no campo da saúde mental. Especial atenção é dedicada aos discursos operando com a noção de responsabilidade em construção ao longo desses anos, cuja figura marcante é a ‘tomada de responsabilidade do serviço pelo território’. Isso nos auxilia na delicada tarefa de construir o problema desta dissertação: o processo de responsabilização dos atores e instâncias sociais pelo cuidado em saúde mental.

No segundo capítulo, “Responsabilidade e tutela: a constituição da psiquiatria e do asilo como articulação entre terapêutica e administração da loucura”, a problemática da tutela do louco é apresentada frente a uma concepção mais abrangente da atividade tutelar, qual seja, a do poder tutelar exercido pela administração pública como modo do Estado brasileiro lidar com algumas de suas populações. Reservo especial atenção à tutela dos loucos, ao fato de que a partir da Lei dos Alienados de 1903 um estatuto jurídico de tutela – para ser mais preciso, de curatela – pesa sobre aqueles que não orientam sua conduta de acordo com a ordem pública vigente, tendo em vista um intenso sofrimento psíquico. Aqui os trabalhos de Russo (1993; 1997), Carrara (1991; 1998) e Teixeira (1997; 1998; 1999) têm grande contribuição a oferecer, tecendo muito dos fios históricos que permitem visualizar as diferenças e semelhanças entre a instauração da tutela dos loucos aqui e na Europa, destacando a participação da Medicina Legal e de doutrinas jurídicas nesse sentido.

Delgado (1992) e Diaz (2001) também apontam para o que há de específico na tutela em psiquiatria, não só historiando esse fenômeno, como também apresentando a experiência concreta dos peritos-psiquiatras no momento atual. A importância do deslocamento do diagnóstico da doença mental para a indicação dos graus de capacidade de gerir a si próprio, tal como a função das transformações legislativas para

“avançar” em direção a uma cidadania possível aos loucos, são resultados apontados por esses autores.

O conceito de tutela, em sua dimensão de modalidade de exercício de poder, não se reduz ao seu estatuto jurídico, nem diz respeito apenas aos loucos, nem mesmo está restrita ao panorama histórico da Revolução Francesa e da passagem do absolutismo ao liberalismo. Além dos estudos já clássicos sobre o tema, como os de Castel (1978) e Foucault (1978), outros autores se dedicaram a investigar fenômenos relativos ao poder, às disciplinas e especialidades científicas e às populações tuteláveis do ponto de vista jurídico.

Lima (1995), por exemplo, destaca o papel do Serviço de Proteção aos Índios na consolidação de um poder tutelar sobre os índios durante as primeiras décadas do período republicano, reunindo material para pensar a ação contemporânea de antropólogos na Fundação Nacional do Índio. Vianna (2002) escreve sobre os menores e a tutela exercida pelo juizado no Brasil contemporâneo, apontando limites e impasses à implantação de um Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse conjunto de trabalhos contribui para explicitar a ligação entre tutela e poder, entre o exercício de uma gestão sobre determinados indivíduos e o funcionamento das relações de força em nossa sociedade: não só os loucos e os cidadãos, sob a égide do hospício, mas também os índios e os civilizados, mediados pelos postos indígenas, e os menores e os adultos, assessorados pelo juizado. Enfim, a tutela será apresentada como dominação exercida entre indivíduos e mediada pela administração pública. Pretendo acentuar o quanto essa modalidade de exercício de poder aponta elementos para pensar a relação entre Estado e população.

No terceiro capítulo, “As práticas em torno da responsabilidade e o Centro de Atenção Psicossocial”, a questão do registro se materializa em uma opção metodológica: realizo uma etnografia de uma instituição pública de assistência comunitária em saúde mental, o primeiro CAPS do município do Rio de Janeiro. Apresento relatos da prática clínica ou da atividade de atendimento de profissionais de saúde mental, por meio daquilo que eles nomeiam em registros administrativos (prontuários), ou falam em entrevistas e reuniões de equipe. Conheceremos um dos serviços comunitários de saúde mental implantados a partir da Reforma, o CAPS Rubens Corrêa, em Irajá, Rio de Janeiro-RJ.

Particpei durante alguns meses da reunião de equipe, entrevistei profissionais e li prontuários. Através de alguns “casos clínicos”, onde a questão da responsabilidade se

coloca, e de um debate acerca da função do “técnico de referência”, uma espécie de nova especialidade da psiquiatria contemporânea, pretendo mostrar elementos concretos de um processo de produção de responsáveis pelo cuidado, de um teor tutelar específico, assim como a relevância da responsabilização dos atores como um operador prático da clínica, ancorada no apelo a valores como engajamento, implicação e comprometimento.

O objetivo geral dessa dissertação é descrever os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tenho em mente que ele poderá ser alcançado, principalmente, se atentarmos para a articulação entre teorias e saberes que costumamos separar em campos e disciplinas diferentes. Essa perspectiva sugere que o processo de responsabilização dos atores sociais pelo cuidado em saúde mental não é capitaneado por uma teoria ou campo disciplinar. A responsabilização, deste modo, não é um procedimento exclusivo dos psicanalistas no campo da saúde mental, mas está articulado a outras teorias e outros campos como aqueles que defendem a responsabilidade do Estado pelas condições de saúde da população, no campo da saúde coletiva, ou a responsabilidade do serviço pelas necessidades de saúde mental apresentadas pelos moradores de uma determinada área geográfica, no campo da administração pública.

A questão das modalidades de regulação social é o mote da argumentação, nosso guia nesse passeio pela produção teórica no campo da saúde mental e pela apresentação da assistência psiquiátrica pública em um CAPS. É a partir daí que colheremos os principais recursos de análise desse material documental e etnográfico, como os conceitos de “gestão dos riscos”, “alocação de indivíduos em redes de relações sociais” e “produção de responsáveis pelo cuidado”, caracterizando um dos enfoques das ciências sociais para lidar com os fenômenos psiquiátricos.

De início, vou construir o problema dessa pesquisa, aquilo que acredito ser o elemento articulador de funções terapêuticas e administrativas da atenção psicossocial: a responsabilização dos atores e instâncias sociais envolvidas no cuidado em saúde mental.

Capítulo I

Os discursos acerca da responsabilidade e alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A noção de responsabilidade ocupa os textos do campo da saúde mental de modo irregular, mas paulatino, tomando corpo e se consolidando em diferentes saberes e campos. Em alguns momentos, temos o **profissional** de saúde mental em foco, procura-se comprometê-lo com as transformações da assistência psiquiátrica, com esse trabalho imerso em novos e instigantes encargos e recursos: acredita-se que o aumento da responsabilidade do técnico pelo processo de trabalho exerce bastante influência sobre a produção de saúde. Em outros momentos, é o próprio **usuário** da assistência psiquiátrica pública que aparece, suas possibilidades e limites em se responsabilizar pelos próprios atos, afetos e pensamentos são debatidos, a necessidade de torná-los sujeitos da sua existência se faz crucial: o sujeito deve advir como responsável pela própria condição, de modo que haja algum reposicionamento psíquico possível ao psicótico. Os técnicos devem investir no vínculo, no cuidado e no projeto terapêutico individualizado, de maneira que haja mais autonomia e menor controle da atividade profissional. Os pacientes devem implicar-se no tratamento e tomar para si a produção sintomática.

Mas não são apenas os componentes da clássica relação médico-paciente que compõem discursos acerca da responsabilidade nesse campo: também a relação serviço-população conforma esse apelo à responsabilidade dos atores sociais pelo cuidado em saúde mental. O **serviço** local (“territorial” ou “comunitário”), o CAPS, é um elemento crucial, pois se espera dele a assunção de responsabilidade pelas necessidades em saúde mental de uma população adscrita a uma área geográfica, em busca de uma descentralização da gestão da assistência pública. Ele deve ter atribuições gerenciais sobre uma área administrativa municipal de saúde¹³, sendo o organizador – não o executor – da demanda de atendimento psiquiátrico, ocupando funções de maior poder decisório sobre o uso dos recursos assistenciais, mas angariando maiores encargos pelo

¹³ O município do Rio de Janeiro foi dividido em áreas programáticas (A.P.s) para efeito de organização dos serviços de saúde, em processo de regionalização. Cada uma delas é composta de um conjunto de bairros adjacentes (SMS-RJ, 1999). Quando se fala de “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”, o serviço comunitário de saúde mental deve ter como encargo justamente a população de uma A.P., ocupando o lugar de organizador e gerenciador da demanda (Portaria Federal 336). Assim, por exemplo, temos a A.P. 3.3., que inclui o bairro de Irajá, no qual em 1996 foi instalado o Centro de

acompanhamento e agenciamento dos problemas em saúde mental de uma população. Mais poder com mais encargos pelo atendimento, eis o processo de responsabilização dos novos serviços.

Ao **Estado** também se solicita a responsabilidade pelas condições de saúde da população, ao invés de repassar à ou dividir com outras instituições suas funções de proteção e segurança e, assim, correr o risco de tornar a saúde uma mercadoria, objeto do lucro da iniciativa privada. Mas os familiares, os vizinhos, enfim, a **rede social**¹⁴ que cerca os usuários dos serviços de saúde mental também adquirem encargos nesse processo de desinstitucionalização da loucura. As “parcerias” com a comunidade e a necessidade de dividir responsabilidades pelo cuidado com os familiares, de modo freqüente, são estratégias para manter o paciente psiquiátrico em sociedade e evitar as internações. A ênfase na “participação da comunidade”, diretriz de nosso Sistema Único de Saúde (SUS), e a premissa da “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” parecem manter relações com esses processos de responsabilização; pelo menos aparentemente, esses eles não possuem o formato discursivo dos citados anteriormente, relativos ao profissional, ao usuário e ao serviço, embora não deixem de convocar à responsabilidade instâncias e atores sociais.

O campo da saúde mental é atravessado por diferentes saberes e teorias que convergem no sentido de responsabilizar atores e instâncias sociais pelo cuidado do paciente psiquiátrico. Mas como é que esse conjunto de teorias – psicanálise, gestão de recursos humanos, administração pública, análise institucional, epidemiologia – e também de campos – da saúde mental, da saúde coletiva, “psi” – se organizaram em torno da responsabilização dos atores sociais no processo de RPb? Como é que se estruturaram esses discursos, cujo mote é engajar, encarregar e vincular pessoas? Para quê tornar os profissionais, os usuários, os serviços, o Estado e a comunidade atores e instâncias sociais responsáveis pelo cuidado em saúde mental? Em busca de que se procura produzir tantos encarregados pelo tratamento, em um campo no qual o usuário é considerado juridicamente irresponsável perante os próprios atos?

Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, objeto da análise sobre as práticas de atenção psicossocial no terceiro capítulo dessa dissertação.

¹⁴ “Rede social”, “território”, ou “comunidade” são termos comumente utilizados no campo da saúde mental para se referir às pessoas que cercam os usuários – familiares, vizinhança – e ao mesmo tempo aos recursos societários e estatais de apoio – associação de moradores, escola, serviços de saúde –, sendo que os utilizei alternadamente nessa dissertação. Entretanto, para uma discussão acerca dessas terminologias, procurar Anderson (1986).

Há mais de 20 anos se acompanha um processo de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil e preciso, antes de mais nada, apresentá-lo ao leitor para ensaiar as primeiras respostas a essas questões: **como e para que responsabilização?** Foram esses discursos acerca da responsabilidade no contexto da Reforma que me fizeram pensar na atenção psicossocial como um processo de produção de responsáveis pelo cuidado. Foi através desses elementos dispersos formando um todo que pude destacar uma dimensão administrativa nas práticas reformistas, dependendo do modo como os atores sociais negociam, dividem e delegam responsabilidades entre si nos novos serviços, da maneira como profissionais, usuários, familiares e membros da comunidade se encarregam pelo cuidado.

Um pouco da história da Reforma Psiquiátrica se faz presente nas linhas abaixo, não tanto em sua abrangente contextualização sócio-político-cultural – do qual autores como Pitta (1984), Amarante (1995), Tenório (2001) e Vasconcelos (2001) já se ocuparam anteriormente – mas sublinhando os impasses colocados pelas discussões sobre cidadania, clínica e responsabilidade¹⁵.

1. Clínica, cidadania e responsabilidade em debate: um panorama interessado da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A história dos mais de 20 anos de Reforma Psiquiátrica no país vem sendo documentada por diferentes autores. É como se a cada vez que se escrevesse um trabalho no campo da saúde mental – teses de doutorado, dissertações de mestrado, livros e mesmo artigos – novamente os principais fatos, datas, conceitos e episódios devessem ser contados, como que atualizando os “avanços e impasses” na implementação dessa proposta de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil. Apesar das diferentes versões, acredita-se que ao final da década de 70 o primeiro pontapé já tivesse sido dado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

¹⁵ Tendo em vista uma possível articulação do fenômeno da produção de responsáveis pelo cuidado com a convocação à participação da comunidade na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, seria necessária também uma remissão à história da Reforma Sanitária e do campo da Saúde Coletiva, como aquelas apresentadas por Canesqui (1994;1996). Entretanto, acredito que os autores aqui citados venham a contemplar os elementos que ultrapassam a saúde mental e dizem respeito a conjunturas e processos mais abrangentes.

(MTSM), mas só na década seguinte é que as primeiras experiências concretas – na forma de serviços públicos com uma proposta de clínica diferenciada – aconteceram.

Recentemente, a partir de 2000, duas leis consolidam a direção da política de saúde mental no Brasil no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente: Lei Federal 10.216, de abril de 2001, com base no famoso “Projeto de Lei Paulo Delgado”, sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória; Lei Federal 10.708, de julho de 2003, conhecida como “Bolsa-Auxílio”, que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade.

Assim, apesar do MTSM¹⁶ iniciar, em 1978, um movimento pela mudança da assistência psiquiátrica brasileira, muitas vezes por meio da denúncia das péssimas condições de atendimento nos asilos, apenas em 1987 um primeiro serviço público de saúde mental – o CAPS Luis Cerqueira, em São Paulo-SP – propõe e exercita uma prática clínica “ampliada” junto ao paciente psiquiátrico. Além disso, foi principalmente ao longo da década de 90 que as principais iniciativas concretas de transformação da rede pública de atendimento se efetivaram, no sentido de uma atenção psicossocial no território, ancoradas em política municipal de saúde mental: Santos-SP, Angra dos Reis-RJ, Santa Maria-RS e Campinas-SP foram alguns dos principais municípios onde um projeto de desinstitucionalização da loucura foi implantado.

Há textos que se tornaram clássicos, como os de Amarante (1995; 1997), há também atualizações recentes – como as de Tenório (2001) e Vasconcelos (2001) – e outros autores igualmente relevantes para a descrição abrangente do processo de Reforma, como é o caso de Delgado (1992) e Bezerra Jr. (1994). Não pretendo acrescentar dados a essas histórias, mas apenas oferecer ao leitor uma visão panorâmica do que se considera hoje uma das políticas públicas de saúde – juntamente com a de HIV / AIDS e o Programa de Saúde da Família (PSF) – “exemplares” na consolidação das diretrizes do SUS¹⁷. Como já antecipei, gostaria de sublinhar alguns dos dilemas

¹⁶ Após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que contou com a participação de usuários e familiares (sociedade civil), o MTSM tomou a forma de movimento social, o Movimento da Luta Antimanicomial. Para informações mais precisas sobre o caráter de movimento social que o processo de Reforma adquiriu ver Amarante (1995) e Maia e Fernandes (2002).

¹⁷ Em coletânea sobre os “caminhos da saúde pública no Brasil”, Friedman (2001:265) destaca o Programa de Saúde da Família como principal estratégia de mudança do modelo assistencial e as políticas em relação à saúde mental como “exemplares”: “Esse documento [Declaração de Caracas, 1990], do qual o Brasil é signatário, aponta para a substituição do modelo então vigente [hospitalocêntrico] por outro de base comunitária (...) o sistema de saúde brasileiro, em sintonia com as transformações em curso

que se destacam na constituição do campo da saúde mental, no âmbito do qual conquistou-se uma mudança legislativa – a já citada Lei 10.216, de abril de 2001 – e construiu-se o que hoje é uma política assumida pelo governo federal. Definitivamente, o recorte dessa panorâmica responde aos interesses do autor dessa dissertação, já que poderia também tomar autonomia, território, acolhimento ou muitos outros temas como dilemas.

Clínica, cidadania e responsabilidade foram os temas escolhidos para nortear esse panorama interessado da Reforma, por serem debates recheados de riqueza e incerteza ao mesmo tempo. **Clínica** principalmente pelas polêmicas em torno das práticas terapêuticas / tecnologias de cuidado que se constroem no sentido de “cuidar sem excluir”: seriam elas psiquiátricas, psicanalíticas, reabilitadoras, sociais, ressocializadoras, nenhuma delas ou todas¹⁸? Teorias diversas, como a psicanálise lacaniana, a análise institucional, a psicologia social e o existencialismo humanista, estabelecem constantes discussões em torno do estatuto do atendimento em saúde mental, tendo em vista divergências no que diz respeito à concepção do fenômeno psiquiátrico. O objetivo a ser alcançado com a atividade clínica também costuma ser diversificado, mas freqüentemente converge nos objetivos: autonomia e cidadania possíveis ao louco, atendimento prioritário na comunidade.

Cidadania pelo fato de que o “desafio da cidadania de sujeito tutelados” é considerada por alguns o principal diferencial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em relação a outras Reformas nesses mais de duzentos anos de psiquiatria. Esse desafio destaca a necessidade de construir um outro lugar social para a loucura – que não o de exclusão social, desvalor – na tradição cultural ocidental, tarefa não exclusivamente técnica mas que envolve uma mobilização e sensibilização da sociedade. Além disso, esse objetivo ultrapassa o papel técnico costumeiro de minimizar o sofrimento psíquico, já que aponta a preemência de gerar espaços de tolerância à diferença no tecido social e ampliar as possibilidades de existência do louco na sociedade¹⁹.

Ser cidadão não inclui apenas o exercício de direitos, mas um certo comprometimento simbólico com obrigações, ou seja, a cidadania envolve autonomia,

internacionalmente, deu início ao processo de reestruturação de sua assistência psiquiátrica (...) **apresentando extraordinário desenvolvimento nesta última década.**”

¹⁸ Não será possível explorar o tema da clínica no campo da saúde mental mas apenas destacar sua importância no processo da RPb. Remeto aos trabalhos de Cavalcanti (1992), Goldberg (1996), Tenório (2001) e Bezerra Jr. (1999) neste sentido.

¹⁹ Para informações mais detalhadas acerca da cidadania como questão para a RPb ver Leal (1994).

livre-arbítrio, racionalidade, mas também responsabilidade pelos próprios atos. Para aqueles que não respondem plenamente por si (loucos, crianças e índios) se configura em nossa sociedade liberal e balizada pelo contrato social um estatuto de tutela. Curiosamente, apesar das diferentes propostas técnico-assistenciais com base em diferentes teorias, muitas delas apontam na responsabilização – na forma de implicação, comprometimento ou participação – um operador prático da atenção psicossocial. Assim, tomo **Responsabilidade** como eixo dessa panorâmica por ser uma noção bastante mencionada mas poucos sistematizada nos diferentes contextos do campo da saúde mental, além de ser o conceito que tentarei tornar visível ao leitor durante essa dissertação.

Muitos dos debates aqui relatados se tornariam mais compreensíveis para leitores não iniciados no campo da saúde mental se eu antecipasse elementos da história da psiquiatria e do asilo, contextualizando as diferentes reformas psiquiátricas no tempo e no espaço, assim como a pertinência dos temas da clínica, da cidadania e da responsabilidade na constituição da loucura como doença mental. Entretanto, deixarei essas informações para o segundo capítulo, já que a construção do objeto desta pesquisa se deu em meio aos textos referidos ao processo de RPb e aos dilemas de minha experiência como profissional de saúde mental. Ou seja, preferi organizar os capítulos da dissertação de acordo com as etapas do estudo, caracterizando primeiramente o problema da pesquisa – o processo de responsabilização dos atores e instâncias sociais pelo cuidado em saúde mental – para a partir daí alocar referenciais teóricos e voltar-se para investigações empíricas.

1.1. “Cuidar sem excluir”: a clínica e a construção de novos modos de lidar com a loucura

Mas do que se trata Reforma Psiquiátrica Brasileira? Uma das definições mais consagradas é aquela segundo a qual:

“(...) está sendo considerado como reforma psiquiátrica um processo histórico de reformulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de

saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação política-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.” (Amarante, 1995:87, grifo meu)

A Reforma diz respeito, necessariamente, a uma mudança nas políticas públicas de saúde mental, no sentido de priorizar o atendimento comunitário do paciente psiquiátrico em detrimento da internação asilar: do asilo para a comunidade, da medicina à atenção psicossocial, da terapêutica ou prevenção à promoção de saúde mental. Enfim, do tratamento da doença mental no hospício para a reinserção social no território. É o que alguns autores (Amarante, 1996; Rotelli, 1990) apontam como **desospitalização**, a ênfase no atendimento comunitário como medida governamental, redirecionando os recursos financeiros no sentido da criação de serviços locais regionalizados.

Dependendo da forma como esse processo de mudança político-administrativo – de organização dos serviços formando uma rede de saúde mental – aconteça, se amparado em um projeto de assistência alternativa ou substitutiva aos manicômios, se voltada para a desmontagem da instituição física ou simbólica do asilo, pode se transformar em **desassistência**. Ou seja, desospitalizar pode não significar atendimento na comunidade mas abandono: deixar o paciente psiquiátrico sem tratamento por recusar a internação como medida assistencial; não sustentar seu atendimento na comunidade com recursos técnicos suficientes.

Tanto na desospitalização quanto na desassistência, a forma de conceber e lidar com o fenômeno da loucura não são colocados em questão. Na desospitalização, procura-se substituir a cura da doença mental pela promoção da saúde mental, sem discutir os pressupostos teóricos da prática médica com o louco e muitas vezes reproduzindo o saber clássico da psiquiatria, de remissão de sintomas da doença mental pela via da medicação. Na desassistência, o abandono muitas vezes está ligado a uma dificuldade de reformular a atividade profissional de uma maneira que ofereça acompanhamento e vínculo contínuo no atendimento comunitário. Assim, a desinstitucionalização da doença mental implica em uma revisão da clínica ou a das tecnologias de cuidado em saúde mental, pois, dependendo da maneira concreta de atender o paciente psiquiátrico, a instituição e o saber psiquiátrico podem se perpetuar com outras formas. Ou seja, mesmo que o atendimento seja na comunidade e o louco não se afaste de sua rede sócio-familiar, ele pode ser mantido nessa situação por meio

dos mesmos procedimentos – de remissão de sintomas via altas doses de medicação, por exemplo – que se utiliza para tratá-los nos asilos. Eis parte da perspectiva apontada por Bezerra Jr. (1994) e Amarante (1996).

O risco do processo de RPb se transformar em desospitalização ou desassistência, juntamente com a necessidade de problematizar o próprio saber psiquiátrico em busca de outros modos de lidar com o fenômeno da loucura, tornam o tema da clínica extremamente relevante. Por meio de que concepções e ações é possível atender ao louco na comunidade e tornar o asilo algo desnecessário? Através de que tecnologias e teorias é possível abordar o louco sem o recurso à contenção e ao isolamento? Enfim, como cuidar sem excluir, eis um dos dilemas da RPb que justificam a relevância do debate acerca da clínica.

Os efeitos de desospitalização e desassistência caracterizaram o processo de reforma da assistência psiquiátrica em diferentes países, tanto na Europa como nos Estados Unidos. No Brasil, a proposta de mudança da assistência psiquiátrica inclui outra perspectiva, mais aproximada do processo italiano de Reforma Psiquiátrica: a desinstitucionalização como desconstrução do saber psiquiátrico. A idéia geral, como já foi antecipado acima, é a de que não basta um rearranjo político-administrativo da assistência sem uma crítica aos alicerces teóricos das práticas psiquiátricas, sem que o conhecimento que autoriza a intervenção médica sobre a doença mental seja colocado em cheque, pois o mesmo procedimento terapêutico que produz exclusão no asilo pode ser acionado também na comunidade²⁰.

Com base no trabalho de Castel (1987) sobre a Reforma na França e de Rotelli (1990) sobre a Reforma na Itália, Amarante (1996) destaca as diferenças entre essas três perspectivas de transformação da assistência psiquiátrica: desospitalização, desassistência e desconstrução, enfatizando que a desinstitucionalização da loucura e a desmontagem do saber que autoriza o isolamento e exclusão do louco necessariamente envolvem essa terceira perspectiva. Pode-se dizer que, mais cristalizado e consolidado do que o hospício é o saber psiquiátrico, mais manicomial do que o estabelecimento hospitalar, produtor de exclusão social do louco, é a visão da loucura exclusivamente como doença mental.

²⁰ Para os processos de Reforma Psiquiátrica em outros países, ver Birman e Costa (1994[1976]), Amarante (1996, 1995) e Rotelli (1990). O diálogo com a Reforma Italiana ocupa lugar de destaque nessa panorâmica, tendo em vista a explicitação da visão da loucura como .

O processo histórico da RPB, deste modo, tem compromisso necessariamente com uma mudança na política pública de saúde mental, mas não é só essa dimensão governamental e administrativa de redirecionamento dos recursos assistenciais do hospício para a comunidade que parece decisiva para alcançar a desinstitucionalização da loucura. Esta necessariamente tem uma dimensão político-institucional de “crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental”, mas o isolamento e a exclusão do louco da vida em sociedade são amparados por um modo de lidar com a diferença, com fenômenos que no interior de uma determinada ordem pública são considerados “insensatos”, “tresloucados”, “desvarios”. Assim, segundo Amarante (1995), se faz necessário um processo de desmontagem dos saberes que comprimem essa experiência da loucura no interior da sintomatologia da doença mental, com concomitante criação de novos modos de sociabilidade e produção de valor social.

Mais adiante, quando o tema da cidadania for introduzido nesse panorama da Reforma Psiquiátrica, poderemos entender melhor a importância dada a uma “nova forma de lidar com a loucura”: ela parte do entendimento de que o cuidado oferecido pela psiquiatria e o asilo produzem exclusão social, isolamento e violência, portanto, não respeita os direitos dos pacientes psiquiátricos, não reconhece no louco um estatuto de sujeito. Por enquanto, gostaria de sublinhar o dilema que se colocou no sentido de desconstruir ao invés de desospitalizar ou desassistir, ou seja, os caminhos que se desenharam na Reforma Psiquiátrica Brasileira para que a mesma se tornasse um processo de desinstitucionalização da loucura: a clínica e a política.

Segundo Bezerra Jr. (1992a) os debates em torno das estratégias concretas de desinstitucionalização, de desconstrução do saber e instituição psiquiátrica no Brasil, podem ser organizados em uma dicotomia entre “clínicos” e “políticos”. Essas duas grandes inspirações na formulação e implementação das propostas de superação da “psiquiatria clássica” obviamente não são consideradas estanques por esse autor, mas emblemáticas dos embates no campo da saúde mental em construção²¹.

²¹ Após uma argumentação no sentido dos efeitos necessariamente sociais da atividade psiquiátrica, Bezerra Jr. (1992, p.114) defende a indissociabilidade entre clínica e política: “Desse ponto de vista torna-se evidente que toda discussão técnica acerca do tratamento é ao mesmo tempo reflexão política. Tratar do indivíduo que sofre é inevitavelmente referir-se aos contextos de vida em que esse sofrimento surge como experiência no campo da intersubjetividade. Toda intervenção terapêutica supõe, assim, uma perspectiva ética.”

Embora as citações a seguir sejam longas, elas descrevem de uma forma resumida e contundente essa dicotomia, até hoje presente nos debates que acontecem e em eventos reformistas. Bezerra Jr. (1992a) descreve os “políticos” da seguinte forma:

“De um lado encontramos aqueles para os quais a ênfase deve ser posta na *transformação radical das relações sociais nas quais a loucura se encontra encarcerada*. Trata-se então de realizar uma crítica política às instituições e às representações correntes e uma crítica epistemológica às teorias hegemônicas acerca da loucura, com objetivo de produzir modificações radicais na relação da sociedade com os loucos: defender seu direito à cidadania, exigir respeito social à sua diferença, ampliar as condições de exercício de sua condição de sujeito social, substituir o modelo manicomial de assistência por dispositivos múltiplos, referidos às especificidades locais, construir espaços de sociabilidade permeáveis à sua presença, e assim por diante. Entre estes *fala-se mais de loucura que de psicose, mais de experiência de sofrimento que de quadros clínicos*, e preferência não é casual. Traz embutida uma crítica à clínica, acusada não raro de reducionismo (a clínica como o leito de Procustes moderno da loucura) e de abrigar tendências medicalizantes e normalizadoras.” (Bezerra Jr., 1992 a:35, grifos meus)

Em seguida, descreve os “clínicos” da seguinte maneira:

“De outro lado estão aquelas experiências que fazem da *clínica da psicose* seu centro de interesse. Nesse caso as transformações institucionais propostas têm como base a convicção da especificidade do fenômeno psicótico, que somente a clínica pode deixar transparecer. Enfatiza-se a necessidade de um instrumental teórico-conceitual que permita o labor terapêutico com o sujeito singular, o que justifica o interesse privilegiado pela metapsicologia, pelos temas clínicos (transferência, mecanismos específicos da estrutura psicótica etc.). Não se negligencia a importância das dimensões social e política envolvidas na questão mas acentua-se a necessidade de reconhecer que a psicopatologia não pode ser referida de maneira simples a uma determinação qualquer, seja ela biológica ou social, pois é expressão da forma peculiar, próprio a cada sujeito, de enfrentamento de um conflito vivido intrapsiquicamente. Nesse caso *critica-se a diluição do específico da psicose no caldeirão dos que sofrem na relação com o corpo social. Insiste-se na afirmação de que a psicose é um fato de estrutura (psíquica) e que meras alterações legais e institucionais podem deixar completamente intocada a ignorância acerca desse fato*, e simplesmente deslocá-lo do asilo para equipamentos psiquiátricos modernos e miniaturizados. E assim, onde o voluntarismo se pretendia revolucionário, pode-se acabar encontrando o espaço aberto à restauração.” (Bezerra Jr., 1992 a:35, grifos meus)

De que forma é possível construir modos de lidar com o sofrimento e o desatino que não através da operação que gruda o fenômeno da loucura na sintomatologia da doença mental? Como exercitar a tolerância e fomentar a solidariedade no tecido social? Como cuidar sem segregar? As citações acima condensam as principais tentativas de resposta a essas questões.

Entretanto, a medida que as diferentes experiências reformistas concretas foram se aglutinando, já não se consegue mais imaginar uma “desinstitucionalização” que não passe pela “clínica”. É o que sugere o trabalho recente de Leal (1999a), no qual, partindo uma vasta revisão bibliográfica do campo da saúde mental, a autora faz um balanço dos quase vinte anos de RPb:

“Nos últimos anos, na última década principalmente, tornou-se hegemônica no campo a idéia de que há uma clínica da reforma. Perdeu vigor a idéia herdada da Psiquiatria Democrática Italiana, de quem o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira sofreu fortes influências, de que as práticas de cuidado, para romper com seu caráter segregador, tributário do modelo médico psiquiátrico, devessem abandonar o modelo clínico como referência. Os profissionais do campo da Reforma passaram a apostar na possibilidade de desenvolver uma clínica que não fosse reducionista, que não ocultasse os pressupostos éticos que a determinam e subordinam e que promovesse a integração e não a exclusão do paciente. Para isso, argumentavam, era preciso articular dois termos que estiveram isolados ao longo da história da psiquiatria – clínica e política.” (Leal, 1999 a:126, grifos meus)

Diferentes foram as experiências reformistas no país que enfrentaram o desafio de cuidar sem segregar – como o CAPS em São Paulo-SP, os NAPS em Santos-SP, os CERSAMs em Belo Horizonte ou os CAPS no Rio de Janeiro-RJ – e diferentes também foram os autores que se debruçaram sobre a questão da clínica, como Cavalcanti (1992), Leal (1994), Goldberg (1996), Tykanori (1996;1997), Lobosque (1997; 2001; 2003) e Tenório (2001). Após mais informações sobre a história da RPb e o importante lugar ocupado pelo tema da cidadania, voltaremos a esses autores. Desde logo devo dizer que não será para adentrar na rica e complexa polêmica em torno da prática profissional de atendimento ao paciente psiquiátrico – se deve ser designada clínica ampliada, reabilitação psicossocial, clínica da reforma ou atenção psicossocial e por quê – mas para sublinhar nesses trabalhos as noções de **autonomia**, **contratualidade**, **gerenciamento do cotidiano** e **referência**, dada sua relevância para compreender as

articulações contemporâneas entre cuidado e gestão na psiquiatria, assunto do segundo e terceiro capítulos dessa dissertação.

1.2. “O paradoxo da cidadania de sujeitos tutelados”: cidadania e o desafio de construir um outro lugar social para a loucura

Segundo Amarante (1995), a história RPb pode ser dividida em 3 “trajetórias”: alternativa, sanitária e da desinstitucionalização / desconstrução. Ao longo destas, o estatuto de tutela do louco paulatinamente vai se tornando um dos principais desafios reformistas, já que os efeitos sociais de normatização e dominação da instituição psiquiátrica ganham relevo na saúde pública da década de 80.

A primeira delas é marcada pelo surgimento do MTSM, em 1978, pelas “primeiras denúncias de violência, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante” (idem, p.90), tendo como inspiração relatos de experiências reformistas em outros países.

A segunda trajetória, sanitária, desenvolve-se no período em que militantes do movimento pela Reforma Psiquiátrica ocupam espaços na administração estatal, elaborando e implantando mudanças de cunho administrativo com base em saberes do planejamento e gestão em saúde. É considerada por Amarante (1995: 93) uma “... tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades”.

Essa crítica à trajetória sanitária também é compartilhada por Delgado (1992), no momento em que procura sublinhar a questão da cidadania do louco como principal desafio da Reforma:

“Uma ‘reforma psiquiátrica restrita’, compreendendo mudança no dispositivo de cuidado, humanização do atendimento, melhora do desempenho da rede assistencial, sem aludir ao ‘sistema justiça-psiquiatria’ (nem, mais amplamente, às relações entre o Direito e a Psiquiatria) aparece visível no discurso da planificação oficial. Embora

reivindique identidade com a Reforma Psiquiátrica, é *apenas sua face estrita de política governamental.*” (Delgado, 1992:38, grifo meu)

A implementação de uma proposta de transformação da assistência psiquiátrica por essa via coincide, ainda na década de 80, com o processo de ambulatorização da atenção em saúde mental e de tímidas tentativas de uma outra relação com a comunidade:

“São da década passada a experiência de gestão “modernizadora” das instituições asilares, os *insucessos de políticas implementadas, como a da ambulatorização*, o surgimento de correntes de pensamento novas, internas à disciplina psiquiátrica, como a “psiquiatria biológica”, os *obstáculos encontrados no estabelecimentos de uma interlocução eficiente com a “comunidade”*, tudo isso se tomando um inestimável capital empírico incorporado ao debate, mesmo em período tão curto.” (Delgado, 1992:17, grifos meus)

A terceira trajetória, da desconstrução, tem início a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, momento no qual a sociedade civil participa ativamente do processo de Reforma, surgem os primeiros serviços comunitários com potencial de substituição do asilo e o projeto de lei Paulo Delgado (1989), acerca da extinção progressiva dos manicômios e concomitante criação de serviços substitutivos.

Para Amarante (1995: 96), essa última trajetória é peculiar por conta da diferença entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária que se destaca nesse momento, na medida que a primeira se mantinha voltada para a transformação do “ato de saúde” e do “papel normalizador das instituições” médicas, ou seja, à escuta das “diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre” e à “problematização do dispositivo de controle e normatização próprias da medicina como instituição social”. **A Reforma esclarece aí os laços entre o exercício concreto de poder e controle e a prática psiquiátrica enquanto terapêutica. A desinstitucionalização da loucura está para além de mudanças na política institucional/oficial e a terapêutica referendada no saber médico e “psi” tem sua dimensão normalizadora e de controle colocada em questão.** A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: “... é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das

instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico...”, por meio de modelos menos médicos e mais comunitários de ação.

Bezerra Jr. (1994) nos oferece uma narrativa abrangente desse momento de passagem entre a década de 80 e 90, onde o conceito de desinstitucionalização da loucura se desgruda do estabelecimento asilar:

“Convencidos dos limites da intervenção no nível das macropolíticas e no interior de instituições cronicadas, os membros do encontro [2ª CNSM, 1987] apontaram um novo horizonte para sua ação. Levantando a consigna ‘*Por uma sociedade sem manicômios*’, sinalizaram a necessidade de alargar definitivamente as fronteiras de sua intervenção de modo a agir no interior da própria cultura: *em vez de buscar apoio na sociedade civil apenas nos momentos de crise, trazê-la para a discussão cotidiana acerca da loucura e suas questões; não se contentar em modernizar as tecnologias de atenção psiquiátrica e difundi-las, mas buscar redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos*. Não se tratava de secundarizar a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia ampla de ação.” (Bezerra Jr., 1994:180-181, grifo meu)

Assim, a questão da Reforma não é tanto o asilo enquanto estabelecimento. Este é um problema nas experiências de desospitalização, tal como a psiquiatria de setor na França, descrita por Castel (1987): alargamento do raio de medicalização do sofrimento e da saúde e intervenção “psi” extramuros foram alguns de seus efeitos. Segundo Bezerra Jr. (1994), a questão é que o asilo e a psiquiatria colaboram para um processo de institucionalização da loucura enquanto doença mental:

“*O objeto da desinstitucionalização deixa de ser o manicômio e passa a ser a doença mental*, núcleo em torno do qual organiza-se ‘o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder’ [Rotelli, 1990]” (Bezerra Jr., 1994:181, grifo meu)

É na década de 90 que a questão da cidadania do louco se torna mais visceral ao movimento pela Reforma. Já havia uma produção teórica sobre esse tema na década de 80 – Marsiglia (1987) e Tundis e Costa (1987) – só que mais dedicada à denúncia do desrespeito aos direitos humanos no asilo e à cidadania no Brasil. Os hospitais psiquiátricos públicos se confundem com depósitos, onde muitas pessoas eram vítimas

do abandono, da violência e da miséria da instituição asilar, mais do que objetos de tratamento e, muito menos, sujeitos na condução de sua vida:

“... a questão da cidadania do enfermo mental é relativamente nova, começando a circular entre nós nos anos oitenta sob a forma de que *o Estado brasileiro teria uma “dívida” real para com os doentes mentais, em função de sua longa exclusão social e a conseqüente ruptura de seus liames sociais (...)* o enfermo mental seria positivamente um cidadão que não foi reconhecido devidamente pelo Estado brasileiro, constituindo-se então a privação e a sua conseqüente condição negativa de cidadania, que caberia ser *politicamente resgatada pelos movimentos sociais do campo da saúde mental.*” (Birman, 1992:72, grifos do autor)

Essas e outras contribuições da década de 90 – Birman (1992), Bezerra Jr. (1992b;1994), Russo (1993; 1997), Leal (1994) e Delgado (1992) – em muito complexificam os debates. De modo emblemático, Birman (1992) enfatiza a importância destes para que o processo de Reforma mantivesse como objeto a desinstitucionalização da doença mental:

“... deslizamos de maneira decisiva do debate técnico e político sobre as distorções, os abusos e violência presentes na assistência psiquiátrica brasileira, para nos indagarmos sobre um problema mais fundamental, pois perpassa como uma invariante o universo caótico dos cuidados: *a condição de cidadania dos doentes mentais (...)* Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcente, pois o que está em pauta de maneira decisiva é *delinear um outro lugar social para a loucura.* (Birman, 1992:71-72, grifos meus)

A cidadania do louco foi apontada como principal questão da RPb no sentido da necessidade de construir um outro lugar social para a loucura, onde o desatino e a desmesura tenham mais valor e a dimensão de sofrimento da experiência da loucura possa ter outro destino que não a exclusão e o isolamento. Há um paradoxo constitutivo desse desafio, já que:

“... se na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto

é, a sua condição de cidadania plena. Estamos portanto confrontados com um paradoxo estrutural que se inscreve na constituição histórica da figura da enfermidade mental...” (Birman, 1992:73, grifo meu)

O desafio da cidadania do louco remete a algo mais que a dívida do Estado para com o abandono de doentes mentais em asilos, já que envolve o exercício da racionalidade e da vontade de modo soberano no tecido social, tal como Bezerra Jr. (1994) enfatiza:

“Uma das questões centrais do projeto da reforma é a do estatuto de cidadania para os loucos. Evidentemente, uma das características mais marcantes da cultura manicomial é a morte civil a que ela condena os “loucos de todo gênero”. Não se trata apenas do fato de que para muitos pacientes torna-se impossível participar de atos jurídicos formais. A figura do cidadão vai além das prerrogativas legais a que faz jus, como participante de uma sociedade democrática. Ela é identificada à noção mais geral de sujeito, de membro efetivo de uma comunidade humana, que se autodefine pelos critérios de autonomia pessoal, pleno uso das faculdades racionais e responsabilidade por seus atos.” (Bezerra Jr., 1994:185, grifo meu)

Ao longo da década de 80 houveram algumas experiências assistenciais tentando oferecer alternativas concretas para a conquista de direitos por parte do paciente psiquiátrico. Uma avaliação dessas iniciativas técnico-assistenciais é apresentada por Bezerra Jr (1994). Ele aponta os fracassos na ressocialização dos pacientes, tendo em vista idealizações em relação ao louco e à sociedade, pois “Não havia permeabilidade no tecido social que possibilitasse a incorporação de pessoas com características muito próprias – e, do ponto de vista dominante, limitadas.” (Idem, p.186). Assim, **a defesa do estatuto de igualdade e a inclusão social automática cederam lugar à proteção e aos mecanismos de inserção social:**

“... admite-se a necessidade de medidas legais que efetivamente protejam aqueles cujas características pessoais os tornam vulneráveis aos mecanismos habituais de regulação da vida econômica, e que – ao mesmo tempo – possibilitem e estimulem formas diferenciadas de integração ao corpo social.” (Idem:186)

Mas como acontece essa proteção? O amadurecimento do debate sobre tutela e cidadania do louco apontou limitações ao projeto de Reforma, tendo em vista a

experiência concreta de programas de ressocialização, mas como funcionam tais iniciativas de inserção social? Se admitimos a necessidade de algum grau de tutela para os pacientes psiquiátricos precisamos pensar nos mecanismos de controle e domínio que estamos acionando, pois a atividade de integrar socialmente e ressocializar está articulada e ao mesmo tempo tem autonomia em relação àquela jurídica de interditar. **Ou seja, neste momento, precisamos investigar a tutela não tanto a partir de sua dimensão de estatuto jurídico, mas principalmente de exercício de controle que permite integrar socialmente.**

No segundo capítulo, quando a noção de tutela será discutida com mais vagar, o trabalho de Diaz (2001) será apresentado. Ele sugere uma transição no poder tutelar, da interdição civil à atenção psicossocial, na medida em que o “papel tutelar” do profissional de saúde mental deixa de ser o de definir a incapacidade através do diagnóstico de doença mental – na perícia – para o de construir ativamente condições concretas para o louco estabelecer trocas sociais de valor, “emprestando sua contratualidade” nas ações reabilitadoras. Interessa sublinhar que, em busca uma autonomia e cidadania possível ao louco, pela via da inserção social, os profissionais de saúde mental não deixam de lançar mão de uma função tutelar. Ou seja, a atenção psicossocial em sua dimensão de inserção social não deixa de manter laços com a tutela.

1.3. Atenção Psicossocial²² e o dilema da responsabilidade: os conceitos de autonomia, contratualidade e referência no campo da saúde mental

Nesse momento podemos retomar o tema das práticas de atenção em saúde mental, a partir da contribuição de diferentes autores que procuram descrever os elementos que caracterizam essa atividade.

Goldberg (1996) descreve a atividade clínica desenvolvida no CAPS Luis Cerqueira, serviço comunitário público de assistência psiquiátrica que desde 1987 está em funcionamento em São Paulo-SP. Sua “clientela alvo” são psicóticos e neuróticos graves, pessoas com sintomas “graves” (delírios, alucinações, isolamento, autismo...) e/ou retraimento social (dificuldade de sair de casa, relacionar-se com as pessoas). Os

²² Atenção Psicossocial é uma noção historicamente ligada à psiquiatria comunitária e, no contexto da RPB, veio a simbolizar o caráter público e não-exclusivamente médico do atendimento ao paciente psiquiátrico. Ver Costa-Rosa (2001) e Venâncio et. al.(1997).

objetivos estão ligados ao aumento da autonomia, da capacidade de **gerenciamento de si** e de escolha:

“A perspectiva do tratamento dessas pessoas tem como objetivo proporcionar que atinjam *patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas, possibilidades sempre maiores de autonomia*, qualquer que seja a medida desta para eles; aumentá-lhes enfim a capacidade de escolha” (Goldberg, 1996:44, grifo meu)

Esse autor apresenta diferentes meios pelos quais tal objetivo é alcançado, dentre os quais destaco o **incentivo à participação** do paciente no tratamento e ocupação de lugar de **referência** de atendimento por parte do serviço. Estimula-se essa participação através de diferentes iniciativas balizadas pelo lugar privilegiado que a palavra do paciente ocupa no atendimento, tornando-o menos objeto da intervenção técnica e mais sujeito nas decisões com respeito ao seu destino:

“Tratava-se, enfim, de procedimentos que iam se consolidando e sendo articulados por uma instituição na qual o tratamento não era dimensionado segundo um limite no tempo, e *onde se garantia a participação do paciente em todo o processo.*” (Goldberg, 1996:34)

A partir da percepção de que os programas de saúde mental estratificados entre muitas instituições não conseguiam a adesão dos pacientes psicóticos, e tornado difícil o seguimento dessa clientela, a equipe do CAPS lançava mão do procedimento de **tornar-se referência** de atendimento, de modo que se consolidasse como um lugar para o psicótico se tratar:

“Percebíamos, a partir dessa experiência, que o que cabia construir não era um espaço físico qualquer, mas um lugar que estes pacientes psicóticos reconhecessem como *referência* e ambiente de tratamento.” (Goldberg, 1996:36, grifo meu)

Autonomia, gerenciamento de si, participação no tratamento e referência de atendimento são algumas das noções que orientam as práticas de atenção em saúde mental no processo de Reforma, mas não são as únicas que gostaria de sublinhar. Com Tykanori (1996), referido à experiência dos NAPS em Santos-SP, percebemos a relevância da noção de **contratualidade** para imaginar uma mudança no lugar social de desvalor do paciente psiquiátrico no tecido social.

Esse autor parte do pressuposto de que o doente mental é uma pessoa com baixo crédito nas trocas sociais, por ser concebido unicamente como doente e ter seus afetos e pensamentos tidos como desarrazoados e inadequados. Isso baixa seu poder contratual, sua possibilidade de trocar bens, sentimentos e idéias com outras pessoas, dificultando sua inserção social. Cabe ao profissional “emprestar poder contratual” no sentido de mediar e facilitar trocas financeiras, afetivas, sociais do paciente em sociedade: assim haveria produção de valor social e concomitante reinserção social.

“A equipe passaria a fazer as *mediações* necessárias para que tais projetos [práticos que pudessem restabelecer seu poder contratual] pudessem efetivar-se. A isto denominamos ‘*emprestar*’ poder contratual; isto é, utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais, para possibilitar relações e experiências renovadas aos usuários.” (Tykanori, 1996:59, grifos meus)

A busca de reinserção social está articulada ao aumento da autonomia, visto por esse autor como:

“... capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de poucas relações / coisas. Esta situação de dependência restrita / restritiva é que diminui sua autonomia. *Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser*, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.” (Tykanori, 1996:57, grifo meu)

A contribuição de Tenório (2001) é fundamental para delinear os componentes da clínica da Reforma, já que apresenta uma vasta revisão acerca desse tema. Por um lado, nos apresenta um conjunto de conceitos que nos ajudam a compreender as diretrizes / ideais de práticas de atenção em saúde mental:

“O relatório final da Conferência [II Conferência Nacional de Saúde Mental, 1992] foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Nele são estabelecidos dois marcos conceituais: a *atenção integral* e a *cidadania* (...). As recomendações gerais sobre o modelo de atenção propõem a adoção dos conceitos de ‘*território*’ e ‘*responsabilidade*’ como ruptura com o modelo hospitalocêntrico e como forma de garantir “o direito dos usuários à

assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte”...” (Tenório, 2001:43, grifos meus)

Temos aí que cidadania, atenção integral, território e **responsabilidade** são conceitos norteadores da atividade clínica dos profissionais, tendo em vista a municipalização da rede pública de assistência em saúde e a implantação de serviços comunitários de saúde mental. Mas não é só por meio dessas diretrizes de políticas públicas que Tenório (2001) caracteriza a clínica da reforma, aglutinando a contribuição de diferentes autores – inclusive aqueles já citados anteriormente – e produzindo um resumo desses conceitos orientadores da ação assistencial.

Para esse autor, a clínica da reforma psiquiátrica caminha entre a tutela e o cuidado, entre mandato terapêutico e mandato social de exclusão, de modo que formas renovadas de aproximação com a loucura são construídas entre eles. Assim:

“É esse ‘novo arranjo’ da clínica psiquiátrica que pretendo descrever agora, com base na literatura que busca conceituá-lo. Identifiquei nessa literatura um fio condutor: tendo como ponto de partida a apreensão da problemática da doença como dizendo respeito à existência, delinea-se, como consequência, a reformulação das noções de cura e tratamento, a primeira girando em torno de um *melhor gerenciamento da vida* e convocando à discussão sobre *autonomia, reabilitação e contratualidade*; o segundo trazendo à baila as questões *da escuta, da diversidade, do vínculo*, da chamada clínica ampliada, da instituição psiquiátrica de novo tipo e do *território*.” (Tenório, 2001:52-53, grifos meus)

Não são apenas os conceitos de autonomia, gerenciamento da própria vida, referência, participação no próprio tratamento, reinserção social, contratualidade, cidadania, atenção integral, responsabilidade e território que orientam a atenção psicossocial, mas também reabilitação, escuta, diversidade e vínculo. Poderia acrescentar outras contribuições, mas foge ao escopo dessa dissertação um debate acerca das influências teóricas e conceituais da clínica da reforma. Esses são alguns dos elementos da atenção psicossocial, necessários para colocar em análise as práticas em torno da responsabilidade, a serem abordadas no terceiro capítulo.

Cidadania e clínica, como vimos acima, não foram noções escolhidas aleatoriamente. Segundo meu ponto de vista, elas aglutinam debates centrais na reformulação da assistência psiquiátrica em curso: como cuidar sem excluir? Como construir novos modos de lidar com o fenômeno da loucura de modo que a instituição

da doença mental – periculosidade, incapacidade, irresponsabilidade – seja desconstruída? Como aumentar as possibilidades de exercício dos direitos sociais, civis e políticos de sujeitos necessariamente tutelados do ponto de vista jurídico? Ou seja, como reinserir socialmente, aumentar a autonomia, facilitar a realização de trocas sociais? Segundo o meu entendimento acerca das práticas de atenção em saúde mental e com base nessa bibliografia apresentada acima, acredito que o objetivo de desinstitucionalização da loucura passa necessariamente pela busca do atendimento comunitário, da inserção social e do aumento da autonomia dos pacientes psiquiátricos. As tentativas de alcançar esses objetivos envolvem a atividade concreta de **mediar trocas sociais, encarregar-se** pelo atendimento de um conjunto pequeno de pessoas, **tornar-se referência** para o paciente e a família, escutar com atenção ao que eles dizem, acolher o sofrimento trazido por eles.

A responsabilidade diz respeito não só à diretriz segundo a qual o serviço deve tomar o encargo pelas necessidades em saúde mental de uma população adscrita a uma área geográfica, mas também tornar-se referência no atendimento – encarregar-se de um atendimento a longo prazo e organizar uma rede de cuidados – e vincular – responsabilizar-se pela construção de um laço de confiança duradouro –, como veremos mais adiante.

Devo retomar nesse momento minha hipótese, segundo a qual a responsabilização dos atores sociais envolvidos no cuidado tem uma dimensão administrativa, de gestão da loucura: é justamente a produção de responsáveis pelo cuidado daqueles que apresentam limitações em responder por si que colabora na integração social desses sujeitos. A inserção social depende não só do aumento da autonomia e cidadania do louco, mas também da participação, comprometimento e implicação de outrem – familiares, membros da comunidade – no cuidado.

Poderíamos dizer que também há uma “responsabilidade possível” ao psicótico no horizonte das práticas reformistas, ainda mais se levarmos em conta a contribuição da psicanálise lacaniana à Reforma:

“... de que modo seu trabalho [do psicanalista] pode interessar às práticas da reforma psiquiátrica e da saúde mental? Se o que norteia essas práticas é fazer o sujeito atingir melhores níveis de autonomia, cidadania e contratualidade, podemos dizer que ao psicanalista cabe **abrir as possibilidades para que o sujeito tome para si a responsabilidade de se situar em sua condição** e, então, transformá-la até onde o que

se apresenta como irredutível, ineducável, possa se dar como limite.” (Figueiredo, 2001:81, grifo meu)

Entretanto, através da contribuição de Duarte et al. (1993), a partir da qual a Reforma pode ser vista como mais um dos projetos de cidadanização implementados no Brasil da redemocratização – tal como aqueles de montagem de escritórios-modelo de defesa de direitos da população e promoção social nos bairros periféricos – outra perspectiva se apresenta. A “conversão à cidadania” nas classes populares se dá por meio de processos de individualização, racionalização e responsabilização. Inclusive, este último não se dá exclusivamente sobre o indivíduo, mas comprometendo as redes sociais diretamente ligadas a ele – a família em especial – como maneira de responsabilizá-lo:

“Ora, boa parte da estratégia dos agentes de cidadanização em relação à população das classes trabalhadoras centra-se de modo inevitável – pois esse é o formato em que elas sempre vivem – na preservação, consolidação, manutenção e intensificação dos bairros populares (...) A realidade, porém, é que *se tende a coibir com essa estratégia o processo da “individualização” (e seus corolários) [o sujeito, por exemplo?] pelo reforço de entes intermediários de pertencimento, que ocupam parte da “responsabilização” pretendida.*” (Duarte et al., 1993:15, grifo meu)

Cidadania, democracia e responsabilidade andam juntos também em experiências concretas de Reforma. No início da década de 80, antes mesmo do advento do SUS, a responsabilidade dos atores sociais – na figura do “democratismo” – era um impasse à democratização das instituições psiquiátricas:

“... iniciaram-se, nos primeiros anos da década [de 80] experiências renovadoras em vários estados e municípios do país. Essas experiências de modo geral começaram com a implementação de propostas assistenciais e procuraram estabelecer novas formas de organização e gerenciamento dos serviços. *A democratização do país e das instituições era uma palavra de ordem. Fez-se do estímulo à participação coletiva uma estratégia ao mesmo tempo assistencial e administrativa. Nem sempre bem sucedida, pois entre a idéia de democracia (com níveis de responsabilidade e competência gerais e específicas) e seu “Mr. Hide”, o democratismo (todos responsáveis por tudo, e portanto ninguém em especial por nada), insurgiram-se o espírito burocrático, o corporativismo e o oportunismo.*” (Bezerra Jr., 1994:177, grifo meu)

É da dimensão governamental da Reforma que tal processo de responsabilização retira um de seus elementos. A diretriz de “participação da comunidade” do SÚS, formulada de modo garantir lugar para a sociedade civil na formulação e implementação das políticas públicas, aparece muito mais como um convite à execução das mesmas no cenário neoliberal atual. Responsabiliza na mesma medida em que oferece poder de decisão e exige compromisso:

“A política neoliberal que vem sendo implementada no país, implica um conjunto de medidas que vêm afastando o Estado da obrigação estabelecida na Constituição de que a ‘Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado’. Além da restrição efetiva de recursos financeiros, que resulta das estratégias de ajuste macroeconômico, esse modelo busca enfraquecer os serviços públicos e *remete para o mercado e para cada indivíduo e família a responsabilidade pela atenção à saúde*” (Brasília, 1996:1, apud: Gomes e Albuquerque, 1998:122, grifo meu)

Inclusive, salta aos olhos o fato de justamente a faceta de política estatal, que a Reforma tem assumida desde a década de 90, delinea a autonomia, a cidadania e o atendimento na comunidade como diretrizes. Ela tem comprometimento com a instauração do SUS procurando implementar um projeto de universalidade, equidade e integralidade da assistência pública, com descentralização da gestão e privilegiando o atendimento na comunidade. Essa política está articulada a um projeto de prática assistencial, a uma formulação de clínica, orientando uma mudança também nas modalidades de cuidado em saúde mental:

“Situada no plano das políticas públicas, a reforma psiquiátrica mira o coletivo. Seu objeto é a população, e a demanda potencial é definida através de ferramentas epidemiológicas. O objeto da clínica, por sua vez, é o sujeito singular, o projeto terapêutico individualizado, a relação transferencial única e não generalizável. Se a reforma prioriza um segmento crucial da demanda, ao qual vem sendo destinado até hoje o périplo funesto das longas internações e da tutela sem nuances, sua intervenção particular se dá através das exigências que faz para a clínica: *a autonomia possível, a cidadania do louco e o investimento na rede e no território*. Só resta, portanto, um caminho possível entre a política e a clínica: a clínica da reforma. (Delgado, 2001a:153-154, grifo meu)”

Esse breve histórico da Reforma teve o intuito de expor ao leitor os principais elementos que, segundo o autor dessa dissertação, marcam o percurso desse processo de

transformação da assistência psiquiátrica: cidadania, clínica e responsabilidade. A RPB enquanto projeto de desinstitucionalização da doença mental, tem como principal objetivo delinear um outro lugar para a loucura na nossa sociedade, com mais valor social: uma “cidadania possível”. Ela envolve tanto uma política pública de saúde mental, orientada tanto no sentido do atendimento na comunidade quanto voltada para o aumento da autonomia do usuário: uma “autonomia possível”. Além disso, o gerenciamento de si pode ser alcançado por práticas diferentes mas articuladas: responsabilizar-se, tornar-se referência, vincular, emprestar contratualidade, mediar trocas sociais.

Pairam sobre a Reforma os fantasmas da desospitalização e da desassistência. O projeto radical, ligado ao processo de redemocratização no país, pode se reduzir a pobres resultados práticos tendo em vista os desafios colocados pela conjuntura neoliberal. Nesse sentido, a responsabilização dos atores e instâncias sociais envolvidos no cuidado em saúde mental ganha visibilidade nas estratégias de desinstitucionalização. As parcerias com famílias, vizinhos e demais membros da comunidade, a constituição de uma rede intersetorial de atendimento em saúde mental, ou seja, a constituição do suporte social ao paciente psiquiátrico pela via do engajamento, comprometimento e participação da sociedade, são um dos caminhos concretos pelos quais se busca uma cidadania e autonomia “possíveis” ao louco.

A partir de agora me dedicarei a configurar de modo minucioso o centro do argumento desse capítulo: os discursos acerca da responsabilidade no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2. “Encarregar”, “Implicar” e “Engajar”: encargos e recursos do “serviço”, do “profissional” e do “sujeito”

Pretendo apontar as diferentes perspectivas teóricas que contribuem para a formulação de práticas de atenção psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, algumas enfatizando a “**responsabilidade do sujeito pelo próprio sintoma**”, outras a “**responsabilidade da equipe pelo processo de trabalho**” e ainda a “**responsabilidade do serviço pelo território**”. Também será necessário apontar que esse apelo à responsabilidade, que convoca usuários, técnicos e serviços a uma nova postura diante das adversidades do processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, acontece articulado à duas diretrizes do SUS: a responsabilidade do Estado

pelas condições de saúde da população (“saúde como direito do cidadão e dever do Estado”) e a participação da comunidade (“parcerias”).

Essa prática discursiva é veiculada em meio a um cenário político-econômico de **desresponsabilização – progressiva, por sinal – do Estado brasileiro face às necessidades de atenção em saúde da população**, ou seja, a uma política social neoliberal.

Fala-se de uma “tomada de responsabilidade pelo território”, ou da “responsabilidade subjetiva para com o próprio sintoma” e também da “implicação e responsabilização social dos atores”, em um convite aos serviços, usuários e profissionais à se responsabilizar pela clientela, sintomas e atitudes, respectivamente.

Por um lado temos as utopias e lemas da década de 80, recheada de princípios e intenções em nome da liberdade e solidariedade, por outro os enfrentamentos e impasses da década de 90, difusora dos limites das tecnologias de cuidado. Esse deslizamento no acento da reforma, de um binômio que poderíamos chamar “**cidadania e sociedade**” para outro como “**responsabilidade e cuidado**”, seria uma continuação do debate entre “clínicos” e “políticos” (Bezerra Jr., 1992; 1994; 1999)?

Discutir responsabilidade nesse momento da reforma psiquiátrica brasileira também se justifica pela própria reorganização das relações entre família, hospital e Estado que o tratamento prioritário nos serviços comunitários aponta no horizonte. A internação como medida de tratamento prioritária requeria uma responsabilidade minimizada para profissionais e familiares e um encargo maximizado para o Estado, diferente do atendimento na comunidade como tecnologia de cuidado privilegiada. Nas práticas de atenção psicossocial a relação entre técnicos e familiares se intensifica na divisão cotidiana de cuidado e, principalmente, de responsabilidades pela gestão emocional, relacional e também econômica do usuário; o Estado redireciona seus gastos às políticas públicas locais, de atendimento às populações e áreas carentes de serviços de saúde, no mesmo momento histórico em que enxuga seus investimentos em políticas sociais.

Esse momento histórico evidencia uma certa economia na dinâmica do cuidado em saúde mental, dá visibilidade aos encargos que a atenção psicossocial envolve. Há quem diga que a atitude do profissional de internar ou encaminhar o usuário de um serviço comunitário de saúde mental nem sempre obedece a uma indicação técnica: trata-se de dar alta a si próprio do tratamento, de uma desresponsabilização do técnico

pelo atendimento em um momento de intensa necessidade de cuidado por parte do usuário.

Castel (1978) nos indica os mesmos personagens e um dinamismo semelhante ao nosso cenário atual, ao tratar da psiquiatria de setor francesa, na década de 70. Enfatiza as funções administrativas e políticas da atividade psiquiátrica, segundo ele mais relevantes para analisar seus efeitos sociais do que as finalidades terapêuticas. É essa idéia da psiquiatria como saber administrativo que faz da responsabilidade uma questão relevante, na medida que a gestão dos usuários se destaca justamente nessa reordenação das instituições sociais de amparo ao louco: “quem (familiar, técnico) se responsabiliza por quem (louco) ou o que (cuidado; benefício do INSS...)?” é uma questão presente e insistente nos serviços territoriais implantados a partir do processo da Reforma.

A responsabilidade tem sido não só um discurso do campo da saúde mental, mas também um operador da prática assistencial nos serviços territoriais. A prática dos Centros de Atenção Psicossocial, no município do Rio de Janeiro, está orientada pelo “acolhimento, vínculo e *definição precisa da responsabilidade de cada profissional no atendimento à população*” (IFB, 2003a). O encargo pelos cuidados em saúde mental não é responsabilidade exclusiva nem das famílias, nem dos profissionais e nem das instâncias públicas de amparo, mas **algo que exige uma certa distribuição, delegação e negociação de responsabilidades entre esses atores sociais, cada dia mais intensa na medida em que a internação deixa de se tornar o principal recurso assistencial e a convivência passa a ser o principal instrumento de terapêutica.**

2.1. “Tomada de responsabilidade do serviço pelo território”: a Reforma Italiana e a organização de serviços

A Reforma Psiquiátrica Italiana exerceu forte influência sobre a RPb, sendo que uma das suas principais contribuições é o conceito e operador prático designado por “tomada de responsabilidade”. O “presa in carico” dos italianos, a **tomada de responsabilidade – por parte dos profissionais de um dado serviço comunitário de saúde – pelas necessidades em saúde mental de uma determinada população adscrita a uma área geográfica**, não só contribuiu para a formulação das políticas públicas de saúde mental no Brasil (Barros, 1994; Nicácio, 1994; Delgado, 1999; Uhr, 2001) como também sobre iniciativas mais amplas em saúde pública (Campos, 1992).

Os textos de Rotelli et. al. (1990), Dell'Aqua e Mezzina (1991) e Delgado (1999) serão nossas bússolas nesta apresentação desse componentes do discurso da responsabilidade no campo da saúde mental.

Os serviços, segundo Rotelli et. al (1990: 37), têm a responsabilidade de responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada. Esse é uma das diretrizes que contribuíram para a organização dos serviços de saúde mental da cidade de Trieste, segundo o autor a experiência italiana mais conhecida no nível internacional e que orientou o processo global da transformação institucional na Itália. Essa diretriz tem em vista o processo de desinstitucionalização, procurando liberar o sistema de atenção psiquiátrica da internação, construindo novos serviços inteiramente substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Em conjunto outras duas diretrizes, a mudança das formas de administrar os recursos para a saúde mental e a multiplicação e complexificação da profissionalidade dos operadores, ela parte de um pressuposto: "... que a instituição responde mais às próprias necessidades de auto-reprodução que às necessidades dos usuários e que desinstitucionalizar significa inverter esta lógica de funcionamento." (Rotelli et. al., 1990: 37).

"Tomar para si a responsabilidade" pelo cuidado parece ser uma estratégia em relação à tendência de cristalização das práticas dos especialistas, uma tentativa de fazer com que os profissionais organizem-se de um modo que responda mais às necessidades da população e menos às necessidades de legitimação corporativa das próprias técnicas e teorias. Enfim, é uma tecnologia de gestão, de organização da equipe em relação ao processo de trabalho. Atende ao quê, à substituição da internação pelo atendimento na comunidade?

Esse modo de organização dos serviços parte de uma constatação: o fracasso de tentativas reformistas em outros países diante do desafio do mandato social de controle da psiquiatria. Esse mandato social, que inclui controle, exclusão e violência, é costumeiramente representado pelo asilo e pela instituição da incapacidade e da periculosidade do doente mental, sendo que a **internação** e o **abandono** são suas figuras na prática assistencial.

Segundo Rotelli (1990: 19), a reforma em outros países acabou se transformando em um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares, foi praticada como desospitalização, política de altas hospitalares,

redução mais ou menos gradual do número de leitos; com a intenção de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação, a reforma revelou-se coerente com as orientações neoliberais e conservadores de redimensionamento do próprio “Estado de bem-estar social”. A reforma italiana, deste modo, construiu uma nova tecnologia de gestão balizada pela responsabilidade territorial, no sentido de ultrapassar esses obstáculos e superar os problemas de outras experiências de reforma. A longa citação a seguir é necessária para tornar clara a dimensão da responsabilidade nessa reorganização da assistência:

“Podemos então concluir estas breves notas sobre os sistemas de saúde mental nos países “avançados” nascidos das reformas, firmando que o balanço desta desinstitucionalização não pode ser senão um balanço negativo:

1. A intenção de liberar a Psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restituir-lhe o estatuto terapêutico resultou na construção de um *sistema complexo de prestações que, reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam*. A nova cronicidade então produzida constitui o sinal mais macroscópico e dramático da falência dessas intenções. Na realidade pode-se avançar na hipótese de que no fundo deste processo estivesse a exigência de relegitimar a Psiquiatria “liberando-a” de sua relação histórica com a justiça e de seu ser imanente às políticas de controle social; dar-lhe uma dignidade exclusivamente “terapêutica”. É razoável reter que este é um projeto impossível, mas que através dessas operações tenta-se fazê-lo parecer real.
2. Um sinal complementar desta falência está no fato de que *esta forma de desinstitucionalização não alcançou o objetivo de superar a necessidade da coação e, portanto, dos locais de internação*. Eles permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo.” (Rotelli, 1990:24, grifos meus)

A tomada de responsabilidade é uma resposta ao abandono e uma forma de substituir a internação por outras formas de cuidado. Essa diretriz se acopla a duas outras, como já indiquei anteriormente: mudar as formas de administrar os recursos e complexificar a prática profissional. Veremos a seguir que essas diretrizes são desdobramentos da primeira: a tomada de responsabilidade do serviço pelo território envolve chamar à responsabilidade outras instâncias públicas de amparo, como também oferecer atenção integral. Começemos pela relação entre responsabilidade e mudança da atividade profissional.

Segundo Rotelli (1990), houve muita atenção para com os efeitos de capilarização do controle social produzido pelos serviços “psi” na comunidade, enquanto se deixava de lado o abandono gerado pelos mesmos especialismos:

“As análises sociológicas e sócio-psiquiátrica têm insistido em apontar os riscos presentes nesta *difusão e especialização* dos serviços psiquiátricos na comunidade: psiquiatrização dos problemas sociais e difusão capilar dos mecanismos de controle social na comunidade (...) Mas estas preocupações deixaram de lado outros efeitos complementares a estes, ou seja, os *efeitos de seleção, de falta de resposta aos problemas e sofrimentos das pessoas, de abandono.*” (Rotelli, 1990:22, grifos meus)

A atuação profissional “especialística” tem efeitos de abandono e desresponsabilização pelo cuidado e assistência em saúde mental, indicando uma “profissionalidade” restrita em relação às necessidades da população:

“O elevado nível de especialização e de refinamento das técnicas de intervenção tem como consequência uma correspondente elevação da seleção de pacientes assumidos (...) esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e *definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas.*” (Rotelli, 1990:22, grifo meu)

A problemática do abandono tem na responsabilidade integral pelo cuidado em saúde mental uma possível saída, apontando para a incrementação do repertório de técnicas do trabalhador em saúde mental. É o que sugere o autor, tendo em vista sua crítica:

“Este é então outro aspecto de trabalho terapêutico entendido como “*tomar encargo*” [*presa in carico*] foi traduzido por “tomar encargo”; cabe ressaltar que esta expressão se constitui numa premissa fundamental na organização dos serviços territoriais e significa o “*fazer-se responsável*”, isto é, a *impossibilidade de delegar a uma outra estrutura a assistência à população da região de referência*], de cuidar de uma pessoa: é desenvolvido de tal modo a *evitar o abandono do paciente a si mesmo ...*” (Rotelli, 1990:34, grifos meus)

A tomada de responsabilidade do serviço pelo território, deste modo, também é fazer-se responsável pela atenção integral ao invés de delegar a outros especialistas o cuidado em saúde mental, e assim “complexifica a profissionalidade” dos operadores. Ela aponta para uma nova forma de gestão dos recursos em saúde: é a relação da responsabilidade com os recursos assistenciais. Assim:

“A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional (...) Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada também para *chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais*, próximos ou não, os administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos etc...” (Rotelli, 1990:31, grifo do autor)

Ao invés de trabalhar exclusivamente com as competências e possibilidades exclusivas dos saberes médicos e “psi”, cabe ao profissional de saúde mental responsabilizar outras instâncias administrativas pelo cuidado em saúde mental:

“O trabalho terapêutico usa todos os instrumentos à disposição: medicação, colóquios (...) Além disso, exatamente por essa razão, o centro tem também a *responsabilidade de buscar recursos através de contato com outras estruturas institucionais*: por exemplo, conseguir da administração local um apartamento para alguns pacientes.” (Rotelli, 1990:39, grifo meu)

Tomar o encargo pelo cuidado integral da população, chamar à responsabilidade outras instâncias, complexificação da profissionalidade (outros encargos e ações no atendimento) e mudança na gestão dos recursos assistenciais tem estreita relação com a tomada de responsabilidade pelo território. São diferentes componentes da responsabilidade do serviço local de saúde pelas necessidades em saúde mental de uma determinada população adscrita a uma área geográfica.

Dell'Aqua e Mezzina (1991) apontam a responsabilidade como uma dimensão da atividade profissional em um dos momentos mais complexos do atendimento psiquiátrico: a crise. Juntamente com o “contato”, a tomada de responsabilidade é um elemento preciso nesse momento de intervenção na crise. A idéia que norteia mais uma das contribuições da Reforma Italiana à Reforma no Brasil é que a internação responde à doença enquanto a tomada de responsabilidade pelo cuidado em saúde mental responde às diferentes formas e momentos da existência do usuário:

“Não apenas na situação de crise, como também na relação global (com respeito aos momentos e às formas da existência que sofre), a ‘tomada de responsabilidade’ configura uma nova modalidade de relação institucional, que se baseia propriamente na assunção de responsabilidade. Em outras palavras, o Centro de Saúde Mental deve assumir a função de *referencial ativo* às demandas relativas a situações de miséria, de distúrbio e de conflito (...) *A prática cotidiana da ‘presença’* produziu uma real penetração do serviço no território e permitiu aos cidadãos a aquisição de um útil conhecimento das suas funções.” (Dell'Aqua e Mezzina, 1991:62, grifos meus)

Assim, aos sentidos e dimensões da responsabilidade apontados por Rotelli (1990) acrescenta-se esse desdobramento, onde responsabilizar-se pelo território inclui também imiscuir-se no cotidiano da existência e do sofrimento das pessoas; o serviço deve colocar-se como referência para situações variadas de conflito e estar presente nos diferentes momentos da vida do usuário.

Delgado (1999: 118-119) resume a problemática da tomada de responsabilidade no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, apontando as diferentes orientações da implantação de serviços comunitários de saúde mental em cidades brasileiras: os CAPS do Rio de Janeiro e os NAPS de Santos. Embora o autor trabalhe, nesse momento mais comparativo, com um sentido mais restrito – responsabilidade como tomada de responsabilidade pelas necessidades em saúde mental de uma população adscrita a uma área geográfica – em outros momentos do texto apresenta sua perspectiva sobre território – não tanto sobre responsabilidade – como “cidade subjetiva”, “locus de conflito e luta” e “singularidade espacial”. Assim, no que tange ao nosso assunto, cabe a longa citação do autor:

“Situemos a questão: um CAPS tem capacidade limitada (cerca de quarenta a cinquenta pacientes em atendimento diário, intensivo, e em torno de 300 a 400 matriculados, isto é, atendidos em graus muito diversos de intensidade do cuidado); já o NAPS define sua capacidade pela meta a atingir de cobertura de uma população adscrita (*território*), e pelo pressuposto ético da *tomada de responsabilidade*. Para que o contexto urbano possa tornar-se objeto de nossa análise, ou seja, para dar-lhe sentido na organização de serviços e na clínica, é preciso superar o modelo da demanda espontânea (que é coerente na clínica de consultórios e serviços privados), e tomar as noções de cobertura assistencial e referência domiciliar como indispensáveis. Assim, importa menos que o CAPS de Campo Grande defina sua *capacidade* (...) e mais o fato de que aquele seja o serviço territorial de referência para a população de tal bairro da cidade do Rio de Janeiro.” (Delgado, 1999:113-114, grifos do autor)

A tomada de responsabilidade pelo território é uma diretriz da reforma psiquiátrica brasileira, ligada à substituição da lógica dos serviços privados – demanda espontânea e capacidade – por uma lógica dos serviços públicos – cobertura assistencial e referência domiciliar – talvez até, como veremos ao final, uma lógica estatal.

Essa diretriz fica muito clara na Portaria 336, de fevereiro de 2002, sobre o funcionamento dos CAPS. Os serviços adquirem atribuições gerenciais e administrativas sobre a rede de saúde mental de uma determinada área geográfica. Cabe a eles “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental na âmbito do seu território” e “possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território...”.

Tais atribuições do serviço estão intrincadas às possibilidades do profissional assumir encargos e funções diferenciadas, como veremos a seguir.

2.2. “Aumento do grau de responsabilidade do profissional no processo de trabalho em saúde”: a análise institucional e a gestão de recursos humanos

A idéia de que a prática assistencial está articulada a uma gestão e organização dos serviços guia a formulação da responsabilidade como aspecto do processo de trabalho da equipe de saúde mental. A indissociabilidade entre clínica e administração, a análise tanto do usuário quanto do profissional, a implicação de todos os atores

envolvidos na assistência são premissas dessa concepção de responsabilidade em muito influenciada pelas contribuições da análise institucional.

Campos (1992; 1997), Braga Campos (1992a; 1992b) e Furtado (2001) são alguns dos autores que apontam na responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho um fator de incrementação de qualidade nas práticas em saúde mental, como também nas práticas de saúde de um modo geral. Tratando da experiência de desinstitucionalização do hospício “Cândido Ferreira” em Campinas-SP, um dos autores assim apresenta essa concepção:

“O planejamento e a gestão democrática só ganham sentido se possibilitarem e viabilizarem o desenvolvimento do potencial das equipes de profissionais, de fato criando um sistema de trabalho conjunto, *a responsabilidade coletiva por todos os atos praticados* e ainda estimulando a indignação ante os limites de toda ordem que dificultam a promoção da cidadania dos usuários de saúde mental.” (Braga Campos, 1992a:60, grifo meu)

É como se o modo de administração de recursos humanos, fortemente ligado às formulações da análise institucional, apontasse na responsabilidade, implicação e participação dos profissionais uma linha de fuga à inércia e burocratização das instituições de saúde. O que se procura produzir é o comprometimento e engajamento do profissional no projeto de desinstitucionalização. Nessa linha de entendimento, esta autora afirma:

“Ousar pensar o fim da Administração tradicional. Do taylorismo. A equipe seria coordenada, articulada a diretrizes gerais e às iniciativas de outras equipes congêneres. Não teria seus atos normatizados, não seria dirigida. *Cada conjunto de trabalhadores, em um serviço, deveria responder aos problemas de sua área (...)* Este estilo de gestão pressupõe uma combinação de progressiva autonomia com *responsabilidades e compromissos crescentes.*” (Braga Campos, 1992b:50, grifos meus)

Furtado (2001) também remete suas reflexões acerca da importância da responsabilização do profissional nas práticas em saúde mental à experiência assistencial em Campinas-SP, tratando de um dispositivo residencial terapêutico. Tanto a responsabilidade como o vínculo do profissional para com o processo de trabalho e o usuário foram determinantes, segundo o autor, na mudança do modelo assistencial

asilar. O profissional se torna referência de um conjunto de usuários e responsável pela gestão dos cuidados necessários à sua saúde mental:

“O profissional, em seu papel de referência, não é responsável pela execução de todas as atividades previstas no projeto terapêutico, mas deve estar ciente e acompanhar, ainda que à distância, a evolução do paciente no curso das atividades (...) O que caracteriza o papel de referência é o fato de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial daquele paciente cronicado. Temos a expectativa de que a responsabilização e o vínculo sejam uma das decorrências dessa forma de trabalho.” (Furtado, 2001:45, grifos meus)

Anteriormente já vislumbramos que a responsabilização do serviço pelas necessidades de saúde mental de uma população adscrita a uma determinada área geográfica foi uma das diretrizes da reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil, onde um serviço local de saúde mental tornava-se responsável por uma população. A esta diretriz estavam correlacionadas outras responsabilidades, como a de ativar os recursos de outras instituições que possam cooperar com o cuidado em saúde mental e de tomar em consideração a existência global do paciente psiquiátrico como horizonte de ação, ou seja, uma responsabilização gradativa dos atores envolvidos na assistência psiquiátrica.

Nesse momento, percebemos que também a equipe de trabalho nos serviços de saúde mental adquire mais encargos, não a responsabilidade de fazer tudo mas aquela de a tudo administrar, a partir de uma unidade: o indivíduo em tratamento. A responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho, como vimos, é mais um elemento desse processo de responsabilização dos atores sociais em vigor no movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. O debate sobre o **“técnico de referência”** não é exclusividade da experiência de Campinas, já que no terceiro capítulo dessa dissertação também será atualizada nos CAPS cariocas.

Percebe-se também que a responsabilização desse ator social envolve vincular e tornar-se referência para o paciente psiquiátrico. Assim como o serviço deve se tornar referência de atendimento em saúde mental para uma determinada população, o profissional deve se tornar referência de atendimento para um conjunto de pacientes.

Para tanto, para que essa instância e esse ator social possa assumir esse encargo, exige-se uma “tomada de responsabilidade”.

Também o usuário deve “tomar a responsabilidade” por algo, no caso, pela própria condição psíquica. Isso é um elemento extremamente valorado no processo terapêutico, inclusive com psicóticos, como veremos a seguir.

2.3. “Fazer o sujeito advir como responsável pela sua condição”: a psicanálise lacaniana e a clínica

O trabalho de Goldberg (1996) acerca da clínica ampliada foi um marco da perspectiva ‘clínica’, ligada principalmente à contribuição da psicanálise nas práticas em saúde mental. Mas muitos outros seguiram essa tendência, acrescentando pontos de vista mais do que questionando ou polemizando. Bezerra Jr. (1996; 1999), Leal (1994;1999) e Tenório (2001a) são exemplares desta tentativa de unir “minimização do sofrimento” à “ampliação dos horizontes de relação social”, da constituição de um “cuidado que não produza segregação social” ou da atitude de “recuperar a melhor tradição da psiquiatria” e ao mesmo tempo “introduzir a cidadania como eixo da prática clínica”.

É com o último autor que percebemos mais claramente a idéia de que, nessa clínica reformista, a responsabilização do sujeito (usuário) pelo próprio sintoma tem um lugar fundamental. Esse processo de responsabilização é considerado o próprio processo terapêutico, uma saída à vitimização, à destituição do lugar de sujeito que cabe ao usuário, ao descompromisso com o tratamento. A psicanálise lacaniana é um saber que em muito contribui para essa perspectiva da responsabilidade:

“Aceita-se com alguma facilidade que a contribuição da psicanálise para a reforma está no fato de ser ela, psicanálise, um conjunto articulado de conceitos e práticas que visam a localizar o sujeito no sofrimento de que padece e a *fazê-lo advir como responsável por sua condição* – o que é verdadeiro e orienta o trabalho de qualquer psicanalista que atue como “prático” na reforma.” (Tenório, 2001b:88, grifo meu)

Em termos mais técnicos, ou seja, no interior da teoria lacaniana das psicoses, essa responsabilização do sujeito se justifica como crítica aos discursos e práticas que

tomam parte de um processo de objetualização e coisificação do sujeito. Ou seja, do ponto de vista da psicanálise, responsabilizar o sujeito é um modo de lidar com a loucura diferentemente do direito – que desresponsabiliza o sujeito na figura da inimputabilidade – e da medicina – que para tratar tornar-o objeto de uma intervenção – e, ao mesmo tempo, da moral, que culpabiliza-o. Segundo Jameguiberry e Moscovich (1997), tanto o discurso médico como o jurídico apontam o mesmo objetivo: liberar o sujeito de toda responsabilidade e, com isso, destituí-lo de seu estatuto de sujeito.

Se para Lacan “De nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis” (apud Jameguiberry e Moscovich, 1997:08), na estruturação psicótica, alicerçada na recusa ao significante primordial (forclusão do Nome-do-pai), há uma participação – não intencional, mas inconsciente – fundamental do indivíduo no seu processo de adoecimento. De algum modo, a posição que assumimos diante de situações conflitantes – do ponto de vista libidinal ou desejanste – encontra alicerce no próprio funcionamento psíquico, o que justificaria um engajamento visceral do sujeito na produção de uma estrutura neurótica, psicótica ou perversa. Inclusive, o destaque da formulação lacaniana é nessa implicação do indivíduo no processo saúde-doença:

“Assim, é como se o sujeito pudesse optar, diríamos, por afirmar ou forcluir o significante do Nome-do-pai. **Esta eleição fundamental deve considerar-se em termos de uma responsabilidade, a que implica uma tomada de posição subjetiva** (neurose ou psicose), uma “decisão do ser”.” (Jameguiberry e Moscovich, 1997:09, grifo meu)

Essa idéia de uma responsabilidade do sujeito na produção inconsciente da própria condição de loucura, deste modo, remete à diferença da psicanálise em relação à medicina e ao direito, saberes que também tematizam a responsabilidade individual. Segundo Tenório (2000), a psicanálise inclusive se distancia da configuração de valores individualista que se apresenta na modernidade, sendo a responsabilidade social do sujeito um componente fundamental.

Por um lado temos a responsabilidade individual do sujeito pelo sintoma, na medida em que: “Lacan afirma que uma análise deve levar o sujeito a devotar-se à garantia da função do grande Outro, indicando que o *sujeito deve assumir sua responsabilidade pelo funcionamento da estrutura simbólica.*” (Tenório, 2000:117, grifo meu)

Por outro lado temos a responsabilidade social do sujeito e sua implicação com a sociedade:

“Nesta perspectiva, a psicanálise, em vez de lançar o sujeito no individualismo pela assunção de que a totalização é impossível, faz dessa assunção a razão de seu *engajamento*. Ao entender que também ao grande Outro falta algo que não pode ser preenchido (...) o sujeito é convocado não ao valor da totalização, tampouco ao do individualismo, mas à *sua responsabilidade pelo funcionamento social*.” (Tenório, 2000:132-133, grifos meus)

Serviço, profissional e usuário que devem adquirir responsabilidades de modo que um processo de desinstitucionalização da loucura se efetive. No processo de Reforma Psiquiátrica, diferentes práticas discursivas apontam para a responsabilização dos atores e instâncias sociais pelo cuidado em saúde mental.

2.4. “Descentralização de responsabilidades com concentração de recursos financeiros”: o processo de implantação das políticas públicas de saúde no contexto do neoliberalismo

No terceiro capítulo investigaremos de que modo atores e instâncias sociais – usuários, profissionais, serviço – negociam, delegam e dividem encargos relativos à atenção psiquiátrica, procurando sublinhar as práticas e procedimentos concretos dos quais eles lançam mão no cotidiano assistencial.

Também os familiares e vizinhos, quando não outros membros da comunidade, participam dessa divisão de encargos pelo cuidado. São as “parcerias” com a comunidade, a participação dos familiares na gestão de recursos dos serviços, entre outros chamados à responsabilidade. Além disso, o Estado constantemente é convocado em suas funções de proteção social, como na forma da Lei Federal 10.708, sobre o “Auxílio Reabilitação Psicossocial”, garantindo recursos – assistenciais e financeiros – para o processo de saída de pacientes de longa permanência do hospício para a comunidade.

Não me debruçarei sobre as práticas discursivas relativas à responsabilização da comunidade e do Estado, já que são mais dispersas embora não menos presentes nos

debates do campo reformista em saúde mental²³. Devo, entretanto, citar os trechos constitucionais a que o “dever do Estado” e a “participação da comunidade” estão atrelados, para em seguida apresentar uma das possibilidades de análise da relação entre os dois na implementação do SUS.

Por um lado, no trecho sobre Ordem Social da Constituição da República Federativa do Brasil, na seção acerca da Saúde, do capítulo sobre Seguridade Social, temos a afirmação da responsabilidade do Estado sobre a saúde da população:

“Art.196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Por outro lado, em seguida percebemos que sem as diretrizes de atendimento integral, descentralização e participação da comunidade dificilmente a abrangente tarefa acima pode ser operacionalizada:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade”

A idéia é de uma participação da comunidade na gestão, ou seja, aumentar o poder de decisão da população acerca das políticas públicas de saúde. O controle social pode se dar pela via dos conselhos distritais de saúde. Entretanto, como veremos a seguir, essa diretriz também abre margem para uma maior implicação e engajamento não só na formulação como também na execução das políticas públicas, pela via das “parcerias” com a comunidade e, no campo da saúde mental, com a “rede social” de suporte ao paciente psiquiátrico.

²³ Além do citado trecho de Delgado (2001), procurar também a primeira parte da coletânea de Fernandes, M et.al. (1999) e o capítulo 1 de Gomes (1999), sobre o discurso da responsabilidade do Estado no processo de Reforma. Sobre a responsabilidade da comunidade, ver Vasconcelos (1995) e Carvalho (2001).

Além disso, o contexto sócio-econômico-político em que vivemos essa relação entre Estado e sociedade civil precisa ser tematizado. Já não é nenhuma novidade identificar no processo de globalização a produção de efeitos de minimização das funções e atribuições do Estado. São muitos os autores que se dedicam a descrever e analisar as características do chamado Estado neoliberal e das conseqüências em termos de ‘enxugamento’ das políticas sociais para a população (Offe, 1984, por exemplo). Não seria capaz de apresentar dentro dos limites dessa dissertação a complexa discussão acerca do “Estado mínimo”. Entretanto, posso indicar que aquilo que autores da área da saúde pública chamar de “descentralização de responsabilidades com concentração de recursos” é uma das características da política de saúde nas últimas duas décadas.

É no contexto da implantação do SUS e da descentralização da assistência que a idéia da saúde como dever do Estado e direito do cidadão se estabelece como diretriz da política pública de saúde dos anos 80. Suas características são apresentadas por Luz (2001) de maneira resumida:

“O projeto de descentralização em saúde, surgido no Brasil nos anos cinquenta, é retomado, em termos de política pública, no início da década de 80, com a crise das políticas sociais do Estado militar autoritário, que teve a duração de duas décadas (...). A novidade, em termos políticos, é que a nova “descentralização” incorpora aos poucos o projeto dos serviços locais de saúde (SILOS), elaborado pelos organismos internacionais da ordem sanitária (OMS/OPS) nos anos 70. Também cresce a idéia de participação em direção à sociedade civil, aos “usuários” dos serviços, ao invés da idéia de “comunidade”, tão cara aos anos 60.” (Luz, 2001:17, grifos meus)

Embora a idéia de descentralização traga novidades e benefícios sobre os projetos de saúde pública, efetivamente tem esbarrado em uma responsabilização progressiva das unidades locais sem respaldo financeiro para tanto:

“... o núcleo central do Estado faz o que pode para se livrar do ônus político, social e econômico que representam saúde e previdência, transferindo para unidades periféricas as funções e, sobretudo, as responsabilidades concernentes a essas funções (...) Desta forma, se quisesse resumir numa formulação clara e simples a política de descentralização da saúde dos governos neoliberais da última década, poderia dizer que esta tem consistido em transferir (“delegar”) funções para unidades estatais territorialmente

menores (estados, municípios e locais), no sentido de delas poder “cobrar” responsabilidades referentes às funções delegadas com o menor dispêndio político e financeiro possível. Esta tem sido basicamente a estratégia de descentralização do Estado neoliberal.” (Luz, 2001:20-21, grifos meus)

Segundo Camargo Jr. (2001, p.12), essa autora situa histórica, social e politicamente o momento atual da política de saúde, assinalando alguns de seus paradoxos, como a “**descentralização de responsabilidades com centralização de recursos financeiros**”, num contexto de “ajuste” ao modelo globalizado que jamais se completa.

Deste modo, essa autora apresenta elementos que nos ajudam a contextualizar o fenômeno de responsabilização progressiva que vínhamos notando no discurso do campo da saúde mental. Ele não está articulado unicamente à especificidades das questões que a loucura e a psicose nos colocam, mas também ao contexto historicamente datado das políticas públicas de saúde mental. Uma investigação sobre a reforma psiquiátrica brasileira que tome como pertinente a articulação entre as práticas, os saberes, os discursos e as políticas públicas no campo da saúde mental, desta maneira, tem na temática da responsabilidade um elemento relevante.

Capítulo II

Responsabilidade e tutela: a constituição da psiquiatria e do asilo como articulação entre terapêutica e gestão da loucura

O que fica visível nos discursos acerca da noção de responsabilidade apresentados no capítulo anterior é um forte apelo aos atores e instituições sociais envolvidos no cuidado em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser vista, desta maneira, como prática discursiva de responsabilização dos profissionais, dos serviços e dos usuários, cujo rumo é a implantação de uma política pública que possibilite autonomia e cidadania aos usuários, através de uma rede territorial de atenção em saúde mental e de suporte social.

Diversas contribuições teóricas apresentam a responsabilização como conceito operador de mudanças na assistência psiquiátrica pública. A psicanálise lacaniana aposta na possibilidade do sujeito psicótico “advir como responsável pela própria condição”, de maneira que o usuário se implique na produção de seu sintoma. A análise institucional sugere que o aumento do “grau de responsabilidade” do profissional é elemento de organização do trabalho em equipe que colabora para produzir mais saúde. Modelos italianos de organização dos serviços em saúde colaboram para a formulação de uma “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”, acentuando a descentralização do poder decisório e das atribuições pelo processo de desinstitucionalização. O SUS afirma, remando contra a maré do neoliberalismo mundial, a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, suscitando projetos como o Programa de Apoio à Desospitalização²⁴ e a recente Lei Federal 10.708, acerca do suporte social aos egressos de longa permanência em hospital psiquiátrico.

O campo da saúde coletiva, deste modo, nos ajuda a pensar em elementos da Reforma Sanitária e da implantação do SUS no Brasil correlacionados a esse discurso da responsabilidade. A participação da comunidade é importante diretriz governamental, colaborando para um processo de descentralização da gestão – e, portanto, das decisões acerca do uso dos recursos – mas esbarrando na delegação de encargos para o indivíduo e a comunidade (Cohn, 1997; Gomes, 1999; Luz, 2001). Esse novo “pacto” entre Estado e sociedade civil é um dos dilemas não só da Reforma Psiquiátrica, mas também da área da saúde como um todo e, quem sabe, de todas as

²⁴ Para maiores detalhes desse projeto governamental no sentido de oferecer recursos financeiros e técnicos para a saída de egressos de longa permanência asilar, ver Alves (1996).

instâncias ditas sociais. A reorientação dos modelos de atenção ou tecnoassistenciais em saúde (Campos, 1992; Silva Jr., 1998) conta com as noções de **vínculo, cuidado e responsabilidade** pelo usuário como forma de modificar formas clássicas de assistência. Essa reflexão recente acerca das próprias práticas de saúde no campo da Reforma Sanitária aposta firmemente em uma modificação dos profissionais e serviços, no sentido de uma maior responsabilização (Campos, 1995 apud Gomes, 1999).

A **integralidade** é uma noção estreitamente ligada à diretriz constitucional de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, assim como a uma busca de unir serviços, práticas, profissionais e políticas públicas para se contrapor aos efeitos nefastos da fragmentação das práticas de atenção à saúde da população. Essa separação é característica não só dos especialismos da profissão médica, mas da divisão histórica entre assistência e saúde pública nas políticas de saúde no Brasil.

Essa análise de Mattos (2001 e 2003) e Camargo Jr. (2003) parece bastante pertinente ao campo da saúde mental, pois, assim como a integralidade – nas políticas, nos serviços e principalmente nas práticas de saúde – no mais amplo da saúde coletiva, a responsabilidade no campo da saúde mental também assume a forma de uma luta contra os efeitos dos especialismos das profissões. É o que o texto de Alves (2001) parece sugerir, quando esse autor destaca a responsabilização do profissional nas práticas de atenção psicossocial como modo privilegiado de alcançar a integralidade, na medida que “tomar para si” o cuidado do usuário, “agenciar” ao invés de “encaminhar”, favorece uma integração das práticas e serviços nas assistência pública em saúde mental. O desafio do abandono e da internação, a rua e o confinamento como limites éticos da ação dos profissionais, tem na responsabilização pelo cuidado uma saída possível.

Também podemos nos perguntar se, tal como a noção de **integralidade**, responsabilidade assume funções de mobilização política. A luta contra o abandono e a internação tem no apelo à responsabilidade importante aliado, mas será que a noção de responsabilidade conta justamente com essa imprecisão para produzir efeitos de aglutinação de atores e forças sociais? A busca da integralidade – ainda que no sentido de uma compreensão abrangente e intervenção específica em saúde – também não é uma cruzada contra a fragmentação e especialização entre ações assistenciais e de saúde pública?

Além disso, tal como a integralidade, também a responsabilidade parece assumir um caráter de imagem-objetivo, termo utilizado por Mattos (2003). Ou seja, mais que um conceito, responsabilidade pode ser uma forma de reunir e mobilizar diferentes atores e instâncias sociais no sentido de uma mudança política, tal como Camargo Jr. (2003) sugere que integralidade funciona no campo da saúde coletiva. Mais do que isso, talvez os múltiplos sentidos de responsabilizar não seja algo ao acaso, mas uma estratégia de mobilização, absolutamente necessária em se tratando do terreno em que se configuram políticas públicas, no qual tem legitimidade reunir atores e agentes tendo em vista a urgência de uma ação transformadora.

Entretanto, Camargo Jr. (2003) sublinha que a compreensão desse caráter “mobilizador” não nos isenta, enquanto pesquisadores, da investigação e pesquisa acerca do conceito, ou seja, o comprometimento com a instauração de uma política pública não pode caminhar junto com a adesão acrítica aos lemas e consensos. Em meus estudos (Silva, 2002), quando de minha monografia de conclusão de residência, pude perceber essas nuances entre “serviço e academia” investigando a dita “clínica da reforma”. O lema “cuidar sim, excluir não” parecia funcionar como uma solução de compromisso entre a peculiaridade da tarefa da psiquiatria – oferecer cuidado ao louco – e o desafio da conjuntura político-social – não excluí-lo da sociedade para tratá-lo –, consenso em nome do qual, muitas vezes, a hegemonia psicanalítica na condução da formação em saúde mental foi invisibilizada. Pude descrever a passagem entre a luta “por uma sociedade sem manicômios” e pela “cidadania do louco” no início da década de 90 e o “cuidar sim, excluir não”. O acento na mobilização da sociedade como “parceira” da causa da Reforma, portanto na preocupação em mudar o lugar social da loucura, havia se deslocado para as formas concretas de lidar com o fenômeno da loucura, na qual a clínica mais do que a tolerância social ganhou destaque.

É nesse mesmo sentido, de adquirir uma atitude crítica em relação aos consensos e lemas das políticas públicas de saúde, que procuro encaminhar minhas investigações atuais no sentido dessa convocação à responsabilidade, concentrada na diretriz da “tomada de responsabilidade do serviço pelo território” mas, como já vimos anteriormente, participe de diferentes campos, discursos e teorias.

Deste modo, o campo da saúde mental sedimenta sua tradição psicanalítica na constituição da atenção psicossocial, apostando na responsabilização do sujeito como importante elemento da prática assistencial (Figueiredo, 2001; Tenório, 2000). A consolidação do **lacanismo** como teoria hegemônica no campo psicanalítico, em

processo desde a década de 80 (Russo, 1990), deixa sua marca no campo da saúde mental afirmando a “responsabilidade possível” ao psicótico.

A estratégia de constituição de uma rede comunitária de cuidados em saúde mental conta com a implantação de CAPS pelo município do Rio de Janeiro e de serviços desse tipo no país (Delgado, 1997). A diretriz da tomada de responsabilidade desses serviços pelo território está em vigor desde 2001, de modo que cabe a eles a gestão da demanda em saúde mental de uma população adscrita a uma área geográfica. Não se quer com isso que um serviço execute todas as ações de cuidado, mas que garanta – responsabilizando-se por – acesso e continuidade no atendimento à população, no interior de uma região administrativa. A **saúde coletiva** e a **administração pública** contribuem para essa diretriz.

Como veremos no terceiro capítulo, dedicado às práticas de atenção psicossocial, encarregar-se pelo cuidado em saúde mental envolve diferentes estratégias, como vincular, produzir adesão, oferecer cuidado contínuo e ao mesmo tempo garantir eficácia e segurança aos familiares e pacientes. Isso sem falar na diversidade de ações, que vão desde o uso da medicação, da escuta, do grupo até a visita domiciliar, o atendimento da família e a construção de parcerias com vizinhos ou instâncias sociais da área geográfica. Busca-se com isso diminuir ou interromper as internações psiquiátricas e aumentar a autonomia do usuário, de modo que ele possa se tratar sem que com isso fique isolado da sociedade. Para alcançar tais objetivos, pelo menos no que tange à clientela-alvo da Reforma Psiquiátrica (psicóticos e neuróticos graves com múltiplas internações), muitas vezes há necessidade de responsabilizar atores sociais pelo cuidado, construindo uma rede social de suporte.

Mas não vamos pular dos discursos para as práticas no campo da saúde mental sem antes tocar na noção de responsabilidade. O termo apresenta diferentes níveis segundo alguns, dimensões segundo outros, sentidos jurídico, moral, psicanalítico, político... Acredito que esse conceito não aparece por acaso em nossa conjuntura sócio-política atual, de modo que remeterei o leitor a uma digressão histórica, acompanhando autores como Gandolfi Dallari (1995) e Ewald (1997).

Em seguida, a relação entre responsabilidade e tutela na história da psiquiatria e do asilo será pormenorizada, na medida que o surgimento da psiquiatria – e não apenas a reforma psiquiátrica em curso – tem estreitas ligações com a divisão e delegação de encargos entre instâncias sociais de controle. É o que veremos com Castel (1978) e Foucault (1978), entre outros.

Os processos de cidadanização da população no Brasil são ilustrativos dessa chamada à responsabilidade, como veremos através da contribuição de diferentes autores remetidos a outros objetos de pesquisa: as classes populares (Duarte, 1993), os menores (Vianna, 2002b) e os índios (Lima, 1995). Tal como a Reforma, outras tentativas governamentais de mobilizar unidades administrativas locais, no sentido do que um desses autores denomina “conversão à cidadania”, desencadearam processos de responsabilização de atores e instâncias sociais. Nesse contexto, foram acionadas “tecnologias de regulação social” de cunho tutelar em unidades administrativas, como a “mediação”, a “arbitragem”, a “produção de responsáveis pelo cuidado” e a “alocação de indivíduos em redes de relação”.

1. Mas do que se trata responsabilidade?

Outros autores já se depararam com a necessidade de conceituar responsabilidade em pesquisas de saúde pública, como é o caso de Gandolfi Dallari (1995). Com base em uma perspectiva na qual “... responder implica *garantir* eventos futuros” (Gandolfi Dallari, 1995:117), essa autora procurava saber em que medida e de que maneira o direito à saúde – consagrado como direito fundamental da pessoa humana em nossa Constituição de 1988 – estava sendo **assegurado** nas diferentes regiões do Brasil. Parte do pressuposto segundo o qual não há uniformidade quanto à amplitude das competências em matéria de saúde e “... quanto à distribuição das responsabilidades pelo atendimento do direito à saúde” (Idem:13). Esse estudo, sobre os estados brasileiros e o direito à saúde, é uma obra ligada à constituição de uma disciplina sobre direito sanitário no Brasil, tendo como questão guia: “quem responde por essa garantia constitucional?”

No que tange a essa dissertação, interessa sublinhar os sentidos que a noção de responsabilidade assume ao longo da história, trazidos pelo estudo dessa autora. A experiência pré-moderna da responsabilidade é importante para desnaturalizar os significados que costumamos atribuir a esse conceito, ligados à nossa experiência moderna e contemporânea.

“Os gregos antigos não conheciam a palavra responsabilidade (...) Também o direito romano não conhecia a palavra responsabilidade que, originariamente, *não implicava falta nem sujeição* (...) A verdadeira causa da obrigação era a desordem colocada em

uma relação pessoal. Assim, num primeiro sentido histórico, *são juridicamente responsáveis todos aqueles que podem ser convocados a um juízo, por pesar sobre eles uma obrigação, independente da origem voluntária ou não da dívida*”. (Gandolfi Dallari, 1995:16, grifos meus)

Segundo ela, a distinção no direito atual entre responsabilidade civil e penal, origem da reparação – obrigação legal de reparar um dano ou prejuízo causado – e da pena – sanção aplicada àquele que comete um crime – é fruto da modernidade (Idem:14). **Desse modo, a idéia de responsabilidade pré-moderna não remete necessariamente à intenção, vontade ou falta cometida, ainda que se trate de uma obrigação.**

Além disso, essa autora nos fala de um fenômeno contemporâneo: um aumento do número de ações exigindo a reparação dos danos sofridos, uma generalização do seguro de responsabilidade. Isso está provocando o predomínio da irresponsabilidade, tendo como base a dificuldade crescente em aceitar o erro, ainda que casual; em outras palavras, a teoria da responsabilidade – imaginada para sancionar a falta deliberada que causou um dano certo – está em crise, diante da exigência de sanção para faltas culposas de vários autores abrigados em uma pessoa jurídica que, provavelmente, causaram danos de difícil determinação.

“A crise da responsabilidade é real no que respeita à responsabilidade civil. De fato, sua noção nasceu estreitamente ligada à *moral*, privilegiando a avaliação ética da conduta individual em detrimento da preocupação com a garantia de reparação do prejuízo – própria do conceito clássico de responsável. E à responsabilidade contemporânea pouco importa a identificação da pessoa que causou o dano – necessária à função de dissuasão – interessando sobremaneira seu conteúdo indenizatório.” (Gandolfi Dallari, 1995:117, grifo meu)

Deste modo, predomina o caráter indenização pecuniária na idéia atual de responsabilidade, vinculando-se mais à restituição que à expiação, centrando-se no dano sofrido pela vítima. Essa idéia contemporânea está distante do sentido etimológico do termo responsabilidade, na qual “responder implica garantir eventos futuros” (Idem:117):

“Ela se afastou do sentido romano de *respondere*. Com efeito, no diálogo da “stipulação” o *sponsor* é um devedor – o homem que se obriga a uma prestação – é o

responsor e o garantidor, que se obriga a responder pela obrigação principal do outro.”
(Gandolfi Dallari, 1995:117, grifos da autora)

É dessa concepção que deriva a noção de responsabilidade política, presente sempre que exista uma obrigação de responder, uma exigência de prestação de contas fruto de um contrato entre representados e representantes. A responsabilidade do Estado em **garantir** o direito à saúde tem seu alicerce nessa concepção (Idem:118-119).

Segundo essa autora, a história revela que o nome responsabilidade aparece nas línguas européias em fins do século XVIII, após ter-se perdido o significado jurídico da pessoa responsável, com a queda do império romano: “a confiança nesse papel nasce da responsabilidade do governo” (Henriot, 1977 apud Gandolfi Dallari, 1995:17), no sentido de que o governo garante o título.

Na moral cristã é a **intenção** que torna o homem responsável perante Deus, sendo a **culpa** a causa de tal responsabilidade. A moral individualista não se diferencia muito disso, já que é em função da idéia de responsabilidade que se dará a liberdade do homem. Conclui sua digressão histórica da seguinte forma: “... foi com um sentido eminentemente *moral* que a responsabilidade transformou-se na pedra angular do sistema jurídico atual, substituindo a justiça” (Idem:17, grifo meu).

Ou seja, no interior da doutrina jurídica, onde a teoria da responsabilidade ocupa lugar destacado, sendo base da sanção, punição e obrigação do indivíduo na sociedade, encontramos um caminho inicial para abordar o tema da responsabilidade. A responsabilidade jurídica, entretanto, é apenas uma dentre outras: a administrativa, a moral, a política...

Ewald (1997) também nos fala de uma crise da responsabilidade no mundo contemporâneo, sublinhando não só a dimensão jurídica mas também política e filosófica dessa crise. Eventos como o escândalo do sangue contaminado e da “vaca louca” são manifestações da mesma, assim como o maior proveito indenizatório dos danos civilizatórios e o silêncio do parlamento em relação a temas como meio ambiente e acidentes de trabalho. Segundo esse autor, pode-se resumir essa “manifestação de irresponsabilidade de pessoas supostamente responsáveis” como um conflito e incerteza da racionalidade das decisões:

“Desse ponto de vista, a crise contemporânea da responsabilidade é uma crise da decisão, uma crise da racionalidade das decisões, uma crise do conflito das

racionalidades das decisões. É ao mesmo tempo uma crise, um conflito, dos valores que aí estão envolvidos e da hierarquia a ser estabelecida entre eles”. (Ewald, 1997:58)²⁵

Com base na questão “de que somos responsáveis?”, esse autor nos apresenta uma interessante reflexão acerca da experiência contemporânea da responsabilidade, na qual “chama-se à responsabilidade mesmo no momento em que não se sabe mais o que ser responsável significa” (Idem:59). O autor desenvolve uma abordagem filosófica do problema, exercitando uma atividade crítica que se quer mais próxima da ética do que da lei ou da jurisprudência. Nos interessa sublinhar algumas de suas contribuições, mais do que aderir à sua perspectiva teórica.

Pode-se definir responsabilidade como “... um modo de regulação social e uma técnica de sanção das infrações e de reparação de danos, estando fundada sobre uma certa consciência das obrigações” (Idem:60). A experiência contemporânea dessa noção remete ao **risco**, na medida em que, segundo o autor, estamos vivendo uma consciência da impotência de nossa vontade objetivada no saber técnico, ou seja, uma falência de nossa esperança de controle técnico do acaso e da incerteza. Algo como um conflito entre a técnica e a ética, em um contexto onde a vida no planeta se encontra em risco mas há muita incerteza com relação ao modo pelo qual é possível encarregar-se disso:

“... o risco se encontra num halo de incerteza correspondente a isso que nós sabemos não saber. É a partir deste retorno da incerteza que se formula hoje o apelo à *responsabilidade*, mas com uma dificuldade constitutiva: é o próprio princípio da *ignorância inocente que hoje torna responsável*, e isso em condições onde, por princípio, não podemos nos remeter ao saber de um *expert*...” (Ewald, 1997:61, grifo meu)

O tema da responsabilidade, segundo esse autor, não foi sistematizado por nenhum autor das ciências humanas, no entanto, os estudos jurídicos sobre ele são muitos. Alguns autores – Levinas na filosofia e Fauconnet na Sociologia – forneceram elementos para sua investigação, como por exemplo a necessidade de definir o modo pelo qual esse conceito costuma ser investigado na tradição jurídica: responsabilidade como **falta**.

A idéia segundo a qual há uma obrigação legal de reparação do prejuízo, estabelecendo-se uma dívida entre indivíduos, contribui para que a responsabilidade

²⁵ Tradução do texto original em francês sob responsabilidade do autor desta dissertação.

seja pensada como causalidade e falta. Um indivíduo deve responder por seus atos na medida em que é causa de sua ação. Além disso, tem obrigação para com suas atitudes em um contexto no qual elas causam dano, prejuízo. Para Ewald (1997) é a dimensão de **engajamento** o principal motor da obrigação de reparar o dano, de maneira que mais do que uma relação de causalidade – indivíduo responde porque é a causa do ato – a responsabilidade é uma relação de poder, onde alguém responde por laços de dependência, obediência ou dever com o outro. Segundo ele, **o responsável não é aquele a quem podemos eventualmente imputar a carga de um dano, é aquele que se engaja numa certa forma de ser na qual a existência de um outro está imediatamente presente:**

“Resumindo: indivíduo responsável, no sentido filosófico, não tem nada a ver com a noção de falta, a qual a tradição jurídica por muito tempo a associou. Ser responsável descreve uma figura ética, um trabalho de si sobre si, uma ascese graças a qual um indivíduo se distingue dos outros pelo seu engajamento em sua palavra, *que arrisca o futuro levando a incerteza do presente. O peso da responsabilidade está em que, nessa palavra, não engaja-se somente a si mesmo, mas os outros*, que estão também numa certa relação de dependência (...) A responsabilidade distingue. Ela é um princípio hierárquico; ela caracteriza uma elite.” (Ewald, 1997:70, grifo meu)

Penso que esse autor nos indica outra possibilidade de pensar nosso tema, no qual quem responde o faz por comprometimento e envolvimento com o outro no interior de uma relação de poder: responde aquele que se engaja, não necessariamente aquele que teve a intenção ou que tem consciência do ato. A dívida está ligada a um engajamento ao invés de uma falta, segundo essa concepção.

“A responsabilidade está ligada ao exercício do poder. Os homens não são responsáveis igualmente. Essa não é exatamente uma qualidade do homem. Alguns são responsáveis enquanto outros não o são. Isso é verdade mesmo que se choque com nossa convicção democrática.” (Ewald, 1997:68)

Com base nesses autores, podemos pensar que a noção de responsabilidade tem diferentes dimensões, jurídica, moral, filosófica e política. Nessa dissertação, como veremos mais adiante, quando a história da psiquiatria e do asilo forem tematizadas, a dimensão **administrativa** – de **encargo**, de tomar para si uma tarefa, de exercício de uma função – será destacada. **Encarregar pode tanto remeter à falta, à causalidade,**

à intenção, à vontade, como também à garantia e à segurança. Ou ainda, como veremos no terceiro capítulo, ao engajamento, ao comprometimento, ao vínculo. No entanto, destacar a dimensão administrativa do termo se dará apenas como estratégia para alcançar as práticas concretas de atenção psicossocial, de negociação e delegação de responsabilidades entre profissionais, usuários, familiares e membros da comunidade; já que responder, no contexto dos serviços comunitários de saúde mental, não deixa de ser perpassado pelos sentidos descritos acima.

Ao que parece, as práticas de atenção psicossocial convocam à responsabilidade, não no sentido de atribuir uma falta, mas de imputar um encargo ou engajar em uma causa, como também de garantir continuidade no tratamento.

Deixemos para depois a atenção psicossocial nos CAPS, pois no momento é a própria psiquiatria nos hospícios que nos interessa, já que ela também foi perpassada por um apelo à responsabilidade.

2. Loucura, Responsabilidade e Tutela: o advento da psiquiatria e do asilo na França do século XVIII e no Brasil do século XIX

O surgimento da psiquiatria e do asilo está relacionado à assunção de responsabilidade pela loucura. A divisão e delegação de encargos pelo louco entre instâncias sociais – família, Estado, medicina, justiça, Igreja – foi capítulo fundamental da transformação da experiência da loucura em doença mental. A seguir, acompanhando as obras clássicas de Castel (1978) e Foucault (1978), veremos como se dá a proteção de determinados indivíduos ‘avessos’ à ordem pública e o controle de determinadas populações.

Do ponto de vista histórico, a **responsabilidade jurídica** e a **responsabilidade administrativa** são de crucial importância na constituição do asilo e da psiquiatria. A impossibilidade dos loucos assumirem a responsabilidade pelos próprios atos – em uma ordem liberal – é uma das justificativas para um estatuto jurídico de tutela, definido na primeira lei acerca da assistência psiquiátrica. Ele parece não estar engajado a esta ordem, cabendo a ele um estatuto que ao mesmo tempo que o protege também o controla. As medidas de controle se justificavam pela sua condição de objeto de paixões e impulsos, sua incapacidade de conduzir suas ações de acordo com a razão hegemônica.

Ou seja, tendo como padrão o sujeito da razão e da vontade que caracteriza o cidadão da sociedade liberal francesa do século XVIII, o louco é desarrazoado e irresponsável e, principalmente, desimplicado com a ordem vigente. Além disso, o encargo do Estado pelo controle da loucura perde legitimidade por ser considerado arbitrário nessa sociedade. A tradicional divisão de responsabilidades entre o Estado, a família e a justiça se fragiliza, abrindo caminho para a administração local e, principalmente, a medicina, se responsabilizarem por essa função.

Recentemente, com as iniciativas de reforma psiquiátrica do pós-guerra, o estatuto de incapacidade, periculosidade e irresponsabilidade que asseguram a tutela do louco são colocados em questão, apostando na possibilidade de maior autonomia do louco. Além disso, no contexto neoliberal atual há uma reorganização das funções das instâncias sociais, onde um recuo do Estado por suas funções de assistência se faz acompanhar de uma delegação de atribuições à sociedade.

Enfim, seja na consolidação da loucura como doença mental e instauração da psiquiatria e do asilo no século XVIII, seja na dissolução do complexo asilar e críticas aos pressupostos teóricos da psiquiatria no século XX, pergunta-se sobre a responsabilidade do louco pelos próprios atos e questiona-se que instâncias estão encarregadas pelo seu controle/cuidado. Responsabilidade jurídica e responsabilidade administrativa, por ora, podem ser consideradas níveis de responsabilidades diferentes mas complementares. Eles nos servirão de guia nessa breve passagem pela história da psiquiatria.

“Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurado pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; *irresponsável*, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. *Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado*, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas “normais” e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional.” (Castel, 1978:19, grifos meus)

No século XVIII, quando do surgimento do asilo e da psiquiatria na França, uma passagem entre uma sociedade “tradicional” – o Antigo Regime – e uma sociedade “moderna” – o advento do liberalismo – está em processo. Nesse contexto, Castel (1978) destaca duas datas fundamentais: 1790, abolição das “Lettres de Cachet”²⁶, e 1838, votação da lei de assistência aos alienados. Ao longo dessas décadas as práticas alienistas se institucionalizaram.

Em breves linhas, pode-se dizer que o controle social dos comportamentos em desacordo com a ordem pública deixa de ser repartido exclusivamente entre o Estado, a justiça e a família, sendo que outras instâncias sociais – a administração local e a medicina – se tornam as encarregadas por esse controle, na medida que essas instituições “clássicas” perdem sua legitimidade. Novos agentes surgem e paulatinamente a figura do louco se destaca daquela dos criminosos, vagabundos e outros marginais: um status de doente lhe é atribuído. Cria-se o asilo, mesmo em meio ao descrédito dos hospitais como forma de assistência.

“O louco que surge como problema na ruptura revolucionária vai se ver dotado, no fim do processo, do *status* completo de alienado: *completamente medicalizado*, isto é, integralmente definido enquanto personagem social e tipo humano pelo aparelho que conquistou o monopólio de seu encargo legítimo. Primeira história a seguir, pois, é a da constituição recíproca de uma nova medicina e de uma *nova relação social de tutelarização*.” (Castel, 1978:11, grifo meu)

Esse autor se pergunta: por que a legislação relativa aos alienados antecipa em cinquenta anos e ultrapassa em sistematização todas as outras medidas de assistência? Duas explicações são logo apontadas como insuficientes: recuperar força de trabalho ou patético da loucura. A enigmática urgência de conferir ao louco um estatuto jurídico de tutela como pontapé de novas formas de assistência na nova sociedade liberal tem outro determinante:

“A loucura colocou um desafio à sociedade nascida nas convulsões da queda do Antigo Regime. E a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus

²⁶ Cartas do Rei, ou seja, a legislação no regime absolutista, que atribuía ao governante lugar decisivo na internação do louco.

princípios e do equilíbrio de seus poderes. Negócios burgueses e sérios de ordem, de justiça, de administração, de finanças, de disciplina, de polícia e de governo, nos quais o *patos* da loucura seria propriamente deslocado. Os debates em que o louco era objeto só colocaram em cena os “responsáveis” encarregados de controlá-lo. *Começaremos, portanto, a analisar essa divisão de responsabilidades e a interrogar as responsabilidades dessa partilha no momento em que ela se institui na crise revolucionária.*” (Castel, 1978:22, grifo meu)

Divisão de responsabilidades entre instâncias sociais – Estado, justiça, família, medicina, administração local, igreja – pelo controle / cuidado do louco remete a um dos níveis de responsabilidade que anteriormente designei como administrativo, ou seja, relativo a encargos e funções. Impossibilidade de atribuir a si próprio como causa de suas ações, o estatuto de irresponsabilidade que juntamente com o de incapacidade caucionam o estatuto jurídico de tutela, aponta para outro desses níveis, o jurídico, relativo à imputabilidade, à culpa e à vontade. Deste modo, percebe-se como além de diferentes esses níveis de responsabilidade são complementares.

Mas o que interessa a essa dissertação é a negociação, delegação e atribuição de responsabilidades pelo cuidado em saúde mental entre profissionais, usuários, familiares e membros da comunidade, ou seja, a dimensão das práticas em torno da responsabilidade. Apenas no terceiro capítulo teremos acesso a ela. Nesse momento os marcos teóricos necessários à análise serão apresentados, através de obras sobre a história da psiquiatria na Europa e no Brasil, sobre o dilema entre cidadania e tutela do louco e, principalmente, sobre o papel da administração pública na relação de dominação entre Estado e população no Brasil.

2.1. Loucura e Doença Mental: terapêutica como exercício de dominação

A história da psiquiatria costumava ser apresentada desde o interior da medicina, destacando o ato libertador de Pinel no século XVIII – liberar os loucos das correntes nos hospitais gerais e oferecer-lhes tratamento no asilo – e uma evolução teórica ao longo dos últimos duzentos anos, onde o tratamento moral cedeu lugar às neurociências e à psiquiatria biológica. Obras como a de Foucault (1978), mas também de Rosen (1978) e Castel (1978), contribuíram para uma visão do contexto sócio-histórico em que

a “medicina mental”, o “alienismo”, aparecem com o mandato social de controle do louco. Através dessas obras de Foucault e Castel pretendo reunir elementos para a compreensão da concepção da prática psiquiátrica como dominação, controle e administração, articuladas à terapêutica.

Caminharemos com Serpa Jr. (1996) por uma visita guiada pela obra de Foucault (1978). Logo de início esse autor relativiza a própria “História da Loucura”. O advento do alienismo na Europa e principalmente na França é o ícone da constituição do asilo e da psiquiatria, mas também os árabes, por exemplo, desenvolveram tecnologias para lidar com a loucura. O que importa sublinhar, segundo o autor, é a passagem entre o século XVIII e o XIX como momento privilegiado no qual se constitui a medicina mental. A psiquiatria é a primeira especialidade da medicina.

Para Foucault (1978) há uma gênese histórica da constituição da loucura como doença mental. A idéia segundo a qual a doença mental é um dado natural, de que manifestações e expressões de ordem moral e afetiva podem ser configuradas como sintomas de desordem mental é datada historicamente.

“A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força. No caminho da dúvida, Descartes *encontra a loucura ao lado do sonho e de todas as formas de erro.*” (Foucault, 1978:45, grifo meu)

Segundo Foucault (1978), desde o século XIV e principalmente durante o Renascimento, documentos literários e administrativos permitem localizar uma experiência da loucura desvinculada a configuração moderna da mesma, como doença mental. É o advento de uma razão hegemônica, cuja unidade e força colaboram para que o desatino se alargue e diferentes figuras – loucos, mas também libertinos, vagabundos, sífilíticos, criminosos – apareçam como seus antagonistas.

“O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo [Não-Razão do século XVI] está conjurado e que *a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade*: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada. Se o *homem* pode sempre ser louco, o *pensamento*, como exercício de soberania de um sujeito que se

atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser o insensato. Traça-se uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino. Entre Montaigne e Descartes algo se passou: algo que diz respeito ao advento de uma *ratio*.” (Foucault, 1978:47-48, grifo meu)

Essa ligação entre loucura e desatino lança-a ao mundo do internamento, antes de ser tomada enquanto doença e do nascimento do asilo. Segundo Foucault (1978:48), é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”: “A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural”.

De modo resumido, Serpa Jr. (1996) nos apresenta esse mesmo panorama. Segundo esse autor, Foucault (1978) identifica o que ele chama de “idade clássica” (séculos XVII e XVIII) como o momento em que se produziu, no mundo ocidental, uma **fissura fundamental entre a Razão e a Desrazão**. Este processo teve como correlato institucional a chamada “**grande internação**” que excluiu e confinou os habitantes do heterogêneo mundo do desatino, no qual conviviam loucos, miseráveis, libertinos, devassos, hereges, venéreos (Serpa Jr., 1996:26)

As razões pelas quais a loucura ganha destaque em relação a outras figuras do desatino também são apresentadas pelo autor:

“A partir da *segunda metade do século XVIII* este quadro começa a mudar. E da indistinção amorfa da desrazão, algumas figuras começam a ganhar consistência (...) A desrazão se aproxima da doença e a medicina é convocada a intervir (...) começa a haver uma *sensibilidade mais aguçada à loucura*, como uma imagem a se distinguir no mundo do desatino (...) Começam aos poucos a aparecer, em toda a Europa, casas de internamento destinadas a receber especificamente os loucos, ainda que como o propósito único e exclusivo de exclusão, sem a formulação de qualquer projeto terapêutico (...) Se estabelece, então, a diferença entre os “pobres válidos” e “pobres doentes”. Aos primeiros, o destino seria a liberdade e o mercado de trabalho. Os outros merecem a assistência social. E ainda assim, o lugar de prestação desta assistência deve se deslocar cada vez mais das grandes instituições rumo às próprias famílias. Aos poucos, *o espaço do internamento vai sendo esvaziado de seus habitantes, permanecendo os loucos e os fora da lei, como dois grupos agora já razoavelmente bem delimitados.*” (Serpa Jr., 1996:26, grifos meus)

Por fim, a loucura se consolida como doença mental a partir da instauração do asilo e da psiquiatria:

“A exclusão do louco começa a ampliar o seu sentido: não apenas reflete uma cesura entre razão e desrazão mas deve marcar um compromisso entre assistência e segurança, indicando um novo equilíbrio entre exclusão e cuidados médicos. *Na França, em 1790, portanto já tendo sido transposto o limiar que separa o Antigo Regime da sociedade peri e pós revolucionária, uma lei indica a criação de grandes hospitais destinados ao tratamento dos alienados.*” (Serpa Jr., 1996:27, grifo meu)

Foucault (1978) apresenta de modo peculiar essa transformação da loucura em doença mental no processo histórico:

“Nasceu uma sensibilidade, que traçou uma linha, determinou um limiar, e que procede a uma escolha, a fim de banir (...) Com isso [o império da razão na Idade Clássica] a loucura é arrancada a essa liberdade imaginária que a fazia florescer ainda nos céus da Renascença (...) em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e a suas noites monótonas.” (Foucault, 1978:78)

Serpa Jr. (1996) resume a argumentação deste autor da seguinte forma:

“Assim o asilo é a forma mais perfeita de exclusão onde, libertado dos grilhões de ferro, o louco é definitivamente reduzido à condição de objeto. Objeto de um saber que doravante falará em seu nome. Domesticada, a loucura, sob a inspeção de uma consciência analítica, se revelará não só como distinta dos seus antigos companheiros de exclusão como também dará a conhecer as suas diferentes espécies, sujeitas à investigação psicopatológica. *Se ela pôde ser libertada, é porque a loucura foi definitivamente imobilizada como doença mental.*” (Serpa Jr. 1996:29, grifos meus)

Ao contrário de uma visão – sempre destacada pelas práticas terapêuticas, pela clínica – de que há possibilidades de racionalidade e subjetivação do louco, Foucault (1978) nos envia ao processo de enclausuramento e dominação operado pelo saber psiquiátrico, ou seja, pelo modo como se tornou usual tomar por sintoma manifestações de ordem afetiva e moral. Outra autora, Swain (1977), tem outra interpretação da história da psiquiatria:

“Em linhas gerais, Swain identifica em Pinel a originalidade de ter concebido a loucura como sendo sempre total e sempre parcial. Eu explico. Total porque a loucura, ou cada uma de suas formas, não seria o acometimento de uma faculdade mental específica ou isolada. E parcial porque a alienação mental não seria nunca capaz de aniquilar o sujeito inteiramente. *Persistiria sempre ao menos uma fração subjetiva, o chamado “sujeito da loucura”, a quem o alienista poderia se dirigir quando de um trabalho terapêutico. E aí reside a grande novidade, pois esta concepção da loucura vai de par com a convicção na crença de sua curabilidade (...)* A partir da periodicidade dos acessos de mania, trata-se de deduzir a existência de uma distância do louco em relação à sua loucura, distância que é evidente durante as remissões, mas que deve existir também, como uma “reserva subjetiva” no momento da crise.” (Serpa Jr., 1996:30, grifo meu)

No confronto entre essas duas interpretações (loucura-objeto *versus* loucura-sujeito), fica clara a posição segundo a qual a prática psiquiátrica não é exclusivamente uma terapêutica, mas também uma modalidade de dominação. **Isso é fundamental nessa dissertação, onde é justamente essa dimensão de controle, administração, dominação e poder que permeia a atividade em saúde mental o que permitirá a compreensão da atenção psicossocial como atividade tutelar.**

A prática psiquiátrica também é uma relação de dominação, onde a operação teórica de tomar a experiência da loucura e manifestações de ordem moral e afetiva como sintomas de uma doença é, também, uma relação de poder. A partir dessa contextualização, podemos adentrar na descrição que Castel (1978) nos oferece da constituição de um estatuto jurídico de tutela para o louco e da divisão de encargos entre instâncias sociais pelo controle da loucura.

2.2. Loucura e Controle: a consolidação do estatuto jurídico da tutela

A definição de um estatuto jurídico de tutela para o louco foi elemento fundamental nesse processo histórico de dominação da loucura. Em meio à consolidação da sociedade liberal na França do século XVIII, ancorada no contrato social, a instituição médica colabora para estabelecer um estatuto diferenciado de cidadania para alguns membros da população:

“O caráter médico das práticas sociais referentes à loucura parece, no final do século XVIII, ao mesmo tempo, *natural e paradoxal*. Natural, porque já havia muito tempo que a medicina investira sobre uma parte dessas práticas e porque, no final do Antigo Regime, o movimento de medicalização da loucura se sistematizara. Mas também paradoxal porque o recurso à medicina, nessa época, coloca mais problemas do que resolve. A “*medicalização*” não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, que a lei de 1838 fixará, por mais de um século, num completo estado de minoridade social.” (Castel, 1978:55, grifo meu)

Como já foi descrito anteriormente, entre o século XVIII e o XIX a França vivia um momento de passagem de uma sociedade tradicional para uma liberal, na qual ao mesmo tempo em que a liberdade e a igualdade dos cidadãos perante a lei eram afirmadas, para alguns membros da população não era possível se comprometer com as obrigações relativas à disciplina e à ordem pública que tal ideário exigia. Daí o estatuto da tutela, com forma de diferenciar algumas pessoas que não se comprometiam com a instauração de uma ordem contratual. Russo (1997) resume de modo preciso esse momento histórico:

“Falei antes da mulher e do ‘primitivo’. Todos ‘diferentes’ e por isso, passíveis de tutela. É preciso, porém, lembrar um outro personagem que, desafiando as regras do contrato, impõe-se como o alienado por excelência: o louco. Recorrendo a Robert Castel percebemos que este colocava um problema para a concepção contratual de sociedade (e para a concepção clássica de direito). Se nesta, a privação da liberdade só é consentida nos casos de punição, em que houve alguma infração à lei, o que fazer com o louco, que não necessariamente infringe a lei, mas *coloca um problema para a manutenção da ordem no espaço social?* A exclusão social do louco, necessária socialmente, deixa de ser uma questão jurídica (porque não pode sê-lo), para transformar-se em assunto médico. O alienismo, surgindo para cobrir uma lacuna do estado de direito burguês, aponta para a possibilidade do indivíduo alienado de si mesmo.” (Russo, 1997:16, grifos meus)

As “*Lettres de Cachet*” eram um recurso administrativo que permitiam, no Antigo Regime, seqüestrar os loucos às casas de internamento. Entretanto, o perigo de arbitragem do poder real se transformar em arbitrariedade – ou seja, das “vítimas de

despotismo” serem incluídas – impunha outras formas de interná-los. Daí a necessidade de uma nova relação entre Estado, justiça e família.

Percebe-se, quando essas “Lettres” são abolidas, que poucos casos – justamente essas “vítimas de despotismo” – são liberados da internação. A maioria se mantém, loucos inclusive, e isso coloca um problema para a sociedade liberal: como justificar legalmente a seqüestração? **É assim que surge a tutela na sociedade do contrato social:**

“Trata-se, pois de um problema quantitativamente sem importância (...) Mas é problema crucial, na medida em que questiona os fundamentos da nova ordem social. Na sua solução está em jogo a possibilidade de passar de um equilíbrio de poderes que repousa, em última instância, sobre a soberania real, para uma sociedade contratual. Por esta razão a questão da loucura se revestiu de importância capital no fim do século XVIII e no início do século XIX. Ela se situou no centro de uma contradição insolúvel para a nova ordem jurídica que se instaurava. Sobre a questão da loucura, por intermédio de sua medicalização, inventou-se um novo estatuto de tutela essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual.” (Castel, 1978:34, grifos meus)

Esse mesmo autor nos ajuda a definir de modo mais preciso o contrato social, de modo que o contexto social da sociedade francesa e o momento histórico da “Revolução” se façam mais claros:

“A ficção jurídico-administrativa sobre a qual repousa todo este edifício, como sabemos, é o contrato. Cada cidadão é sujeito e soberano, ou seja, é, ao mesmo tempo, assujeitado a cada um de seus deveres cuja não obediência é sancionada pelo aparelho de Estado e, sujeito que participa das atividades regida pela lei e retira seus direitos dessas práticas, cuja realização define sua liberdade. Assim, um perfeito cidadão jamais encontrará a autoridade do Estado sob a sua forma repressiva. Assumindo seus deveres, ele desenvolve sua própria soberania e reforça a do Estado.” (Castel, 1978:35, grifos meus)

A figura do louco com passível de tutela tem relação não só com uma exclusão do mesmo das relações de troca, mas também de uma não-adesão a essa “ficção jurídico-administrativa” que é o contrato social. O louco não é passivamente excluído

de direitos, mas também ativamente resistente ao cumprimento dos deveres. Mais do que incapacidade, é uma questão de **engajamento** o que impossibilita ao louco aderir ao contrato social:

“Não obstante, apesar de seu caráter formal, nem todos os súditos da república entram sem problema nesse quadro contratual. *A verdadeira especificidade do louco é a de resistir a essa redução*, a tal ponto que, para inscrevê-lo na nova ordem social, será preciso impor-lhe um estatuto diferente e complementar àquele, contratual, que rege a totalidade dos cidadãos. (Castel, 1978:36, grifo meu)

No interior dessa ordem liberal, o louco é aquele que não se responsabiliza pelos próprios atos. Daí o estatuto de tutela, daí a aproximação com a criança na legislação relativa à assistência. O controle da criança não coloca problemas jurídicos, já que ela é tradicionalmente tutelada pela família. Já os loucos necessitarão desse estatuto para serem objetos de seqüestro e controle:

“O indivíduo é sujeito autônomo enquanto for capaz de se dedicar a intercâmbios racionais. Ou então *sua incapacidade de entrar num sistema de reciprocidade o isenta de responsabilidade e ele deve ser assistido*. O fundamento contratual do liberalismo impõe a *aproximação entre o louco e a criança*, a grande analogia pedagógica da medicina mental, no seio da qual, toda sua história vai se desenvolver. Familiarismo ou tutelarização por um mandato público, não haverá, para ela, outra alternativa.” (Castel, 1978:46, grifos meus)

Tradicionalmente, o poder real, a justiça e a família se encarregavam de dar um destino aos problemas que a experiência da loucura causava à ordem pública. Muitas vezes, com se sabe, eles permaneciam sob os cuidados da família, mas quando a agressividade era um elemento do problema os familiares recorriam ao rei e, raramente, à justiça, tendo em vista a eficácia do primeiro em relação à morosidade e exposição pública da segunda.

A uma irresponsabilidade perante os próprios atos se faz necessário o aparecimento de uma responsabilidade administrativa, que instâncias se encarreguem de controlar e cuidar dos loucos. O Estado, a justiça e a família cederão lugar,

paulatinamente, à medicina, que assumirá a responsabilidade pela maioria das funções de controle desses membros da população, como já foi colocado anteriormente.

Voltamos aos dois níveis de responsabilidade que, de um ponto de vista histórico, são fundamentais para entender o processo de tutelarização do louco: o jurídico e o administrativo. Vimos que não são tão desarticulados como as disciplinas do direito e da administração pública costumam separar quando se acompanha a história da constituição do asilo e da psiquiatria. Percebemos que o estatuto jurídico da tutela é ancorado na concepção de que o louco é irresponsável pelos próprios atos. Essa irresponsabilidade se baseia em um movimento ativo no sentido de não se comprometer com a ficção administrativo-jurídica do contrato social, fazendo com que instâncias sociais como a família e o Estado se encarreguem pelo cuidado e controle.

Vimos também que esse mandato social de controle da loucura passa paulatinamente para a psiquiatria, que se torna não só uma terapêutica, **mas também uma prática de administração de pessoas tuteladas.**

2.3. Loucura e Modernidade: algumas peculiaridades do advento da psiquiatria e do asilo no Brasil

O processo histórico de transformação da experiência da loucura em doença mental, marcado pelo advento da razão na idade clássica, é uma das contribuições de M. Foucault (1978) para essa dissertação: essa versão da história da psiquiatria e do asilo permite que a prática psiquiátrica possa ser tomada em sua dimensão de dominação; o saber psiquiátrico, ainda que seja um instrumento terapêutico para lidar com o sofrimento humano, também colabora para aprisionar a experiência do desatino não mais nas correntes mas na sintomatologia da doença mental. A loucura é objeto de controle na ordem psiquiátrica.

Ao mesmo tempo, quando a medicina assume a responsabilidade pelo cuidado do louco também se encarrega do mandato social de exclusão e controle social do mesmo, como nos informa Castel (1978). Na passagem de um regime absolutista para o liberal, na França do século XVIII, há uma mudança na distribuição de encargos pelo louco entre as diferentes instâncias sociais (Estado, família, justiça e administração local), na qual a medicina passa a assumir completamente tal responsabilidade. Isso

acontece às custas da formulação de um estatuto de tutela para o louco, incapaz de responder às demandas da ordem pública do contrato social. A loucura é algo a ser administrado, gerido, controlado, tanto quanto cuidado e protegido na ordem contratual do liberalismo.

O advento da psiquiatria e do asilo no Brasil do século XIX mostra uma outra conjuntura sócio-histórica, de modo que apenas no início do século XX, quando do período republicano, parte da situação que Castel (1978) apresenta virá a se colocar.

Russo (1993) nos apresenta um primeiro panorama dessa história, com base na pesquisa de Machado (1978) e Costa (1976). No século XVIII, ao contrário da França, vivíamos um período bem distante da passagem entre absolutismo e liberalismo, assim como do advento da psiquiatria:

“Ao contrário do que ocorre na Europa, até meados do século XIX não havia no Brasil qualquer estabelecimento especial para o recolhimento dos chamados alienados mentais. Na década de 30 surgem os primeiros protestos vindos da comunidade médica contra a situação dos loucos internados na Santa Casa do Rio de Janeiro, lá encarcerados sem qualquer tipo de tratamento ou cuidado especial.” (Russo, 1993: 07-08, grifo meu)

Só em meados do século XIX o primeiro hospício é inaugurado no Brasil, sendo que a psiquiatria só aparece após o asilo, como na Europa:

“O Hospício Pedro II (a partir de 1889 Hospício Nacional de Alienados) foi criado por decreto imperial em 1841, sendo inaugurado em 1852 (...) Aqui, como na Europa, não foi a psiquiatria que criou o hospício, mas sim o contrário. Em 1852 a psiquiatria enquanto especialidade ainda não existia entre nós.” (Russo, 1993: 08, grifo meu)

Segundo Teixeira (1999: 84-85), a criação do hospício não dependeu exclusivamente dos protestos da corporação médica. Também foi uma resposta às constantes denúncias de maus tratos a que eram submetidos os loucos, na Santa Casa de Misericórdia. Também representou o coroamento simbólico do nascente Império Brasileiro, sua inauguração foi um dos atos que solenizaram a coroação do Imperador Pedro II, em 1841. Nosso Império procurava mostra-se moderno aos olhos dos europeus: “...o asilo desponta entre nós como símbolo de uma Restauração Monárquica

Conservadora e Centralizadora.” (Teixeira, 1999: 85). Eis aí uma das principais diferenças em relação à constituição da psiquiatria e do asilo na França.

Além disso, não houve o conflito entre instâncias sociais narrado por Castel (1978), sendo uma solução “pacificamente aceita”:

“Também como diferença em relação à Europa, vemos que no Brasil o hospício foi uma solução pacificamente adotada pela elite médica e política. A trajetória que culmina na fundação do Hospício de Pedro II foi uma sucessão de sugestões aceitas, bem encaminhadas e sancionadas pelo Governo Imperial (...) Portanto, *o hospício entre nós não foi, como na França, o resultado final do debate político sobre a assistência aos alienados e de redefinição de sua jurisprudência, iniciado com a Revolução de 1789. Foi um consenso de elites...*” (Teixeira, 1999: 85, grifo meu)

Esse contexto sócio-histórico da emergência da psiquiatria e do asilo no Brasil tem conseqüências importantes sobre o tema dessa dissertação. Nem a divisão de responsabilidades entre instâncias sociais pelo controle do louco nem a constituição de um estatuto de tutela para o mesmo se fizeram necessários, já que o gesto de criação do hospício tinha ligação com outros problemas:

“Podemos verificar que, entre nós, o hospício não representou uma solução jurídica e institucional para a tutela dos loucos por um Estado liberal. Tanto que a primeira legislação federal sobre os alienados surge apenas em 1903 (...) Nossos grilhões, bem como nossos troncos, pelourinhos e açoites, eram bem mais profundos, disseminados e, sobretudo, naturalizados.” (Teixeira, 1999: 88)

Segundo esse autor, trata-se muito mais de uma tentativa de europeização, um projeto voltado para as elites, assim como um projeto de constituição de uma identidade nacional problemática, sobretudo no que concerne a sua constituição étnica:

“O hospício nasce, sim, da ambição de vestir um vasto país imperial, baseado numa economia agrícola de mão-de-obra escrava, de modelo patriarcal e patrimonialista, carente de qualquer projeto de universalização da cidadania, e onde a distinção entre o poder religioso e as instituições laicas do Estado ainda não ocorrera, *com os trajes do liberalismo à européia.*” (Teixeira, 1999: 88, grifo meu)

Entre o século XIX e o XX, com o advento da República, garantir um estatuto de cidadania a uma população que acabara de sair de um regime escravocrata foi um

grande desafio para o Estado brasileiro. A institucionalização da psiquiatria como profissão e os debates com a medicina legal, acerca dos critérios que permitiam definir o grau de responsabilidade de determinadas pessoas, foram relevantes nessa conjuntura sócio-histórica:

“É possível, portanto, afirmar que *a Medicina Legal foi praticamente o berço da psiquiatria brasileira*. Esta raiz comum que une as duas especialidades não é de modo algum fortuita. As relações de proximidade e conflito entre a medicina legal e a psiquiatria demonstram de forma exemplar a importância do discurso médico em geral, e do psiquiátrico em particular, na definição de questões políticas fundamentais para a nova sociedade que emergia. (Russo, 1993: 09, grifo meu)

Quem pode ser cidadão, quem pode se responsabilizar pelos próprios atos, quem precisa ser protegido e tutelado? Saberes “psi” e “jurídicos” reivindicavam o poder de formular respostas a essas questões, fundamentais para o advento da República. Encontramos aí a relevância do saber psiquiátrico na constituição de uma ordem republicana no Brasil:

“À primeira vista psiquiatria e medicina legal – vindas, como vimos, de uma raiz comum – participavam de uma discussão técnica em torno da *definição do estatuto jurídico do louco criminoso*. Essa discussão técnica adquiria contornos de disputa política quando percebemos que tratava-se de definir a responsabilidade criminal em si. *Médicos legistas e psiquiatras buscavam definir através do conhecimento médico algo que até então era prerrogativa da esfera jurídica: até que ponto um cidadão era responsável por seus atos – e, portanto, livre. Estava em jogo aí a própria concepção de cidadania e dos direitos civis que a acompanham. Isto é, tratava-se de separar os indivíduos livres e iguais – donos de si – daqueles passíveis de serem tutelados pelo Estado*. Vemos, portanto, que o hospício enquanto marca da modernidade científica, e com ele a psiquiatria, não surgem por acaso nesse momento de nossa história.” (Russo, 1993: 09, grifo meu)

É no trabalho desenvolvido por Corrêa (1998), Fry (1986) e Carrara (1998), acerca dos debates entre psiquiatria e medicina legal sobre o estatuto jurídico do **louco criminoso**, assim como sobre o instituto da **perícia** médica, que colhemos contribuições para compreender a instauração da tutela do louco no Brasil. Além das diferenças já apontadas por Russo (1993) e Teixeira (1999), que descolam o advento da psiquiatria e do asilo da necessidade de instauração de um estatuto de tutela para o louco, temos que

mesmo no período republicano esse estatuto não mantinha laços exclusivos com a medicina e a perícia. Ou seja, acompanhando Corrêa (1998) podemos perceber que a peculiaridade da formação histórica brasileira coloca desafios à ligação entre mecanismos de controle da população e medicina em nossa sociedade.

Antes de mais nada é necessário destacar o contexto sócio-histórico da emergência de um estatuto de tutela para o louco. Mas não só para este, como também para índios, crianças, e outros indivíduos considerados ‘incapazes’ de exercer seus direitos e deveres cívicos de modo pleno. Segundo Corrêa (1998), o dilema de uma sociedade que deveria passar do regime da tutela colonial para o regime da Lei como garantia de igualdade dos indivíduos poderia ser considerado o mais agudo do século XIX, na passagem da Monarquia para o Império no Brasil, no pós-Independência:

“Tratava-se, em suma, da *transformação dos até então objetos da norma colonial em sujeitos de cidadania nacional*. Cidadania desde logo acessível a uns poucos: a questão do controle prático, imediato, de acesso às novas formas de representação criadas com a Independência seria resolvida, em relação aos homens livres, através da manutenção de um sistema eleitoral que formal e informalmente asseguraria a exclusão da grande maioria da população.” (Côrrea, 1998: 32, grifo meu)

Parafraseando essa autora, percebe-se que no momento mesmo em que se colocavam as questões de cidadania e de nacionalidade na sociedade brasileira, tornava-se também um imperativo político definir mais claramente os critérios de inclusão/exclusão ao estatuto de cidadão nacional. Daí a importância da perícia, daí a necessidade de definir quem pode ser cidadão – capaz, responsável, sujeito da vontade e da razão – e quem deve ser tutelado.

Entretanto, as diferenças entre a formação das instituições estatais e das corporações profissionais no Brasil e na Europa produz efeitos diversos sobre o exercício de modalidades de controle – seja coercitivo, seja persuasivo – da população. A perícia, enquanto prática concreta, tem seu papel na definição do acesso à cidadania relativizado:

“Foucault e Castel empreendem sua análises a partir dessa situação [ligação entre medicina e controle da população] e é ela que torna possível também a oposição, quase termo a termo, do cidadão, atuando no quadro do legalismo com sua definição de regras universais e sua correção do desvio via repressão/coerção, e do perito, atuando no

quadro da disciplina, que utilizaria tecnologias ‘brandas’ de controle, via persuasão/manipulação. No Brasil, além da fragilidade institucional da medicina, as noções de cidadania e de perícia surgiram no interior de uma mesma constelação ideológica, definida pelo liberalismo mas também pelo positivismo e pelo evolucionismo (...) Se a cidadania nunca foi estendida, nem ideologicamente, aos membros da nossa sociedade como um todo, os defensores da perícia, os especialistas, que começaram a atuar desde meados do século passado no país, poderiam ou não tomá-la em conta em suas discussões e, em qualquer caso, essa incorporação, quando ocorreu, parece ter sido *sempre mais retórica do que referida à prática de peritos*. (Corrêa, 1998: 69-70, grifo meu)

Segundo essa autora, a dicotomia tutela *versus* contrato não cruzou a história do Brasil do mesmo modo que na Europa, muito pelo contrário, a tutela colonial e a relação senhor-escravo opunham grande resistência ideológica a um ideário liberal. Não é com a medicina e a psiquiatria que mecanismos tutelares de controle da população aparecem no nosso país:

“Não foi com a institucionalização da medicina que se iniciou entre nós uma tecnologia de controle dos corpos dos homens, embora ela tenha tido aí um importante papel a desempenhar. Este saber é mais antigo e ‘interdisciplinar’ e, se pode ser analisado nos termos utilizados no debate contemporâneo sobre a história das especialidades médicas, faz parte da própria história da nossa constituição política.” (Corrêa, 1998: 72)

Essa relativização da pertinência das análises de Foucault (1978) e Castel (1978) – sobre os mecanismos de controle e tecnologias de poder disciplinares difundidos através do exercício da psiquiatria – ao contexto sócio-histórico brasileiro é fundamental nesse estudo da relação entre responsabilidade e tutela. A autora alerta para a necessidade de delimitar a força dessa modalidade de exercício de poder na sociedade brasileira, ou seja, evitar uma valorização excessiva do papel da medicina e da psiquiatria na difusão de mecanismos tutelares, tal como Corrêa (1998) critica em trabalhos como os de Machado (1978):

“Lembrando os núcleos institucionalizados de saber existentes em nosso país até o início deste século, não é de estranhar que fossem médicos alguns de nossos primeiros analistas sociais, como outros eram juristas. Neste sentido, é quase ilusório, ou ritual, continuarmos a falar da atuação de higienistas, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, criminólogos ou antropólogos como pertinentes ao campo do saber médico e em

sua atuação como função de uma medicalização da sociedade ou como mera expressão, múltipla, de uma ‘medicina social’...” (Corrêa, 1998: 307)

Não são as contribuições inestimáveis desses autores para a história da psiquiatria de asilo que estão em questão, mas seu uso genérico, desvinculado de alguma questão ou problema circunscrito, singular, específico. Há problemas metodológicos e epistemológicos em tornar a “medicalização da sociedade” como algo constitutivo da sociedade brasileira, do mesmo modo que identificar nos procedimentos médicos na rede pública necessariamente uma ação disciplinar sobre as classes populares. A difusão de um entendimento da medicina como mecanismo disciplinar não deixa de apresentar problemas criticados pelo próprio Foucault, como a naturalização do fenômeno e a visão desistoricizada com que alguns conceitos – a própria doença mental em relação à experiência da loucura – são tomados.

Carrara (1998), através de uma investigação atenta a essas generalizações, nos envia aos embates entre psiquiatria, medicina legal e direito sobre a definição do grau de responsabilidade jurídica do louco criminoso, quando do aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. A pesquisa sobre o caso de Custódio Serrão, envolvido na disputa entre essas disciplinas por conta de um assassinato e uma suspeita de alienação mental, procura dar visibilidade aos debates concretos entre representantes da psiquiatria e da medicina legal, em torno da responsabilidade individual sobre os próprios atos.

Esses embates podem ser resumidos sob a forma de duas concepções conflitantes sobre o indivíduo com efeitos diversos em termos de responsabilidade, concepções estas que se superpõem no caso das intervenções sociais relativas ao louco criminoso: **o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico**. Assim:

“De um lado, há a versão que poderia ser chamada jurídico-racionalista e que vê o indivíduo como sujeito de direitos e de deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento às leis e normas sociais, capaz de escolher transgredi-las ou respeitá-las, *capaz, enfim, de ser moral e penalmente responsabilizado por suas ações*. De outro lado, há a versão que poderia ser denominada psicológico-determinista, que vê o indivíduo (principalmente o indivíduo alienado) não enquanto sujeito, mas enquanto objeto de seus impulsos, pulsões, fobias, paixões e desejos. Nessa última versão, as estruturas determinantes do comportamento, estando aquém da consciência e da vontade, *não permitem que o indivíduo seja moralmente responsabilizado no sentido do*

modelo anterior, não sendo, portanto, passível de punição.” (Carrara, 1998: 46-47, grifos meus)

Esse estudo tematiza a dimensão jurídica e moral da responsabilidade dos atores sociais, procurando destacar a ambigüidade com que se lida com a responsabilidade desse ente ‘limítrofe’ entre a psiquiatria e a justiça, o louco criminoso. Além disso, reafirma a formulação de Russo (1993) acerca do **papel da psiquiatria na constituição da ordem republicana, por conta do lugar da perícia na atribuição de responsabilidade** – e, portanto, cidadania de um indivíduo – através do caso singular de Custódio Serrão. As disputas entre Nina Rodrigues e Teixeira Brandão, eminentes médicos do início do século XX, no sentido de determinar o grau de periculosidade e de responsabilidade de Custódio ilustram tal formulação:

“Neste sentido, os manicômios judiciários não deixam de ser uma espécie de monumentos ao triunfo da psiquiatria, pois, pelo menos no caso brasileiro, depois do surgimento da nova instituição, *será aos médicos do manicômio que os juizes se voltarão preferencialmente em busca de um parecer sobre responsabilidade penal. Perícia e custódia passam portanto a ficar nas mesmas mãos...*” (Carrara, 1998: 220, grifo meu)

A seguir, procuro apresentar ao leitor o modo como o tema da tutela tem sido estudado no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mais ligado à perícia e ressaltando a importância da dimensão jurídica dessa modalidade de exercício de poder para o desafio da cidadania possível ao louco. Entretanto, tendo em vista a perspectiva já apontada ao longo desse capítulo, de tomar a prática psiquiátrica em sua dimensão administrativa, de gestão e controle da loucura, indico **outra possibilidade de investigação do poder tutelar, onde o foco está na própria atenção psicossocial: a responsabilidade jurídica e moral do indivíduo dá lugar à responsabilidade administrativa dos serviços públicos.**

3. Tutela e Perícia: autonomia e cidadania possíveis no terreno da interdição civil

O tema da tutela é constitutivo do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, na medida que aquilo que costuma ser apontado como diferença entre ela e outras mudanças que se diziam reformistas ao longo desses mais de 200 anos de psiquiatria lhe

dizem respeito. Por um lado a paradoxal luta por uma cidadania de pessoas tuteladas é apontada como diferencial de nossa Reforma, sublinhando a ambigüidade da condição de sujeito do louco. Por outro, costuma-se lembrar que foi a crítica aos modos de regulação social da instituição psiquiátrica que caracterizou esse processo, no qual a necessidade de romper com tais mecanismos de poder foi bandeira de luta.

Delgado (1992) apresenta esse argumento quando historiciza a psiquiatria com base em suas reformas. As colônias de alienados, a assistência hetero-familiar, o ambulatório, as comunidades terapêuticas e a própria instauração do asilo por parte de Pinel também se pretendiam reformistas. Segundo esse autor:

“A partir dos anos 60, entretanto, a noção de reformar a psiquiatria passa a ser tributária de um nítido movimento de crítica aos pressupostos teóricos daquela instituição [a psiquiatria]. A crítica ao espaço asilar torna-se *condenação dos efeitos de normatização e controle da psiquiatria* (...) Desde então, “reforma psiquiátrica” passou a exigir sempre uma adjetivação precisa. No contexto em que a tomamos – no Brasil da restauração democrática – sua característica dominante é *o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interditada.*” (Delgado, 1992: 19-20, grifos meus)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira colocou a “cidadania do louco” e a busca de uma “sociedade sem manicômios” em primeiro plano. A tutela, seja enquanto estatuto jurídico seja enquanto forma de regulação social, está articulada a ambos.

Embora isso fortaleça nossa argumentação no sentido da centralidade do nosso tema na Reforma, reside aí um dos impasses dessa dissertação: **destacar a tutela como uma modalidade de exercício de poder mais do que um estatuto legal, tomá-la como prática de gestão que ultrapassa uma ação mediada exclusivamente por instituições jurídicas.** Ou seja, apontar a dimensão tutelar das práticas psiquiátricas para além da atividade pericial.

Delgado (1992) desenvolve o principal estudo acerca da tutela no campo da saúde mental. Descreve os discursos psiquiátrico e jurídico relativos à consolidação do estatuto de periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade do louco e, principalmente, as práticas concretas nos tribunais quando do rito da interdição civil e da perícia médico-psiquiátrica. Para ele há uma especificidade da questão da cidadania na Reforma Psiquiátrica em relação à Reforma Sanitária, que diz respeito a este estatuto jurídico da tutela que não pesa sobre outros cidadãos:

“Este trabalho quer *estudar a questão da cidadania do louco, em sua especificidade, isto é, buscando identificar e compreender os aspectos particulares da relação deste tipo especial de cidadão com o Direito*. Para isso, toma como seu objeto o louco diante do Direito, representado pela concretude das instituições judiciárias, na moldura definida pela reforma psiquiátrica recente e as lutas pela cidadania plena no Brasil.” (Delgado, 1992: 20, grifo meu)

Segundo esse autor, o desafio da cidadania possível ao louco impõe o tema da tutela na agenda de debates da RPB. Pleiteia, deste modo, o lugar de um estudo acerca da atividade pericial, principalmente no que tange à interdição civil.

Embora apresente os impasses relativos às figuras da periculosidade e inimputabilidade do louco, por meio das quais os “loucos-criminosos” se tornam objetos do direito penal, considera a atividade pericial nesse campo um desafio gigantesco à Reforma, por remeter a “casos-limite”:

“O Manicômio Judiciário como última cidadela para os casos-limite do sistema-psiquiátrico. Do mesmo modo que, no interior da própria rede assistencial psiquiátrica, uma gradação se estabelece entre as instituições com menor ou maior poder de contenção, a prática cotidiana faz surgirem algumas vezes situações dramáticas, que se mostram insolúveis (...) *São casos-limite, que expressam a tensão máxima do dispositivo psiquiátrico, frequentemente apontados como a demonstração das restrições do real à reforma.*” (Delgado, 1992: 108, grifo meu)

Após apresentar um exemplo desses pacientes que “derrubam a psiquiatria” e “inscrevem os contornos do limite real da utopia da sociedade sem manicômios” (Idem, p.112), relativos à figura da periculosidade e inimputabilidade da instituição da doença mental, esse autor se lança ao campo da interdição civil e à figura da incapacidade. Segundo ele, aí reside o cenário “específico” do exercício de cidadania do louco:

“É o momento de deixar a cena criminal, e discutir de que forma a Psiquiatria e a Justiça se associam para compreender e regular o *atributo específico da cidadania – exercer os atos da vida civil – dos doentes mentais.*” (Delgado, 1992: 115, grifo meu)

A escassez de estudos nesse campo e a ambigüidade com que a legislação lida com a figura da incapacidade do louco – por vezes tomando-a como anterior à doença

mental, em outro momento como produto do rito judiciário – estimula esse autor (pp.117-119) a se dedicar ao tema da interdição civil. A essencialidade ou acidentalidade da incapacidade do doente mental é um terreno rico em controvérsias no Direito Civil, sendo que é essa brecha que ele acredita que os peritos-psiquiatras poderiam estrategicamente explorar, questionando a equação “doença mental = incapacidade” e incentivando a reavaliação das interdições no sentido da conquista de uma parcialidade nos exercício dos atos civis.

Diaz (2001), mais recentemente e restrito a uma experiência local de transformação da assistência psiquiátrica em Angra dos Reis –RJ, também nos ajuda a identificar os empecilhos que o estatuto jurídico da tutela trazem à vida de uma pessoa acometida de transtorno mental. Os limites e possibilidades do trabalho do perito-psiquiatra, no sentido de estabelecer “capacidade” – principalmente de gestão dos bens – como critério prioritário dos laudos, em detrimento do mandato social de apontar um diagnóstico de doença mental, é objeto de sua pesquisa.

“A estratégia utilizada pelo perito foi *produzir desconforto na equação doença mental é sinônimo de absolutamente incapaz*, indo além do que se espera do perito (confirmação da doença) e introduzindo fatores extra-clínicos nas perícias realizadas (...) *deslocar a atenção da doença para o estabelecimento de graus variáveis de autonomia*. No desmonte da equação doença mental = incapacidade absoluta, o perito considerou se o grau de autonomia apresentado é suficiente para resolver as situações de vida que emergem. Uma nova equação é construída: a relação entre o grau de autonomia e a complexidade da situação exigida. Diante dessa nova lógica, possibilitou-se pleitear pedidos de interdição parcial...” (Diaz, 2001:17, grifos meus)

Apesar da importante contribuição desses estudos, aos debates acerca da cidadania e autonomia possíveis ao louco, cruciais na implementação de novas tecnologias de cuidado na Reforma, não é dessa perspectiva que atribuo uma dimensão tutelar às práticas psiquiátricas. A tutela está consolidada e sedimentada nesse estatuto jurídico – inclusive designa-se “curatela” – mas a perícia é uma das formas de regulação social do louco.

“*Curatela*, ou curadoria, “é o cargo conferido por lei a alguém para reger a pessoa ou os bens, ou somente os bens, de pessoas menores ou maiores, que por si não no podem fazer, devido a *perturbações mentais*, surdo-mudez, prodigalidade, ausência, ou por ainda não terem nascido” (Delgado, 1992: 119, grifos meus)

Ou seja, curatela e tutela são estatutos diferentes. Entretanto, a incapacidade absoluta é um atributo tanto de loucos quanto de menores no Código Civil. Além disso, como vimos anteriormente, a prática psiquiátrica é atravessada por um mandato social de controle, tornando a loucura algo a ser gerido e administrado.

Deste modo, não acho que seja exclusividade da atividade de perícia o embate com a tutela do louco. Esse estatuto jurídico apresenta uma eficácia simbólica legitimada em um código legislativo, ou seja, como sedimentação de uma regulação social que se exerce inclusive na atividade clínica dos serviços territoriais de saúde mental. **Não creio que os Centros de Atenção Psicossocial estejam isentos de algum grau de avaliação do grau de capacidade e doença mental da população psiquiátrica:** não definem estatutos jurídicos com grau de permanência tal como a ‘curatela’, mas a passagem do ‘asilo’ para a ‘comunidade’ em muito se define por um diagnóstico ‘psicossocial’ do que então chamados de ‘suporte social’ do usuário e ‘grau de comprometimento’ da família ou rede social.

“No Brasil, o contexto político de redemocratização do país produziu a sua singularidade; incorporou definitivamente o conceito de cidadania no contexto da reforma psiquiátrica, assim como a aproximação efetiva da reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. Junto com o conceito de cidadania, o conceito de reabilitação psicossocial e o de autonomia ganham força. Cabe aos técnicos de saúde mental o *“papel tutelar”* de elaborar projetos e ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida desses usuários, incentivando-os a participar de trocas sociais e conseqüentemente aumentando o seu poder contratual e a sua autonomia.” (Diaz, 2001: 14, grifo meu)

Além disso, a dimensão administrativa da prática psiquiátrica, sublinhada nesse capítulo, remete a uma modalidade de ação reguladora que ultrapassa a relação entre medicina e loucura, assim como o território da perícia. Regular, gerenciar e controlar são atividades que também perpassam a ação de engenheiros militares sobre os índios e de assistentes sociais sobre os menores, como os trabalhos de Lima (1995;2002) e Vianna (2002a;2002b) nos mostrarão a seguir.

Por outro lado, segundo Delgado (1992:20), o estatuto jurídico da tutela do louco é extremamente peculiar. Primeiro por conta de suas implicações para uma condição de cidadania diferenciada, afastando o doente mental e a reforma psiquiátrica

da luta da Reforma Sanitária pela extensão dos direitos de cidadania. Além disso, juridicamente, o estatuto de tutela que pesa sobre outros indivíduos, como crianças, surdo-mudos, não tem o caráter permanente que o diagnóstico de doença mental estabelece:

“Na terra-de-ninguém do estatuto de incapacidade civil – artigo 5º do Código brasileiro atual – fazem-lhe companhia [aos “loucos de todo o gênero”], em solidão trágica, os “menores” e os “surdos-mudos” que não podem se comunicar; ali estão, também, os “ausentes”. *Os menores crescem, os surdos-mudos aprendem a exprimir sua vontade: ali é o lugar de loucos e ausentes.* Tal é o estatuto dos cidadãos loucos: ***não a ausência de cidadania, porém a cidadania dos ausentes.***” (Delgado, 1992:35-36, grifos do autor)

Também os índios estão sob esse estatuto de tutela, até que, poder-se-ia dizer, se civilizem. Mas o Código Civil lhes reserva um estatuto de tutela relativa:

“*A incapacidade absoluta, que incide sobre menores, loucos, surdos-mudos e ausentes, era distinguida daquela outra, relativa.* Para o código de 1916 (...), os pródigos e selvícolas estavam incluídos entre as pessoas naturais “relativamente incapazes”, na companhia das mulheres casadas...” (Delgado, 1992:126, grifo meu)

Poder-se-ia, desta maneira, pensar que a periculosidade, inimputabilidade e incapacidade que conformam a instituição da doença mental singularizam de modo extremo a loucura em relação a outras categorias, como a menoridade e as populações indígenas. Há especificidade no estatuto de tutela do louco, inclusive designa-se por curatela no Código Civil. A incapacidade para o trabalho geralmente suscita, nos peritos e juristas dos tribunais investigados por Delgado (1992), a generalização da incapacidade. Assim, há diferenças no que tange à tutela dos loucos se tomarmos a tutela exclusivamente em sua dimensão de estatuto jurídico sedimentado e mediados por instituições jurídicas.

“O meio legal de “suprir a incapacidade absoluta” é a *tutela* (para os menores; os selvícolas, incapazes relativos, também são submetidos a forma especial de tutela) e a *curatela* (para os loucos de todo gênero e os surdos-mudos não educados).” (Delgado, 1992:126-127, grifo meu)

A literatura revisada anteriormente indica outra dimensão da tutela: modalidade de regulação social. O mandato social de controle impregnado na prática psiquiátrica é revelador das articulações entre terapêutica e administração, entre cuidado e gestão do louco, tal como Foucault (1978) e Castel (1978;1987) enfatizam.

A seguir, poderemos vislumbrar a possibilidade de suspender as especificidades do fenômeno da loucura e atentar para o caráter tutelar de outras atividades administrativas, relativas ao menor e ao índio. Caminharemos seguindo a trilha apontada por Carrara (1998). Ao colocar em análise as possíveis razões dos diferentes trabalhos dedicados às conexões históricas entre crime e loucura na década de 80, sustenta a tese de que trata-se de um interesse particular pelo fenômeno da medicalização de comportamentos socialmente desviantes. Segundo esse autor, o poder tutelar acionado pela medicina em relação ao louco não é exclusivo desta instituição, podendo ser estendido também às ações estatais relativas a índios e menores:

“Naquele momento, a medicalização interessava sobretudo como forma específica de exercício de um *poder tutelar, disciplinar e normalizador*, que, se havia sido varrido formalmente das legislações modernas e democráticas ao longo do século XIX, acabaria por se instalar em um sem-número de instituições igualmente modernas, como hospitais, hospícios, escola, prisões, etc [nota de rodapé: *Não quero dizer com isso que a discussão em torno do poder tutelar e do estatuto jurídico da tutela tenha se restringido às discussões em torno da medicalização. Ao menos quanto ao Brasil, alguns pesquisadores vêm abordando o assunto em relação ao tratamento dispensados pelo Estado às populações indígenas (ver, por exemplo, Lima, 1995) ou aos “menores” (ver, por exemplo, Vianna, 1995)*]” (Carrara, 1998:203, grifos meus)

O poder tutelar que cabe aos técnicos de saúde mental, segundo Diaz (2001), é o de criar condições concretas de vida ao louco na comunidade, emprestando contratualidade àqueles que apresentam limitações em estabelecer trocas sociais, não tanto o de interditar e consolidar um estatuto jurídico de tutela ao mesmo. Assim, a atenção psicossocial e a perícia envolvem funções de tutela, mas acionam modalidades de regulação social diferenciadas.

4. Mobilização voluntária, gestão coletiva das obrigações e produção de responsáveis pelo cuidado: outros modos de regulação social

Do meu ponto de vista, a atenção psicossocial, enquanto processo de responsabilização de atores e instâncias sociais pela atenção psiquiátrica, apresenta componentes reguladores e tutelares. Ela expõe o elo entre tutela e cuidado, entre mandato social de controle e mandato terapêutico proteção, sendo que procuro destacar nessa dissertação justamente essa dimensão de regulação, gestão, controle e administração das práticas em saúde mental.

Sem dúvida, seria interessante investigar a dimensão terapêutica dessa tecnologia que compromete, vincula, encarrega e implica pessoas no cuidado, destacando, por exemplo: a maior acesso do paciente psiquiátrico a bens e serviços da sociedade, sejam eles os serviços de saúde sejam oportunidades de trabalho e renda, dificilmente possíveis sem a proteção – ainda que provisória e quando necessária – dos profissionais; maior garantia de continuidade no atendimento, tendo um serviço ou um profissional como referência de cuidados em saúde mental; diminuição da probabilidade de abandono e de desamparo nos momentos de sofrimento intenso.

É como se essa produção discursiva em torno da responsabilidade gerasse uma certa prontidão e disponibilidade nos profissionais e serviços, por serem incentivados a tomar para si encargos gerenciais. Ao mesmo tempo, também pode desencadear a participação da família e comunidade, por serem convidadas a interferir no cotidiano assistencial. Pode ainda produzir um certo tranco naqueles pacientes acostumados com a posição – muitas vezes inerte e vitimada – de objeto da intervenção médica. Não se pode esquecer da segurança oferecida pelo asilo, das amarras físicas ou químicas, ao mesmo tempo protetoras e repressivas. A internação deixa de ser preconizada como medida principal e isso gera uma certa instabilidade: abre a possibilidade de outras intervenções, mas deixa a todos os envolvidos, de certo modo, em suspense.

A atenção psicossocial nos serviços comunitários não deixa ser protetora, embora não tanto repressiva. É esse modo de lidar com nosso mandato de controle social que me é instigante investigar, é aquilo de gestão e controle que cuidar envolve. Acredito que sublinhar essa dimensão das práticas em saúde mental colabora para uma desnaturalização de nossas boas intenções, práticas inovadoras e “rupturas com a psiquiatria clássica”.

Não se procura produzir dependência, mas se age com cautela, atenção, cuidado. Conversamos, sugerimos, convidamos, mas no sentido de aumentar a autonomia. Como? **Na maioria das vezes, envolvendo uma rede social no tratamento, encontrando pontos de suporte não mais na instituição asilar mas naqueles que**

cercam o usuário. Inclusive, pode ser que estabelecendo trocas com essa rede social algo se modifique na relação com o usuário, seja inserindo a família no serviço seja visitando a comunidade. Como já foi apontado anteriormente pelos próprios autores reformistas (Delgado, 1992 e Bezerra Jr., 1992, entre outros), não há como enfrentar o desafio da inserção social do louco sem alguma proteção. Há algo de tutelar que nos cabe enquanto profissional, mesmo no exercício da atenção psicossocial (Diaz, 2001).

Mas de onde veio essa idéia acerca de uma prática tão valorada como a atenção psicossocial, com base em que episódios da assistência psiquiátrica atual e que instrumentos de análise se misturam alhos com bugalhos, tutela com responsabilidade e clínica?

O que salta aos olhos logo que uma terapêutica é objeto de questionamentos ou análises não clínicas (no sentido muito mais da adesão aos pressupostos “psi” puristas, técnicos e científicos, do que à complexa metodologia que envolve uma análise que se queira clínica) é que “não foi bem essa a intenção inicial da clínica”, “ela foi deturpada em seus princípios” ou que ‘não levaram em conta o ‘micro’”. Lançando mão da conhecida frase de S. Freud acerca da psicanálise em relação às psicoterapias ou práticas de aconselhamento, é difícil imaginar que o “ouro” da atenção psicossocial, esse convite à inovação, signo de uma nova forma de lidar com a loucura, valorada positivamente em relação à psiquiatria clássica e à psiquiatria biológica, possa se ligar às limalhas de “cobre” da tutela, da moral, da culpabilização e comprometimento forçado do outro.

Logo se pergunta: como base em quê tutela e cuidado casam tão bem na reforma psiquiátrica brasileira, por onde se chega da responsabilização à tutela, em que serviço se encontra a prática assistencial caracterizada desta forma? A princípio, responsabilizar o sujeito é uma maneira de retirá-lo da posição subjetiva de objeto do desejo do outro, fomentando alguma implicação nele acerca daquilo que faz, diz e provoca: responsabilizar promove autonomia, onde está a tutela aí? Além disso, incentivar a participação da comunidade no processo de mudança da assistência psiquiátrica é um modo de oferecer um direito de decisão à população, anteriormente alijada do processo de formulação e implementação das políticas públicas. Mobilização coletiva é uma atividade que pode suscitar faíscas de cidadania no Brasil da redemocratização, onde está a dimensão tutelar em meio a essa produção de emancipação?

Um primeiro lampejo do que me inspirou nessa direção de análise está em um estudo consagrado de R. Castel (1987) no campo da saúde mental:

“Uma das características da evolução político-social desses últimos anos (aproximativamente, sob os sete anos giscardianos) é o fato de que o Estado parece ter voltado atrás a certas das responsabilidades que tinha tomado, desde a era keynesiana, na regulação dos mecanismos econômicos em geral e na administração da assistência em particular (...) *O Estado se desfez de certas tarefas que são bem ou melhor assumidas de outra maneira e a um custo melhor*, tudo reforçando seu monopólio sobre a definição das grandes opções imperativas (...) Existe assim uma relação entre o fechamento de novas formas de controle centralizadas, através em particular dos sistemas informáticos, e o *desenvolvimento de setores em liberdade sob vigilância, quer dizer, convidados a auto-gerar as obrigações que lhes são impostas*. Conjunção, então, de um pólo de organização estrita e de um pólo de iniciativas circunscritas.” (Castel, 1987:175-176, grifos meus)

De modo incisivo, este autor aponta o lugar das tecnologias médico-psicológicas em uma sociedade neoliberal, no caso, a França da década de 80, após a instauração da psiquiatria de setor, reforma psiquiátrica local. A responsabilidade (ou desresponsabilização) do Estado caminha junto com o convite (ou compromisso forçado) à auto-gestão, gerando uma nova modalidade de poder sintonizada com o que ele vai chamar de “ordem pós-disciplinar”:

“Este relacionamento de um pólo hiper-racionalizado e controlado e de um pólo onde pode se expandir uma *liberdade de bom tom*, à condição de que seja cuidadosamente enquadrada – no final, um casal funcional informatização-psicologização – se distingue de formas mais bem analisadas e mais frequentemente criticadas do exercício do poder, pelos quais uma autoridade se impõe do alto reduzindo os alvéolos de liberdade que tentam lhe resistir. A este último esquema corresponde a problemática da repressão e a, correlativa, da liberação; ele está longe de representar a forma única sob a qual se impõe hoje o consenso. *Um outro modelo de regulação se desenvolve: a incitação a colaborar, de seu lugar e segundo suas necessidades, com a gestão das imposições no quadro de uma divisão do trabalho entre as instâncias de dominação e as que a ela se sujeitam (...) estratégia geral que consiste em mobilizar os indivíduos submetidos às imposições para que tomem eles mesmos o encargo da exigência de regulá-las*. É a mesma lógica, de fato, que vimos operar na reorganização da Ação Sanitária e Social...” (Castel, 1987:176-177, grifos meus)

Convocação à responsabilidade também pode ser um “modo de regulação”, diferente da coerção, repressão e da disciplina, mas ainda assim controle.

Responsabilização mantém continuidade com os demais tipos de controle social e, deste modo, é mista e não pura como se quer a soberana clínica. Mas por que tutelar? O incentivo à participação da comunidade, fazer o sujeito advir como responsável pela própria condição psíquica, construir maior implicação dos atores envolvidos em um determinado processo de trabalho, a tão propalada assunção de responsabilidade do serviço pelo território: tudo isso que aumenta a autonomia e cidadania dos indivíduos também os regula, os controla? Mas daí a tutelá-los, mantê-los em uma condição de dominação onde não há reciprocidade, não seria um exagero?

Caminhemos mais um pouco com Castel antes de adentrar em um fenômeno menos internacional e mais local, com os trabalhos de Vianna (2002a; 2002b) acerca dos menores e de outra forma de poder de cunho tutelar em atuação nos juizados / varas da infância e adolescência. Mais adiante o que costumamos perceber nas relações entre **loucos, hospício e comunidade** pode ser vislumbrado nos termos mais abrangentes da relação entre **populações tuteláveis, administração pública e rede social**. No momento, para resumir a caracterização desse novo modo de regulação, ligado à autogestão e bem visível no modo de organização das equipes de saúde mental, recheado de convocação à responsabilidade e mobilização do coletivo, o autor finaliza:

“Assim, em um número crescente de situações, a sustentação da obrigação sobre o indivíduo *não passa pela coerção, mas pela sua mobilização voluntária*. A alternativa não é se submeter ou se revoltar, mas reunir seu potencial pessoal a serviço da tarefa a cumprir, ou ser marginalizado.” (Castel, 1987:177, grifo meu)

Recentemente presenciamos a homologação duas leis federais de extrema importância para a história da Reforma: a Lei Federal 10.216, de abril de 2001, e Lei federal 10.708, de julho de 2003. A primeira é o resultado de doze anos de tramitação do projeto de Lei Paulo Delgado acerca da “extinção progressiva dos manicômios e constituição de uma rede comunitária de atendimento à saúde mental” e da “regularização da internação involuntária tendo em vista a preservação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos”. A segunda trata do suporte social – incluindo uma bolsa-auxílio – àquelas pessoas internadas por muito tempo em hospitais psiquiátricos e incentiva o atendimento na comunidade a partir de uma gradual e planejada reabilitação psicossocial.

É necessário destacar um dos comentários divulgados acerca de um trecho da Lei 10.216 que se articula com a Lei 10.708, onde a questão da responsabilidade do Estado sobre as condições de saúde mental da população asilada é afirmada. Depois de citar o artigo 5º da Lei 10.216, segundo o qual:

“O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente, e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (Delgado, 2001:288)

Este autor afirma:

“Penso que o texto legal é claro: *o Estado tem a responsabilidade* de prover “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”, o que inclui a *garantia do atendimento em ambiente comunitário e os insumos adequados de suporte social.*” (Delgado, 2001:288, grifos meus)

Fica muito claro na lei e é muito claro ao autor dessa dissertação que a questão da responsabilidade do Estado pelas políticas públicas em saúde, pelo menos no campo da saúde mental, não pode facilmente ser exemplo dos efeitos do ideário neoliberal sobre o Estado brasileiro: de desresponsabilização, de submissão das diretrizes políticas às incertezas do mercado. Leis como esta e a própria consagração do SUS, no qual uma das prerrogativas é a de que a saúde seja direito do cidadão e dever do Estado, deixam bastante clara a diretriz no sentido da responsabilização do Estado. **O que está em jogo nessa dissertação não diz respeito tanto ao que é formulado, mas ao processo de implementação e execução das políticas públicas, trata-se menos da letra da lei e muito mais dos tortuosos caminhos no sentido de fazê-la valer.** Enfim, é na experiência material da assistência psiquiátrica cotidiana que atores concretos em suas relações de força tornam visíveis os encargos, obrigações e constrangimentos, como também as saídas e soluções provisórias.

Talvez se utilizássemos a expressão “manter as pessoas em comunidade” ao invés de “tirar as pessoas do hospício”, essa pesada dimensão social ganharia tanto destaque quanto a biológica, psíquica e ética da doença mental: manter, regular,

controlar perpassam a atividade de negociar uma alta, estimular o paciente a se sentir capaz, convencer a família a lidar de modo diferente com o louco. Deste modo, poderíamos deixar de tomar o social como resultado do jogo econômico internacional e o político exclusivamente em sua dimensão institucional consagrada na figura da disputa partidária. Durkheim (1972) e Foucault (2002), cada um a sua maneira, podem nos aproximar do dinâmico e raso processo de responsabilização de que estou falando.

O primeiro caracteriza os fatos sociais em relação àqueles psíquicos, biológicos ou físicos, quando dedica um de seus textos a delinear os fenômenos inalcançáveis em sua singularidade se compreendidos pelo raciocínio psicológico ou biológico de sua época. A necessidade – o fato de o fenômeno acontecer sem que o indivíduo isolado se dê conta que algo está agindo sobre ele – e o constrangimento – a dimensão de obrigação e determinação da ação – são as características do fato social segundo Durkheim.

“O sistema de sinais de que me sirvo para exprimir um pensamento, o sistema de crédito que utilizo nas relações comerciais, as práticas seguidas na profissão etc., etc., funcionam independentemente do uso que delas faço. Tais afirmações podem ser estendidas a cada um dos membros de que é composta uma sociedade, tomados uns após outros. Estamos, pois, diante de maneiras de agir, de pensar e de sentir que apresentam a *propriedade marcante de existir fora das consciências individuais*. Esses tipos de conduta ou de pensamento não são apenas exteriores ao indivíduo, são também *dotados de um poder imperativo e coercitivo*, em virtude do qual se lhe impõem, quer queira, quer não.” (Durkheim, 1972:47, grifos meus)

Esses acontecimentos são de uma ordem para além do pensamento e sentimento de cada indivíduo (consciência individual) em particular e remetem a algo coletivo, como os costumes e a etiqueta, por exemplo. Isso também acontece com a produção de responsáveis pelo cuidado, algo que o profissional isolado nem sempre se dá conta, mas que pesa sobre ele, de modo intenso e coercitivo.

Foucault (2002) estabelece um marco em relação às suas pesquisas sobre loucura, prisões, sexualidade e história da ciência, ao afirmar que destacou as relações microscópicas e cotidianas de força na sociedade em relação àquelas institucionalizadas e ditas “macro”, formulando assim outra concepção do fato político. Procura descolar o poder do exercício da força condicionado exclusivamente a fatores econômicos, e localizado unicamente em sua forma oficial, como os partidos políticos ou o Estado:

“O que é o poder? Ou melhor – porque a pergunta: “O que é o poder?” seria justamente uma questão teórica que coroaria o conjunto, o que eu não quero –, o que está em jogo é determinar *quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, esses diferentes dispositivos de poder que se exercem*, em níveis diferentes da sociedade, em campos e com extensões tão variadas.” (Foucault, 2002:19, grifo meu)

Isso nos ajuda a atentar em maior profundidade para as decisões que tomamos na assistência em tensas e por muitas vezes surpreendentes negociações de encargos com familiares e usuários, a conceber que nesses cenários há poderosas forças em ação, tanto quanto na adoção de uma Lei como a 10.216:

“Para fazer uma análise não econômica do poder, de que, atualmente, dispomos? Acho que se pode dizer que dispomos realmente de muito pouca coisa. Dispomos, primeiro, da afirmação de que *o poder não se dá, nem se troca, nem se retoma, mas que ele se exerce e só existe em ato*. Dispomos igualmente desta outra afirmação, de que o poder não é primeiramente manutenção e recondução das relações econômicas, mas, em si mesmo, primariamente, *uma relação de força*.” (Foucault, 2002:21, grifos meus)

A responsabilização progressiva daqueles que estão envolvidos cotidianamente na atenção ao usuário de saúde mental, deste modo, diz respeito, nessa dissertação, a uma ação tutelar na medida em que não cede ou concede poder, mas é permeada de relações de força onde a dominação do outro ultrapassa a margem da reciprocidade. Trata-se de uma atividade que constrange atores pouco permeáveis com o ideário reformista a ter como valores “lidar com o sofrimento psíquico” e “estabelecer laços solidários”. A atenção psicossocial não é só isso, mas também tem esse elemento: responsabiliza mais constrangendo que convidando, tutela na mesma medida em que toma o poder envolvido na relação terapêutica como algo que se dá ou se toma!

Vianna (2002a) nos envia a outro universo onde a questão da tutela também se coloca: o dos menores, onde se destaca a ação de outros especialistas (os assistentes sociais) e outros órgãos da administração pública (os juizados), mas onde também se está procurando mediar a relação entre o Estado e determinadas populações:

“A dimensão tutelar de tal dominação aparece, então, através da articulação de níveis de mediação e responsabilidade, de modo que nunca é o indivíduo sujeito de direitos o foco primordial da ação judicial sobre menores, e sim as relações nas quais ele está

inserido ou nas quais deve ser alocado. O esforço em compor soluções, costurar rupturas e diminuir conflitos atende à necessidade de manter tais menores em unidades que continuem a responder por eles, a exercer sobre eles o controle cotidiano necessário à sua transição para indivíduos plenamente responsáveis do ponto de vista legal.” (Vianna, 2002a:300, grifo meu)

A eleição do termo menoridade ao invés de categorias consagradas como infância ou crianças não é arbitrária. Da perspectiva da autora, tem como função justamente desnaturalizar a ligação entre criança e menoridade e destacar esta em sua dimensão de relação de poder. Menoridade envolve autoridade e dominação, tal como os atravessamentos de ordem administrativa e política na terapêutica psiquiátrica do qual nos lembram Castel (1978) e Foucault (1978). Assim, retomando a analogia entre criança e louco, base da legislação que consagra o estatuto de tutela do louco narrada por Castel (1978), podemos tomar menoridade e tutela para além de suas particularidades sedimentadas e naturalizadas historicamente, onde a Secretaria de Desenvolvimento Social ou a Justiça cuida dos menores e a Secretaria de Saúde e a Saúde Mental cuidam dos loucos. Em ambos os casos, crianças ou loucos, são objetos de gestão por parte da administração pública e subordinados a modalidades de controle. Assim, ao introduzir seu estudo, essa autora afirma:

“Ser menor é, sobretudo, *encontrar-se em posição de autonomia parcial (...)* É, nesse sentido, *ser compreendido como estando em situação de ter alguém que responda por si*, que seja seu responsável, permanecendo incluído em um conjunto de relações de autoridade em posição subordinada, ou seja, não apenas colocado em meio a relações de interdependência, mas sobretudo de assimetria. Menores podem ser mulheres, escravos, filhos não casados, agregados, loucos, índios, enfim, todos aqueles que, em uma configuração social específica, sejam compreendidos como *incapazes (ou relativamente incapazes) de responderem de forma integral por seus atos*. Os que precisam de um tipo peculiar de **proteção**: a proteção de estarem submetidos à autoridade responsável de outro indivíduo ou conjunto de indivíduos. Ao frisar a parcialidade de autonomia – e de autoridade – como eixo de definição da condição de menoridade, estou considerando que tal parcialidade se constrói essencialmente como condição jurídica, ou seja, *não estou tomando toda e qualquer subordinação como uma relação de menoridade – embora, de forma mais livre, isso pudesse ser feito – mas apenas aquelas que são sacramentadas legalmente.*” (Vianna, 2002b:7, grifos meus)

A idéia de que a atenção psicossocial possui uma dimensão tutelar tem inspiração não só nas considerações de Castel (1987), relativas a uma nova modalidade de regulação baseada na mobilização voluntária mais que na coerção, mas também nas formulações acerca de uma gestão administrativa de minoridades, onde a produção de responsáveis pelo cuidado – e controle – dos menores indica um procedimento tutelar:

“A percepção do *caráter intrinsecamente tutelar da gestão de minoridades* depende, como foi dito na Introdução, do reconhecimento de que esta se dá não apenas através da construção de mecanismos de controle sobre indivíduos submetidos a essa condição legal, mas também da *produção de responsáveis* – indivíduos ou redes de indivíduos – por esses menores.” (Vianna, 2002b:31, grifos meus)

Os discursos acerca da responsabilidade se constituem como modo de engajar os atores sociais envolvidos no cuidado com o processo de Reforma, convocando usuários, serviços, profissionais, família e comunidade à sua responsabilidade. Comprometer, implicar, participar, engajar são diferentes maneiras de responsabilizar atores e instâncias sociais no emaranhado de atividades que envolvem o cuidado em saúde mental.

No terceiro capítulo poderemos nos perguntar sobre o controle, dominação e tutela que permeiam essa responsabilização, componente fundamental da atenção psicossocial e que aponta sua paradoxal dimensão de produção de autonomia e modo de regulação social, de tutela e cuidado, de mandato terapêutico e ao mesmo tempo de controle social.

4.1. Soberania, Disciplina e Gestão governamental como modalidades de exercício de poder

Podemos retomar a argumentação foucaultiana sobre o poder para sistematizar, a partir de agora, aquilo que descrevemos acima ora como “modalidades de regulação social”, ora como uma de suas formas, a tutela, o controle ou a dominação.

Segundo Foucault (1979:07-08), seus estudos sobre a história da loucura haviam sublinhado a dimensão repressiva do exercício do poder, como se o saber psiquiátrico e a instituição asilar fossem uma maneira de abafar o fenômeno vivo e múltiplo da experiência da loucura. A idéia de poder como repressão é uma concepção negativa de seu exercício, de modo que ele passou a privilegiar uma concepção positiva na qual o

poder produz, permeia, induz. Em outro momento de sua reflexão, os procedimentos que fazem circular os efeitos de poder de forma ao mesmo tempo contínua, ininterrupta, adaptada e individualizada no corpo social são destacados, convidando-nos a diferenciar modos de exercício do poder. As tecnologias minuciosas de controle do corpo tornaram-se visíveis nos processos de exclusão social, como no caso da prisão, da escola e da fábrica (Foucault, 1987), oferecendo mais elementos para diferenciar “modalidades de exercício de poder”: soberania, disciplina e governamentalidade.

A gestão governamental torna-se objeto de pesquisa quando Foucault (1979:291) passa a dedicar sua atenção às formas cotidianas de governo, tomando-as como **modos gerir populações, como dispositivos de controle social estatizados e organizados no sentido de assegurar, garantir, fixar.**

Aquilo que aparecia como dominação sobre um indivíduo pôde ser nomeado de soberania, diferente da forma pela qual otimiza-se o corpo humano no sentido de torná-lo mais útil e dócil, como é o caso da disciplina. Desta maneira, percebemos que aquilo que Castel (1978) caracteriza como função administrativa da psiquiatria, de gestão da loucura na sociedade contratual, tem estreita relação com tais modalidades de exercício do poder, assim como a mobilização voluntária e a gestão coletiva das obrigações. A articulação entre terapêutica e gestão da loucura nas práticas psiquiátricas tem nesses estudos uma importante contribuição, já que o desafio que esse fenômeno, que acreditamos psíquico e ligado ao sofrimento / pathos, coloca para a ordem pública constantemente nos convoca a uma intervenção no sentido do controle. Entretanto, há modos diferenciados de controle, há qualidades distintas de gerência do ato, pensamento e afeto tresloucado, imbrincados necessariamente nos procedimentos dos quais lançamos mão para aliviar o sofrimento que esta condição existencial carrega.

Castel (1987) nos fala de uma “gestão dos riscos”, enquanto Deleuze (1998) sugere “tecnologias de controle a céu aberto” para falar das práticas em saúde mental na comunidade. Em ambos os casos trata-se de procedimentos, expedientes, modos de gestão acionados por serviços públicos, encarregados de mediar a relação entre Estado e população, em especial aquelas tuteláveis. Em ambos os casos podemos dizer que são modos de regulação social. Não seria frutífero separar pedagogicamente soberania, disciplina e gestão governamental, até porque elas não são etapas históricas mas possibilidades de exercício do poder ligadas a conjunturas sócio-políticas específicas. É o que parece sugerir Foucault:

“Devemos compreender as coisas não em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar, e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais” (Foucault, 1979:291)

Além disso, devemos levar em conta as contribuições de Corrêa (1998) no sentido de nos alertar para a impossibilidade de generalização dessas análises para o Estado brasileiro. Inclusive, segundo Duarte (1993) e Lima (2002), a constituição do Estado no Brasil reservaria muito mais elementos ligados à soberania do que aqueles que Foucault (2002) descreve em termos de disciplina e biopolítica no caso dos Estados europeus. Isso não nos impede, entretanto, de levar em conta tais contribuições nessa dissertação, pois como veremos adiante, a modalidade de poder expressa sob a forma de uma biopolítica / governamentalidade, na figura do “poder pastoral” – segundo o qual se governa populações conduzindo-as e assegurando-as, guardando ao mesmo tempo em que se as fixa em um território – será importante referência para pensar os processos de cidadanização pela via da responsabilização da rede social.

4.2. Gestar e gerir: a administração pública como mediadora entre Estado e população

Não só os loucos, mas também os índios e as crianças têm sobre si um estatuto jurídico de tutela, tornado-os populações vulneráveis a uma ação peculiar de aparelhos estatais representados por unidades administrativas. Certas modalidades de exercício de poder são mobilizadas sobre eles, no sentido controlar e regular indivíduos que apresentam desvios em relação ao modelo de cidadania consolidado pela adesão a uma determinada ordem pública. É o que os estudos de Lima (1995; 2002) e Vianna (2002a, 2002b) sugerem, ao tratar do modo como a administração pública media a relação entre o Estado e populações tuteláveis.

O Serviço de Proteção ao Índio / SPI, órgão administrativo que antecede a Fundação Nacional do Índio / FUNAI na “proteção” às populações indígenas, estabeleceu durante as primeiras décadas do século XX o modelo de gestão dessas populações. Segundo Lima (1995:11), foram estabelecidas relações entre variadas formas de administração e os povos nativos do Brasil desde a chegada dos portugueses,

sendo que o primeiro aparelho de poder estatizado a exercer relações de caráter puramente laicas com eles foi o SPI.

A idéia que guiava a ação dos engenheiros e militares que compunham esse serviço era “proteger” e “defender” os nativos, ameaçados em seu território por outros cidadãos, e realizavam tal tarefa fortalecendo o estatuto jurídico de tutela, relativo à incapacidade civil do índio (Lima, 1995:19). Mais recentemente, com o advento da FUNAI, percebe-se um deslizamento do ideário tutelar para aquele da participação e parceria das populações indígenas (Lima, 2002)

Os processos de guarda de crianças são o material de Vianna (2002b:18) em sua investigação sobre os procedimentos e expedientes de gestão de menoridades. Nesses processos, a Vara de Família da Justiça da Infância e da Juventude – antigo Juizado de Menores – é um órgão administrativo que ocupa uma função mediadora, entre as famílias que pleiteam a guarda de crianças – sejam elas institucionalizadas ou não – e o aparato legal que autoriza e legitima essa passagem. Segundo a autora, embora o Estatuto da Criança e do Adolescente, sancionado nas últimas décadas do século XX, atribua à criança uma condição de sujeito de direito especiais, com oportunidades diversas de acesso à educação e desenvolvimento, a parcialidade de autonomia e de capacidade civil continuam a favorecer práticas de teor tutelar sobre esses “indivíduos em formação”, reiterando a dimensão jurídica de menoridade dos mesmos.

Diferentes técnicas de negociação e mediação são difundidas por assistentes sociais e psicólogos nos juizados, de modo que alguém se responsabilize por esses menores e os mesmo sejam alocados em unidades domésticas, configurando uma modalidade específica de exercício do poder tutelar (Vianna, 2002b:22).

Da perspectiva dos autores citados acima, a administração pública é um lugar privilegiado para se perceber o modo pelo qual Estado e população se constituem mutuamente, de modo que seus estudos são centrados nas técnicas e procedimentos de gestão em ação nos órgãos administrativos. Sejam eles o SPI, os juizados de menores ou, poderíamos pensar, os CAPSs, tais instituições veiculam modos de gestão, regulação e controle daqueles que estão de alguma maneira em condição de incapacidade – parcial ou absoluta – civil.

“É sempre bom lembrar, com Weber, que ‘... *para a vida cotidiana dominação é primariamente administração*’ (1983: 175). Estamos diante de fatos privilegiados para estudos de antropologia política, pois *administrar*, num certo nível, é também *pôr em*

movimento dispositivos capazes de engendrar e de repetir – e fazer repetir – esquemas de percepção e ação da vida diária ao ponto de torná-los automáticos e inquestionáveis.” (Lima, 1995:18, grifos meus)

Por um lado, temos relação entre índios e civilizados, mediado ora pelo SPI ora pela FUNAI; por outro lado, aquela entre menores e famílias, mediada pelo juizado de menores ou pela justiça da infância e da adolescência; ou ainda, como no nosso caso entre loucos e cidadãos, intercaladas pelo hospício ou pelo CAPS. No primeiro caso, temos em ação um poder tutelar sobre os índios, que constitui técnicas de atração / agremiação, pacificação, mediação, arbitragem (Lima, 1995:165-166), ainda que sob a égide da “proteção fraternal”. No segundo caso, podemos conceber uma gestão administrativa de menoridades, que por meio da mediação e da negociação “produz responsáveis pelo cuidado”, alocando indivíduos em redes de relação sociais (Vianna, 2002a:300). Ainda que a lembrança do exercício do mandato social de controle do louco, através do seqüestro ao asilo e da instituição da doença mental, seja mais viva e mais possível de identificar como atividade tutelar ligada a funções administrativas, tal como Castel (1978) permite supor, será que os CAPS estão longe disso? Ou renunciaram radicalmente a tal mandato?

Se levarmos em consideração o modo como Lima (1995) define poder tutelar, como relativo à conquista do território nacional mediante a difusão de unidades administrativas capazes de submeter à multiplicidade instável e heterogênea de comunidades étnicas a uma comunidade política organizada e única (“civilizada”), talvez venhamos a desconfiar da justificativa esboçada acima.

*“Com a categoria *poder tutelar* pretendo, pois, descrever uma *forma de ação sobre as ações dos povos indígenas e sobre seus territórios*, oriunda e guardando continuidade implícitas com as conquistas portuguesas e sua administração por aparelhos de poder que visavam assegurar a soberania do monarca lusitano sobre terras dispostas em variados continentes (...) *O poder tutelar pode ser pensado como integrando tanto elementos das sociedades de soberania quanto das disciplinares. Mas é antes de tudo um poder estatizado num aparelho de pretensa abrangência nacional, cuja função a um tempo é estratégica e tática*, no qual a matriz militar da *guerra de conquista* é sempre presente. (Lima, 1995:73-74, grifos meus)*

Por outro lado, quando atentamos para os objetivos e técnicas do poder tutelar, mais do que para seu contexto – alargamento e legitimação da ação estatal sobre o

território nacional – voltamos a perceber uma proximidade entre as práticas administrativas em relação ao louco e ao índio:

“Dito de outro modo, *trata-se de sedentarizar povos errantes*, vencendo-lhes – a partir de ações sobre suas ações e não da violência – sua resistência em se fixarem em lugares definidos pela administração, ou de capturar para esta rede de aparelhos de gestão governamental outros povos com longo tempo de interação com o conquistador (...) *criando assim territórios para e pela função de administrá-los. Mas isto é feito excluindo/incluindo uma população a quem é atribuído um status específico*. O exercício do *poder tutelar* implica em *obter o monopólio dos atos de definir e controlar o que seja a população sobre a qual incidirá*. (Lima, 1995:74, grifos meus)

O indigenismo é um conjunto de políticas de integração de populações indígenas ao Estado brasileiro, sendo que esse autor o toma como discurso, com base nas contribuições de Foucault (1971). As técnicas e táticas do poder tutelar, atração, mediação, pacificação, também colhem inspiração na analítica do poder foucaultiana, atenta à sua microfísica. Assim, além da definição de um estatuto jurídico de tutela ao índio (Lima, 1995:117-118), muitas outras táticas foram acionadas no sentido de gerir essas populações:

“A primeira fase demandaria, sobretudo, a estratégia mais claramente militar de *pacificação*, destinada aos povos indígenas em situação de guerra com os civilizados. *Atração e/ou agremiação* eram termos referentes ao trabalho tático de concentrar as populações a serem protegidas próximo às unidades locais do *Serviço*.” (Lima, 1995:135, grifos meus)

Segundo esse autor, “agremiação” seria trazer à “civilização”. Não era expressão muito utilizada e foi mais comum no século passado, destinando-se a grupos já com longo tempo de interação com o civilizado, enquanto a expressão “atração” era mais usada para os ditos selvagens ou arredios, isto é, os que estivessem estabelecendo os primeiros contatos, ainda que não hostis. Ainda segundo Lima (1995), ambos os termos recobrem técnicas de deslocamento espacial e concentração geográfica em torno de um núcleo administrativo a partir de doação de bens (brindes) industrializados e produtos primários de lavoura, verdadeiro jogo de sedução, o qual permitiria, nos termos da época, **sedentarizar** populações. Atrair implicaria, a médio prazo, em solicitar terras aos estados da União para estabelecimento de reservas indígenas. Em um segundo

momento de aproximação, caberia uma ação demonstrativa, onde pelo exemplo se procuraria levar os índios a aprenderem rudimentos de lavoura e pecuária, ao mesmo tempo em que se deveria fixá-los em torno de centro de ação local do Serviço (Lima, 1995:136).

A idéia central da ação administrativa do SPI era a de civilizar índios e ao mesmo tempo ocupar o solo, formando, nas palavras do militar Cândido Rondon, (patrono e fundador desse serviço) “um grande número de funcionários ocupando o território nacional num grande cerco de paz, num assédio extenso e paciente” (Lima, 1995:130). Ainda segundo Rondon, “o governo, ao mesmo passo que protege, ampara e salva o índio brasileiro, promove e assegura os meios indispensáveis à conquista do interior do país”: nada mais claro sobre o lugar da administração pública como terceiro na relação entre população e Estado, produzindo índios e civilizados.

Segundo um dos inspetores do SPI, a idéia da ação administrativa é de atração e transformação do índio selvagem (selvagem, semi-selvagem, trabalhador semicivilizado, trabalhador rural emancipado) em trabalhador, tutela dos trabalhadores rurais civilizados, ensinamento e emancipação/introdução na vida civilizada (Lima, 1995:135-136).

Vianna (2002b:15) lida com a ação pública em juizados de menores, em um período mais recente – final do século XX – e em relação a outra população, os menores, o que não a impede de destacar o teor tutelar de uma gestão administrativa de minoridades, percebendo os modos pelos quais uma determinada instância administrativa recebe, caracteriza e lida, no plano da produção de seus registros administrativos, com problemas que legalmente estão colocados sob sua alçada, bem como os tipos de soluções encontradas para esses problemas. Procura investigar como critérios de avaliação – ligados à autoridade e à moral – e expedientes de gestão – como a mediação e a negociação – são produzidos para que se “guardem” crianças, ou seja, para que se encontrem ou ratifiquem relações (e pessoas, portanto) que se responsabilizem por tais crianças e jovens durante sua menoridade.

“... a rotinização do controle sobre menores deve ser entendida como exercício administrativo que depende primordialmente do recolhimento contínuo da posição subordinada e da necessidade de tutores que ocupem – pela administração e com a administração – o lugar de responsáveis.” (Vianna, 2002b:33)

Profissionais como assistentes sociais e psicólogos são fundamentais, exímios na linguagem do cuidado e da emoção e muitas vezes veiculadores de uma “bondade opressiva”, que do ponto de vista da autora mantém estreitas relações com modalidade de exercício de poder biopolíticas, o “poder pastoral” de conduzir populações. Segundo Vianna (2002), temos que:

“Tal poder teria sua melhor representação na imagem do pastor, especialmente do pastor cristão, responsável pela condução de todo o rebanho e pelo cuidado com cada ovelha em particular. Nesses termos, sua ação seria sempre uma ação moral, tanto pelo lado da responsabilidade de velar o rebanho, quanto pela virtude da obediência que deve ser capaz de seguir e impor...” (Vianna, 2002b:42)

Esses profissionais se vêm no afã de encontrar locais e redes nos quais essas crianças possam ser imersas, fixando indivíduos em redes de relações sociais, legitimadas de um ponto de vista moral. Procura-se compor níveis diferenciados de autoridade e codificar obrigações pertinentes a cada um dos envolvidos em termos fortemente morais, produzindo modos de gestão de um tipo singular (Vianna, 2002b:28). É nesse sentido que a atividade administrativa e tutelar de gestão de menoridades, tal como a atenção psicossocial, toca na dimensão de partilha de obrigações e de responsabilidade dos atores sociais envolvidos no cuidado / controle:

A ação do juizado pode ser pensada em termos do poder pastoral na medida em que se exerce, enquanto ação administrativa, sobre casos particulares, analisando cada configuração de relações e sua potencialidade. Mas, também, na medida em que *se estabelece a partir dos primados da responsabilidade e da obediência, tanto dos especialistas frente às suas funções e encargos, quanto daqueles que serão consagrados tutores – como pais adotivos ou guardiães – ao final do processo* ou ainda dos que, mais que nunca, são reconhecidos como menores ao se confrontarem com o poder da administração de decidir seus destinos.” (Vianna, 2002b:43, grifo meu)

Tal como o processo de responsabilização de atores sociais pelo cuidado no campo da saúde mental, acionado nos CAPS, percebe-se também por parte do juizado de menores uma atividade administrativa parecida no momento em que “...a administração – tal como o pastor – *mantém-se como gestora através da distribuição legalmente sancionada de responsabilidades e autoridade*” (Vianna, 2002b:44, grifo meu). As unidades administrativas investem sobretudo no poder das configurações e das

rede (casas) sobre aqueles que devem, por sua condição legal e simbólica, ser alvo desse controle minucioso que leva à produção do auto-controle. Ou seja, **ela não se desfaz de suas próprias obrigações e autoridade – zelar por todos e por cada um – embora não arque diretamente com o ônus do cuidado**: “Pode, desse modo, cobrar das unidades domésticas aquilo que se inscreve em suas próprias atribuições.” (Vianna, 2002b:44).

Entre os ‘ideários’ da “proteção fraternal” dos índios e seu isolamento em “reservas” e o contemporâneo incentivo à “participação” e as “parcerias” há uma distância, tal como a que separa a institucionalização em abrigos de menores e a “produção de responsáveis pelo cuidado” e sua alocação em redes sociais. Também as práticas em torno da responsabilidade que consolidaram o estatuto jurídico de tutela do louco e a definição da loucura como doença mental, marcadas pelo seqüestro, controle e repressão, são diferentes daquelas com as quais procuramos nos afastar da “cultura manicomial”, tais como o vínculo, a contratualidade, a referência e a implicação dos “sujeitos”, conforme desenvolvidas nos CAPS.

Em todos os casos, porém, estamos lidando com modos de gestão através do quais constituem-se, entre Estado e população, unidades administrativas. Por meio de procedimentos, expedientes e técnicas variadas, constituem e, de certa forma, estatizam redes sociais. A possibilidade de tomar a administração pública como mediadora que ativa modalidades de exercício de poder diversificadas sobre populações tuteláveis (de um ponto de vista jurídico), e através delas sobre populações não-tuteláveis, nos convida a incluir o CAPS nessa análise. Mesmo que a atenção psicossocial tenha como objetivo o aumento da autonomia do usuário, uma forma de “participação e parceria” com populações psiquiatrizadas, ela não deixa de lançar mão de modos de gestão como a responsabilização de atores sociais pelo cuidado, estendendo a ação do Estado para além das fronteiras das instituições de saúde mental.

4.3. Conversão à cidadania: a responsabilização de atores sociais como processo de cidadanização das classes populares

Não podemos encerrar essa apresentação dos principais referenciais teóricos que contribuíram para analisar as práticas de saúde mental sem tocar nos estudos sobre a “conversão à cidadania” nas classes populares. Duarte (1986) tem produções mais específicas sobre o campo da saúde mental, relativos ao fenômeno do “nervoso”,

tomando-o como representação social da perturbação que articula a dimensão física e a moral. Com base nesses estudos, Carvalho (2001) investigou as construções sociais da pessoa em serviços de saúde mental, onde a dupla vertente da singularidade e da autonomia presente no ideário “individualista” da Reforma se contrapunha ao modo privilegiado de representar a doença e a perturbação entre os usuários e familiares, “holistas” por excelência.

Ao dedicar-se à ideologia e prática de projetos de promoção social no Brasil da redemocratização, Duarte (1993) nos fala da experiência de um escritório modelo de advocacia em um dos morros cariocas, iniciativa capitaneada por uma organização não-governamental. A veiculação de valores como a solidariedade e a busca da adesão popular não deixam dúvidas sobre as consonâncias com experiências reformistas no campo da saúde mental.

Assim, esse autor descreve o modo pelo qual são acionadas ideologias liberal-individualistas no sentido de inculcar valores, associativistas e comunitários, de relação entre moradores desse morro (Duarte, 1993:11). Ele resume tais ações por meio de três grandes processos: individualização, racionalização e responsabilização.

“O terceiro e último processo – o da responsabilização – corresponde à relação moral entre os dois outros, entre o modo e o meio, entre o sujeito individualizado e suas razões racionais. A cidadanização pressupõe-se tanto quanto os outros dois e não é à toa que, sob a rubrica sinônima da *conscientização*, preside às propostas de conversão.” (Duarte, 1993:13, grifo meu)

No que tange a essa dissertação, interessa sublinhar o modo pelo qual efetivamente se cidadaniza nessa experiência particular de promoção social, onde responsabilizar aqueles que cercam o indivíduo tem função primordial. Como já foi apontado anteriormente, segundo Duarte (1993:15), boa parte da ação dos agentes de cidadanização em relação à população das classes trabalhadoras centra-se na preservação dos bairros populares e esse trabalho assistencial, por mais que procure atentar para o indivíduo e ser comprometido como a difusão de modos associativistas de relação, esbarra em um dilema: **tende-se a coibir com essa estratégia o processo da individualização pelo reforço de entes intermediários de pertencimento, que ocupam parte da responsabilização pretendida.**

Em outras palavras, os processos de cidadanização das classes populares desencadeiam processos de individualização na população por meio de uma estratégia

paradoxal: responsabilizando familiares e vizinhança por parte do projeto cidadanizador. Procura-se que indivíduos tornem-se responsáveis, encarregando aqueles que o cercam por parte da intervenção estatal.

A seguir, poderemos nos perguntar sobre as ressonâncias entre tais modalidades de regulação social e as práticas comunitárias de saúde mental. A mobilização voluntária, o incentivo a auto-gestão de obrigações impostas, a produção de responsáveis pelo cuidado, a alocação de indivíduos em redes de relações, e porque não a atração, mediação e responsabilização de entes intermediários pode atravessar a atenção psicossocial; afinal, é difícil desarticular, mesmo em um contexto reformista, a terapêutica do mandato social de controle da loucura no campo psiquiátrico. Engajar, implicar e vincular, acredito, tem sido nosso modo contemporâneo de articular cuidado e gestão do louco.

Capítulo III

As práticas em torno da responsabilidade e o Centro de Atenção Psicossocial

Um dos componentes da instituição da doença mental, a **periculosidade**, parece ter sido uma importante questão no cuidado oferecido pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no início da experiência reformista no Brasil. A passagem entre a década de 80 e a de 90 foi um momento no qual diversos municípios implantaram uma política de saúde mental com base nas diretrizes do SUS: Angra dos Reis-RJ, Campinas-SP, Santa Maria-RS e Santos-SP, a sede da mais famosa dessas experiências.

Os NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), serviços territoriais de Santos-SP, procuraram implementar práticas no sentido do atendimento integral, participação da comunidade e descentralização da gestão, princípios consagrados na Constituição de 1988. Eles já foram objeto de muitas análises no campo da saúde mental, e uma delas merece nossa atenção, se pretendemos investigar o plano das práticas nos serviços de saúde mental²⁷.

No município do Rio de Janeiro, a partir de meados da década de 90, os primeiros CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) foram implantados nesse mesmo sentido: desospitalizar “com responsabilidade”, constituindo ao mesmo tempo uma rede de serviços comunitários de saúde mental²⁸. A “lógica da capacidade” prevaleceu sobre a “lógica territorial” na montagem e consolidação dessa rede, para utilizar as expressões de Delgado (1997), de modo que tais serviços nem sempre tiveram a pretensão de substituir o hospital psiquiátrico (Tenório, 2001).

Periculosidade, incapacidade, cronicidade e irresponsabilidade, essas figuras da instituição da doença mental que certamente circularam nos serviços que se pretendiam “alternativos” ou “substitutivos” ao manicômio, são desafios à atenção psicossocial: como lidar com situações de crise e violência, sem colar ao usuário a imagem do risco iminente e imprevisível ou lançar mão da internação ou coerção física? Como acompanhar, ao longo de anos, a trajetória do usuário em um serviço, sem que as expectativas de desempenho da equipe não exijam do mesmo algo além de sua capacidade, sem tentar ortopedicamente normalizá-lo? Como pensar a estagnação do processo terapêutico em um momento no qual o usuário não apresenta tanta

²⁷ Ver Nicácio (1990,1994 e 1997), Tykanori (1996 e 1997) e Capistrano Filho (1991 e 1995).

²⁸ Ver Fagundes e Libério (1997), Delgado (1997), Venâncio et. al. (1997) e Cadernos do IPUB, nº 14 (1999).

sintomatologia produtiva, nem se interna, mas ainda depende intensamente da atenção diária oferecida pelo serviço para adquirir tal estabilidade de sintomas? Como, enfim, lidar com episódios de “desimplicação” do usuário pelo próprio tratamento (não fazer uso da medicação, por exemplo) ou por atitudes realizadas por si próprio (não admitir que extrapola limites e contratos da família, vizinhança ou serviço), sem acionar algum grau de culpabilização do indivíduo?

A periculosidade é um desses desafios à desinstitucionalização enfrentados pelo NAPS de Santos-SP, durante um episódio de emergência narrado por Nicácio (1990: 09-15). Recursos terapêuticos como palavra, remédio e **vizinhança** foram fundamentais para construir possibilidades de lidar com a loucura diferentes da internação, em um contexto de surto paranóide, solidão e miséria extremas.

Em 1989, a equipe de um NAPS recebe um telefonema do pronto-socorro da área administrativa, um chamado para atender uma emergência ligada à “doença mental/periculosidade”, o “código 13” do mundo hospitalar. Assumiram o atendimento, indo à casa de Maria, moradora de um mangue com “condições de vida sub-humana”. Através do olhar e escuta atenta aos balbucios da desconfiada Maria, que “parecia um animal em perigo”, a equipe apresentou como proposta terapêutica o uso da medicação e a visita ao serviço.

“A possibilidade de ação dos técnicos, de estar nos lugares de emergência, de enfrentar o desconhecido, de recusar a violência como forma de relação, de imaginar formas/falas/gestos no momento para se aproximar de Maria, faz por instantes esquecer o manicômio.” (Nicácio, 1990: 12, grifo meu)

Após alguns fracassos na abordagem, solicitaram a presença de uma vizinha no atendimento, o que facilitou um “contato de confiança” e a efetivação da proposta.

“Maria não sente que pode confiar e não toma o remédio. Esta era a segunda intervenção e somente no próximo atendimento, com a presença da vizinha de Maria, é possível estabelecer um contato de confiança e Maria vai para o NAPS.” (Nicácio, 1990: 12, grifo meu)

A primeira coisa que gostaria de destacar é a dimensão de descrição das práticas em saúde mental que a autora adota para apresentar ao leitor suas considerações teóricas: é essa a tônica desse momento da dissertação de mestrado, o plano das

práticas. Esse capítulo é dedicado ao que tem acontecido em um dos serviços territoriais de saúde mental, as práticas em torno da responsabilidade que são desencadeadas sob a forma do “técnico de referência” e da “parceria” entre usuários, familiares e vizinhança, dentre outros procedimentos que ajudam a pensar a negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental entre os atores sociais envolvidos na atenção psicossocial.

A segunda delas é a situação de emergência e a figura da periculosidade como desafios dessa nova forma de lidar com o fenômeno da loucura. A autora os apresenta como exemplares do cotidiano de um serviço territorial de saúde mental. Juntamente com a miséria e com a solidão, a crise psiquiátrica e a violência caracterizam o episódio de atendimento narrado. Interessante notar que, além do olhar e escuta atentos à Maria, além do remédio e da visita ao NAPS, foi fundamental na construção de uma abordagem diferenciada o **contato com a vizinhança**: encontramos aí uma das dimensões das práticas em torno da responsabilidade, a **implicação de membros da comunidade no cuidado**.

Deste modo, um dos elementos da prática profissional substitutiva ao manicômio é a responsabilização dos atores sociais envolvidos no cuidado em saúde mental, se pudermos tomar como emblemática essa descrição das práticas reformistas no início da década de 90:

“O campo de incerteza que se abre, a necessidade de reconstruir a história, de elaborar e criar múltiplas estratégias para não excluir, de superar as categorias preestabelecidas de análise e resposta, de a todo o momento se perguntar como fazer com essa história coletiva de abandono e miséria que emerge como sujeito e usuário, do novo de viver o papel do técnico como algo a ser construído, reconstruído, das crises geradas na construção de um serviço aberto, *a responsabilidade de se colocar ao lado de Maria, o se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura*, este campo que vai se abrindo no NAPS é sem dúvida rico e incerto.” (Níciacio, 1990: 13, grifo meu)

Antes de entrarmos de vez nas “riquezas e incertezas” das práticas em torno da responsabilidade de um CAPS no município do Rio de Janeiro, vamos percorrer outros caminhos necessários à compreensão e contextualização dessas práticas.

1. As impressões iniciais acerca do desafio da pesquisa empírica

Em julho de 2003, dois meses após a qualificação do projeto de mestrado, já tinha em mente apresentar uma proposta de pesquisa à coordenação de saúde mental do município do Rio de Janeiro: investigar as práticas em torno da responsabilidade em um dos CAPS da rede municipal de saúde mental. A questão estratégica para alcançar esse objetivo foi: como acontecem a negociação, delegação e divisão de encargos pelo cuidado em saúde mental, entre profissionais, usuários, familiares e eventuais membros ou instâncias da comunidade?

Ou seja, procurei investigar o domínio das práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental, destacando o teor administrativo dessa noção, relativo aos encargos pelo cuidado. Busquei a todo momento focalizar o âmbito de ação dos profissionais, perguntando sobre suas relações com outros atores sociais pela via da necessária divisão de encargos pelo cuidado nos serviços comunitários: “como se interna”, “como se ministra a medicação”, “e a relação com a família, e com a comunidade”?. A periculosidade, como vimos, é um desafio para esses serviços, nos quais a contenção e/ou internação não são a medida prioritária na terapêutica.

Elaborei um roteiro de entrevista semi-estruturada (em anexo) para os profissionais e pretendia investigar os prontuários dos usuários que, citados nas entrevistas, fossem exemplares das negociações de encargos pelo cuidado entre atores sociais. Assim, de início, pretendia analisar as facetas pública e administrativa das práticas de cuidado em saúde mental, com base modo como são narradas em prontuário²⁹, documento de registro das atividades assistenciais. Nas entrevistas, busquei colher relatos sobre a relação entre profissionais, familiares e usuários no que tange à divisão de tarefas na assistência; por exemplo, quando de uma internação, uma festa no serviço, uma visita domiciliar, assim como descrições dos problemas relativos aos encargos do serviço pela clínica ampliada em saúde mental.

À época, pensava em pesquisar dois desses serviços, tendo em vista o enriquecimento de análises que algum grau de comparação poderia trazer. Esse projeto se mostrou pretensioso e improvável ao longo do tempo: a realidade de um serviço comunitário de saúde mental, sua equipe, reuniões de supervisão, registros em prontuários, já era em si complexa o suficiente para os poucos nove meses que tinha para

²⁹ Tal como Vianna (2002b) propõe em sua abordagem dos processos judiciais.

terminar a dissertação de mestrado. Assim, decidi me dedicar exclusivamente ao primeiro dos CAPS cariocas, em Irajá, funcionando há oito anos. Essa escolha não foi aleatória, pois acreditava que a precedência do serviço pudesse favorecer um acúmulo de questões, impasses e reflexões acerca da atenção psicossocial, como que um amadurecimento no trato com os desafios dessa clínica ampliada.

Além disso, o Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, a partir de agora **CAPS de Irajá**, é um dos CAPS cariocas com maior número de publicações, seja de membros da própria equipe (Vários, 1997 e 1999; Delgado, 1997), seja de pesquisadores sobre o serviço (Gomes, 1999; Almeida, 2003), o que indica algum grau de reflexão sobre o que se passa no cotidiano assistencial. Entretanto, diferentemente dos serviços da Zona Oeste, nos quais há muitos dados quantitativos (perfil sócio-demográfico e clínico-institucional da clientela), por conta do convênio com uma organização não-governamental (Instituto Franco Basaglia – IFB), o CAPS de Irajá acumula, de modo inconstante, poucos dados sistematizados sobre seu trabalho³⁰.

Apresentei esse projeto não só durante a qualificação no Instituto de Medicina Social, mas também em três outros momentos, dignos de nota, por tocarem em pontos-chaves da pesquisa: **autoridade médica e responsabilidade profissional, frequência ao serviço e necessidade de atenção diária, meios de acesso às práticas em saúde mental no serviço (prontuários, reunião de equipe, entrevistas, livro de registros...)**. Gestores de saúde mental, pesquisadores do funcionamento dos CAPS do município e membros da equipe do CAPS Irajá reagiram de diferentes formas ao projeto.

Quando pedi autorização à gerência de saúde mental da secretaria municipal de saúde³¹ para realizar a pesquisa, escutei uma observação com relação às demandas mais frequentes dos serviços para o gestor, dentre elas a solicitação de mais profissionais. O gestor me informou que constantemente se solicitava mais médicos, justamente aqueles profissionais considerados detentores do poder de diagnosticar e prescrever o tratamento do doente mental nas instituições asilares, ao invés de se procurar estratégias de mobilização de outras ações ligadas à parceria com família e comunidade, atividade não-exclusivamente médica. Apontava que o lugar que a autoridade profissional ocupa nos CAPS poderia ser problematizado através de minha pesquisa, já que o pedido de

³⁰ O Instituto Franco Basaglia é uma organização não-governamental. Entre outras atividades, presta assessoria técnica aos Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro, desenvolvendo relatório periódico. Ver IFB (1998 à 2003).

³¹ Detalhes acerca da posição dos gestores no processo de implantação dos CAPS estão em Fagundes e Libério (1997), Fagundes (1999) e Rocha (1999).

mais médicos à gerência parece indicar, justamente, uma dificuldade em dividir e negociar responsabilidades entre profissionais, familiares e comunidade nos serviços.

Quando solicitei os relatórios sobre os CAPS ao IFB³², para contextualizar a experiência desses serviços no interior das políticas municipais de saúde mental, também recolhi informações importantes, desta vez do ponto de vista dos pesquisadores que organizam o perfil sócio-demográfico e clínico-institucional da clientela. Chamava a atenção de um dos pesquisadores algumas peculiaridades do CAPS de Irajá em relação aos demais, como o baixo uso da atenção diária (maior parte da clientela costuma vir um dia na semana) por uma clientela considerada grave (psicóticos com múltiplas e prolongadas internações, além de frágil rede de suporte familiar e social). Além disso, a recente adesão desse serviço à supervisão do IFB e as poucas informações obtidas sobre a clientela já justificariam uma pesquisa mais atenta às práticas em saúde mental desencadeadas no serviço, podendo encorajar mais que obstruir a pesquisa.

No momento em que apresentei o projeto de pesquisa à equipe do CAPS de Irajá, em reunião de equipe (semanal) no final de agosto de 2003, fui acolhido de uma maneira interessante de ser descrito, por tocar no funcionamento da equipe e na metodologia de pesquisa dessa dissertação de mestrado: entrevistas? Prontuários? Atas de reunião de equipe? Presença em reunião de equipe? Apresentei em breves palavras o projeto, nomeando os discursos da responsabilidade recolhidos na revisão bibliográfica – tomada de responsabilidade do serviço pelo território, aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho e possibilidade do psicótico advir como responsável pela própria condição – e propondo uma investigação das práticas em torno da responsabilidade no CAPS, pela via das formas de negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado entre profissionais, familiares, usuários e comunidade. Não houve comentários acerca do conteúdo do projeto – exceto por um membro da equipe, que ressaltou a pertinência do tema no “momento atual da reforma” – mas um processo interessante de aceitação do mesmo pela equipe e algumas sugestões de método.

Após a apresentação sugeri que a equipe pensasse sobre a proposta de pesquisa, que envolveria entrevistas com os profissionais e leitura de prontuários no sentido de organizar casos clínicos exemplares, de modo que deixaria o projeto por escrito no

³² Sobre o lugar dessa organização não-governamental na transformação da assistência psiquiátrica carioca, ver Fagundes e Libério (1997), Delgado (1997) e Gomes (1999).

serviço e telefonaria na semana seguinte, facilitando uma reflexão sobre a pesquisa³³. Seguiram-se comentários de dois membros da equipe, que depois saberia que se tratavam dos coordenadores do grupo de estudos do serviço. Fui convidado a participar da reunião de equipe por um deles, visando de colher mais dados sobre o trabalho da equipe com os usuários do serviço, tendo em vista a probabilidade de encontrar poucas informações sobre meu tema nos prontuários. Citava a experiência de pesquisa de um amigo, na qual a leitura de prontuários mostrou a precariedade e a inconstância de relatos da assistência cotidiana, sugerindo que eu buscasse tais relatos na própria reunião de equipe.

Devo mencionar que me senti bastante acolhido pela equipe, já que abriram a possibilidade de compartilhar suas questões, dificuldades e saídas na clínica em saúde mental, tornando público seu trabalho. Não hesitei em incluir na metodologia, a partir desse convite, a observação da reunião de equipe, o que propiciou uma surpresa na investigação: o tema do “técnico de referência”. Entretanto, incluir a relação semanal com a equipe como mais uma atividade da pesquisa acrescentaria ao material as possíveis tensões, ambigüidades e dúvidas que a presença de um pesquisador – que também é profissional de saúde mental de outro CAPS – pode provocar na equipe.

Outro técnico, por outro lado, ressaltou a importância do preenchimento dos prontuários para o trabalho em equipe e a necessidade da pesquisa não abrir mão deles por conta dessa provável precariedade. Sugeriu que seria bom que tal “ausência de dados” fosse verificada por mim. Fiquei, deste modo, com o encargo fiscalizatório de conferir a qualidade desses prontuários.

A essas trocas com a equipe se acrescentou mais uma: apresentar periodicamente um relatório para a equipe. O supervisor perguntou diretamente ao conjunto da equipe sobre o interesse ou objeção em relação à pesquisa. Diante do silêncio de muitos e do balançar de cabeças positivo de alguns, explicitou a aceitação da proposta de pesquisa e solicitou, “como contrapartida para a equipe”, relatórios periódicos do andamento da pesquisa, contrato que aceitei de imediato.

Trocas, contratos e encargos: já no momento da apresentação do projeto, muitos dos elementos encontrados ao longo da pesquisa tinham sido explicitados, como veremos mais adiante. No momento, gostaria de compartilhar com o leitor algumas das

³³ Salem (1988) aponta essa espera como recurso ético nas entrevistas. Embora o objeto de seu estudo fosse diverso – os papéis familiares em relação à casamento em diferentes gerações – e, portanto, se

dificuldades metodológicas da pesquisa, relativa à condução das entrevistas, à leitura dos prontuários e à participação em reunião de equipe, já um produto da atividade de pesquisa.

1.1. Conflitos e dilemas em tornar-se pesquisador de si mesmo

Do final de agosto ao fim de novembro de 2003, estive semanalmente no CAPS de Irajá, participando da reunião de equipe toda quarta-feira e, frequentemente, fazendo entrevistas e pesquisando em prontuários em outro dia da semana. Ao longo desses três meses, convivi com uma equipe de aproximadamente 40 pessoas, dentre as quais profissionais de nível superior e nível médio, estagiários, residentes, acompanhantes terapêuticos, funcionários da limpeza, da cozinha e da segurança, sendo que durante fevereiro de 2004 voltei a visitar o serviço para encerrar entrevistas e ler prontuários.

Costumava ficar na sala de administração – local onde ficam os prontuários e espaço no qual realizei algumas das entrevistas – ou em uma das salas de grupo, onde acontecia semanalmente a reunião de equipe. Algumas vezes ocupei um lugar de “vigilante de geladeira”, por conta do hábito das usuárias de abrir a geladeira dessa sala de administração em busca de refresco ou comida; como a porta da sala devia se manter fechada nos momentos em que a sala estava desocupada, acabei ficando responsável por esse encargo. Mas não foi esse o único lugar que ocupei nessa pesquisa, inclusive, isso é um dos motivos pelos quais compartilho com o leitor quais e como vivi os lugares de pesquisador, técnico e, obviamente, de ser humano.

Ocupar o papel de profissional de saúde mental e ao mesmo tempo exercitar um lugar de pesquisador dos discursos e das práticas do próprio campo de atuação: eis o impasse do autor dessa dissertação. Vivi, muitas vezes, a sensação de estar reduzindo e simplificando o atendimento à população psiquiátrica que realizo há quatro anos, desde que terminei a graduação em psicologia: responsabilização de atores sociais pelo cuidado, alocação de indivíduos em redes de relações sociais, modalidades de regulação social, é isso que faço? Por outro lado, também fiquei com a impressão, no próprio ato de escrever, de limitar e restringir a interpretação e análise dos fenômenos que estava descrevendo, meio que com vergonha ou inibição de efetivamente questionar ou abordar de forma crítica os relatos de diferentes fatos, estudos e episódios do campo da saúde

esperasse dos entrevistados mais disponibilidade pessoal em expor intimidades, achei pertinente agir desta forma, já que buscava a autorização dos próprios profissionais.

mental. Estaria eu denunciando, acusando ou julgando o trabalho de colegas de trabalho que, tal como eu, dedicam-se cotidianamente à árdua tarefa de lidar com pessoas em condição de sofrimento e, muitas vezes, miséria intensos?

Com base no que li e ouvi, posso dizer que a construção dessa clínica ampliada tem menos de inovação que de reificação no que tange às estratégias de cidadanização da população, tal como se dá a perceber em elementos como a “contratualidade”? Durante vários trechos dessa dissertação, fui invadido por uma angústia frente a esses produtos da pesquisa, algo extremamente paralisador: posso dizer isso? Trata-se de uma análise apressada ou conclusiva demais?

Em se tratando de sofrimento humano, como não pensar na forma de cada qual vivê-lo em sua vida particular. Em alguns momentos, diante de certos impasses trazidos pela equipe, fui tomado por impressões e experiências pessoais, perguntando-me se poderia lidar de outra forma com dilemas como, por exemplo, o de um usuário que “toca fogo na própria casa”.

A questão do uso que se faz do relato se colocou de maneira gritante para mim: como pôr em análise algo que também produzo, também faço, digo e penso, já que também sou profissional e militante do campo da saúde mental? Mais que isso, sobre o quê fazer perguntas quando se está consumido pelo afã de responder “clinicamente”? Além disso, são colegas de trabalho expondo seus pontos de vista e compartilhando comigo sua experiência profissional: em que medida posso preservá-los quando apresento suas falas, escritos e discursos? Angústia não muito diferente daquela descrita por Bourdieu (1997):

“Como de fato, não experimentar um *sentimento de inquietação no momento de tornar públicas conversas privadas*, confidências recolhidas numa relação de confiança que só se pode estabelecer na relação entre duas pessoas? Sem dúvida, todos os nossos interlocutores aceitaram confiar-nos o uso que seria feito de seus depoimentos. Mas jamais houve um contrato tão carregado de exigências tácitas como um contrato de confiança. Devíamos, pois, cuidar primeiramente de proteger aqueles que em nós confiaram (especialmente mudando, muitas vezes, as indicações, tais como nomes de lugares ou de pessoas que pudessem permitir sua identificação); mas convinha também, e acima de tudo, *procurar colocá-los ao abrigo dos perigos aos quais nós exportamos suas palavras, abandonando-as, sem proteção, aos desvios de sentido.*” (Bourdieu, 1997: 09)

Esse autor expressa com nitidez o desafio de dissertar sobre o que outros dizem: expor, sem abrigo, a palavra alheia. Nessa dissertação, além de entrevistas, lidei com observação de reunião de equipe e prontuários, de modo que para além da relação de confiança em uma conversa privada, individual, há outras inquietações. Todas elas, no entanto, remetem ao estatuto do registro, seja ele de uma frase solta durante uma reunião, uma confidência em entrevista individual ou mesmo um trecho de prontuário publicizando estratégias de gestão de populações.

Poder-se-ia dizer, por exemplo, que são justamente esses “desvios de sentido” o material com o qual se lida cotidianamente em um serviço de saúde mental: palavras desconexas, discurso fragmentado, fluxo do pensamento acelerado, fuga de idéias, entre outras manifestações psicopatológicas que distanciam a fala de um paciente psiquiátrico daquela considerada ordinária. Inclusive, o que escrevi acima pode também ser considerado um desvio, na medida em que os desvios de que fala Bourdieu (1997) podem remeter à outra ordem de questões que não aquelas que os desvios psicopatológicos suscitam; em outras palavras, ele pode estar apontando com essa expressão outra ordem de questionamentos, para os quais o abrigo não é o saber médico mas algum tipo de reflexividade sociológica.

Vejam que os desvios e equívocos de compreensão acontecem, eles não são controláveis ou possíveis de enxugar da análise e reflexão teórica. Deste modo, o que tentarei destacar nesse momento são **as condições nas quais os dados por mim coletados foram produzidos enquanto algo relevante para ser registrado, ou seja, os meus próprios desvios e modos de desviar também se prestarão à análise.**

Por quê entrevistas e prontuários? Por que não observação participante, já que estava tão interessado no dia-a-dia da assistência, em uma pesquisa empírica que levasse em conta a materialidade e concretude das palavras, gestos e movimentos na relação entre profissionais, usuários, familiares, membros da comunidade? Devo dizer que tive receio de ‘estar’ de outro modo – pesquisador e não psicólogo – no cotidiano assistencial, no sentido de que provavelmente teria muita dificuldade em lidar com as ‘demandas’ dos usuários e mesmo da equipe: como lidar com o apelo de uma pessoa em sofrimento intenso sem procurar responder a isso de alguma maneira, seja ela técnica ou não? O lugar que ocupei de vigilante de geladeira no CAPS de Irajá, narrado anteriormente, ilustra essa tendência, além de deixar marcada a articulação entre cuidado e controle, tematizada repetidas vezes no segundo capítulo dessa dissertação.

É claro que poderia ver mais do que sofrimento nesse serviço, ou qualidades diversas de sofrimento que não o psíquico, como os relatos sobre a miséria e a violência podem sugerir. Ou seja, poderia estabelecer uma outra relação com esses atores sociais, mas esse grau de reflexividade no campo, esse movimento de distanciamento e aproximação *in loco*, me pareceu muito custoso. Por conta disso, evitei a observação participante da atenção psicossocial, procurando abordá-la com o anteparo dos prontuários e das entrevistas. No entanto, participei das reuniões de equipe, a convite do próprio serviço.

Além disso, sendo eu também profissional de saúde mental de um CAPS, por que não pesquisar minhas próprias práticas de atenção psicossocial? Acredito que essa metodologia seria bastante apropriada para um estudo clínico, ligado à eficácia de tecnologias terapêuticas no tratamento de pacientes psiquiátricos ou, para utilizar o modo reformista de clinicar, os efeitos de modos de lidar com a loucura / psicose no sentido de produzir subjetividades / autonomia. Essa metodologia talvez fosse necessária se o objetivo dessa dissertação fosse a afirmação ou questionamento de uma abordagem de tratamento em serviços comunitários, mas não é o caso: procuro investigar nossa prática reformista no sentido de apontar sua articulação com outros fins que não os terapêuticos, no caso, aqueles de gestão e de regulação social.

Assim, a idéia de tomar como campo da pesquisa outro serviço foi estratégica: optei pelo CAPS de Irajá para favorecer algum distanciamento, algo que propiciasse uma atitude reflexiva e crítica menos engajada com a afirmação dos pressupostos reformistas. Isso pode ser muito difícil de se construir quando, além de pesquisador de si mesmo, se tenta ser pesquisador dos próprios dados que se produz, de modo que evitei investigar o serviço onde sou psicólogo, o CAPS Lima Barreto em Bangu.

Além disso, acostumado com casos clínicos e relatos de experiências reformistas, ou seja, com a produção de um gênero de discurso marcado pela escuta “psi” ou pela narrativa fragmentada sobre atividades terapêuticas desenvolvidas nos serviços públicos, pensei em experimentar outras modalidades de descrever e analisar, embora com o mesmo material. Assim, busquei inspiração nos estudos históricos e etnográficos já citados anteriormente, acerca do teor tutelar da atividade de algumas unidades locais da administração pública no Brasil. Embora não fosse o caso de lidar com processos judiciais, seria possível trabalhar com as informações colhidas em prontuário, já que também nele **são tornadas públicas intervenções singulares** e, muitas vezes, diárias.

Os documentos sobre os serviços comunitários de saúde mental no município do Rio de Janeiro e, especificamente, sobre o CAPS de Irajá, tem um teor mais ideológico, pois trata-se de uma produção que dialoga com o discurso oficial da Reforma, ou seja, com ideais de cuidado. São escritos marcados pelo uso de jargões e conceitos abstratos, onde muitas vezes, tal como Leal (1999b) nos aponta, há mais prescrições que descrições. Mais do que isso, essas prescrições têm a peculiaridade de difundirem o ideário da Reforma, publicizando o trabalho nos CAPS como algo “público”, por exemplo, ou “aberto”, ou ainda “inovador”, em oposição ao manicômio e modo de prestação de serviços “privado”, “fechado” e “conservador”.

Esses documentos oficiais são bem diferentes daquilo que nos prontuários se revela. Documentando a trajetória institucional do usuário, os profissionais expõem sua prática descrevendo intervenções (medicamentosas, psicoterápicas, sociais...), reuniões (com a família, com membros da comunidade, com outros serviços...) e internações (como e quando o usuário esteve em um serviço fechado, por quê...) diversas. Há um processo de construção de uma peça burocrática através de relatos de procedimentos e expedientes ao mesmo tempo terapêuticos e administrativos. Esse teor burocrático se explicita quando, por exemplo, outras instâncias sociais “chamam o CAPS à responsabilidade”. É o caso da justiça, que pede justificativas e demonstrações de que o usuário está sendo bem atendido, ou pergunta se ele é “grave” ou “perigoso” o suficiente para que se recomende uma internação permanente, em geral solicitada pela família. O CAPS responde sobre o usuário verbalmente, mas principalmente através de registros em prontuário.

Pesquisei os prontuários de aproximadamente 20 pacientes dos mais de 400 que hoje freqüentam o serviço, a partir do seguinte critério: ser citado na reunião de equipe e, em especial, citado como uma questão relativa à responsabilização dos atores sociais pelo cuidado, assunto da pesquisa. Desta forma, a partir de usuários selecionados por meio dos relatos em reunião de equipe, pude depreender o modo pelo qual os profissionais tornam pública sua atividade técnica “psicossocial” com base em uma ética do cuidado, principalmente a partir do caso de Sandro³⁴, como veremos adiante. Estabeleci esse critério a medida em que participava da reunião de equipe, pois pude perceber que os usuários eram citados quando algumas situações traziam impasses à

³⁴ Todos os nomes citados nessa dissertação, seja de técnicos ou de usuários, são fictícios. Foi o recurso que utilizei para preservar em sigilo sua identidade. Entretanto, como veremos a seguir, apontei a categoria profissional de alguns técnicos quando achei pertinente.

equipe, ligadas tanto à episódios de crise dos usuários (dizer-se-ia psicopatológicas) quanto (e principalmente) à miséria, à violência, à justiça e à sexualidade: por exemplo, quando um usuário internado diz que retornará à sua casa mesmo sem a permissão da família, em um momento no qual os parentes avisam o serviço, insistentemente, que ele corre risco de vida por conta de dívidas com o tráfico de drogas. **Mais do que se perguntar sobre o que fazer, veremos que são acionadas práticas em torno da responsabilidade no sentido de que se responda quem e como fazer, “implicando” a família e a comunidade no tratamento.**

Assim, a busca aleatória de prontuários ou mesmo a procura de “casos-problema” (do ponto de vista da equipe) para a equipe foram estratégias abandonadas à medida que a pesquisa de campo acontecia. Mas por que não procurar os prontuários a partir dos usuários citados em entrevista, tal como de início tinha pensado?

Entrevistei 2 (dos 4) psiquiatras, 3 psicólogas, 2 pedagogas, 1 (dos 2) estagiário de psicologia, 1 nutricionista, 1 (dos 4) agente administrativo e a coordenadora do serviço, totalizando 11 entrevistas. Não consegui me organizar de modo a entrevistar a terapeuta ocupacional, o supervisor, as assistentes sociais e os enfermeiros e auxiliares de enfermagem do serviço, o que muito provavelmente tornou os dados obtidos bastante parciais, já que a “confraria psi” foi mais contemplada. A equipe de 40 funcionários – 15 deles de nível superior – também era composta de funcionários da limpeza, da cozinha e da segurança, mas eles não participavam da reunião de equipe, de modo que tive contato informal e inconstante com os mesmos.

Entrevistar “colegas” envolveu um convite formal, quando da apresentação do projeto em reunião de equipe, e diversas investidas nos corredores e mesmo durante a reunião no sentido de obter autorização expressa dos mesmos e marcar um dia e horário para a entrevista. Procurei reservar dois dias da semana (terça e sexta), para as entrevistas, mas tendo em vista meus próprios imprevistos e os compromissos dos profissionais com o próprio trabalho (por exemplo, estar atendendo naquele momento), cheguei a realizar uma delas no próprio horário da reunião de equipe (quarta pela manhã), desmarcar algumas e adiar outras.

Em todo caso, não era minha intenção entrevistar toda a equipe, mas apenas uma amostra, de preferência contando com um depoimento de cada categoria profissional. Muitos profissionais se mantinham em silêncio durante a reunião de equipe e, como veremos mais adiante, evitavam não só prescrever práticas nos momentos decisivos ou na condução dos atendimentos como também descrever suas atividades quando

solicitados. Juntamente com a informalidade de minhas ‘investidas’ e as dificuldades de organizar-me de acordo com as possibilidades de horário dos profissionais, essa característica da reunião de equipe exerceu influência sobre as entrevistas.

Organizei um questionário (em anexo) para guiar a entrevista, no qual os elementos da pesquisa estivessem presentes na forma de perguntas. “Como é a relação com a família?” e “Acontecem visitas domiciliares com frequência?” são algumas delas. Busquei com isso não me perder na condução da conversa, já que só tinha pesquisado dessa forma na graduação de psicologia e estava acostumado, como já disse, a conduzir entrevistas clínicas, com objetivos diversos da produção de conhecimento em ciências humanas. O que fui percebendo, a medida que entrevistava, foi que poucos profissionais se sentiam confortáveis em narrar sobre seu trabalho, sendo muito mais comum a atitude de dissertar sobre um assunto, como autonomia, geração de renda, etc.

Perguntava sobre as ações, procedimentos e técnicas cotidianas – os atendimentos, visitas, grupos, telefonemas, escutas e internações – com base nas informações iniciais sobre suas atividades de trabalho – faz grupo ou atende exclusivamente individual, com quem e quantas vezes na semana. Ou seja, a partir do que os profissionais relatavam como sendo seu trabalho no serviço, desdobravam-se perguntas sobre tais atividades e, quando algo que eles diziam fazer ia de encontro às minhas questões de pesquisa, adquiria uma postura mais diretiva, com perguntas que convidavam a um gênero “descritivo” de discurso³⁵.

Assim, por exemplo, quando perguntava a uma pedagoga sobre suas atividades no serviço, muitas delas grupais, ela relatava fazer parte de um dos primeiros grupos de família, que hoje coordena com outro profissional. Nesse momento, apresento questões sobre a atividade (“como é a relação com esses familiares?”, por exemplo) e ela conta alguns episódios: uma senhora veio a desistir de tirar a sua vida e a do filho doente mental, “tomando chumbinho”, quando contou suas intenções no grupo e outros familiares tentaram dissuadi-la. A partir daí, procuro investigar de que procedimentos ela lançou mão para facilitar que essa familiar se expressasse, e a pedagoga começou a falar de um atendimento individual conduzido por ela onde uma confissão dos parentes teve grande importância para lidar com a usuária. Vez ou outra essa pedagoga intercalava sua narrativa com o discurso reformista oficial, do tipo “o grupo é que faz,

³⁵ Salem (1988) também colaborou para orientar a entrevista nesse sentido, de fatores impessoais a elementos mais pessoais. Mais adiante, procuro mostrar que essa orientação não colaborou no sentido de

não sou eu” ou mesmo “as famílias também precisam de acolhimento, mas são elas que agem no grupo, a gente só coordena”, ou mesmo com jargões técnicos prescritivos, como “o grupo como lugar de produção de autonomia”.

Apesar da riqueza de episódios e situações que pude colher nesses relatos, principalmente com os pares (psicólogos, que descreveram com mais frequência do que os outros profissionais), acredito que a própria estratégia de iniciar a entrevista perguntando sobre o percurso individual e o trabalho desenvolvido no serviço pode ter dificultado um tom narrativo. Penso que, ao contrário do efeito que imaginei que essa estratégia teria, o de ser mais impessoal e distanciado que um relato da atuação e relação direta com usuários e familiares, pelo contrário, produziu mais tensão em narrar. Era como se entrevistador e entrevistado, enquanto profissionais em saúde mental de CAPS, compartilhassem jargões e terminologias reformistas. Mais do que uma relação que favorecesse uma narrativa, muitas vezes o tom dissertativo imperou nas entrevistas.

Isso toca na naturalização das categorias presentes no discurso dos entrevistados, como “vínculo”, “autonomia”, “implicação”, entre outros conceitos utilizados pelos profissionais envolvidos com a Reforma. Em vários momentos, fiz um esforço para me perguntar sobre eles, até para favorecer que minhas perguntas aos entrevistados não se tornassem papo entre pares, ou seja, que o significado desses conceitos ficasse preso aos jargões técnicos.

Dados esses esclarecimentos, posso agora retomar a questão do planejamento da pesquisa: por que não escolher os prontuários a partir dos usuários citados em entrevista? Procurei preservar ao máximo os profissionais e optei por pesquisar a ação técnica sobre usuários publicamente citados em reunião de equipe. Não me senti à vontade, tendo em vista as minhas dificuldades em conduzir entrevistas com segurança e estabelecer laços de mais proximidade e confiança, de ‘ir atrás’ de usuários em outros registros que não a fala dos profissionais.

Além disso, o registro em prontuário e a fala dos entrevistados tem estatutos diferenciados nessa dissertação, levando em conta a perspectiva apontada por Vianna (2002a). O caráter público e administrativo é destacado no prontuário. Apesar do sigilo e das questões éticas que as informações lá contidas envolvem, são material acessível aos profissionais e documento cujo conteúdo representa o usuário em momentos de prestação de contas. A fala dos entrevistados, tal qual Bourdieu (1997) nos chama a

facilitar a proximidade entrevistador-entrevistado, talvez por conta do fato de trabalho, profissão e percurso individual terem sido assunto mais pessoais no contexto dessa dissertação.

atenção, tem quase um caráter confessional, como se esses conteúdos fossem cercados de uma aura de confidências, também por conta da intimidade e privacidade de que ela se cerca.

A reunião de equipe, sem dúvida, foi a surpresa que a pesquisa de campo me reservou. O debate acerca do “técnico de referência” (TR) que presenciei – e participei – foi rico em vários sentidos. As diferentes vertentes teóricas de atuação no campo da saúde mental – psicanálise, análise institucional, reabilitação psicossocial, etc. – são atualizadas nos discursos sobre a atividade de referenciar. O que é técnico de referência, quais suas funções e responsabilidades, quem exerce esse papel e quem poderia exercê-lo, como referenciar: a cada uma dessas questões, discursos como o da “implicação coletiva”, do “grupo”, da “especificidade”, do “vínculo diferenciado” ou do “engajamento” tentaram indicar soluções viáveis. Por um lado, o médico é a referência natural, por outro, os auxiliares de enfermagem e os agentes administrativos podem se ocupar do acompanhamento diário de um usuário, dependendo do vínculo e da formação.

Esse debate expôs, deste modo, as hierarquias entre os técnicos e seus discursos, tema preciso em meio a uma diretriz democrática de compartilhar responsabilidades no grupo e aumentar a autonomia do indivíduo. Principalmente os psiquiatras e psicólogos tomam a palavra nos debates, apresentando pontos de vista ora antagônicos – sobre como ser referência, por exemplo – ora convergentes – sobre quem pode ser referência – nos momentos de tomada de decisão. O silenciamento do conjunto da equipe é constante quando na “plenária”, embora em “pequenos grupos” e em “dupla” haja maior troca e debate entre os técnicos.

Não pude resistir ao impulso de participar desse debate. A posição de observador era necessária na apreensão da diversidade de concepções sobre a tarefa de ser referência do usuário, de modo que não poderia ser mais um profissional a dizer o que é TR, até porque não seria mais um dos encarregados pelo cuidado naquele serviço. Entretanto, o desconforto de ficar em silêncio foi excessivo em meio aos colegas reformistas, de maneira que me portei por vezes como estudioso do assunto, apontando definições e resultados de pesquisas durante as reuniões, e em outros momentos agi como colaborador, como quando mencionei um serviço onde a equipe pudesse procurar ajuda jurídica na resolução de um caso clínico trazido à reunião. Muito provavelmente não me mantive em nenhum lugar estanque. Ficava em silêncio e atento, mas, por vezes, externava impressões e, sempre, respondia a perguntas dentro e fora das reuniões.

Diante da queixa de alguns profissionais em relação à carga horária, perguntaram-me: “No CAPS onde você trabalha também é assim?”. Respondi, de pronto, que o problema também acontecia no serviço onde sou psicólogo, mas em escala diferente. O que aparentemente foi uma resposta espontânea, entretanto, não deixa de ter apreensões metodológicas, já que procurava não me colocar como profissional de um CAPS rival ou de um serviço melhor, mas ao mesmo tempo evitava a parceria corporativa.

2. O Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa³⁶

Em julho de 1996 abriram-se as portas do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa para a população de Irajá, no prédio da extinta LBA. Foi o primeiro dos onze CAPS do município do Rio de Janeiro. Hoje conta com mais de 400 usuários, a maioria moradores da região administrativa de saúde na qual situa-se o bairro de Irajá, também conhecida como AP 3.3.

A escolha do bairro não foi aleatória. Com base nos dados do 1º Censo Psiquiátrico do Município do Rio de Janeiro³⁷ foi possível à coordenação de saúde mental construir indicadores epidemiológicos para planejar uma desospitalização da assistência psiquiátrica, no sentido de formular uma rede de cuidados comunitários em saúde mental. Um desses indicadores foi o local de moradia da amostra de pacientes internados, sendo que a maioria deles era moradora da AP 3.3. Além disso, diferentemente de outras APs que contam com hospital psiquiátrico – na Zona Sul, no Centro, na Zona Norte e em Jacarepaguá – essa tinha apenas poucos profissionais lotados em ambulatórios, do mesmo modo que aquelas da Zona Oeste.

“Desde julho de 1996, a partir da inauguração oficial, o CAPS encontra-se em funcionamento integral, em turnos diários de 8 horas, contando até a data do estudo [julho de 1998] com 86 pacientes adscritos. A equipe é composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, pedagogos, estagiários, artífices, nutricionistas, pessoal de apoio e

³⁶ Para maiores informações sobre os demais CAPS no município do Rio de Janeiro, ver IFB (1998 à 2003), relatórios semestrais sobre o funcionamento desses serviços.

³⁷ Em 1995, instituições universitárias e governamentais (IPUB-UFRJ/ ENSP-FIOCRUZ/ MS) produziram um levantamento do perfil sócio-demográfico e clínico-institucional da população internada em hospitais psiquiátricos, abrangendo na pesquisa todo o Estado do Rio de Janeiro. Ver Tenório (1999) e Gomes (1999) para maiores informações.

administrativo e uma supervisora clínico-institucional [a própria autora da tese de doutorado] (Gomes, 1999: 241)”

Quem são os usuários desse serviço? Segundo a portaria governamental que os regula³⁸, devem ser principalmente os psicóticos e os neuróticos graves, com múltiplas internações e redes social e familiar frágeis. Segundo Gomes (1999):

“... trata-se predominantemente de uma clientela grave, perfazendo um total de 81,4% de psicóticos, com histórias de várias internações anteriores. Apenas 15,2% das pessoas inseridas no serviço não têm história de internação progressiva. Ao aproximar a lente de análise para o item “n>13” no gráfico que classifica o número de internações anteriores à entrada no serviço [usuários com mais de 13 internações] verifica-se que o mesmo compõe 13,95% do universo pesquisado.” (Gomes, 1999: 253)

Além disso, são eles usuários cujo atendimento adequado corresponde à consulta ou à atenção diária; são eles pessoas cujos prejuízos em termos de suporte social, material e afetivo justificam a permanência semanal freqüente no serviço?

“Dado o perfil clínico desta clientela, cerca de 29,07% freqüentam o serviço todos os dias da semana e 39,54% encontram-se inseridos em um contrato terapêutico que requer a ida à unidade no mínimo duas vezes na semana. Os outros 31,39% se distribuem em atendimentos uma vez por semana (4,95%), atendimentos quinzenais (13,95%) e atendimentos mensais (12,79%).” (Gomes, 1999: 255)

Tendo em vista a preocupação com a continuidade e qualidade do atendimento comunitário em saúde mental, no qual a internação e o abandono são considerados desafios a serem enfrentados, essa autora se pergunta sobre a pequena percentagem de usuários que foram internados ao longo do tratamento (11,63%; 10 usuários). Nesse questionamento aparece a relação entre serviço e família, na qual a adesão dos familiares à proposta dos profissionais é apontada como necessária:

“Ao analisar o perfil dos clientes que foram internados durante o tratamento pode-se observar que das dez pessoas internadas, quatro o foram pela equipe e, *seis pela família*,

³⁸ Portaria Federal 224 na época. Mais recentemente, a partir de 2001, a portaria 336 a substituiu. Veremos essa ‘passagem’ entre as duas mais adiante, mas devo adiantar que ela tem relação com o que Delgado (1997) designa por ‘lógica da capacidade’ e ‘lógica territorial’, tematizada no primeiro capítulo.

à revelia do serviço (...) Por que o serviço não foi capaz de se apresentar como um continente para essas famílias? (Gomes, 1999: 259)

Além dos usuários “internados”, a autora também se pergunta sobre aqueles que “abandonaram” o tratamento, e novamente a família aparece como encargo do serviço no sentido de garantir a continuidade no tratamento do usuário: “Das sete pessoas que abandonaram o serviço durante os dois primeiros anos de funcionamento, três deixaram de frequentar as atividades em virtude das famílias se recusarem a dar continuidade ao tratamento no serviço” (Gomes, 1999: 259). Os quatro usuários restantes deixaram de frequentar as atividades e o serviço não conseguiu localizá-los, sendo que o discurso da responsabilidade logo é acionado: “E quanto às “perdas de contato”, como é possível que um serviço que se propõe estar implicado nas histórias de vida de sua clientela não saiba o que aconteceu?”.

A **adesão** do usuário ao tratamento está em jogo quando se trata de uma assistência comunitária em saúde mental, dentro da qual a atenção à família não é ocasional: pode ser uma estratégia de construção de vínculos bastante eficaz. Quando Gomes (1999:261) apresenta as diferenças entre a assistência prestada no CAPS e aquela dos hospitais psiquiátricos, o **vínculo** é um dos critérios: “... os recursos terapêuticos mobilizados são múltiplos e continuam sendo capazes de promover vínculos contínuos de tratamento, haja visto que 88,37% da clientela se encontram há mais de oito meses sob os cuidados do serviço.”. A constituição de um cuidado longe dos muros do hospital psiquiátrico sugere não só adesão mas também implicação, no caso, do serviço para com seus usuários, no sentido de garantir continuidade no atendimento e evitar a internação e o abandono: “E o que importa? É o acompanhamento cuidadoso, persistente e reflexivo (...) [a diferença está em] como o serviço se implica neste processo de conhecimento e acompanhamento.” (Idem, p.261).

Quando tomamos as mudanças na assistência psiquiátrica mais no sentido de “manter o louco em sociedade” do que “tirar o louco do hospício” as práticas profissionais ganham mais visibilidade: implicar e vincular, cuidar procurando ativamente convencer e conquistar os “responsáveis” pelo usuário, além de formar “parcerias” com aqueles que o cercam.

O quadro que se desenha quatro anos depois, em 2002, é bem diferente, a começar pelo número de usuários em atendimento: 503. A partir da mudança na diretriz governamental relativa aos CAPS, entre as portarias 224 e 336, na qual de uma lógica

da capacidade (150 usuários por serviço, no máximo) se passou a uma lógica territorial (ordenar e gerenciar a demanda e os serviços de saúde mental da população da AP), uma **sobrecarga** foi vivida pelos profissionais (IFB, 2003).

De menos de 100 usuários em 1998, passou-se a 429 usuários matriculados, 503 em atendimento no serviço. Dentre eles, 220 se encontravam em atenção diária e 49 foram matriculados só no segundo semestre de 2002. “A cada semana mais usuários chegavam ao Serviço, mais pressão se sentia na assistência, menos se conseguia planejar, pois estavam todos superocupados na execução das tarefas” (IFB, 2003: 58). O papel do serviço como agenciador do cuidado ao usuário – o encargo de gerenciamento da atenção em saúde mental da população local – não impediu o serviço de ocupar um lugar de principal agente desse cuidado – responsabilizando-se pela execução do cuidado – que ultrapassou seus limites: “O ano foi percorrido por intensos debates em torno, principalmente, do excessivo número de usuários atendidos no Caps (em dezembro de 2002 totalizando 503). Esta difícil situação gerou sobrecarga de trabalho para a equipe, ocupou parte do tempo da supervisão na tentativa de encontrar soluções que implicavam, na verdade, em ações do restante da rede de assistência da Área...” (Idem:62).

As estratégias do supervisor para lidar com tal situação de desgaste contínuo e persistente dos profissionais foi reorganizar o processo de trabalho em equipe, através da grupalização e contratualização das relações. Fizeram-se reuniões com serviços de saúde e gerência de saúde e saúde mental (Idem:58); inúmeros movimentos de recontração entre os integrantes da equipe CAPS e com os demais serviços foram realizados para manter o CAPS aberto (Idem:62).

A maioria dos usuários atendidos parece ser composta de “pacientes graves”, já que 85% estão diagnosticados como esquizofrênicos. Entretanto, no que se refere às múltiplas internações, há ausência dessa informação para 48% dos usuários (Idem:45). Isso dificulta uma definição a respeito da prioridade do serviço. Além disso, 65% dos usuários freqüentam o serviço uma vez por semana e há mais usuários freqüentando o serviço mensalmente que todos os dias (Idem:50). Comparando tais dados com as informações de Gomes (1999), grandes modificações ocorreram ao longo desses quatro anos, inclusive no que diz respeito ao encargo do serviço.

Dados quantitativos acerca da atenção em saúde mental nesse CAPS, citados em reunião de equipe como fruto de uma monografia sobre o serviço, revelam que ao longo desses quatro anos ocorreu um processo de “ambulatorização” do serviço. Investigando

a relação entre o contrato terapêutico (dias e atividades nos quais o usuário deve participar durante a semana) e a presença efetiva dos usuários no serviço, essa monografia indicou uma contradição entre o “ideal” e o “real”: muitos dos usuários que necessitariam vir mais vezes ao serviço estavam vindo pouco ou se ausentando, mas aqueles que precisariam vir pouco estavam “ocupando” os profissionais, de modo que eles realizavam mais “consultas” individuais.

Justamente nesse momento de novos encargos e sobrecarga no trabalho, a questão da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho em equipe é acionada. Segundo a supervisora desse período recente, a centralidade de decisão na coordenação dificultava à equipe compartilhar responsabilidades: “Os resultados do ano 2001 indicaram maior capacidade de trabalho em equipe, porém houve dificuldade de quebra de mecanismos de decisão ainda centralizados na coordenação da Unidade. Os profissionais trocavam mais suas experiências sem, entretanto, ainda se responsabilizar coletivamente pelo projeto do CAPS.” (IFB, 2003:56).

As hierarquias profissionais, como veremos adiante, estão presentes na definição de atribuições do “técnico de referência”, mas já eram apontadas como desafio à construção de uma gestão participativa no serviço: “Os setores administrativo, de vigilância, da limpeza e o da cozinha mantinham-se separados do setor técnico ou setor da assistência. Mantinha-se também a separação, ainda que sutil, entre técnicos de nível superior e os de nível médio, bem como entre os chamados profissionais da área psi (psicólogos e psiquiatras) e os demais profissionais da saúde.” (Idem:57)

Essa reorganização dos processos de trabalho em equipe conta com a noção de Técnico de Referência - TR e de Projeto Terapêutico Individual - PTI (Idem:60), importantes elementos produtores de implicação, engajamento, comprometimento e participação entre os atores sociais envolvidos no cuidado – profissionais, mas também familiares, usuários e eventuais membros da comunidade – ou, dizendo de outra maneira, **a constituição de “referências” e “contratos” se tornaram estratégias privilegiadas para lidar com os novos encargos – de gestão de populações – nos CAPS. É nesse sentido que se torna inteligível uma das recomendações para a supervisão em 2003, no que tange às estratégias clínico-políticas, que nos acompanhará ao longo das linhas abaixo:**

“Projeto Terapêutico Individual e o *Técnico de Referência*: avançar na discussão/teorização sobre papel do “TR”: qual a concepção de clínica que subjaz à

noção do TR? Como se constrói a “referência”? Trabalhar as noções de *vínculo*, *mediação*, transferência, *co-responsabilidade*, suporte; *valorização do encontro com os familiares*; importância de registro no prontuário das ações desenvolvidas; o PTI como dispositivo de “visibilização” do usuário” (IFB, 2003: 74, grifos meus)

No momento em que estive pesquisando o serviço, dois anos após esse último levantamento, quase não havia atendimentos a novos usuários: o CAPS estava de portas ‘entre-abertas’ a novos encaminhamentos. Alguns dos profissionais da equipe, psiquiatras, estavam à meses de licença médica. Outros técnicos mencionavam desgaste face à dificuldade de lidar com novos encargos, como a “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”.

Só em 2002 entraram no serviço quase metade (40%) dos 404 usuários matriculados hoje, bem diferente dos menos de 100 usuários em 1998. O “contrato terapêutico”, ou seja, o número de turnos ou dias nos quais o usuário frequenta o serviço tendo em vista o número de recursos assistenciais – consultas, grupos, oficinas, visitas domiciliares – que utiliza, também se modificou. Em 1998, apenas 5% dos pacientes vinha^o ao serviço uma vez na semana, sendo que hoje são 63% dos usuários.

Em outras palavras, quase metade dos pacientes matriculados em 2004 no serviços entraram justamente no ano de 2002, ano seguinte à mudança na portaria ministerial relativa ao funcionamento dos CAPS, que o coloca no lugar de organizador da demanda de atenção em saúde mental de sua área administrativa. A maior parte da clientela continua frequentando o serviço uma vez por semana, tal como anteriormente foi descrito como processo de ambulatorização, e há uma tendência à consulta individual como modo recorrente de trabalho.

As informações acerca do número de internações anteriores continuam precários. Sendo esse um dos critérios delineadores de “pacientes graves” (múltiplas internações), pode-se supor uma dificuldade da equipe em registrar essa informação? Ou a dificuldade é relativa a torná-la pública?

3. “Técnico de referência”: implicação, engajamento e vínculo nas práticas de atenção psicossocial

Logo nas primeiras reuniões de equipe que participei, a discussão principal girava em torno do tema técnico de referência. Esse assunto tem um objetivo: definição

da distribuição de usuários entre os técnicos da equipe, de modo que documentos administrativos para recebimento de financiamento sejam preenchidos (APAC³⁹). Foi necessário distribuir entre os membros da equipe o preenchimento de documentos relativos a cada um dos mais de 400 usuários, sendo que necessariamente os médicos deveriam apontar um diagnóstico, mas os demais dados poderiam ser preenchidos pelos outros profissionais. Mas quem preenche o prontuário do paciente “X”, ele tem médico, tem psicólogo, tem técnico de referência? **Em outro momento, o preenchimento foi mais centralizado na coordenação e desta vez se esperava que houvesse participação do conjunto da equipe.**

Ou seja, fui brindado com um assunto extremamente ligado ao meu tema de pesquisa, já que através das atribuições do técnico de referência definidas pela equipe e da divisão de usuários entre os técnicos poder-se-ia vislumbrar as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental, ou, pelo menos, alguns dos dilemas dos profissionais quanto à divisão, negociação e delegação de responsabilidades pelo cuidado entre si. Eles estavam diante da necessidade de compartilhar responsabilidades pelo seu trabalho, sejam eles médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, acompanhantes terapêuticos (estagiários de psicologia em geral), estagiários e residentes (em psicologia e enfermagem) ou agentes administrativos (participantes da reunião de equipe), entre outros profissionais atuantes na atenção diária embora ausentes da reunião, como seguranças, agentes de limpeza, da cozinha e da copa.

Ao que parece, a discussão sobre técnico de referência, que se desencadeou durante o mês de setembro, tem como norte compartilhar coletivamente responsabilidades, tanto no sentido de instaurar uma clínica ampliada no serviço como de ampliar os encargos administrativos dos profissionais. Referenciar parece ter sido o modo pelo qual a equipe ensaiou algumas respostas a questões como “Onde estão os usuários?” e “Quem cuida deles?”.

Segundo o testemunho de uma profissional sobre seu trabalho “como gestora”, há muitas semelhanças entre a atividade de “referência” e aquela de “gestão”. Sobre isso, essa técnica responde: “[Gestão] É compartilhar responsabilidades, ninguém coordena nada sozinho... se não tiver uma equipe para dar um suporte, se não tiver a

³⁹ APAC (Autorização de Procedimento de Auto-Custo) foi um instrumento de substituição das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), diferenciando o procedimento de atendimento do CAPS daquele

quem confiar, a quem compartilhar responsabilidades, senão você dá uma ordem e ela não é cumprida...”. Isso sugere o que já vínhamos argumentando em capítulos anteriores, no sentido da articulação necessária entre terapêutica e gestão da loucura, tendo em vista o mandato social de controle outorgado à psiquiatria. Ainda que desencadeando processos de responsabilização nos atores sociais, essa articulação não isenta a atenção psicossocial de ser atravessada por funções administrativas: mobilização voluntária ou auto-gestão das obrigações impostas?

Nas entrevistas, deste modo, muitas vezes o assunto técnico de referência foi tematizado. Um dos profissionais conta que foi justamente a introdução dessa noção que produziu implicação e vínculos em outro serviço no qual trabalhou: “produzia uma demanda, nos técnicos, já que aos técnicos parecia que não tinha demanda dos pacientes... eles iam atrás...”. Conta que a partir da definição de técnicos de referência encarregados por um conjunto pequeno de pacientes, a dinâmica institucional mudou a ponto de conseguirem “trazer as famílias” de pessoas consideradas abandonadas. Há ressonância entre esse relato e a experiência de Furtado (2002), na qual o técnico de referência como possibilidade de responsabilidade e vínculo no trabalho em equipe fica em evidência.

Outro profissional nos fala de situações em que o técnico de referência (TR) “não acontece”, ou seja, quando o profissional indicado pela equipe não corresponde àquele profissional a quem o usuário procura. Como disse outro técnico: “Mas como é que fica a referência do paciente, porque ele pode não gostar de você... ele vai procurar quem ele acha que vai ser ouvido”⁴⁰.

Há também a possibilidade de construir ativamente a função de referência no atendimento do usuário: “Você procura a pessoa, conversa com ela, propõe alguma coisa...”. Seria o TR como “catalizador das demandas”, “a demanda que chega através de outro técnico, procurar entender aquilo dentro de um contexto maior daquele paciente e tentar dar um sentido para ele dentro da instituição... ele concentra, ele tem um papel de centralização”, ou seja, não é o profissional a quem o usuário mais procura, porém “concentra” e “centraliza” atribuições, ordenando a atividade técnica dos profissionais mais envolvidos diretamente com o usuário.

do hospital psiquiátrico e do ambulatório e conferindo ao CAPS um financiamento diverso nos fundos em saúde.

⁴⁰ Em um dos eventos do campo da saúde mental, esse dilema entre ‘transferência’ e ‘referência’ foi apontado como a diferença entre ‘técnico de preferência’ e ‘técnico de referência’.

A dicotomia entre o papel de gestão e o de atendimento direto ao paciente percorrerá boa parte do debate sobre TR nas reuniões de equipe. Por um lado, aparece a figura do catalizador, gerente das ações de cuidado; por outro, a figura do clínico, aquele que intervém no momento em que a demanda surge.

Essa dicotomia se desdobra em outra: entre aqueles que “atendem” e aqueles que “fazem reunião”. Tendo em vista a enxurrada de encaminhamentos ao serviço e a tomada de responsabilidade pelo território como diretriz assumida pelos CAPS, o serviço optou por tomar esse encargo em conjunto **com** os demais serviços da rede de saúde, procurando engajá-los no atendimentos aos “pacientes menos graves” por meio de reuniões, tal como relatado anteriormente (IFB, 2003). Entretanto, um dilema se instaurou: como conciliar o tempo de serviço entre atendimentos e reuniões, entre estar com o usuário do CAPS e estar com serviços para que colaborem no acompanhamento dos “menos graves”:

“Eu também acho ruim esse negócio de ficar enchendo o serviço de quinhentas atribuições quando tem uma porrada de gente para ser atendida, aí entra na outra, né [responsabilidade do Estado]. Às vezes ficam os profissionais aqui do CAPS fazendo quinhentas reuniões para achar buraco numa rede que está saturada, absolutamente saturada. Quem tinha que tá achando esse buraco, procurando esse buraco, a meu ver era a gerência, porque tá em outro nível, porque tem poder para isso, porque está delegada para isso...” (psiquiatra)

Segundo um dos profissionais, “a função principal desse serviço é atender seus pacientes... tudo bem, nas suas relações com outras instituições do território, tudo bem, mas essa é a atividade fim desse serviço, é atender as pessoas que precisam, que procuram... não pode ser atividade fim do serviço se responsabilizar pela rede. Claro que sendo parte da rede ele tem responsabilidade pela rede, mas eu acho que essa responsabilidade é atender bem o máximo de pessoas que puder, com qualidade.”

Para alguns técnicos, não exclusivamente os psiquiatras, “**O médico é uma referência natural**, ele não precisa fazer força nenhuma para ser referência, é uma coisa que já está posta socialmente”. Essa afirmação tem como base a frequência de procedimentos médicos quando o usuário se encontra em momento de ‘crise’, de agudização do quadro psicopatológico, muitas vezes acompanhado de risco de vida, seja para o usuário, seja para a família ou vizinhança: “Normalmente, quando o paciente não está bem por qualquer motivo, tanto ele quanto a família procuram sempre em primeiro

lugar o médico, isso por uma dificuldade nossa, até hoje a gente não conseguiu de fato fazer com que o médico saia dessa posição central no atendimento, que é uma das principais metas da reforma psiquiátrica.” Mas de que “referência” se está falando?

“A referência é aquela pessoa... eu entendo da seguinte forma... o paciente psicótico acho que o que é importante é você *ter uma pessoa que você sabe que pode contar*... o paciente e o familiar vem a você para você tomar ciência de algum assunto, ou para dizer que está indo bem, está indo mal... *teoricamente referência também seria aquela que estaria totalmente antenado com o andar do paciente*... pelo menos eu, no nosso caso, eu posso dizer que para médico isso é impossível, são 75 pessoas eu não tenho como está toda hora sabendo como é que cada um está, onde está, se está bem se está mal se precisa disso, problema social grave... *a principal função da referência seria essa, ter a capacidade de intervir, afinal de contas é isso que a gente está fazendo aqui, somos clínicos e a clínica sempre parte do princípio de uma intervenção, você sempre pega uma determinada situação e quer mudar uma situação, seja uma perna quebrada seja uma situação de miséria social.*” (psiquiatra, grifos meus)

“Intervir diretamente”, “contar com”, “conhecer a vida”, “mudar”: são múltiplos os sentidos de referência, mas entre “conhecer” ou acompanhar o itinerário de vida do usuário e ‘contar’ ou responder com uma intervenção direta às situações de crise se estabelece uma diferença no discurso desse técnico. Ou seja, quando se descreve os **procedimentos e expedientes** concretos que envolvem tornar-se referência, essa concepção se complexifica. Quando lhe pergunto por que faz grupos de medicação com os usuários, por exemplo, aponta outro procedimento de ‘referência’, a **continuidade** e a **constância**: “Entre outras coisas, cria uma referência para o paciente, acontece toda semana no mesmo dia na mesma hora; para a família também serve de referência”.

Entretanto, do ponto de vista deste profissional, são poucos os usuários que contam com mais do que a “referência natural” do médico: “Se a gente for pensar que eu tenho 75 pacientes eu posso afirmar com certeza para você que são 75 referências...os outros colegas quando muito tem 10, 15.”, afinal “a maioria das situações que a gente tem aqui, como não poderia deixar de ser, é da clínica ligada à doença propriamente dita, e aí eles contam muito com a intervenção médica propriamente dita. Eu gostaria de ver um dia eles contando também com os outros profissionais. A gente vê isso aqui, mas eu posso dizer que dos 400 e poucos pacientes são uns 20 ou 30 casos, é muito pouco.”.

Como já afirmei, mas gostaria de enfatizar, isso não é uma posição exclusiva dos médicos, embora sejam os profissionais – juntamente com os psicólogos – que mais veiculam seu ponto de vista de modo incisivo e propositivo:

“Como aqui são muitos pacientes, se fosse 220 não precisaria disso, a gente precisou criar grupos de referência, para tentar agrupar esse volume de pacientes e minimamente, saber por onde as pessoas andam, isso é responsabilidade (...) Eu te diria que dos 468, 40 pacientes tinham acompanhamento de TR, o restante era tudo fictício, ninguém sabia nem o dia da semana em que o paciente vinha... Ou então tinha o médico de referência e com o médico realmente funciona (risos), não tem jeito.” (psicóloga, grifos meus)

Outra concepção de TR, também associada à intervenção nas situações de crise do usuário, também é veiculada pelos profissionais: “Uma vez a gente teve uma discussão sobre TR... que eu falei que TR é aquele que ‘segura a batata quente’ na hora que é para segurar, que ‘não foge da raia’, o paciente tá em crise, a família está em crise, essa pessoa vai estar tomando a frente para intervir diretamente nessa situação. Entre outras coisas...”. Entretanto, não é à crise psicopatológica exclusivamente que se refere essa profissional, mas também outros matizes, ligados à difusão de tarefas entre a equipe, por exemplo. Além disso, a intervenção técnica pode ser alargada, menos diretiva:

“Eu entendo a referência dessa maneira... como o TR, a pessoa que se coloca nesse lugar de responder, em uma situação que requer, requer porque é uma situação de crise, qualquer tipo de crise, inclusive crise de mudança do projeto terapêutico, rever o projeto em determinado momento, projeto que tá ineficaz, é quem tá atento, quem está ligado. Em uma estrutura como essa é um ferramenta fundamental, porque é a possibilidade de compartilhamento de tarefas, de poder estar se dedicando mais a um grupo de pessoas de maneira mais próxima.” (psicóloga)

Quando pergunto sobre o “compartilhar tarefas”, se há algum caso onde há necessidade de agir em conjunto, escuto: “A grande maioria deles, TR é justamente esse articulador... o TR é esse que vai estar estruturando várias frentes de intervenção.” A entrevistanda cita um exemplo no qual houve uma “parceria” com a família e a “escola especial”, tendo em vista diagnóstico de deficiência mental. Pela via de um contrato

com a coordenadora pedagógica, tentativa de mantê-lo em uma escola comum, de modo que ficasse “menos dependente da mãe”.

Ao que parece, a necessidade administrativa de compartilhar responsabilidades, atrelada à função de TR, tem estreita relação com o que vínhamos designando por gestão governamental: conduzir populações assegurando a vida. Modalidades de gestão de população, como veremos mais adiante, são acionadas para lidar com os desafios colocados pelos novos encargos em saúde mental.

Nesse cenário de conflito entre encargos e recursos, tal como Luz (2001) descreve na área da saúde e Gomes (1999) mais especificamente no campo da saúde mental, nada mais natural que a ligação entre TR e **disponibilidade**:

“O profissional de CAPS, se ele não tiver **disponibilidade interna**, porque externa não existe, falta tudo, ele não pode ser TR, trabalhar naquele serviço, ele não pode ser nada, vai trabalhar em outro lugar...” (psicóloga)

Essa preeminência dos “psis” no lugar e no debate acerca de TR, em contraponto a poucas tomadas de posição por parte de outros técnicos, será melhor visualizada quando nos ocuparmos da reunião de equipe. Entretanto, é interessante citar a colocação de um agente administrativo em relação ao cotidiano dos telefonemas no serviço, ou seja, a quem a população costuma solicitar quando procura o serviço desta forma: famílias procuram pela coordenadora ou pelo médico, principalmente, tendo em vista “crise” do paciente; a coordenadora também telefona, para solicitar que o técnico peça ou informe algo a outro técnico. Com menor frequência, solicitam documentos ou declarações: “chegou o remédio” ou ainda pedem informação sobre “como faz o passe livre”.

Essas concepções de TR serão concentradas e fragmentadas várias vezes durante a reunião de equipe, que, como nas “novas” práticas em saúde mental de que nos fala Nicácio (1990), apontam ao mesmo tempo para a “riqueza” e para a “incerteza”.

3.1. Atenção Psicossocial, Responsabilidade e Gestão: o técnico e a técnica de referência

As reuniões de equipe contam com a participação da maioria dos profissionais⁴¹, sendo apontada pelos próprios como principal espaço de avaliação do trabalho no serviço (Almeida, 2003), de criação de um entendimento sobre a própria atividade psicossocial. No CAPS de Irajá, realizam-se atendimentos individuais pelas diferentes especialidades (médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos), atendimentos em grupo (“de medicação”, “terapêutico”, “de família”), diferentes oficinas⁴² (de geração de renda, pedagógicas), visitas domiciliares (mais escassas nos últimos anos) e acompanhamento terapêutico⁴³. São trazidas à reunião de equipe episódios e impasses da equipe no tratamento dos pacientes.

Cada usuário utiliza um determinado número de recursos terapêuticos no CAPS, como consultas médicas e/ou oficinas de geração de renda, e, dependendo disso, ele fica mais ou menos dias em atendimento, fazendo um uso “consultorial” ou de “atenção diária” do serviço. O “contrato”, “projeto” ou “programa” terapêutico define esses turnos ou dias, de modo que também está incluído como função do técnico de referência realizar esse contrato. Muitos usuários ficam “na convivência”, ou seja, não participam das atividades assistenciais mas permanecem no serviço. Outros só vêm às consultas.

Durante os três meses em que participei semanalmente das reuniões de equipe, cinco encontros foram exclusivamente dedicados ao tema do TR e os demais intercalaram diferentes assuntos, como usuários internados, reuniões desgastantes com a rede de serviços de saúde da área, festas onde usuários se alteraram, entre outros, sendo que nesse momento me dedicarei exclusivamente àquelas nas quais a equipe se mobilizou para definir: **o que é técnico de referência, suas funções, responsabilidades, quem está exercendo este papel e quem poderia exercê-lo.**

Resumidamente, pode-se dizer que a equipe respondeu a essas questões da seguinte maneira: o TR é aquele que intervém diretamente e juntamente com o paciente sobre seus problemas (de diferentes ordens: sofrimento psíquico, alteração psicopatológica ou “questão social”), principalmente nos momentos de “crise” psicopatológica; também articula, catalisa e centraliza demandas (da família, da rede de serviços de saúde, da vizinhança, associação de moradores, etc.) no sentido de construir

⁴¹ Exceto funcionários da limpeza, da cozinha e da segurança, com já foi mencionado anteriormente.

⁴² As oficinas costumam se diferenciar dos grupos pelo caráter manual das atividades, diferente dos grupos e sua natureza verbal. Entretanto, não se separa de modo estanque tais atividades: muito pelo contrário, toma-se ambas como espaços de grupalização, com diferentes instrumentos.

⁴³ Estagiários de psicologia costumam realizar essa tarefa, que costuma funcionar como uma forma de ‘aderir’ o usuário ao serviço, já que alguns não vem nem mesmo à consulta médica, mas a família

uma rede de cuidados ao usuário; também é o profissional que conhece a vida do paciente e se coloca como ponto de suporte e apoio para a família e o paciente no serviço. Segundo o supervisor, as funções do técnico de referência podem ser resumidas em “projeto terapêutico”, “memória” e “rede”, ou seja, elaborar, acompanhar e avaliar um projeto de atendimento ao usuário no serviço; registrar em prontuário e informar em reunião de equipe a trajetória clínico-institucional do usuário no serviço; servir de articulador de uma rede de cuidados – dentro e fora do serviço – para o usuário. Referência passou a ser uma função, a ser realizada em grupo – de técnicos, familiares e usuários – e, predominantemente, com coordenação médica e participação de outros técnicos e estagiários: grupo de referência, ao invés de técnico de referência.

Há muita incerteza em definir esse papel, quais são suas funções e responsabilidades. Além disso, há bastante tensão em se esclarecer quem está exercendo a referência o mesmo e quem poderia exercer. É bastante curiosa a forma pela qual se exerce referência, o ‘como’ referenciar.

Fala-se, de modo recorrente, da necessidade de construir ou ter vínculo com o usuário, remetendo inequivocamente à relação entre referência e adesão do usuário ao serviço. Também se fala muito de responsabilizar-se pelo usuário, às vezes mais, às vezes de um modo diferente, quando se é técnico de referência.

A omissão em prestar apoio em momento de sofrimento e a de tomar para si, exclusivamente, o atendimento do usuário, são objeto de crítica constante da equipe: “Ele não é meu paciente, eu não tenho nada a ver com isso...” é a expressão ligada à primeira; “Não mete o bedelho no meu caso...” à segunda.

Chega-se a sugerir o técnico de referência como uma nova especialidade em saúde mental, “um modo de fazer a clínica, como a psicologia, a psiquiatria, a oficina”. Além disso, se sugere uma ligação entre a figura do técnico de referência e “Se adequar à saúde mental”:

“O técnico de referência pode se tornar um profissional, fazer visita domiciliar, acompanhamento terapêutico... Vai existir um técnico de referência como existe hoje o enfermeiro, o médico... [O profissional] *vai ficar circulando com o paciente*”. (auxiliar de enfermagem, grifo meu)

participa de alguma atividade e solicita intervenção ao serviço. Muitas vezes o acompanhamento terapêutico inclui passeios pela cidade.

Além disso, há uma hierarquia entre os técnicos, perceptível na forma como o assunto é discutido na reunião de equipe. Tendo em vista a reduzida participação do conjunto da equipe na definição e decisão sobre ‘técnico de referência’, em relação à frequência com que os técnicos ‘psi’ tomam a palavra, há chamadas do supervisor à implicação dos profissionais tendo em vista pactuação coletiva: “Só psicólogo e médico fala? E os outros profissionais, são tutelados pelos psicólogos e médicos, não vão ser TR?”.

As “riquezas e incertezas” das práticas de atenção psicossocial podem ser descritas através da definição do papel do técnico de referência no CAPS de Irajá, como veremos a seguir.

O que é técnico de referência?

Em resposta à questão ‘o que é’ técnico de referência, surgem diferentes imagens: o principal “eixo de **ancoragem**” do paciente e de sua família no serviço; o profissional com mais “**responsabilidade e implicação**” no atendimento; o “ordenador”, “pivô”, “centro”, “**articulador**”, ou a “rede” e “**conexão**” dos recursos assistenciais para atender ao usuário, a “**costura da rede social**” e o “ponto de **amarração**”. Esse profissional é aquele que conecta diferentes serviços, recursos, intervenções e profissionais no sentido do bem-estar do paciente. Em alguns momentos parece que cabe a ele gerenciar mais do que executar ações, em outros, parece o contrário: ele deve ser o principal agente do cuidado. Ou seja, **o técnico de referência é tanto o agente quanto o agenciador do cuidado.**

Podemos nos fazer algumas perguntas a partir desse material. “Ancoragem” teria aí um sentido de suporte ou a função de fixar? “Amarração”, entretanto, remete inequivocamente à dimensão administrativa da prática de atenção psicossocial: produzir adesão ao serviço, através da oferta de lugares de acolhimento e de suporte afetivo regular, constante e fixo. Não é possível deixar de lembrar aí uma analogia com o lugar do CAPS na rede de saúde mental: ordenador das demandas de atendimento em saúde mental no território, não necessariamente executor mas gerenciador; remete a uma função do TR na equipe do CAPS semelhante ao do CAPS na rede de saúde mental de sua área administrativa.

Se pensarmos que essa analogia entre “TR como ordenador da equipe” e “CAPS como ordenador da rede de serviços de saúde” é razoável, não podemos esquecer sua

relação com o que vimos no capítulo anterior como modos de regulação social ou técnicas do poder tutelar, que nem sempre envolvem repressão ou disciplina dos indivíduos, mas um lugar de gerenciamento de coletivos no sentido de uma racionalização administrativa. Em outras palavras, essa descrição do TR como “ordenador” das ações da equipe, da rede social e da rede de serviços sobre o usuário é nitidamente ligada a uma forma de se responsabilizar pelo cuidado, de produzir responsáveis, “parceiros”, pela via do engajamento e comprometimento de atores sociais: algo mais próximo do poder pastoral, tal qual uma gestão governamental sugere.

Quais as **funções e responsabilidades** do técnico de referência?

Em resposta à pergunta sobre a **“função e responsabilidade”** do técnico de referência, fala-se de “implicar outros técnicos” no atendimento ao usuário; “conhecer a vida” do paciente; **“passar na casa [do usuário], desviando meu caminho[em direção ao serviço]”** ou **“tirar do próprio dinheiro, às vezes”**; “investir na construção de uma demanda, de uma relação [com o usuário]”; “manter-se atualizado... da situação psíquica mas também familiar e social”; “desafogar / deslocar o médico”; “contato com família”; “levar o caso para supervisão”; “fazer anotação no prontuário” e “reorganizar permanentemente o projeto terapêutico, atualizá-lo, avaliá-lo”.

Os dilemas entre recursos e encargos nas práticas de atenção psicossocial se atualizam aí, revelando a correlação entre atividades não exclusivamente médicas, atribuição de novos encargos e ausência de recursos (materiais, mas também simbólicos) para “cuidar”. Além disso, vê-se aí que tais procedimentos, algumas vezes, são alicerçados no voluntarismo.

Mais uma vez se apresentam ambigüidades e sobreposições em relação ao papel do TR, como se sua responsabilidade, de tão difícil de definir, fosse múltipla sem ser total, fosse diversificada mas não absoluta. É nessa tensão, entre responder a diferentes e, por vezes, contraditórias demandas – como preencher APACs, organizar e planejar o tratamento, colher história de vida, mediar relações entre profissionais, serviço e outras instâncias sociais com o usuário – e não tomar para si ‘exclusivamente’ o papel de cuidar que se constrói o papel do TR nessa equipe. Ou seja, é no interior do dilema entre compreender de modo amplo mas atuar de modo pontual que a equipe procura definir atribuições ao TR

Assim, a razão de ser, o motivo pelo qual se estabelece em equipe um TR no atendimento de um usuário, parece ter estreitas ligações com funções administrativas (organizar, planejar tratamento) e técnicas (atentar para história de vida do usuário). Embora se procure inicialmente compartilhar coletivamente responsabilidades entre os técnicos sobre o cuidado com os usuários, no debate aponta-se a responsabilidade do TR ora como diferente qualitativamente ora como quantitativamente, ora figurando o TR como um gerente das ações técnicas (articulador, amarrador, ‘costureiro’...) ora como o principal responsável pelo atendimento daquele usuário em particular (‘mais’).

O resumo das atribuições do técnico de referência realizada pelo supervisor indica elementos para pensar a relação entre referência e mediação, na medida que a idéia de “conexão” entre pessoas e recursos se destaca: “planejamento, acompanhamento com avaliação, história do paciente, consolidação da rede de cuidado, relação com outros técnicos”, ou seja, **“projeto terapêutico, memória e rede (outros técnicos, outros serviços, família)”** (supervisor). Essas funções apontam sentidos possíveis aos encargos dos profissionais de saúde mental em uma clínica ampliada no território: mediar relações entre técnicos, familiares e comunidade com o usuário, dentro e fora do serviço, de maneira que a história do usuário tenha algum registro e a passagem do mesmo pelo serviço seja acompanhada, avaliada e planejada. Há muito de gerencial e administrativo nessa tarefa, tal qual uma terapêutica articulada a uma gestão da loucura. Entretanto, não se trata apenas da gestão da loucura em espaço de isolamento e enclausuramento tal como na internação, mas de uma rede social e profissional de cuidados ao usuário, dentro e fora do serviço, com familiares, membros da comunidade e, inclusive, outros profissionais.

Não é possível descrever esse trecho do debate sem remeter aos estudos sócio-históricos da psiquiatria e do asilo: pode a prática terapêutica sobre a loucura estar desarticulada de funções administrativas? Ou seja, mesmo a “clínica propriamente dita”, que envolve ‘atendimento direto’ ao sofrimento do usuário, está imersa em um mandato social de controle, de regulação social desse indivíduo que se choca com a ordem pública na sociedade ocidental. O que parece diferenciar a função do TR talvez não seja tanto o caráter gerencial, mas **sobre o que e como se administra**: não só o usuário e a família, mas também a comunidade e os outros serviços; não só oferecendo um acolhimento/resposta ao sofrimento e proteção/contenção quando do rompimento violento com laços sociais, mas também atenção prolongada e continuada e mediação, essa sim direta, de relações com a rede social.

Quem exerce o papel de técnico de referência e quem poderia exercê-lo?

Os psiquiatras afirmam categoricamente que são referência de seus usuários, referência “natural” tendo em vista o mandato social histórico de controle do louco pela instituição e saber médicos. Eles seriam referência para usuários e familiares, no sentido que alguém com quem contar, principalmente nos momento de agudização do quadro psicopatológico. Outras categorias profissionais teriam que “construir o vínculo” para se tornam referência no atendimento, o que aconteceria na minoria (aproximadamente 40) dos mais de 400 casos atendidos pelo serviço. Entretanto, se encarregariam de outras funções como registrar e informar sobre trajetória clínico-institucional do usuário (“conhecer o paciente”), formular e acompanhar o “projeto terapêutico” do mesmo e servir de elo de ligação não só para a família, mas também para serviços e recursos societários e estatais úteis ao usuário (como clubes, centros culturais, serviços de saúde, escolas, etc.).

A equipe se pergunta se agentes administrativos e enfermagem estariam capacitados para essa tarefa e, principalmente, se desejam ou tem obrigação para tal. Por vezes insinua-se que é “intrínseco” o papel de referência para quem trabalha no CAPS. Em outros momentos, quem deseja pode ser técnico de referência, desde que se disponha a se qualificar profissionalmente para tal durante o exercício da atividade.

Fica visível nesse debate a dicotomia que se constrói entre vontade /disponibilidade e qualificação profissional. Desejo, disponibilidade e qualificação são mencionados como os impasses da decisão de se tornar TR por parte de auxiliares de enfermagem e agentes administrativos.

O dilema entre atividades específicas e atividades “a mais” se instaura, pois alguns auxiliares de enfermagem dizem que “dispensar medicação” já é um tarefa suficientemente desgastante e certos agentes administrativos não revelam interesse em conciliar “atividades burocráticas” com acompanhar os pacientes. Um dos agentes administrativos, no entanto, já “acompanha” alguns usuários e a equipe decide mantê-lo nesse papel, entretanto, “acompanhado” de outros técnicos no grupo de referência. Além disso, discute-se em reunião a necessária qualificação profissional para essa atividade, o que levantou dúvidas quanto à possibilidade desse agente administrativo assumir essa função.

Como referenciar?

Decide-se que a referência deve acontecer em um grupo, de modo que mais do que um “técnico de referência” devem-se constituir “grupos de referência”. Ou seja, referência torna-se uma função a ser construída em equipe, e não um técnico a quem encarregar exclusivamente pelo cuidado.

Ao invés do modelo anterior, de mini-equipe de referência (conjunto de técnicos que atendem um determinado usuário), que muitas vezes esbarrava no limite dos profissionais em acompanhar a longo prazo e fortalecer vínculos terapêuticos com o usuário, formula-se uma proposta provisória e possível de reorganização do processo de trabalho em equipe: o “grupo de referência”. Semanalmente, um psiquiatra, outro técnico e um estagiário realizarão uma reunião “de referência” com um conjunto delimitado de usuários e familiares, para conversar sobre o projeto terapêutico. A partir de grupos de medicação e de um grupo de família já existentes cinco grupos se formaram, ou seja, excetuando um grupo de família que viria a se tornar “grupo de referência” sem a presença médica, todos os demais seriam construídos sob a base de um grupo de medicação ou de um conjunto de usuários em consulta médica.

Nesse momento penso que é necessário frisar uma diferença entre “técnico” de referência e “técnica” de referência: grupalizar está sendo cogitado como forma de “referenciar” usuários, mais do que centralizar no indivíduo técnico a função referência. Isso nos remete ao discurso da responsabilidade e sua relação com uma outra modalidade de regulação social, ou seja, o fato de referenciar ter uma qualidade diferente de atender, tratar, acompanhar, agenciar, apontando para uma técnica – ao mesmo tempo terapêutica e administrativa – diferenciada de cuidado e controle da loucura. Engajar, implicar e vincular são intervenções com lugar especial nessa modalidade de regulação social ligada à gestão de populações, à condução de um conjunto de pessoas no sentido de garantir, assegurar e fixar. Fica como pergunta os sentidos de referência envolvidos: adesão do usuário ao serviço, participação da família no tratamento, implicação dos técnicos nas tarefas de cuidado?

Além disso, não só os grupos de medicação mas também os grupos de família se tornaram pontos a partir dos quais a função de referência se constitui. Por que família e médico, e não oficina, trabalho, assembléia ou qualquer outro instrumento terapêutico? Enfim, o que se quer com o estabelecimento de uma referência e por que ela está atrelada ao médico e à família nesse serviço?

É importante sublinhar algumas características do debate. Certas questões se mostram recorrentes, às vezes por dúvidas sobre a operacionalização do TR – mini-equipe, grupo ou técnico de referência – mas também pela própria atuação dos profissionais no sentido de retomar um tema de modo insistente – como é o caso da questão do médico ou do TR no centro do atendimento do usuário. É como se os impasses em definir – e decidir sobre – certas questões se prolongassem ao longo do tempo. Esse movimento, no qual parece que o TR deve deter múltiplas funções mas a equipe tem dificuldade de descrever e decidir quais procedimentos deve executar, contempla uma das dificuldades em lidar com esse material: a tendência a prescrever em detrimento da reduzida descrição no campo da saúde mental, já apontada anteriormente por Leal (1999b) como característica das produções teóricas no campo.

É importante sublinhar alguns movimentos em processo nesses debates. Em torno da definição de atribuições do TR se desencadeia uma defesa de posições teórico-práticas na equipe: alguns defendem o TR como uma função de intervir diretamente sobre o usuário; outros de uma intervenção dispersa que inclui também familiares, membros da equipe, membros da comunidade, outros profissionais de outros serviços; outros, ainda, acreditam que a referência é um par de profissionais com funções distintas e específicas; isso sem falar na manutenção de um modelo onde há troca entre os membros da equipe sobre a participação do usuário no tratamento sem definição precisa de um TR. Para além das questões teóricas envolvidas nessa diversidade de posições, relativas ao que se poderia chamar, grosso modo, de modelo institucionalista, médico, psicanalítico e social de organização da equipe⁴⁴, nos interessa apontar para a dimensão relativa à dicotomia entre intervenção individual/direta e ampliada/em rede, já que em outro nível diz respeito à referência como atribuição gerencial e administrativa do profissional de saúde mental, incluindo em seu mandato social a intervenção não só sobre usuário e familiar, mas também sobre a rede social em torno deles e as instâncias sociais à sua volta.

Percebe-se nesse debate a resistência de profissionais “psi”, principalmente os médicos, de organizarem suas ações em equipe no sentido de uma “ampliação, distribuição e não-localização da intervenção clínica”, ao mesmo tempo em que o supervisor sustenta com afinco essa diretriz. Alguns profissionais criticam os efeitos de ausência de intervenção ou de assunção de responsabilidade individual sobre a ação que

⁴⁴ Ver Figueiredo (1993) e Vasconcelos (1997) para os modelos de organização de equipe em saúde mental, multi/inter/transdisciplinares, com eixos de direção ‘médicos’, ‘psicanalíticos’ ou ‘sociais’.

tal diretriz pode causar, ou mesmo as benesses de um par de profissionais com intervenções específicas, enquanto o supervisor qualifica como um retrocesso a delimitação do problema de organização da equipe em termos individuais e o chamado à intervenção localizada. Vemos aí um dos dilemas da responsabilização dos atores sociais pelo cuidado: individualizar o fenômeno da responsabilidade e torná-lo atribuição, obrigação, dever ou grupalizá-lo e transformá-lo em mobilização do coletivo, engajamento e comprometimento conjunto.

Além disso, percebemos uma das idéias sobre a prática psiquiátrica que a permite qualificar como unicamente “terapêutica”: a clínica como intervenção individual, direta e localizada sobre o usuário, no sentido do acolhimento e da estabilização de sintomas. Ao que parece, alguns técnicos sedimentam-se sobre essa idéia em oposição a de uma intervenção ampliada / distribuída / não-localizada sobre o usuário, afirmando que nesse caso “ninguém toma para si” a intervenção ou não há “especificidade” da intervenção profissional, sugerindo o coletivo e o público como lugar de ausência de responsabilidade sobre a intervenção. Como vimos, trata-se de dois níveis diferenciados de responsabilidade: engajamento e não obrigação. Isso sem falar na imagem da intervenção individual como “clínica”, como se não houvesse funções administrativas e de gestão em jogo quando a ação é sobre o indivíduo.

O grupo de referência, segundo alguns, deve se organizar de modo a “trazer o máximo de pacientes para o grupo”. Embora não se considere obrigatória a participação, ou seja, o usuário pode ser atendido individualmente se preferir, a diretriz é coletivizar e grupalizar o atendimento. Além disso, diz-se que com o grupo os usuários podem “visitar-se” uns aos outros, de modo que não necessariamente são técnicos e familiares que devem assumir a função de convidar os usuários que não vem ao atendimento. Isso levanta questões relativas aos efeitos de grupo que se quer alcançar: racionalização administrativa e economia de recursos técnicos por meio da mobilização voluntária?

Esses diferentes discursos acerca da responsabilidade, atualizados nas discussões acima, remetem aos diferentes sentidos de referência. Referência como adesão, responsabilização, vinculação, amarração e ancoragem dos usuários e familiares parece estabelecer estreita relação com as formas pelas quais profissionais, familiares e usuários são responsabilizados no serviço.

A responsabilidade do serviço pelo território coloca-o em meio ao desafio de construir aliança e parceria com os serviços de saúde locais, ligando e vinculando os técnicos a atividades grupais com outros profissionais, onde a divisão e a negociação de

encargos pelos usuários “da rede” se impõem. Entretanto, quando o compromisso de repartir tarefas se rompe, surgem como estratégias o engajamento, a vinculação e o encarregamento dos profissionais no processo de trabalho, mas tendo em vista a assunção de responsabilidade do “nível central”.

A responsabilidade do usuário na condução do tratamento pode ser acentuada quando ele participa de um projeto de geração de renda. Responde-se à demanda de mais espaço e recurso por parte dos participantes de chamada “oficina da sucata”, com uma indicação para tomar para si a tarefa de gerar recursos e, inclusive, de procurar outro espaço, “não tutelar”, para o exercício da atividade laborativa. Tendo em vista uma tentativa de suspender o controle – direto, “tutelar” – dos técnicos sobre os usuários, no sentido de produzir maior autonomia e mais responsabilidade nos segundos, faz-se um movimento contrário ao encontrado na relação entre profissionais e outros serviços: aponta-se para um projeto que dispense um “nível central”, ao invés de um que comprometa-o.

Isso sem falar da relação com os familiares, quando se trata de sua participação em um evento da área de saúde mental: implicá-los, engajá-los, encarregá-los por tarefas e contar com eles como recurso. Ou do usuário com os recursos assistenciais: responsabilização do indivíduo pelos próprios atos, possibilitar a ele escolher ao mesmo tempo que comprometê-lo com suas opções.

Nas entrevistas, a seguir, responsabilidade e referência também vão se misturar bastante, a medida que implicação e vínculo apareçam como conceitos que descrevem a divisão, delegação e negociação de encargos pelo cuidado entre profissionais, usuários e familiares.

4. As faces do sofrimento: os dilemas dos profissionais e a criação do possível

Logo nas primeiras visitas ao serviço estive atento aos usuários citados, sejam aqueles que foram tópicos de discussão ou mesmo os utilizados como exemplo de um tema ou questão em debate. Por vezes, o assunto pelo qual o caso era trazido para a reunião tinha estreita relação com minha pesquisa, como quando Ivan foi objeto de debate tendo em vista necessidade de favorecer a adesão do mesmo ao serviço através de reuniões com membros da comunidade. Ou seja, escutava principalmente a ligação que se estabelecia entre problemas na condução dos atendimentos (dignos de serem compartilhados em equipe), técnicos que os traziam (e o motivo pelo qual os levavam

para debate) e usuários citados (tendo em vista o recurso ao prontuário em outro momento).

Assim, em setembro de 2003, na segunda visita ao serviço, alguns dos casos chamaram minha atenção, pela necessidade da equipe mediar suas relações com familiares no primeiro e com a comunidade evangélica no segundo. Outros pelos dilemas da miséria e da violência no contexto da atenção psicossocial.

Ronaldo, cuja mãe é soropositivo, roubou uma idosa há algumas semanas, tendo sido preso. Isso aconteceu após episódio no qual lhe foi recusado uma cesta básica, assegurada durante muitos meses e da qual, de certo modo, “dependia”, tendo em vista condições precárias de vida. Uma psiquiatra do manicômio judiciário informou que vai providenciar que Ronaldo cumpra medida de segurança em tratamento no CAPS, entretanto, Ronaldo vai responder pelo crime na justiça.

Fala-se sobre necessidade de moradia como problema de alguns usuários, como Sandro e Sílvio. Eles serão objeto de investigação específica nessa dissertação, tendo em vista ações e impasses dos profissionais na condução das questões trazidas por ele, levando ao que hoje se traduz em uma “necessidade de moradia”.

Flávio, que tem vindo ao serviço munido de uma faca e provocado um certo medo entre as pessoas, tem sobre ele uma suspeita: de que teria assassinado uma pessoa. Em conversa com familiares, o médico desfaz o equívoco: “não existe possível assassinato”, segundo ele.

Carlos, paciente esquizofrênico com foco epiléptico, tem falado sozinho com frequência, por vezes dizendo, munido de uma faca: “Eu não tô aqui para matar ou roubar ninguém...”. Refere-se à faca como “Meu instrumento de trabalho” e põe-se a parafusar um rádio. Segundo a equipe, está muito beato, insone, reza a noite inteira, agressivo ultimamente, ameaçando filhos da cunhada, não usa medicação, mal come. Acredita-se salvo por Jesus, de modo que não usa remédios e tenta tirar demônios dos outros. Familiares tem medo dele nos fins-de-semana. Alimenta-se na igreja e no CAPS: “a comida da minha cunhada não é boa...”. Diagnóstico difícil, já que apresenta crises convulsivas e “comportamento epiléptico” (viscosidade), mas também é conversivo e no momento aparece com sintomatologia obsessiva (lavar as mãos e tomar banho em excesso; hiper-religiosidade).

Rogério é citado como exemplo de uma situação ligada à comorbidade psicose-drogadição ‘bem abordada’. Foi tratado com vigília, o projeto terapêutico foi elaborado

para ele não vir todo dia, ser vigiado, não deixar entrar fora do dia contratado. Entretanto, um dos técnicos chama a atenção para o fato dele continuar sendo internado com frequência.

Marcelo é um usuário que faz uso de drogas ilícitas e suspeito de tráfico dentro do CAPS. Questão da drogadição, da polícia e da função do CAPS – não vigiar, não punir, encaminhar e chamar à responsabilidade quem é de direito – é discutida.

Marcos, cujo técnico de referência se encontra de licença médica, “botou fogo na casa semana passada”. Provisoriamente, dois outros técnicos se colocam como referência.

Os exemplos de usuários e episódios de conflito e tensão trazido à equipe – e pela equipe – semanalmente nos ajudam a visualizar os problemas com os quais os CAPS lidam. Essas situações envolvem desafios que ultrapassam em muito o sofrimento trazido pelo doente, objeto tradicional da clínica. Como se pode perceber nesses relatos acima, violência, miséria e justiça se misturam aos encargos com os quais costumeiramente um clínico lidaria, trazendo a esse ator social impasses mobilizadores de intensa angústia. A clínica ampliada não conta com as paredes do hospício e responde a demandas para além das psíquicas: o que fazer diante de ameaças cotidianas? Como lidar com a situação de penúria em que muitos dos usuários se encontram e que exercem influência sobre sua possibilidade de se manter em atendimento? Não foi necessário muitas visitas para que a articulação entre clínica e mandato social de controle na prática psiquiátrica se apresentasse de modo explícito, já de início a dupla função da atividade profissional em saúde mental – administrativa e terapêutica, de gestão e de cuidado – se colocava.

Esses relatos sobre a condução dos atendimentos no CAPS é bastante ilustrativa também da dimensão de vulnerabilidade e risco psicossocial de que se revestem os usuários. Percebe-se que o ‘risco’ como dimensão contemporânea da responsabilidade, tal qual Ewald (2000) nos fala, atravessa de modo marcante o campo da saúde mental, levando os profissionais a se depararem com uma das formas pelas quais mecanismos de regulação social se instauram na sociedade ocidental: uma biopolítica no sentido de instituir dispositivos de segurança no tecido social, uma gestão governamental.

Ao mesmo tempo, não podemos deixar de perceber a continuidade entre tais problemas de difícil manejo e a instituição da doença mental: periculosidade, incapacidade, irresponsabilidade e cronicidade do indivíduo. Não é de agora que um

paciente psiquiátrico põe fogo em sua casa, nem que sobre ele se instale uma aura de perigo e medo por conta do que aparentemente é um desatino ou desvario, mas sem dúvida são outros os modos pelos quais se mobilizam recursos e se delegam encargos aos profissionais responsáveis pelo cuidado do doente mental: as técnicas não são exclusivamente o confinamento e a repressão, mas também não são totalmente persuasivas e manipuladoras, parecem algo que engaja, compromete, encarrega, vincula, referencia. Enfim, há um convite insidioso a se lançar mão de mecanismos de mobilização voluntária para que os encargos sejam compartilhados coletivamente.

Muito do que já havia aparecido nas reuniões de equipe sob um formato mais genérico, nas entrevistas adquire um tom mais descritivo e concreto, já que alguns profissionais se sentiram confortáveis para contar atendimentos realizados. Assim, as entrevistas deram destaque aos impasses e desafios da prática profissional, diante do sofrimento, da miséria e da violência que se apresenta aos mesmos cotidianamente como “demanda”.

Um dos entrevistados, ao me contar um episódio de mediação da relação do usuário com a família, nos oferece mais elementos para pensar esses impasses. Conta uma situação na qual, embora em reunião de equipe tenha sido decidido que um determinado usuário “mudasse de referência”, desse técnico para um grupo, o mesmo continua o procurando. Pergunto “para quê?”, no sentido de entender do que se trata a referência:

“Questões do dia-a-dia... nem sempre TR, nessa maneira burocratizada de ver, seria você tá ali para ver o programa terapêutico da pessoa ... tem determinada pessoa que o programa terapêutico em si é o que menos importa ... [em um caso específico] *demandas que chegam para mim, de conflitos dele com a mãe, não diretos, mas indiretos, de mediar a relação*, a loucura entre eles dois (...)Ele [o usuário] me procurou porque a mãe participava do grupo de família... através de alguma coisa minha ali com mãe... a responsabilidade não é só com o programa terapêutico.” (psicóloga, grifo meu)

A construção de uma referência no atendimento passa por tortuosos caminhos, nos quais “projetos” e “programas” tem um lugar menos destacado que mediações, responsabilizações e proteções, quando esse profissional se coloca diante do dilema da violência:

“... esse trabalho de mediação entre eles, de responsabilização dos dois, na relação entre eles. O grau de responsabilidade que cada um tem naquela relação lá... [pergunto o que traz a necessidade de uma mediação] uma demanda que traz uma mensagem de uma violência que está prestes a acontecer, de um sofrimento muito grande, que também está latente tomadas de decisão decisivas do tipo venda de uma casa, interditar o filho.”
(psicóloga, grifo meu)

Conta que a interdição do filho, conduzida pela mãe, teve como fins de adquirir uma renda para lidar/suportar essa situação. Foi um “Pedido de socorro, mais da mãe...”. Além disso, o usuário evitava que a mãe alugasse um quarto:

“Eu sentia que ele prezava esse espaço de mediação... era um espaço de acusação, também, dele e dela também, mas como um espaço de proteção para eles dois, também, como se ele visse que esse trabalho também o protegia, até da própria loucura...”
(psicóloga)

Em outra entrevista, desta vez com uma pedagoga, a violência dá lugar ao risco iminente de vida. Familiares procuram o grupo de família para dizer que o usuário voltou a fumar, sendo que corre risco de vida iminente com esse hábito, pois sofre de grave doença respiratória. Formulam um pedido de intervenção do serviço, que responde se comprometendo a realizar um contato telefônico.

Com dificuldade de encontrar o telefone, não é possível conversar com o usuário, mas, segundo a pedagoga, “... só o aviso da família de que eu ia ligar fez ele parar de fumar!”. Diante da notícia, manda um aerograma parabenizando usuário por ter parado de fumar.

O abandono, o receio do usuário “sumir” do serviço, também é tematizado pelos profissionais. Falo de um caso clínico discutido em reunião de equipe com um dos profissionais envolvidos, no qual, para construir um vínculo entre o usuário e o serviço (um tanto fragilizado ao longo do tratamento), tiveram que mediar a relação do usuário com a comunidade mais que com a família. Percebe-se aí que os procedimentos “psicossociais” estão atravessados por questões administrativas, de tomada de responsabilidade pelo território e de gestão de populações:

“Ivan morava no abrigo Bom Pastor, e nós conseguimos mostrar ao pastor a importância do tratamento do Ivan, a importância da medicação, e aí ele liberou o Ivan para vir ao serviço, arrumou o dinheiro da passagem (...) Um dia a gente liga para o abrigo, pois ele

fica muito tempo sem vir ao serviço, e aí ele tinha ido para outro abrigo... mas aí foi um arranjo dele [Ivan], não foi a gente que conseguiu o abrigo. Foi por conta dos amigos evangélicos... agora também a gente não tem mais contato com ele..." (estagiário de psicologia)

Também houve negociação com o ex-patrão para viabilizar o atendimento desse usuário e a manutenção dele no trabalho. Desse modo, os profissionais lançam mão de diferentes expedientes de mediação com a rede social no sentido de facilitar a inserção social, na mesma medida em que procuram com isso consolidar o vínculo e favorecer a adesão ao serviço.

Também a sexualidade mobiliza ações mediadoras, como pude depreender em conversa com outra psicóloga. O episódio de negociação com família e comunidade teve como consequência a diminuição das internações e maior tolerância em relação ao usuário. Ele costumava se masturbar em público, inclusive em cemitérios: "Então você imagina né Martinho, já levou muita porrada, foi quase linchado várias vezes, inclusive no serviço [CAPS]".

Seu comportamento tinha como efeitos ameaças da vizinhança e, com frequência, internação por parte da família para "protegê-lo". Certa vez, quando o usuário foi acusado pela vizinhança de assediar crianças, a equipe interveio, convocando ao serviço a família, a comunidade e o usuário, em uma tentativa de implicação dos atores sociais. Como não havia indicação para internação de um ponto de vista psicopatológico – não se encontrava em sofrimento intenso ou agitação psicomotora, por exemplo – a equipe entendia que não havia como alimentar e legitimar esse ciclo de internação, chamando os envolvidos para uma conversa.

Embora não tenham aparecido, o convite teve como efeito o recuo da família e a relativização do episódio por parte da vizinhança: as mães das crianças assediadas começaram a se perguntar se de fato o assédio tinha ocorrido, concluindo que podia não ter sido intencional: "Perdoaram".

Além disso, certa vez realizou-se reunião com família, tento em vista a masturbação de Clóvis "por todos os cantos da casa". Através desse procedimento, se obteve o comprometimento dos envolvidos no seguinte acordo: Clóvis só se masturbaria no banheiro, pois, conforme se disse a ele, "...ninguém tem que ficar participando da tua intimidade.". A partir daí a tensão doméstica diminuiu, e quando a família queixava-se do longo tempo que Clóvis passava no banheiro, era possível ao usuário acionar o

contrato: “Mas a Camila falou que eu posso no banheiro”. Essa profissional acrescenta, após contar o episódio assistencial: “...isso é atribuição da referência!”. Ou seja, implicar atores sociais, mediar relação com família, usuário e comunidade faz parte da tarefa de um TR.

Violência, abandono, sexualidade, miséria: o sofrimento assume diferentes formas nas práticas de atenção psicossocial, sendo estes os impasses cotidianos com os quais os profissionais lidam. A possibilidade de um atendimento do paciente psiquiátrico na sociedade aponta para um dia-a-dia cercado de incertezas e angústias, não só por conta do sofrimento psíquico apresentado pelos loucos mas também pelas difíceis e complexas situações de conflito com a ordem pública. Nesse contexto, procedimentos como mediação, negociação e implicação, entre outros, ganham visibilidade e sentido.

Como nos lembra Ewald (1997), o chamado à responsabilidade acontece justamente em um contexto de incerteza e risco. O apelo à responsabilidade carrega consigo uma dificuldade de designar quem responde pelo que, mas do que isso, responder ao quê.

A psiquiatria tem respondido historicamente ao mandato social de controle do louco, tanto através da definição de um estatuto de tutela, quanto da proteção ao louco pela via do isolamento e enclausuramento: trata-se do seqüestro ao asilo tão frisado por Castel (1978). A psiquiatria deve garantir a segurança pública ao mesmo tempo em que protege a vida / integridade física do louco ou de seus vizinhos e familiares. Atualmente, um serviço comunitário de saúde mental deve garantir continuidade no atendimento ao usuário, pela via da construção de vínculos e da implicação de familiares e membros da comunidade, no sentido de evitar a internação ou o abandono e de aumentar as chances de autonomia e cidadania possíveis ao louco. Deve garantir segurança, mas encarregando a rede social, “co-responsabilizando”, conduzindo na mesma medida em que tenta convencer. Tanto na ação psicossocial relativa a Clóvis, quanto naquela com Ivan, mecanismos de regulação social são acionados, cuidado e controle estão articulados, enfim, há processos de responsabilização no sentido de garantir, assegurar e encarregar.

Assim, o dilema entre a transferência e a referência, entre o “técnico de preferência” e o “técnico de referência”, remetem a tipos ou qualidades diferentes de relação entre técnico e usuário:

“Tem situações que te dão o usuário como TR e não acontece, tem outras que não é seu e você fica (...) depende dos dois lados, de você e do usuário, de você procurar, mas dele demandar. Tem situações que você não vê o usuário, ele não está nos mesmos dias que você, aí é difícil construir a referência (...) porque a referência é construída através do vínculo, não em termos de horas que você fica com a pessoa.” (psicóloga)

Há uma certa afirmação da especificidade da função médica, que para muitos é o principal modo de referência no CAPS. É como se as modalidades de regulação social clássicas, descritas por Castel (1978), fossem mais eficazes que aquelas atuais, ligadas à mobilização voluntária e à auto-gestão das obrigações impostas (Castel, 1987):

“Paciente que vinha bem participando das diversas atividades, parou de tomar a sua medicação, entra em crise, começou a ficar paranóico, a família então traz, vai ao médico, geralmente é isso que acontece. Pode ir para outros técnicos da equipe, mas muitas vezes quando vai para outro técnico da equipe, nessa situação que eu tô te falando, acaba remetendo ao médico. Por outro lado... e a família também tem como referência principal o médico. Eu não acho que isso seja necessariamente ruim não, eu acho que isso faz parte da especificidade do médico.” (psiquiatra)

Segundo alguns técnicos, lidar com a internação, servir de referência para a família e prescrever a medicação são elementos que compõem a especificidade do médico, que age no sentido da estabilização dos sintomas, via farmacologia. O elemento de controle ligado a essa atividade terapêutica fica acentuado quando percebemos como os atendimentos acontecem, muitas vezes com a presença dos familiares. Além disso, um psiquiatra acrescenta: “Talvez se o TR funcionasse melhor, para a maioria dos pacientes, não precisaria do médico ocupar esse lugar [de referência]...”.

A atenção psicossocial inclui mais procedimentos que aqueles ligados à transferência e à especificidade do médico, ou seja, envolve mais atribuições que àqueles que os saberes psicanalíticos e psiquiátricos costumam apontar. A referência natural – os médicos – e a “referência que acontece” – ou preferência, dos psicólogos – não deixam de perpassar a atividade assistencial, inclusive, o que as reuniões de equipe sugerem é que atravessam a maior parte das relações entre atores sociais nos CAPS. Nessa dissertação, entretanto, procuro visibilizar a “referência” que se procura construir no sentido de manter a continuidade no tratamento, favorecer a adesão e evitar internação ou abandono: implicação, engajamento e vínculo são as formas privilegiadas que essas formas de gestão da loucura assumem.

Um técnico afirma que “envolver o familiar é ele entender um pouco daquele tratamento”. Pergunto se há necessidade de um trabalho com a família para que o usuário entre no serviço, a partir de um episódio no qual se atendia o familiar sem que o usuário viesse ao serviço. Ele diz que é fundamental a “co-responsabilização com as famílias”, que “na grande maioria das vezes você tem que responsabilizar a família com relação ao tratamento, envolvê-la no tratamento, explicar a ela qual a proposta...” “Envolver no tratamento” pode sugerir “participação no grupo de família”, “oferecer possibilidade de novos arranjos familiares”, “dar atenção” e “explicar os remédios”: “Explicar os remédios, familiar entender porque não pode tirar o fenergan, daqui a pouco paciente não vai usar a medicação, familiar vai achar que o paciente fica todo torto...”. Pode-se perguntar se a responsabilização do serviço pela família não é uma condição de possibilidade para a implicação na proposta do serviço:

“Envolver o familiar é ele entender um pouco daquele tratamento, daquilo que a equipe tá fazendo, a responsabilização começa desde aí, daí a gente vai passando por várias possibilidades de experiências nesse sentido, até a gente pensar em responsabilizar a família num atendimento mais... que a gente possa entender mais da responsabilidade do sujeito, em termos psicanalíticos...” (psicóloga)

Essa profissional nos diz ainda que a internação, às vezes, é um momento no qual o “familiar aproveita aquela ocasião para não se responsabilizar”. Vale lembrar que essa relação entre o profissional e a família tem bastante força na organização do trabalho no serviço: são quatro grupos de família diferentes semanais. Além disso, o único grupo não médico a se tornar ‘grupo de referência’ foi um dos grupos de família. Isso sem falar no fato de que **grupo de família não significa grupo de familiares: o usuário pode participar.**

“ Cabe à equipe ser autorizada dessa família, essa família tem que nos autorizar, nós temos que ser safos, capazes e inteligentes o suficiente de capturar a família, essa família tem que nos autorizar a dividir essa responsabilidade. Se a gente não conquistar a família todo o trabalho com o paciente vai por água abaixo... A não ser que a gente retire ele da família e coloque numa residência terapêutica.” (psicóloga)

Essa é uma das concepções que orientam o trabalho com a família, sendo que as técnicas de conquista, convencimento e captura, apresentadas de modo claro na citação

anterior, são necessárias para que haja alguma possibilidade de co-responsabilidade. Ou seja, as estratégias de vínculo e engajamento no sentido da adesão e da continuidade no atendimento tem correlação com uma tentativa de dividir encargos. Do contrário, resta como destino a rua, o hospício ou a “residência terapêutica”.

“E não adianta querer entrar de sola, é através da conquista, do convencimento e da própria habilidade, essa é a tarefa da equipe. Mas a costura não é da equipe, a costura é da família. Essa família já sofreu para cacete, essa família passa fome, já tomou porrada, foi humilhada pela sociedade, então ela não vai confiar em você, você enquanto equipe, assim, da noite para o dia, leva um bom tempo para isso, leva às vezes anos, é um processo, é um trabalho de formiguinha, saúde mental são formiguinhas trabalhadoras correndo na mesma direção...” (psicóloga)

Exemplifica tais procedimentos no sentido da conquista da família com dois episódios. Em um deles, “a família autorizou mas até hoje ela não suporta determinados procedimentos com medo da melhora do paciente”, ficando “detentora da medicação do paciente... o pai só dá o remédio do jeito que ele quer e não do jeito que o médico quer; a dose também é ele que faz... mas antes nem isso. Esse filho, ao invés de ficar o tempo todo trancado dentro de casa, sai para comer um cachorro-quente, o pai leva ele para a igreja, para o shopping.”. No outro caso houve necessidade de “uma autorização total, porque já não tinha para onde correr, era isso ou a morte”. Foi um caso no qual o serviço precisou recorrer à justiça, dada a situação:

“paciente em cárcere privado, jaula, colocada pela mãe... a mãe diz que só tranca para protegê-la do mundo(...) Mas a mãe tinha um companheiro, e tinha medo de um relacionamento sexual entre os dois. O Serviço ameaçou a mãe, via Ministério Público. Houve uma entrada incisiva sem a autorização da família, mas hoje frequenta o tratamento, toma medicação, continua em casa no quarto, mas não tem mais grades. A mãe, por outro lado, é atendida por uma psicóloga do serviço” (psicóloga).

Outro profissional, também participante de um grupo de família, fala da divisão de tarefas entre serviço e família, pela via da conscientização e da adesão: “Por exemplo, está faltando medicação, a gente conscientiza aquele familiar sobre o que está acontecendo; o usuário deixou de tomar o remédio, a gente diz que não pode parar, não pode deixar o remédio”.

Ainda um outro profissional, também atuante em um grupo de família, aponta a auto-ajuda com característica do mesmo. Conta exemplo no qual um familiar com depressão recusa encaminhamento ao grupo terapêutico por preferir o acolhimento no próprio grupo de familiares: “É uma auto-ajuda, eu vejo assim...”. Para ele, não se trata apenas de acolher o sofrimento, mas de outros procedimentos que também contribuem para a adesão da família ao serviço: mais que o atendimento do usuário, o que pode ser fundamental é a criação de vínculos. Conta o caso de uma usuária que atendia semanalmente, via visita domiciliar, com a qual foi construído vínculo com a família: ajudava o neto a fazer o dever da escola, de modo que a filha da usuária “criou vínculo”. Passou a atender a filha, individualmente principalmente, mas também no grupo de família. A filha deixou de ter um emprego informal para adquirir um emprego / salário, segundo ela. A usuária faleceu ao longo desse processo de adesão.

“Eu tô sempre ali *intermediando*... a família tem problema também, os pais se separaram... aí já é outro grupo, mas eu trabalho com ela. Os pais se separaram, aí é a aquela ciúme quando o pai volta, ela é filha única, aí ela fica mal... tem que fazer um trabalho com ela, tem que fazer um atendimento, explicar pra ela uma porção de coisas. Passa para o grupo de família o que é que está acontecendo. Para a gente poder fazer um trabalho para contornar a situação, pra poder suportar, porque a mãe não tava suportando, por conta do ciúme que ela tava quando o pai voltada... *então a gente tem que cercar dos dois lados*, de ligar para casa dela...” (pedagoga, grifos meus)

Intermediar, cercar, “insistir para a mãe não levar só para a aula, mas para a festa também... ir amarrando, fazendo esses acordos”: eis os procedimentos e expedientes que envolvem a atenção psicossocial

Outro profissional, comparando o comportamento dos familiares em dois serviços de atenção psicossocial diferentes, afirma que no CAPS de Irajá as famílias se mobilizam pouco para suprir falta de recursos do município (alimentação), embora existam mais grupos de família no CAPS Irajá. Ou seja, pode-se dizer que as famílias recebem muito atendimento, no entanto isso não se reverte necessariamente em responsabilização pelo serviço. Nesse momento, podemos pensar no dilema entre recursos e encargos promovidos no processo de descentralização da assistência pública em saúde, com o ambíguo convite para a gestar recursos – aumentando o poder decisório da população – e gerir encargos – aumentando o comprometimento com a execução das políticas públicas.

5. Mediação e negociação: as articulações entre gestão e terapêutica da loucura

Como se dá a negociação, divisão e negociação de responsabilidades pelo cuidado em saúde mental entre os atores sociais? Por meio de que procedimentos os profissionais compartilham encargos entre si e com familiares e comunidade? Vimos anteriormente que se trata de intermediar, cercar, conquistar, convencer, entre outros modos pelos quais ao mesmo tempo se atende, acompanha e agencia o usuário, por vezes envolvendo uma complexa rede social de suporte.

Compartilhar a dor, antes de qualquer coisa, é o encargo do serviço. As estratégias de que os profissionais vão lançar mão para alcançar tal meta são diversificadas, mas a função terapêutica da atenção psicossocial é incontestável:

“Ele [o serviço] se encarrega minimamente de trazer uma pessoa que está totalmente solitária, a beira de abismo, para um coletivo. É tentar fazer com que essa pessoa compartilhe esse sofrimento, essa solidão, esse isolamento dela com o contexto social (...) O espaço do CAPS nada mais é que compartilhar algo que causa muita dor (...) ali é único lugar, até que ele possa galgar outros, que ele pode explorar, despejar, esbravejar essa dor, porque há uma escuta diferenciada para essa dor...” (coordenadora)

Entretanto, encarregar-se desse modo pelo cuidado de um paciente psiquiátrico envolve questões delicadas, onde muitas vezes pode-se criar dependência ao serviço ao invés de autonomia no usuário:

“A gente costuma ver o paciente dizendo que estava em crise e isso de uma certa forma desresponsabiliza ele de qualquer ato, seja de atentar conta a própria saúde seja agredir o familiar, agredir pessoas na rua, e a gente através da nossa prática clínica procura desconstruir isso de fato. Um sujeito em crise continua sendo um sujeito, ele tem responsabilidade sim pelos atos dele (...) Há pacientes que vão necessitar sempre de algum grau de tutela, mas a maioria tem condições para isso [se responsabilizar pelo próprio ato]” (psiquiatra)

Mas logo que se fala da responsabilidade do usuário sobre os próprios atos – a dimensão moral e jurídica do termo – aponta-se em seguida a necessidade de compartilhar encargos sobre o cuidado com familiares e comunidade, tal qual Duarte

(1993) anteriormente chamava atenção: processos de individualização via responsabilização de entes intermediários.

“Uma coisa que a gente procura passar para eles é a responsabilidade sobretudo sobre o próprio tratamento. A maioria deles chega aqui de uma forma muito passiva, o tratamento lhe é imposto, seja pelo médico seja pelo familiar, e eles não participam de nada. Esses grupos[de medicação] de que eu te falei estas ligados a isso, tornar o paciente responsável pelo próprio tratamento (...) acho que o grande segredo da clínica é a gente conseguir, ao longo do trabalho, transferir essa responsabilidade para o paciente e para a própria comunidade. Transferir no bom sentido...” (psiquiatra)

Como acontece esse processo de responsabilização? Responsabiliza-se em que sentido: engajar, encarregar, tomar para si? Pergunto ao profissional a quem se refere a responsabilidade que ele diz que deve ser transferida: “Sobre a vida dele, a vida é dele não é nossa. A gente tem que sempre estar visando um incremento de autonomia, seja para o paciente seja para a comunidade, e aí incluindo a família, ele estar conseguindo resolver os seus problemas dependendo menos da gente. Isso não significa omissão nossa ou ficar tirando o corpo fora, ao contrário, vão estar sempre chegando outros pacientes e gente vai estar sempre fazendo o nosso trabalho” (psiquiatra).

A transferência de responsabilidades, nesse caso, não acontece com concentração de recursos, já que o grupo de medicação, segundo ele, informa para favorecer implicação no tratamento: “... dá muito mais trabalho fazer esse tipo de coisa (transferir responsabilidade sobre a vida do paciente para ele e a comunidade) do que ficar com todos aqui superprotegidos como se fôssemos as mães deles.” Além disso, esse trabalho não substitui outros modos de cuidado, para apresenta-se como algo a ser alcançado com o tempo:

“Proporcionar tanto no paciente quanto na família quanto na comunidade condições para estar começando a assumir responsabilidades que antes vistas como não sendo possíveis para eles, como sendo possíveis só para os especialistas na área (...) Para fazer isso a gente precisa estar abrindo mão da nossa posição central no tratamento, não que a gente não vai ser referência, não que a gente não vai intervir, não que a gente não vai retomar a tutela do paciente no momento da necessidade, mas faz parte da nossa clínica fazer com que ele dependa o menos possível da gente” (psiquiatra, grifos meus)

No início de novembro, após dois meses participando da reunião de equipe e com quatro das entrevistas realizadas, listei 22 pacientes, sendo que três deles me chamaram especial atenção pelo fato das discussões em equipe tocarem nesse ponto nevrálgico da pesquisa: **relação da equipe com família e comunidade para possibilitar aumento da autonomia do paciente**, com necessidade de divisão e delegação de responsabilidades. Assim, investiguei em detalhe os casos de Ronaldo, Silvio e Sandro, principalmente o último.

Consta em prontuário que Ronaldo começou a ser atendido pelo serviço em março de 2001, quando tinha 37. Completou a primeira série do primário e mora com uma mãe portadora do vírus HIV. Tem história de várias internações, desde os 19 anos, ligadas a atividade alucinatoria auditiva de cunho persecutório. Primeira crise aos 12 anos. Após entrada no serviço houve mais três reinternações, duas delas de quase três meses e recentemente foi preso, sendo que a equipe providenciou (via articulação com outras instâncias sociais) que ele se mantivesse em tratamento no CAPS e não fosse enviado ao manicômio judiciário, mas sim que fosse julgado. Em outubro de 2003, consta uma informação curiosa em relação a um prontuário clássico, com a função de relatar a evolução da doença, com o diagnóstico, prognóstico e prescrições terapêuticas:

“Sr. Silva, amigo da família (vizinho), veio ao serviço e nos informou que o paciente está desaparecido de casa há mais ou menos 15 dias. O mesmo mora com a mãe que é enferma e só se locomove em cadeira de rodas. Sr. Silva foi ao Nise [hospital psiquiátrico] e refere que o paciente não se encontra internado. O serviço tomou ciência do fato e avaliará a possibilidade de ajuda na busca do cliente.”

Consta também que outro vizinho “procurou o paciente em várias unidades...”. É importante ressaltar a presença desse tipo de informação em prontuário. Em que medida a inclusão de informações sobre um membro da comunidade no prontuário contribui para a ‘terapêutica da doença mental’? Quando são as condições de existência e as possibilidades de vida em sociedade que ganham relevo, e não tanto a remissão de sintomas, acrescenta-se à sintomatologia psiquiátrica que recheia boa parte dos prontuários investigados outros elementos: quem sabe o paradeiro do paciente? Quem pode procurá-lo? Quem se encarrega de algum modo pelo cuidado/controle do usuário? A equipe registra em prontuário a participação da vizinhança no atendimento de Ronaldo, indicando um possível lugar de responsabilidade de outras pessoas da rede social pelo cuidado, tal qual descrito por Nicácio (1990) em outro momento e outro

contexto. A ação de investigar do desaparecimento de um paciente, nesse caso, esteve ligada à ação da comunidade.

Silvio faz tratamento no CAPS desde dezembro de 1998, sendo que tinha 32 anos na época. Consta em prontuário que seu primeiro episódio de crise psiquiátrica aconteceu aos nove anos de idade, quando da morte da mãe. Tem história de 10 internações, desde os 15 anos. Escuta vozes, briga na rua e faz uso de drogas (cocaína). Tratava-se em um serviço de tratamento de drogadição, tendo sido encaminhado ao CAPS por conta da comorbidade dependência química-psicose. Com o tempo, acredita-se que se trata de um quadro psiquiátrico designado por transtorno do humor, com sintomatologia ‘exaltada’ predominante. Também são informados que recebe um benefício do INSS, e que uma das irmãs é tutora de Silvio. Quando iniciou o tratamento era entregador (de mercadorias), tinha parado de estudar (não se sabe em que série), morava com a família (06 irmãos) em um mesmo quintal. Após morte da mãe, perdeu contato com irmã gêmea.

Através de visitas domiciliares em março de 1999, por conta de o usuário estar “confuso e irritado”, a médica recebe informações de um “amigo do futebol”, que conta episódio no qual suspeita de Silvio ter roubado os amigos e ter usado drogas. Nesse mesmo mês o usuário foi internado. Em maio do mesmo ano, esteve envolvido em furto no CAPS, tendo sido ameaçado de agressão. Foi afastado temporariamente do serviço. Consta que possivelmente usou drogas. Em junho usuário “confessa”. Seguem-se mais cinco internações de 1998 a 2002, sendo que de uma atuação no sentido da estabilização dos sintomas via medicação e responsabilização do usuário via psicoterapia, passa-se a agir mais incisivamente em conjunto com família e comunidade. Em agosto de 2002, consta que “Sr. Alves informa ao serviço sobre paciente, que se jogou do trem; interna o paciente”.

Entre os 15 e os 26 anos, quando chegou ao serviço, Silvio tinha história de 10 internações. Entre os 25 e os 30 anos, após 4 anos de tratamento no CAPS, tem mais 05 internações. A partir dessa dificuldade em lidar com as complexas situações trazidas pelo usuário, o prontuário conta com mais frequência com informações sobre a participação da rede social no atendimento. Em 2003, continua sendo internado e continua usando de drogas. A equipe continua sinalizando sua dificuldade de admitir a dependência da droga, sua autopiedade e a dificuldade de assumir a responsabilidade pelos seus atos: “Devolvi a responsabilidade de decisão [sobre a internação] para ele” (prontuário). A família (irmãos), no entanto, não o quer mais em casa, por considerar a

própria segurança em risco, por conta do envolvimento com drogas e das dívidas de Silvio com o tráfico. Silvio, por outro lado, quer voltar para casa quando sair da internação e, informado pelo serviço da posição de seus familiares, acusa-os ter a intenção de ficar com seu dinheiro (benefício do INSS). A família pede internação definitiva de Silvio ao serviço. Frente a isso, a equipe procura o Sr. Antonio, um “conhecido” / “vizinho” / “membro da comunidade”. Uma psicóloga passa a atuar nesse momento no tratamento de Silvio:

“Foi conversado com Silvio com a participação da psicóloga, o Sr. Antônio (*pessoa que conhece Silvio desde criança, e se propõe a ajudar na questão jurídica*). Durante a conversa foi acordado alguns limites (que o mesmo não frequentaria e não entraria no CAPS drogado, que não admitiríamos agressões, seja da parte dele seja da família). O Sr. João ficou de ajudar na parte jurídica, levantamento da pensão, levantamento dos direitos de Silvio no imóvel que reside e ser repassado após todo levantamento feito, para juntos possamos (os técnicos e o Sr. Antônio) dar continuidade à ajuda pretendida. Ficou então *acordado* que Silvio, após conversa, que se internaria na Francisco Spínola [clínica privada conveniada ao SUS] para tratamento de drogas, *até que se conseguisse local para moradia (definitiva)* pois foi visto que o mesmo não teria mais condições (físicas e psicológicas) para continuar morando no local atual e que seria feita visita à família para conversar. Após ter acordado, Silvio foi para residência atual [da família], até que se resolvesse.” (prontuário, grifos meus)

A equipe decide temporariamente não realizar visitas domiciliares à família, para “se conservar”. Entretanto, visita Silvio na internação, para “**consolidar o CAPS como referência de tratamento**”. Quando conversam sobre inviabilidade de volta para casa tendo em vista risco (tráfico) e a opção de ficar em um abrigo religioso, Silvio concorda em ficar no abrigo, mas de modo “**passivo, não implicado**”. Ao longo da internação, em vários momentos se queixa do atendimento [um método programado e em etapas de tratamento para as drogas] e pouco fala de si para a equipe do CAPS.

Ao sair de alta, Silvio ficou temporariamente ‘sem casa’, de modo que pernitoiu no próprio serviço. Voltou para casa [quintal dividido com irmãos] no dia seguinte, quer ‘reconstruí-la’. A partir daí, fala-se de modo recorrente da implicação de Silvio no tratamento e da necessidade de cumprir os acordos firmados com a equipe e a vizinhança / rede social de cuidado. Pensa-se inclusive em encaminhá-lo para outro serviço em caso de ausência de compromissos. Silvio concorda em ficar em abrigo

religioso. Ao longo do tempo, Sr. Antônio se aborrece com usuário, afastando-se dele de maneira que a rede social de cuidado que havia sido estabelecida se esfacela.

Em seu contrato terapêutico, elaborado pela equipe em outubro de 2003, consta que ele deve vir de segunda a sexta no CAPS e não usar drogas. Em dezembro do mesmo ano, há notícias de que esteve contando novamente com a ajuda dos irmãos, fazendo biscates com o Sr. João, mas que se apresentava arredio no CAPS.

Os contratos são vias pelas quais se implica e compromete não só o usuário, mas também a rede social de suporte ao mesmo. Ao que parece, o psicólogo é um profissional importante nessa modalidade de referência, que encarrega e vincula familiares e vizinhança pelo cuidado em saúde mental.

Os prontuários de Renato e Silvio revelam importantes ações psicossociais, nas quais os profissionais publicizam um pouco do que é conhecido no campo da saúde mental como contratualidade, ou seja, emprestar poder contratual ao usuário no sentido de que ele estabeleça trocas sociais “de valor”. Membros da comunidade estão presentes, em um contexto instável e conflitivo nas relações entre usuário e rede social. Esse episódio expõe diferentes mediações entre profissionais, usuários, familiares e membros da comunidade, acionando modalidades de regulação social que conduzem populações tuteláveis mas também alargam a ação estatal, no sentido de atingir entes intermediários que favoreçam a responsabilização do usuário.

A partir de agora vamos nos dedicar exclusivamente a um dos usuários atendidos pelo CAPS, por reunir em sua trajetória clínico-institucional elementos exemplares de negociação, divisão e delegação de encargos entre profissionais, usuários, familiares e membros da comunidade. Sandro, usuário do serviço desde 1996, aponta questões extremamente emblemáticas dos desafios desses serviços de atenção psicossocial no território, com seus encargos angustiantes e ao mesmo tempo recursos inusitados, com suas tecnologia de cuidado, mas também de controle. Mais do que nunca, é o teor administrativo das decisões no atendimento ao usuário que se destaca a seguir.

Sandro, 35 anos, quando chegou ao serviço desde agosto de 1996, foi descrito da seguinte forma:

“Vive sozinho, veio trazido pela tia Carla, irmã do pai. Vivia na rua, dormia no prédio do CAPS, quando era LBA. Pais rejeitaram, deixando com avós paternos dos 06 aos 11

anos. Avós faleceram. Ficou com tia Carla até 18 anos. Marido não aceitou e então Sandro passou a viver na rua.” (prontuário).

Nunca foi internado até então, mas desde os 11 anos apresenta alucinação visual, agressão e depressão. Esteve preso em 1994, ficando três meses na cadeia (hipótese de tentativa de furto). Sandro recebe atendimento médico em grupo e individual, visitas domiciliares e participa de oficinas em seu tratamento: eis o seu “projeto terapêutico”.

Constam também informações sobre a rede social de suporte: “Almoça na casa de D. Senira” (prontuário). Logo nos primeiros meses de atendimento, a participação dos parentes se coloca, fazendo parte freqüentemente de seu registro em prontuário “reuniões com a família” ou com membros da comunidade. Consta que o “Tio de Sandro (Sr. Santos) veio queixar-se que o paciente passa a noite em bailes e não faz uso da medicação”(prontuário).

Duas figuras se destacam no atendimento de Sandro: D. Senira, senhora conhecida, onde costuma jantar, almoçar, tomar banho e, às vezes, dormir. Ao mesmo tempo é um membro da comunidade, citado em prontuário, que remete a um recurso comunitário que pode ser acionado, além de ser também um local, uma casa, algo onde alocar. Em se tratando de um usuário que oscila entre a rua, a internação e a casa, com freqüência optando pela primeira em sua vida, essa questão do lugar onde ficar se torna relevante. Além disso, a tia Carla também é bastante citada, é onde Sandro costuma dormir.

Em outubro daquele ano, consta que Sandro trabalha como faxina em um trailer de cachorro-quente, na madrugada. Além disso, Sandro costuma “chantagear” o serviço, ameaçando profissionais com a afirmação de que “vai virar bandido”, “fogueteiro [do tráfico]”. Em dezembro, a atuação dos profissionais junto a familiares e membros da comunidade começa a ser descrita de modo mais extenso e detalhado. A atitude de mediação das relações parece se destacar, no sentido de manter o usuário em uma rede social de cuidado. Assim, lê-se:

“D. Senira traz uma série de queixas sobre S., falando da dificuldade deste em chegar no horário do jantar, chegando às vezes 22 horas. Ao mesmo tempo, D. Senira demonstra uma enorme dificuldade em colocar limites no Sandro que consegue muitas coisas através de atitudes sedutoras e às vezes fazendo chantagem como ‘vou virar bandido’. Foi pontuado a importância da presença de limites para favorecer (...) Através de ‘contratos’ estabelecem-se limites como de Sandro chegar no horário da refeição, do

banho etc. Senira fica muito mobilizada demonstrando linguagem ambígua quando perguntado o que faria caso Sandro chegue atrasado. *Pontuamos que é importante que não só o Sandro mas D. Senira também cumprir contratos.*”(prontuário, grifo meu)

As categorias “limite” e “contrato” delineiam a atuação técnica. Através da criação de “acordos”, procura-se produzir uma relação menos conflituosa entre membros da comunidade e usuário, tendo em vista a atitude pouco disponível a cumprir regras por parte do segundo.

No ano seguinte, em maio de 1998, “Dois moradores da área procuraram a unidade para queixar-se do paciente. O dono da padaria (...) o cunhado de Carla, sua tia, diz (...)”. O acusam de urinar em frente à padaria e de possível furto dos próprios amigos. Logo em seguida, em agosto, aparece uma situação limite no atendimento: não ter com quem ficar, não ter quem cuide e controle, quem se responsabilize por Sandro. A partir daí, **tecnologias de regulação social aparecem, como a mediação e a arbitragem, no sentido de produzir responsáveis pelo cuidado e alocar indivíduos em redes de relações.** Assim, lê-se:

“D. Senira e D. Carla participaram de atendimento. Colocou-se para Sandro a importância em seguir os limites colocados pois hoje chegou às 10:40 horas no CAPS e fizemos o acordo de que ele não poderia ficar na unidade no dia que chegasse nesse horário. Carla coloca que a partir das dificuldades que surgiram com Sandro a opção foi de não morar com ele, porém se mostrou disponível para participar uma vez por mês do atendimento. D. Senira fala que Sandro tem respeitado o horário estabelecido. Falamos da importância disso e também combinamos que Carla contactaria a assistente social da Funlar para Sandro fazer o curso profissionalizante.” (prontuário)

Abandonado pela tia e morando com uma conhecida, Sandro é instigado a participar de um curso profissionalizante. Desse modo, da inserção na rede social imediata, familiar, passa-se à inserção social na rede imaginada como nacional, o Estado, pela via do trabalho. Além disso, quem se responsabiliza por agenciar tal contrato? Curiosamente é o familiar que acabou de se desresponsabilizar pelo cuidado contínuo do usuário. Passar de agente do cuidado a agenciador de possibilidade de existência, acontece não só com os profissionais mas também com os familiares. O que parece importar é manter o vínculo, a rede de relações. Nesse momento, registra o profissional encarregado do caso:

“Fui procurada pela tia de Sandro, Carla, que me informou que a partir do final deste mês, Sandro terá que deixar o quarto onde reside pois o mesmo será ocupado por ela. Nos dirigimos então à residência de D. Senira para em conjunto pensarmos e buscarmos alternativas na comunidade para solucionar a questão da moradia para Sandro Fiz também contato telefônico com Zilda [técnica] do CPP II, responsável pelo lar abrigado feminino que se prontificou em sondar possibilidades para o mesmo na instituição.”
(prontuário)

Dias depois, consta que um chefe de serviço de moradia em hospital psiquiátrico, “informa que Sandro não tem perfil para lar abrigado” (prontuário). Novamente, trata-se de tentativas de engajar, de comprometer, de implicar atores sociais no cuidado. O CAPS se coloca em uma posição bastante difícil de ser sustentada no atendimento de Sandro, que é a de mediar a relação dele com diferentes atores e instâncias sociais. Será esses procedimentos envolvem alocação de indivíduos em redes de relação social, por meio da produção de responsáveis pelo cuidado?

“Carla traz sua preocupação com a possibilidade de Sandro morar com ela e o marido, por conta de determinadas regras que o marido (S. Luís) impõe. Sandro inicialmente parece não querer posicionar-se e traz novamente como opção trabalhar no tráfico. Deixamos bem claro para Sandro que este tipo de opção não terá apoio da equipe. Sandro permanece quase o tempo todo calado, e ao final da reunião posiciona-se para morar na rua – guardaria seus objetos na D. Senira (já teria combinado com ela).”
(prontuário)

A rua, a internação e o tráfico de drogas apresentam-se como situações intoleráveis pelo serviço, de modo que se tenta a todo custo construir uma solução possível e aceitável (do ponto de vista moral?). E isso se faz por meio de uma gestão da “comunidade”, de técnicas de mediação e arbitragem. Uma complexa rede de relações e uma diversidade de atores e instâncias sociais compõem uma espécie de malha administrativa em torno do usuário. O relato a seguir, na verdade, levanta mais perguntas do que essas articulações teóricas permitem responder. Esse precioso documento é um convite às questões que a atenção psicossocial oferece aos estudos sobre a atividade comunitária em saúde.

“Fui procurada por Carla que me comunicou que o proprietário do quarto, no qual Sandro poderia morar, foi procurado pelo mesmo, porém não compreende as

informações que Sandro lhe passou e que já havíamos acordado na reunião para a abertura da negociação a respeito da moradia. *Solicitei então que Sandro trouxesse à unidade este senhor para iniciarmos as negociações em conjunto*, já que o mesmo negou ajuda da sua tia Carla. *O senhor Gilson aceitou acolher Sandro e Sandro se comprometeu a pagar com seu ganho de trabalho no trailer, mais o valor autorizado por sua tia Carla de R\$ 10,00 e mais a cesta básica fornecida pelo CAPS*. O Sr. Gilson solicitou a doação de 50 tijolos e dois sacos de cimento, que serão negociados junto à associação por outra profissional que participou também das negociações. Sandro se comprometeu também em trabalhar como o Sr. Gilson, numa serralheria que o mesmo pretende montar futuramente. *Foi dado a Sandro o ticket da cesta básica, para ser entregue ao Sr. Gilson (...)* Será oferecida uma vaga no curso de marcenaria para o Sr. Gilson.” (prontuário, grifos meus).

Imagino que a atuação de muitos outros profissionais – como os assistentes sociais – poderiam colaborar para investigar essas tecnologias psicossocial descritas acima, assim como a atividades nos grupos de família poderiam indicar mais caminhos de investigação de técnicas de implicação do usuário no tratamento, pela via da responsabilização dos familiares ou do comprometimento de membros da comunidade. Através desses registros, entretanto, podemos ter um esboço das modalidades de exercício de poder acionadas nos CAPS, onde as trocas, recursos e encargos entre o Sr. Gilson, Sandro e os profissionais do serviço nos fazem perguntar sobre o objeto das mediações e negociações das quais temos falado: a arbitragem – mediar conflitos no sentido de adquirir poder de decidir e intervir sobre rede de relações sociais – atinge Sandro ou o Sr. Gilson? Quem está sendo gerido nesse processo complexo de engajamento e produção de vínculo com atores sociais?

Muitas outras perguntas poderiam ser realizadas a partir do material apresentado nesse capítulo, tendo em vista a “riqueza” e a “incerteza” das práticas de atenção psicossocial. Há que se pensar também no conjunto de tecnologias de gestão de populações que perpassam essa intervenção, acionada sobre o campo instável e conflituoso da ação administrativa sobre os loucos na comunidade.

As afirmações de Ewald (1997) sobre a experiência contemporânea da responsabilidade parece ecoar no campo da saúde mental: é justamente quando se está incerto sobre os encargos de cada um que surge um apelo à responsabilidade ao conjunto da população, trata-se não tanto de encarregar ou imputar penas – em busca de responsáveis – mas de engajar e vincular no sentido de produzir adesão, buscando formar parcerias.

Pode-se dizer que as práticas de atenção psicossocial publicizadas por meio dos prontuários exibem a dimensão administrativa que atravessa a clínica com mais ênfase, ao contrário do que se poderia imaginar. A intimidade e proximidade da reunião de equipe e das entrevistas, ainda que apresentando um material diversificado, deixam dúvidas com respeito ao que a privacidade pode relevar, pelo menos no que tange ao tema da responsabilidade. Encarregar, implicar, garantir, culpar: vemos um elenco de estratégias e tecnologias que cuidam ao mesmo tempo em que controlam, em interações nas quais os espaços público e privado já não se acomodam tão bem ao que comumente se entende por eles.

Acredito, tendo em vista esse percurso de pesquisa junto às práticas de saúde mental, que podemos encontrar esses e outros questionamentos ao modo como oficialmente e institucionalmente tem “responsabilizado” atores e instâncias sociais. Essa pesquisa aposta justamente nisso, na possibilidade de abordar o campo da saúde mental de outro modo, com olhares e escutas nada hegemônicos.

CONCLUSÃO

Essa dissertação apresenta um pouco do que hoje se vive no campo da saúde mental, após mais de 20 anos de um processo de mudança na assistência psiquiátrica no Brasil. Como já apontei anteriormente, mais do que direitos, são os deveres que estão em pauta. A todo momento surgem preocupações acerca de recursos para cuidar, mas ao mesmo tempo somos perpassados por encargos a gerir. O Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, no município do Rio de Janeiro, é uma experiência reformista local que aponta elementos importantes para pensar essa ambigüidade constitutiva da instalação de serviços locais de saúde mental: convocação à participação em meio à necessidade de compartilhar responsabilidades pelo cuidado.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira procura aumentar as possibilidades do usuário gerenciar a si mesmo, de modo que ele prescindia paulatinamente da instituição asilar. Entretanto, a atenção psicossocial pode produzir dependência também, favorecendo que o usuário dependa cada vez mais de outras instituições, como a família, a comunidade, o trabalho. A idéia de autonomia, como aumento dos laços sociais ao invés de independência, não se afasta dessa concepção da atenção psicossocial como processo de vinculação à rede social. A desinstitucionalização da loucura envolve necessariamente a desospitalização da assistência psiquiátrica, de modo que se espera que os processos produtores de cidadania e autonomia sejam desencadeados no próprio lugar onde o usuário mora, através de uma unidade administrativa local que tome a responsabilidade por um conjunto da população. Tomada de responsabilidade que convoca a gestão dos recursos de cuidado, mas esbarra na execução do conjunto da assistência.

Poderíamos entrar a fundo nos dilemas morais que a idéia de dependência nos causa, mas atentar para o que as tecnologias reformistas têm de administrativo, nos remete às seguintes perguntas: como atender pacientes psiquiátricos egressos de internações em serviços comunitários sem antes produzir adesão? Como repartir atribuições pelo cuidado com aqueles que antes utilizavam a internação como recurso privilegiado, sem atrair, conquistar, convencer? De que modo poderíamos nos livrar do peso de mediações, negociações, arbitragens, produção de responsáveis pelo cuidado e alocação de indivíduos em redes de relações sociais, na atenção psicossocial?

Há quem imagine que a clínica, as modalidades de intervenção sobre o indivíduo com base em saberes “psi” consagrados, como a psiquiatria, a psicologia e a psicanálise, indique caminhos que não envolvem gestão, controle ou tutela. Esses saberes, como

vimos, têm relação com outros encargos e outro contexto sócio-histórico: o do advento da psiquiatria e do asilo, do seqüestro e isolamento como modo de relação da administração pública com o louco, da medicina como gestora de populações tuteláveis, na medida que são diagnosticadas como doentes mentais. Como muitos dos críticos das ações psicossociais acreditam, indicar e reivindicar a ação especializada é uma maneira de lidar com a gestão dos riscos e a capilaridade da ação estatal. Parece haver, nesse contexto, uma forma de limpar e purificar a terapêutica da loucura de suas articulações com a administração, articulações essas constitutivas da própria psiquiatria.

Por outro lado, colorir esse rearranjo de encargos e recursos no campo da saúde mental com novas abordagens terapêuticas tem sido uma forma de tomar para si a responsabilidade pelo território, no sentido de valorizar o engajamento, a implicação e o vínculo como inovações técnicas. Os valores acionados – como a compaixão, a piedade, e a solidariedade – e os bens simbólicos e materiais em jogo – como o cuidado, a parceria, o laço de sangue, a quentinha, a cesta básica e o benefício do INSS – ficam obscurecidos quando se permite que a atenção psicossocial seja descrita como “um conjunto heterogêneo de forças em ação”. Quando se destacam os objetivos e os fins das iniciativas reformistas cotidianas, muitos dos procedimentos e expedientes diários se tornam invisíveis. Mas como poderia deixar de ser diferente? Como seria possível engajar, vincular e aderir se a dimensão moral e administrativa da atenção psicossocial estivesse contribuindo para ler na contratualidade uma mediação ou arbitragem?

Essa pesquisa contou com a contribuição dos estudos de antropologia da administração pública, uma das possibilidades de desnaturalizar as práticas em saúde mental, indicar sua dimensão de gestão de populações. A mediação entre Estado e população por unidades administrativas, a integração como modalidade de ação estatal, é o pressuposto dessas abordagens sociológicas cujo objeto são populações tuteláveis: loucos, índios e menores. Os Centros de Atenção Psicossocial não são exclusivamente locais nos quais procedimentos e expedientes administrativos mediam, negociam e arbitram relações sociais, no sentido de gerir populações. Também podem ser espaços de produção de autonomia, de práticas criativas e de novas sociabilidades. O que norteia essa investigação não é a afirmação de tecnologias terapêuticas a serviço da implantação dos princípios da Reforma, mas a necessidade de desconstruir consensos e abrir novas possibilidades de debate do que se faz e se pensa no campo da saúde mental.

Assim, acredito que muito do que foi esboçado no terceiro capítulo mereceria uma atenção mais cuidadosa. Não foi possível, no limite dessa dissertação, investigar de

modo sistemático as diferenças entre as técnicas de gestão da população que atravessam a atenção psicossocial. Ou seja, mediação e negociação não foram categorias que reuniram elementos etnográficos suficientes para uma tipologia, algo que pudesse detalhar os procedimentos e as formas pelas quais a gestão opera. Além disso, as próprias noções de engajamento, vínculo e implicação, peculiares aos CAPS, também não se apresentaram de uma maneira que pudéssemos distingui-las.

No entanto, penso que o conceito sócio-histórico de responsabilidade, assim como sua atualização no contexto da saúde mental, colaboraram para que esse *mix* de noções não se desgrudasse da idéia de garantir, assegurar, encarregar e engajar. Inclusive, foram essas apreensões iniciais dos discursos acerca da noção de responsabilidade que ressoaram em muitos dos debates no CAPS de Irajá: o fato de 40% da clientela ter entrado no ano de 2002, após a portaria governamental que atribui a esse serviço a gestão da demanda em saúde mental, foi um marco da diretriz da ‘tomada de responsabilidade do serviço pelo território’. Entretanto, não são apenas as estatísticas que acentuam a força dos discursos em torno da responsabilidade. A idéia de implicação de atores sociais como modo de referência aponta que as estratégias de desinstitucionalização da loucura passam principalmente pela transformação da rede, seja ela composta por profissionais, familiares ou vizinhos. Mais do isso, trata-se de incluir ou integrar à rede, seja ela societária ou estatal.

A responsabilidade possível ao psicótico, com base na qual o sujeito deve se engajar de alguma forma naquilo que sente, pensa e faz, sofisticou-se bastante por meio desses difusos processos de responsabilização. Essa dimensão da responsabilidade parece, por vezes, isenta de responsabilidade no campo da saúde mental. Ou seja, as estratégias no sentido de implicar o sujeito parecem avessas às tecnologias de controle social, embora não seja raro lançar mão justamente da responsabilização dos entes intermediários para que algum processo de individualização se opere. Atender a família, muitas vezes, pode ser a condição de análise.

Procurro, com este trabalho, acrescentar contribuições para os estudos acerca das práticas de atenção psicossocial, convidando o leitor a se perguntar sobre as articulações contemporâneas entre terapêutica e gestão da loucura. Isso não aponta para uma substituição de tecnologias de regulação social, como se modalidades de exercício de poder ligadas à soberania e disciplina estivessem ultrapassadas, mas para uma concomitância de cruzamentos entre técnicas terapêuticas inovadoras, novos encargos administrativos e o que se poderia chamar de um mandato social de integração social.

Como se dão essas atividades de gestão governamental que cruzam a clínica ampliada? Seja técnico ou técnica, a referência seria uma nova especialidade? O que se quer referenciar: a rede, o indivíduo ou determinados grupos sociais?

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Patty (2003) “O desafio da produção de indicadores para a avaliação de Serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ” in: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, org.: Amarante, Rio de Janeiro, NAU editora, pp.89-117.
- ALVES, Domingos (1996) “Por um Programa Brasileiro de Apoio à Desospitalização”, in: Pitta, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil, São Paulo, Hucitec, pp.27-30.
- _____ (2001) “Integralidade nas Políticas Públicas de Saúde Mental”, in: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben. (orgs.) Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro, UERJ-IMS; ABRASCO, pp.167-176.
- _____ (2003) Conferência no II Encontro do Projeto “Integralidade: Saberes e Práticas no Cotidiano das Instituições de Saúde”, Rio de Janeiro, IMS-UERJ.
- AMARANTE, Paulo (1995) Loucos pela Vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- _____ (1996) O Homem e a Serpente – histórias sobre a loucura e a psiquiatria, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- _____ (1997) “Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira”, in: Fleury, Sonia (org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES, São Paulo, Lemos Editorial, pp.163-186.
- BEZERRA JR., Benilton (1992a) “Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos”, in: Bezerra Jr., Benilton e Amarante, Paulo (orgs.) Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp.31-40.
- _____ (1992b) “Cidadania e Loucura: um paradoxo?”, in: Bezerra Jr., Benilton Jr. e Amarante, Paulo (orgs.) Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp.113-126.
- _____ (1994) “De médico, de louco e de todo mundo um pouco”, in: Guimarães, Reinaldo e Tavares, Marcelo (orgs.) Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80, Rio de Janeiro, Relume Dumará / ABRASCO / IMS-UERJ, pp.171-191.
- _____ (1996) “A Clínica e a Reabilitação Psicossocial”, in: Pitta, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil, São Paulo, Hucitec, pp.137-142.

_____ (1999) “A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação?”, in: Cadernos do IPUB, n. 14, Rio de Janeiro, UFRJ, pp. 135-144.

BIRMAN, Joel (1992) “A cidadania tresloucada – Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais”, in: Bezerra Jr., Benilton & Amarante, Paulo (orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp.71-90.

BOURDIEU, Pierre (1997) *A miséria do mundo*, Petrópolis-RJ, Vozes.

BRAGA CAMPOS, Florianita (1992a) “Considerações sobre o Movimento de Reforma dos Serviços de Saúde Mental”, in: *Psicologia e Saúde – Repensando Práticas*, Hucitec, São Paulo, pp. 59-64.

_____ (1992b) “O Lugar da Saúde Mental na Saúde”, in: *Psicologia e Saúde – Repensando Práticas*, Hucitec, São Paulo, pp. 47-57.

CAMARGO JR., Kenneth (2001) “As muitas vozes da integralidade”, in: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben. (orgs.) *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro, UERJ-IMS / ABRASCO, 2001, pp.11-16.

_____ (2003) “Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade”, in: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben. (orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, Rio de Janeiro, UERJ-IMS; ABRASCO, pp. 35-44.

CAMPOS, Gastão (1992) *Reforma da reforma – repensando a saúde*, São Paulo, Hucitec.

_____ (1997) “Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”, in: Merhy, Emerson e Onocko, Rosana (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*, São Paulo, Hucitec, pp.229-266.

CANESQUI, Ana Maria (1997) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Editora Hucitec/ ABRASCO.

_____ (1995) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo, Editora Hucitec/ ABRASCO.

CAPISTRANO FILHO, David (1991) *Mil dias de governo popular*, São Paulo, Editora Brasil Urgente.

_____ (1995) “A casa dos horrores”, in: *Da saúde e das cidades*, São Paulo, Hucitec, pp.99-120.

- CARRARA, Sérgio (1998) Crime e loucura: o surgimento do manicômio judiciário na passagem do século, Eduerj / Edusp, Rio de Janeiro / São Paulo.
- CARVALHO, Emílio Nolasco (2001) “A Reforma, as Formas e *Outras* Formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental”, dissertação de Mestrado, Psicologia Social – UERJ, Rio de Janeiro.
- CASTEL, Robert (1978) A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo, Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (1987) A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise, Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- CAVALCANTI, Maria (1992) O Tear das Cinzas: psicose e instituição, dissertação de mestrado, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro.
- COHN, Amélia (1997) Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil, Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo, Laurell, A.C. (org.), São Paulo, Editora Cortez.
- CORRÊA, Mariza (1998) As ilusões da liberdade, Edusf, São Paulo.
- COSTA, Jurandir (1980) História da Psiquiatria no Brasil. Terceira edição revisada, Rio de Janeiro: Campos.
- COSTA-ROSA, Abílio et. al. (2003) “Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva”, in: Amarante, Paulo (org.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, Nau Editora, Rio de Janeiro, pp.13-44.
- DELGADO, Pedro (1992) As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil, Rio de Janeiro, Te Corá, 1992.
- DELGADO, Pedro (1997) “A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial”, in: Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, ano VI, nº16, pp.41-45.
- _____ (1999) “Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais”, in: Cadernos do IPUB, nº 14, Rio de Janeiro, UFRJ, p.113-122.
- _____ (2001a) “O tratamento a partir da reforma psiquiátrica”, in: Quinet, Antonio. Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, pp.153-158.
- _____ (2001b) “No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica”, in: Venâncio, Ana e Cavalcanti, Maria (orgs.) Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos, Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, pp.283-290.

- DELGADO, Simone (1997) “CAPS Rubens Corrêa – A construção de uma clínica diferenciada”, in: Venâncio, Ana et. al. O Campo da Atenção Psicossocial, Rio de Janeiro, Te Corá; IFB, pp.114-118.
- DELEUZE, Gilles (1998) “Pós escrito sobre as sociedades de controle”, Editora 34, Rio de Janeiro.
- DELL’ACQUA, Giuseppe e MEZZINA, Roberto (1991) “Resposta à crise – Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial”, in: Delgado, Jaques (org.) A Loucura na Sala de Jantar, São Paulo, Resenha, pp.53-95.
- DIAZ, Fernando (2001) “ “Loucos de Todo Gênero são Incapazes” – Justiça e Saúde Mental no município de Angra dos Reis na década de 90”, dissertação de mestrado, IMS-UERJ, Rio de Janeiro.
- DUARTE, Luis (1986) Da vida nervosa nas classes trabalhadoras, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores.
- DUARTE, Luis et. alli. (1993) “Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras”, in: Revistas Brasileira de Ciências Sociais, nº 22, ano 8, pp.05-19.
- DURKHEIM, Emile (1972) O que é fato social? In: As regras do método sociológico. São Paulo, Companhia Editora Nacional.
- EWALD, François (1997) “L’expérience de la responsabilité”, in: Qu’est-ce qu’est être responsable? Sciences Humaines Communication et PolyPAO, Seita, Paris.
- FAGUNDES, Hugo e LIBÉRIO, Madalena (1997) “A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução”, in: Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, ano VI, nº16, pp.30-35.
- FAGUNDES, Hugo (1999) “Os CAPS de Campo Grande e Santa Cruz e a consolidação da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro”, in: Cadernos do IPUB, nº 14, Rio de Janeiro, UFRJ, pp.31-36.
- FERNANDES, et. al. (1999) Fim de século, ainda manicômios? São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina (2001) “O que faz um psicanalista na Saúde Mental”, in: Venâncio, Ana e Cavalcanti, Maria (orgs.) Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos, Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, pp.73-82.
- FLEURY, Sônia (1997). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial.

FRANÇA, Antonio (2001) “Fundamentos para uma Clínica Ressocializadora: análise de uma experiência de Residência em Saúde Mental no DF”, Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica – UNB, Brasília-DF.

FRY, Peter (1986) “Direito positivo *versus* direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. In: Figueira S.A. (org.) Cultura da Psicanálise, São Paulo: Brasiliense.

FOUCAULT, Michel (1978) A história da loucura na idade clássica, Rio de Janeiro, Perspectiva.

_____ (1979) Microfísica do poder, Rio de Janeiro, Graal.

_____ (1987) Vigiar e punir: nascimento da prisão, Petrópolis-RJ, Vozes.

_____ (1997) Resumo dos Cursos no Collège de France (1970-1982), Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

_____ (2002) Em defesa da sociedade, Rio de Janeiro, Martins Fontes.

FRIEDMAN, Jacob (2002) Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

FURTADO, Juarez (2001) “Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação”, in: Harari, Ângela e Valentini, Willians (orgs.) A reforma psiquiátrica no cotidiano, São Paulo, Hucitec, pp.37-58.

GANDOLFI DALLARI, Sueli (1995) Os Estados Brasileiros e o direito à saúde, São Paulo, Hucitec.

GOLDBERG, Jairo (1996) A clínica da psicose: um projeto na rede pública, Rio de Janeiro, Te Corá / IFB.

_____ (1996) “Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial”, in: Pitta, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil, São Paulo, Hucitec, pp.33-47.

GOMES, Maria e ALBUQUERQUE, Patrícia (1998). Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental: um desafio. Cadernos do IPUB 60 anos, Rio de Janeiro, IPUB - UFRJ.

GOMES, Maria (1999) A Política Pública de Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria – UFRJ.

IFB (1998 à 2003) “Relatórios de Assessoria Técnica do Convênio IFB / CAPS – SMS – RJ”, Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro.

JAMEGUBERRY, Inês e MOSCOVICH, David (1997) “La responsabilidad del sujeto em la psicosis”, in: Pujó, Mario (org.) *Las Psicosis, Psicoanálisis y el Hospital*, Nº 11, Jun 17, pp.08-10.

LEAL, Erotildes (1994) “A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos”, dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, UERJ.

_____ (1999a) “O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira: modelos de conhecimento”, tese de doutorado, Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro, UFRJ.

_____ (1999b) “Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia”, in: *Cadernos do IPUB*, nº 14, Rio de Janeiro, UFRJ, pp.47-54.

LIMA, Antonio (1995) *Um grande cerco de paz – poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*, Petrópolis, Vozes.

_____ (2002) “Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo”, in: *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública*, Rio de Janeiro, Relumé-Dumará / NUAP-UFRJ, pp.11-22.

LOBOSQUE, Ana (1997) *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*, São Paulo, Hucitec.

_____ (2003) *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*, Rio de Janeiro, Garamond.

LUZ, Madel (2001) “Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual”, in: Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben. (orgs.) *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro, UERJ-IMS / ABRASCO, pp.17-38.

MACHADO, Roberto (1978) *Danação da Norma*, Graal, Rio de Janeiro.

MAIA, Rousiley e FERNANDES, Adélia (2002) “O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política”, in: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol.17, nº 48.

MARSIGLIA, Regina (1987) *Saúde Mental e Cidadania*. São Paulo: Edições Mandacaru.

MATTOS, Ruben (2003) “Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde”, Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben. (orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, Rio de Janeiro, UERJ-IMS; ABRASCO, pp. 45-61.

NICÁCIO, Fernanda (1990) “Apresentação”, in: Desinstitucionalização, Hucitec, São Paulo, pp. 09-16.

_____ (1994) O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura, dissertação de mestrado, Ciências Sociais, São Paulo, PUC-SP.

NICÁCIO, Fernanda e KINKER, Fernando (1997) “O desafio do viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos”, in: Braga Campos, Florianita e Henriques, Cláudio. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos, São Paulo, Hucitec, pp.167-177.

OFFE, Claus (1984) Problemas estruturais do Estado capitalista, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

PINTO, Lúcia (2001) “Uma revisão acerca da monografias da residência integrada em saúde mental do Intituto Phillipe Pinel”, mimeo (Biblioteca do IPP-MS).

PITTA, Ana (1984) “Sobre uma política de saúde mental”, dissertação de mestrado, Medicina Preventiva, São Paulo, USP.

ROCHA, Eduardo (1999) “A responsabilidade pela gestão pública da reforma psiquiátrica: alguns problemas”, in: Cadernos do IPUB, nº 14, Rio de Janeiro, UFRJ, pp.37-40.

ROSEN, George (1978) Da policia médica à medicina social, Graal, Rio de Janeiro.

ROTELLI, Franco et. al. (1990) “Desinstitucionalização, uma outra via – a Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”, in: Nicácio, Fernanda (org.) Desinstitucionalização, Hucitec, São Paulo, pp. 17-59.

RUSSO, Jane (1990) “A reorientação do campo psicanalítico na década de 80”, in: Jornal Brasileiro de Psiquiatria 39(6):319-324.

_____ (1993) “Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil”, in: Silva Filho, João e Russo, Jane (orgs.) Duzentos anos de psiquiatria, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp.07-10.

_____ (1997) “Os três sujeitos da psiquiatria”, in: Cadernos do IPUB, nº 07, Rio de Janeiro, UFRJ, pp.11-21.

SALEM, Tânia (1988) Entrevistando Famílias: notas sobre o trabalho de campo. In: CARDOSO, R. A Aventura Sociológica, Rio de Janeiro: Campos.

SERPA JR. Octavio (1996) “Sobre o nascimento da psiquiatria”, in: Cadernos do IPUB, nº 3, pp.25-40.

SCHECHTMAN, Alfredo et. al. (1996) “Política de Saúde Mental no Brasil”, in: Cadernos do IPUB, nº 3, pp.09-12.

SILVA, Martinho (2002) “ ‘Clínica da Reforma’ ou ‘Clínica na Reforma’: Sobre a produção de um discurso hegemônico no cenário atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, monografia de conclusão do curso de especialização em saúde mental, FIOCRUZ, mimeo.

SILVA JR., Alúcio (1998) Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec.

SMS-RJ (1999) Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, Manoel (1998) “Deus e a Ciência na Terra do Sol: o hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil”, tese de doutorado, IPUB-UFRJ, Rio de Janeiro.

_____ (1999) “Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho”, in: Cadernos do IPUB, nº18, Rio de Janeiro, pp.84-101.

TENÓRIO, Fernando (1999) “Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro”, in: Cadernos do IPUB, nº 3, pp.197-223.

_____ (2000) “Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social”, in: História, Ciências e Saúde, vol. VII (1), mar-jun, pp.117-134.

_____ (2001a) A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica, Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos.

_____ (2001b) “Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário”, in: Figueiredo, Ana e Cavalcanti, Maria (orgs.) A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização, Rio de Janeiro, IPUB / CUCA, pp.69-84.

TUNDIS, Siilvério e COSTA, Nilson (1987) Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes.

TYKANORI, Roberto (1996) “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial”, in: Pitta, Ana (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil, São Paulo, Hucitec, pp.55-59.

_____ (1997) “Em busca da cidadania”, in: Braga Campos, Florianita e Henriques, Cláudio. *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*, São Paulo, Hucitec, pp.67-77.

VENÂNCIO, Ana et. al. (1997) *O Campo da Atenção Psicossocial*, Te Corá / IFB, Rio de Janeiro.

VENÂNCIO, Ana (2001) “Antropologia e saúde mental: uma revisão”, in: Venâncio, Ana e Cavalcanti, Maria (orgs.) *Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos*, Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, pp.83-102.

VÁRIOS (1997) “CAPS Rubens Correa: a construção de uma clínica diferenciada”, in: *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, ano VI, nº16, pp.37-39.

VÁRIOS (1999) “Interdisciplinariedade: reflexões de uma prática”, in: *Cadernos do IPUB*, nº 14, Rio de Janeiro, UFRJ, pp.175-180.

VASCONCELOS, Eduardo (1995) *Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologia e estratégia de pesquisa*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (4): 189-197.

_____ (2001) *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade*, Cortez, Rio de Janeiro.

VIANNA, Adriana (2002a) “Quem deve guardar as crianças? Dimensões tutelares da gestão contemporânea da infância”, in: Lima, Antonio. *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública*, Rio de Janeiro, Relumé Dumará / NUAP-UFRJ, pp.271-312.

_____ (2002b) “Limites da Menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento”, tese de Doutorado, *Antropologia Social*, Rio de Janeiro, UFRJ.

WEBER, Max (2002) *Ciência e Política: Duas Vocações*, São Paulo, Martin Claret.

ANEXO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1- Qual a sua profissão?
- 2- Há quanto tempo se formou?
- 3- Já atuou em outra área além da Saúde Mental? Qual? (saúde / educação / justiça / desenvolvimento social)
- 4- Há quanto tempo trabalha na Saúde Mental? Por que Saúde Mental?
- 5- Há quanto tempo trabalha no CAPS? Por que CAPS?
- 6- Que tipos de atividades você exerce no CAPS? (dentro / fora; com equipe / sem equipe; atendimento: individual / em grupo; diária / semanal / quinzenal / mensal; com: familiar / usuário / outros técnicos / membros da comunidade / gerência)
- 7- O que mais acontece? (passeios / festas / saraus / aniversários) Nessas ocasiões, quem participa, como participa, quem traz o quê?
- 8- E a família?
- 9- Telefonam ou vêm ao serviço pedindo uma VD? Como é que acontece?
- 10- E a relação com a comunidade? Já houve caso de alguém da comunidade vir espontaneamente ao serviço pedir atendimento? O que o serviço faz?
- 11- Como é que costuma funcionar a referência na equipe? O que faz o técnico de referência?
- 12- E a relação com outros técnicos?
- 13- Tem alguns temas que apareceram com frequência na minha pesquisa, sobre responsabilidade e reforma psiquiátrica. Eu gostaria que você comentasse, livremente, os seguintes:
 - . a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado
 - . o serviço deve tomar para si a responsabilidade sobre o território
 - . o sujeito deve se tornar responsável pela própria condição, pelo próprio sintoma
 - . o profissional deve, progressivamente, adquirir graus de responsabilidade pelo trabalho que executa
- 14- Você se sente fazendo parte de uma iniciativa inovadora de assistência psiquiátrica no país?