



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO: PSICOLOGIA

**OS DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL**

Leilane Silva De Matos

Brasília-DF
Dezembro/2013

LEILANE SILVA DE MATOS

**OS DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada, para obtenção de grau de Psicóloga pela Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof^ª. Tânia Inessa Martins de Resende

Brasília-DF
Dezembro/2013

LEILANE SILVA DE MATOS

**OS DESAFIOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CAMPO DA
SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL**

Esta monografia foi julgada e aprovada pela comissão examinadora para a obtenção de grau de Psicóloga pela Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Composta pela comissão:

BANCA EXAMINADORA

Prof. MsC. Tânia Inessa Martins de Resende
Orientadora

Prof.
Examinador

Prof.
Examinador

A menção final obtida foi: _____

Brasília-DF
Dezembro/2013

Dedico este trabalho à minha filha, que com sua doçura ilumina minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado Saúde, determinação e animo para enfrentar todos os desafios durante o curso de Psicologia.

Em especial agradeço a minha orientadora Tânia Inessa Martins de Resende, pela oportunidade de ser sua orientanda, pela presteza das orientações, pela paciência, ensinamentos, comprometimento e pela confiança em mim depositada ao longo das supervisões e desenvolvimento desse trabalho. Foi um privilégio ter você como minha orientadora, pois os ensinamentos que eu adquirir vou levá-los para sempre comigo.

Não podia deixar de agradecer aos colegas do CAPS do Paranoá: aos Psicólogos(a) Juliana Pacheco, Antonio Carlos, Felipe, e todos os outros funcionários que compõem o CAPS foi uma honra inigualável tê-los como colegas de trabalho. Vou levar na minha jornada cada experiência, ensinamento, discussão de caso e tudo que pude usufruir nesse tempo que fiquei convivendo com pessoas especiais e dedicados como vocês.

Aos demais professores do curso de Psicologia do UniCeub, que durante todos esses anos, compartilharam seus conhecimentos e experiências na minha formação acadêmica e profissional foi um prazer tê-los como professores. Em especial aos membros da banca, pela disponibilidade e possíveis contribuições para a minha monografia.

Agradeço aos meus pais Helio e Denise, aos meus irmãos Lidiane, Rafael e Laiane e ao meu namorado Tiago pelo apoio, e que nos momentos difíceis souberam transmitir palavras de incentivo e companheirismo. Sem vocês ao meu lado não teria conseguido.

A minha Amada filha, o amor da minha vida e minha maior inspiração, é para ela que dedico essa monografia.

Aos meus amigos de caminhada, foram tantos mais não podia deixar de agradecer em especial ao meu amigo Roberto Willian, quero tê-lo sempre perto para as nossas trocas que muito me enriquecerem. Aos demais colegas do curso meu muito obrigado pelas experiências únicas e especiais, nunca vou me esquecer de vocês.

Em fim muito obrigado a todos vocês com os quais compartilho a minha alegria por essa conquista. Sintam-se abraçados por mim.

“A desinstitucionalização implica no resgate da cidadania como processo de valorização dos seres humanos, para que possam ser compreendidos como pessoas, com direitos a tomar decisões, com oportunidades de fazerem-se cidadãos e de terem a sua vontade e fala validadas.”

(Belini & Hirdes, 2010; p. 565)

RESUMO

O cuidado integral às pessoas institucionalizadas envolve o resgate da condição humana de liberdade, cidadania e sociabilidade, bem como a qualidade de vida das mesmas. O processo de desinstitucionalização envolve aspectos subjetivos de cuidado e ajuda concreta nas questões operacionais para um novo projeto de vida. Dentro desse contexto a presente pesquisa tem como objetivo analisar de forma crítica os avanços, retrocessos e desafios da implementação da política nacional de Saúde Mental no Distrito Federal. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico a respeito do tema visando obter subsídios para uma discussão sobre a reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Esta reflexão se apoia também na análise das indicações da Lei Federal nº 10.216 e da Lei do Distrito Federal nº 957, que fixam as diretrizes para a assistência em Saúde Mental. Foi realizada pesquisa de campo para verificar as dificuldades, desafios, avanços e obstáculos que a política de saúde mental enfrenta para ser implementada no DF. Para tanto foi realizada entrevista com importante ator social, em uma dupla imersão: participação desde o início do movimento pró-saúde mental do DF e recente imersão como profissional em serviços de saúde mental – tipo CAPS – no DF. As conclusões apontam para a necessidade de ampliação de pesquisas nesta área da saúde mental, em especial no que se refere às dificuldades da implementação da política de saúde mental no Distrito Federal.

Palavra Chave: Reforma psiquiátrica, saúde mental, desinstitucionalização.

SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO	8
1. INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A TRAJETÓRIA DA LOUCURA	10
1.1 A Loucura Reduzida à Doença Mental e a Criação dos Manicômios: O Processo de Institucionalização	10
1.2 O Processo de Desinstitucionalização	16
1.3 A Desinstitucionalização como Desconstrução	21
1.4 A Desinstitucionalização do papel do técnico	23
2. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A LUTA ANTIMANICOMIAL	25
2.1 Os Preceitos da Luta Antimanicomial pela construção da Cidadania	25
2.2 A Experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira	27
2.3 A Política Nacional de Saúde Mental	32
2.4 A Política de Saúde Mental no DF	35
3 METODOLOGIA	40
3.1 Abordagem metodológica	40
3.2 Procedimentos na coleta de dados	42
3.3 Delineamento da pesquisa	43
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Dificuldades específicas para a implementação da Política de Saúde Mental no DF	44
4.2 Avanços, limites e retrocessos na implementação da Política de Saúde Mental no DF	45
4.3 Papel da Legislação em Saúde Mental, no Brasil e no DF	46
4.4 Papel do Movimento Social, no Brasil e no DF	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	57
<u>APÊNDICE</u>	59
Apêndice 1: Roteiro de entrevista	61
Anexo 2: Entrevista	62

INTRODUÇÃO

O percurso histórico da loucura demonstra que sua relação com a sociedade é marcada por variações em que tanto houveram momentos de algum tipo de aceitação e convívio, quanto longos períodos de exclusão. O saber médico-psiquiátrico, ao patologizar a loucura, reduziu o indivíduo à sua doença e o exclui em instituições de caráter coercitivo (Foucault, 1972; Basaglia, 1985; Lobosque, 2001; Amarante, 1994, 1996; Ornellas, 1997). Ao se analisar criticamente essa trajetória histórica, é importante que se tenha em mente a necessidade de se levar em conta o contexto sociocultural, político e econômico de cada época. A proposta de reflexão sobre a história da loucura traz subsídios para a compreensão acerca do atual cenário da saúde mental no Brasil.

Muitas foram as lutas contra a institucionalização da loucura, em que predominou a determinação dos atores sociais unidos contra a tirania e o autoritarismo, em prol do início do processo de Reforma Psiquiátrica no país. Essas foram conquistas que tiveram impacto social, cultural e político no âmbito da saúde brasileira, especialmente da saúde mental. Um marco desse processo de conquistas veio com a aprovação, em 2001, da Lei nº 10.216, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Mas mesmo com tantas conquistas, ainda percebemos que a atual situação da política de saúde mental continua precária, como amplamente veiculado nos meios de comunicação. A saúde da população é transformada, por meio da lógica capitalista, em mercadoria em meio a um sistema de obtenção de lucro fácil, por empresas e políticos. De forma que isso se torna um desrespeito à dignidade da pessoa humana, subtrai das pessoas o direito à cidadania e não lhes permite se desenvolver plenamente. Parte disso é devido à baixa efetividade das políticas públicas implementadas para a maioria da população brasileira, situação que agrava o quadro da desigualdade social. O Movimento da Luta Antimanicomial é um movimento social que preconiza seus princípios e luta ativamente “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Muitos são os desafios a serem enfrentados, mas desistir não é uma opção nesse caso.

Desde 1989 temos uma Política Nacional de Saúde Mental que está profundamente embasada pelo conceito de *desinstitucionalização*, tal como preconizado pela experiência italiana Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1996; Basaglia, 1985; Rotelli, De Leonardis & Mauri, 1986). Por meio desse entendimento foram sendo formuladas estratégias efetivas na construção de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental, que tem como objetivo a progressiva extinção do modelo manicomial asilar. É a partir deste ideal que têm surgido a

reinvenção e experimentação de novos saberes e práticas, de novos serviços e, principalmente de novas formas de cuidar do outro. Esta é uma proposta de efetiva transformação do atual contexto da saúde mental no Brasil, proposta esta que têm mobilizado diferentes atores num movimento de desconstrução, superação e transformação.

Dentro desse contexto o trabalho visa analisar de forma crítica os avanços, retrocessos e desafios da implementação da política nacional de Saúde Mental no DF. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico a partir de algumas publicações de referência no campo da saúde mental, visando obter subsídios para uma discussão sobre a reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Esta reflexão se apoia também na análise das indicações da Lei Federal nº 10.216 e da Lei do Distrito Federal nº 957, que fixam as diretrizes para a assistência em Saúde Mental. A fim de fundamentar o trabalho acadêmico foi realizada uma entrevista semi-estruturada com o intuito de conhecer os avanços e diferenças na implantação da saúde mental no Distrito Federal.

O tema apresentado se justifica em razão da necessidade de ampliação do debate a nível federal e no Distrito Federal sobre as Políticas Públicas em Saúde Mental, focalizando a desinstitucionalização, bem como os desafios presentes no processo de reforma psiquiátrica, para a construção de uma rede integrada de atenção em Saúde Mental.

O presente trabalho estrutura-se da seguinte maneira: o capítulo 1 realiza uma abordagem teórica acerca da trajetória da loucura e sua relação com a sociedade, da forma como esta foi sendo construída em diferentes contextos sociais, econômicos e políticos ao longo dos tempos em relação aos manicômios, em que a exclusão da loucura se vê legitimada pelo discurso de que o louco é um doente que necessita de tratamento, pois o mesmo é incapaz de cuidar de si mesmo, além de representar um grau extremo de periculosidade à sociedade.

O capítulo 2 apresenta uma análise sobre a influência direta da desinstitucionalização nas diretrizes da atual Política de Saúde Mental. Também trata dos princípios da clínica antimanicomial e do papel do movimento social da luta antimanicomial em prol da construção da cidadania. No capítulo 3 são apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa. Ao final encontram-se as considerações finais deste trabalho sugerindo-se a ampliação deste campo de pesquisa.

O capítulo 4 aborda a discussão e análise dos dados obtidos por meio de entrevista realizada no processo de implementação da pesquisa. A entrevista se realizou com

profissional que trabalha com saúde mental desde 1997 e que atua também como militante no movimento antimanicomial. Interessa-nos realizar essa análise entre o duplo lugar que ocupa a entrevistada ao transitar entre movimentos sociais e instituições.

1. INSTITUCIONALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: A TRAJETÓRIA DA LOUCURA

O presente capítulo apresenta uma reflexão acerca da trajetória da loucura e sua relação com a sociedade, e da forma como esta foi sendo construída em diferentes contextos sociais, econômicos e políticos ao longo dos tempos. Essa tarefa fornece subsídios para uma reflexão sobre como a loucura é vista atualmente e como é tratada.

1.1 A Loucura Reduzida à Doença Mental e a Criação dos Manicômios: O Processo de Institucionalização

É importante que se tenha em mente que a construção sócio-histórica da loucura em nossa sociedade, bem como sua definição e tratamento, representa um processo ao longo do tempo que culmina na forma como atualmente concebemos a loucura. No decorrer deste processo está o surgimento da psiquiatria, que representa a apropriação científica dessa experiência humana chamada loucura.

Foucault (1987) destaca em sua obra “História da Loucura na idade Clássica” características que nos permitem entender o processo histórico que estabelece a exclusão como lugar social da loucura.

De acordo com Santiago (2009, p. 19):

Essa obra esclarece como a loucura e as pessoas concebidas como loucas se tornaram objeto de uma nova ciência médica especializada – a psiquiatria – que, por sua vez, instaurou a um só tempo, a concepção da loucura como doença mental e a necessidade de tratamento isolado em asilos ou hospitais psiquiátricos.

A contextualização desse percurso histórico torna possível o entendimento deste processo de exclusão social e, também, do surgimento posterior de movimentos de reformas psiquiátricas que tem por objetivo combater o arcabouço teórico e prático instituído pela psiquiatria clássica acerca dessa experiência humana (SANTIAGO, 2009).

A trajetória do conceito da loucura mostra que a mesma nem sempre fora marcada pela exclusão e pela tutela. Houve épocas em que a loucura podia transitar pelos espaços

sociais. Mas com o passar dos tempos lhe foram impostos dogmas religiosos e saberes científicos que deram início à trajetória da exclusão da loucura (FOUCAULT, 1972, 1994; ORNELLAS, 1997; TENÓRIO, 2001).

Com o advento da psiquiatria a loucura é equiparada a todos os outros comportamentos desviantes da sociedade, todo comportamento que não cabia na moral da época era punido com a tomada da liberdade daquele indivíduo. Ainda neste momento, para a sociedade, o louco era punido por ser desviante (LOBOSQUE, 2001).

Costa (2003, p.56) afirma que essa vivência da loucura se fez presente “nos mais diferentes momentos da história humana, nas mais diferentes sociedades e nas mais diferentes culturas, sendo que a forma de lidar com ela variou no tempo.” A loucura sofrerá sua fase mais perversa em meados do século XVII, quando o preconceito e a exclusão serão os determinantes de sua história. Ornellas (1997, p.85) caracteriza esta passagem da liberdade à exclusão:

Até então a humanidade convivia com a loucura, explicando-a, aceitando-a ou punindo-a sem, no entanto, inseri-la, especificamente, em alguma de suas práticas de cuidado e intervenção.

À época do grande internamento, por volta do século XVII, todos os indivíduos marginalizados pela sociedade foram reclusos em um hospital geral (Amarante, 1996). Essa forma de se proceder frente ao comportamento desviante moldou a forma como a sociedade ocidental/moderna construiu seu conceito de loucura, ou seja, a partir da exclusão.

A exclusão é uma forma de esconder a diferença, ou seja, aquilo que a moral não suporta, pois a moral é a referência das relações sociais e, portanto, influencia na forma como os indivíduos se relacionam e tomam suas decisões. Pode-se dizer que, por detrás dessa tentativa de excluir os indivíduos, reclusos no hospital geral, se oculta o verdadeiro intuito dessa ação que é o de excluir para esconder (PIETROLUONGO, 2005).

Segundo Foucault (1972, 1994), especificamente em 1656, em Paris, estabeleceu-se o primeiro Hospital Geral destinado a enclausurar todos aqueles que eram considerados miseráveis, desviantes da ordem moral e da razão hegemônicas, de acordo com os padrões sociais da época. Em junho de 1676, cada cidade francesa possuía um Hospital Geral. E, após algum tempo, este tipo de instituição se espalhou por toda a Europa (FOUCAULT, 1972, 1994).

Por sua conotação assistencial, estes estabelecimentos serviam para mascarar as contradições do contexto social da época. Muitas destas instituições utilizavam o trabalho

forçado como forma de punição aos seus “prisioneiros”. Visava-se, dessa forma, sanar a ociosidade e a preguiça, em conformidade com o modelo econômico vigente neste período (FOUCAULT, 1972, 1994).

Nesta época esta reclusão refletia a ideia que vigorava na sociedade de que todos aqueles que fossem considerados desviantes eram também violentos e perigosos. O louco representava uma ameaça à moral da época por estar fora de si, por não seguir os padrões de comportamento e por estar à margem da moral e dos bons costumes. Essa visão punitiva e de restrição da liberdade do louco demonstra que a loucura, ao ser equiparada a todos os outros comportamentos desviantes da sociedade e que não cabiam na moral da época, era punida, assim era a prática em relação à loucura (Lobosque, 1997). Isto porque a loucura estava impregnada de valores negativos, tais como: a desrazão e a periculosidade social e, por isso, incapacitada ao convívio social (FOUCAULT, 1972; BARROS, 1994; TENÓRIO, 2001).

Assim, a internação em Hospitais Gerais da época configurou-se como instrumento de encarceramento da ociosidade, (considerada intolerável, segundo padrões socioeconômicos da época) e por isso perpetuou a exclusão e o preconceito. Ou seja, aqueles considerados desviantes das normas-padrão do contexto social da época eram alvo de encarceramento nos limites do Hospital Geral (FOUCAULT, 1972).

A lógica da internação possuía uma função de controle social, mas também tinha uma conotação de cura; de tratamento da loucura. Isto se instaura sob a égide do paradigma médico-psiquiátrico hegemônico na época, que possuía o sentido de “reinculcar-lhe os sentidos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar” (Foucault, 1994, p. 82). Nesse momento que marca-se então, a passagem da tutela da loucura pelos Hospitais Gerais para as Instituições Psiquiátricas, que conservaram suas características coercitivas e violentas.

Por exemplo, no século XVIII, Pinel funda o asilo manicomial, seu gesto mais profundo foi o de separar os loucos dos outros marginalizados, diferenciando-os enquanto sujeitos que necessitam de um tratamento específico. Segundo Pessotti (1996), com Pinel o asilo passa a se tornar parte essencial do tratamento da loucura, deixando de ser apenas um depósito de pessoas desviantes e que mereciam ser punidas por sua loucura. Pinel transferiu estas instituições para locais ermos, mais isolados dos espaços urbanos, ainda mais excluídos do convívio social. Ainda nestas instituições, os loucos foram vítimas de técnicas desumanas, inspiradas pela cientificidade e ocultadas sob o discurso da cura e do tratamento. Nesta

prática, o médico exerceu muito mais um papel de agente responsável pelo controle ético-moral do que terapêutico (FOUCAULT, 1994).

No século XVIII a relação entre loucura e periculosidade se concretiza, o poder judiciário em preocupação com a delimitação do nível de comprometimento da consciência dos sujeitos transgressores chama a psiquiatria para emitir laudos técnicos e investigar casos em criminologia, construindo assim uma nosografia do sujeito perigoso. Periculosidade esta que é estendida à loucura pela não diferenciação da sociedade entre transgressão da lei e desvio da norma, correlacionando punição à anormalidade. A construção nosográfica faz com que exista o criminoso antes do crime, criando-se um estereótipo dentro da própria cultura de que todos os loucos são perigosos (LOBOSQUE, 1997).

Como nos ensina Amarante (1996), Pinel buscava explicar a loucura por meio de uma base científica, ele fazia parte do grupo de ideólogos que tinham como pressuposto básico a construção do conhecimento através da observação dos fenômenos de maneira empírica. É a partir dessa influência que Pinel inscreve os loucos em uma nosografia médica, atitude que vai marcar a forma como a psiquiatria percebe o fenômeno da loucura até os dias atuais.

É a partir dessa época que os pesquisadores passam a se preocupar em classificar e nomear os diversos quadros de alienação mental, enfocando em seus sinais e sintomas. Para Pinel a loucura tinha como principal sintoma a irracionalidade e a imoralidade, pelos quais para ele se explicavam os delírios e comportamentos bizarros (Amarante, 1996). A loucura passou a ser objeto do saber psiquiátrico; passa a ser codificada como patologia, como *doença mental*, que necessitava ser “tratada” por vias da institucionalização (ORNELLAS, 1997).

Essa visão demonstra bem como os preconceitos morais da época influenciavam os primeiros estudos a respeito desse fenômeno. Importante notar que este estudo classificatório não levava em consideração a visão da loucura pelo próprio louco, já que seu discurso era considerado totalmente irracional e sem lógica, não sendo creditado nenhum valor a ele. Ou seja, o louco era alguém fora do campo da razão, incapaz de escolher e necessitava de pessoas com as faculdades mentais intactas para decidir por ele.

De acordo com Amarante (1996), Pinel, com sua forma de lidar com a loucura acaba por fundar a psiquiatria como especificidade médica. A loucura que era até então campo de estudo da filosofia, passa a ser pesquisada também pela medicina. Esse fato representa o espírito da época, o século XVIII que é marcado pela transição do saber filosófico para o saber médico, transição que finda no século XIX com o surgimento da ciência positivista.

A classificação nosográfica de Pinel passou a permitir que a psiquiatria determinasse o que era normal ou patológico, é a partir daí que a sociedade lhe confere legitimidade para determinar se o indivíduo é louco ou não. Como consequência dessa visão classificatória a orientação da medicina psiquiátrica contemporânea se baseia no sintoma. Ou seja, reduz-se o sujeito com doença mental aos seus sintomas, que precisam ser remediados pelo saber médico para que se obtenha a cura, ou a racionalidade de volta (AMARANTE, 1996)

A partir do momento em que o saber médico-psiquiátrico reduziu a loucura ao paradigma da doença mental autoconfirmado, a mesma foi coagida e encarcerada em instituições psiquiátricas, que, mesmo modificadas, até hoje se convive com sua existência na sociedade (ORNELLAS, 1997).

Segundo Basaglia (1979), psiquiatra italiano, o objeto do saber psiquiátrico não era apenas a tutela da doença mental, ia além e alcançava a ideia de que a psiquiatria possuía uma função de controle da classe desviante em prol da manutenção da norma social. Ou seja, desde que surgiu a psiquiatria se destinava a ser utilizada como técnica altamente repressiva por parte do Estado.

A exclusão tem marcado grande parte da trajetória da história da loucura, bem como a tutela pelas instituições psiquiátricas. Nesse sentido é fundamental fazer referência à lógica da qual se utilizou o processo de institucionalização da loucura.

Goffman (1999, p. 11) ao analisar criticamente os manicômios, os caracterizou como *Instituições Totais*, definidas como: “um local de residência ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Fica claro nesta definição o caráter excludente destas instituições, que se apresenta não somente nos manicômios, mas nas prisões, nos conventos, orfanatos, sanatórios, campos de concentração, escolas, quartéis militares, entre outros modelos de instituições fechadas.

Em relação aos manicômios, a exclusão da loucura se vê legitimada pelo discurso de que o louco é um doente que necessita de tratamento, pois o mesmo é incapaz de cuidar de si mesmo, além de representar um grau de periculosidade à sociedade. Por conta disso, o doente mental foi segregado dentre os muros das instituições psiquiátricas, cujo caráter total “é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico” (GOFFMAN, 1999, p. 16).

Goffman (1999, p. 19) afirma ainda que o contexto das instituições manicomiais é marcado pela divisão de dois grupos diferentes: o grupo dos internados e o grupo dos supervisores. A relação entre estes dois grupos é mediada por “estereótipos limitados e hostis”. O internado nesta relação é submetido às ordens de qualquer membro da equipe dirigente, o que caracteriza uma hierarquia interna, seguindo a organização burocrática da instituição.

Nesse sentido pode-se afirmar que o internado passa por um gradual processo de mortificação de seu próprio ser. Pois antes de ser incorporado pela instituição (involuntariamente ou não), exercia, na sociedade ampla, uma série de papéis sociais, dos quais o sujeito se apoia no processo contínuo de construção do “eu” (NISHIKAWA, 2012, p. 13).

A separação do mundo do internado com o mundo externo é marcado decisivamente pela internação, esta é simbolizada pelas fronteiras impenetráveis do território institucional. Segundo Nishikawa (2012, p. 14) “o internado é violentamente despido de seus papéis sociais exercidos no mundo externo, cabendo-lhe agora apenas o papel de internado”. E um dos papéis dos quais o sujeito é despojado, é o de *cidadão*, expropriado de seus direitos civis (GOFFMAN, 1999).

O confisco de seus bens também pode ser visto como outra forma de mortificação do sujeito institucionalizado, afinal são nesses bens que são depositadas as características de valor pessoal do indivíduo internado. A utilização de bens padronizados é obrigatória, bens que pertencem à própria instituição. Essa é uma forma de caracterizá-los visualmente como internados e diferenciá-los da equipe dirigente (Goffman, 1999). “Assim funciona de fato o processo de institucionalização, em que o internado vai se tornando de maneira gradativa uma posse, física e simbolicamente, da instituição manicomial” (NISHIKAWA, 2012, p. 14).

Nesse processo o sujeito não possui mais o direito sobre sua intimidade, esta lhe é usurpada, os “territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas” (Goffman, 1999, p. 31). O internado é sucessivamente exposto, perde seu direito à privacidade, tudo isso para o seu “próprio bem”. As informações pessoais dos internados são registradas em prontuário, exposição nos grupos, exposição física, relações interpessoais impostas e mesmo suas visitas não escapam da exposição e do monitoramento da equipe técnica (GOFFMAN, 1999).

Os indivíduos que são submetidos a longos períodos de institucionalização, além de sofrerem com a violação de seus direitos, ainda são abruptamente excluídos do convívio social, sendo assim esquecidos pela sociedade. Quando surge a oportunidade deste sujeito retornar à sociedade, por meio da reinclusão social (que geralmente ocorre quando o sujeito se adequa à realidade institucional) a realidade do mundo externo pode parecer insuportável ao sujeito (Nishikawa, 2012). Pois mesmo que seja reabilitado ao convívio social, jamais poderá recuperar o *status* que possuía antes de ser internado, será sempre marcado pelo estigma da doença mental fomentando preconceito e discriminação pela sociedade (GOFFMAN, 1999).

1.2 O Processo de Desinstitucionalização

O psiquiatra italiano Basaglia, a partir de sua experiência em hospitais psiquiátricos, ficou horrorizado ao descobrir as condições desumanas a que eram submetidos os internados (Nishikawa, 2012). De forma que a partir dessa experiência, elabora uma importante análise crítica sobre estas instituições, análoga à realizada por Goffman (1999) em diversos pontos. Analisou o poder inscrito nas relações entre o grupo dos internados e a equipe dirigente, em que emerge a “violência exercida por aqueles que empunham a faca contra aqueles que se encontram sob a sua lâmina” (Basaglia, 1985, p. 100). Definiu que a relação da equipe técnica-dirigente para com os internos era uma relação tirânica, posto que estes permaneciam coagidos sob seu poder.

Foi então estabelecida uma forma de se ocultar este tipo de violência, para não gerar contradições em sua base. Assim foi concedido poder aos *técnicos*, por meio do tecnicismo (com aval científico), para que estes exercessem a função de obscurecer a violência, sem alterar sua lógica, fazendo com que os objetos desta violência se adaptem à sua condição (NISHIKAWA, 2012).

Conforme Basaglia (1985, p. 102):

(...) são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como *terapêutico-orientadora*, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas.

Em uma sociedade onde a diferença não é aceita, estas ações cumprem a função de normatizar o sujeito, e é nesse processo que o ato terapêutico acaba por se exprimir em um ato discriminatório (Basaglia, 1985). A lógica que sustenta esta instituição psiquiátrica e que está presente no contexto manicomial leva a relação com a loucura para um encontro com a doença, e não com o sujeito doente (NISHIKAWA, 2012).

Nesse sentido Basaglia (1985) defende que a doença mental por ela mesma não seria o real problema do doente mental, mas a construção das relações que se estabelecem em torno da mesma. Por exemplo, o saber médico-psiquiátrico possui o poder, por meio de seu diagnóstico, de estabelecer um rótulo técnico científico, com a finalidade de mascarar as faces da violência e da exclusão. No que se refere ao âmbito das relações estabelecidas com a doença mental, é a partir do diagnóstico psiquiátrico que se define esta condição do sujeito.

A internação e a tutela anulam as trocas sociais e produzem um efeito devastador em relação ao convívio social; além do mais subtrai do sujeito sua própria condição de ser humano, sendo que este passa a ser visto apenas através de sua doença. Por isso Rotelli (1981, p. 61) afirma que o “manicômio é: *o lugar zero da troca*”.

Afirma Nishikawa (2012, p. 18):

Cabe mencionar aqui que a institucionalização da loucura não se dá somente pela exclusão nos hospitais psiquiátricos, nem somente pela manipulação do saber psiquiátrico. A institucionalização da loucura pode se manifestar de variadas formas, (implícitas ou explícitas): na relação que se constrói entre a sociedade, no modo de lidar ou conviver. Ou também pela medicalização, não se questiona, é claro, a importância dos medicamentos no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida do sujeito, mas o que se pode problematizar é o excesso de medicamentos a que o sujeito é obrigado a engolir.

A institucionalização da loucura não está vinculada somente à estrutura manicomial, mas também, segundo Rotelli (1989, p. 151) a todo um aparato “que liga saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente”.

Frente a essas barbaridades realizadas nos manicômios, tal ideologia entra em declínio, surgindo assim a necessidade de uma transformação. As experiências das Comunidades Terapêuticas, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e a Preventiva introduziram importantes contribuições. Porém, não foram capazes de prover uma transformação efetiva do modelo manicomial (AMARANTE, 1998; 2007).

A Psiquiatria Democrática da Itália foi um movimento marcado decisivamente pela influência de Franco Basaglia, a crítica de seu pensamento caracteriza-se pela complexidade e pela busca de uma ruptura prático-teórica do saber psiquiátrico superando-o e reinventando-o. Suas ideias tornaram-se fluentes em diversos contextos e inspirou outras experiências em Reforma Psiquiátrica, inclusive no Brasil (AMARANTE, 1996; 1998).

Tendo iniciado seu projeto de transformação no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, Franco Basaglia, após se deparar com as condições desumanas a que eram submetidos os internos do hospital psiquiátrico, utilizou-se de seu poder como diretor para dar poder a todos os atores envolvidos na instituição (principalmente aos internos) para sua transformação, visando à humanização destas relações (AMARANTE, 1996; 1998).

Este projeto de humanização foi influenciado no início pelas ideias de Tosquelles, na Psicoterapia Institucional e Jones, nas Comunidades Terapêuticas, que configuraram uma “nova psiquiatria”. Teve como objetivo principal, a partir da transformação interna da instituição psiquiátrica, expor o falho modelo de gestão psiquiátrica e as contradições existentes no seio social (AMARANTE, 1996).

Franco Basaglia pretendia, no começo de sua luta, estabelecer um novo modo de ser e pensar as relações sociais e as estratégias de uma reconstrução da pessoa enquanto ser humano, buscando com isso desinstitucionalizar o sujeito por meio de um olhar mais humanizado no tratamento. É importante considerar que essa nova estratégia de discutir a desinstitucionalização do sujeito não foi aceita tão facilmente.

As experiências de “Gorizia” e de “Trieste”, hospitais dirigidos pelo próprio Basaglia foram pioneiras nessa prática e se tornaram internacionalmente reconhecidas, e é a partir dessas experiências que surgem os avanços nos serviços de assistência a Saúde Mental em vários países, principalmente no Brasil. A desinstitucionalização proposta por Basaglia (1985) consiste em desmistificar a loucura como objeto da psiquiatria e desconstruir a doença como partir de si, pois para desinstitucionalizar é preciso romper com esta ideia da loucura (ROTELLI, 2001).

Este processo de desinstitucionalização é entendido não somente como retirar uma pessoa de uma vida institucionalizada (desospitalização), mas também como forma de desconstruir tudo o que foi posto como natural para as vidas das pessoas em sofrimento, para que estas tomassem outro rumo após anos de clausura (AGRA, 2009).

Segundo Amarante (1996), “a desinstitucionalização como desconstrução volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna, em sua racionalidade causa-efeito, volta-se para a inversão da realidade como um processo histórico e dinâmico”. (p. 23). Partindo dessa visão de desconstrução, Rotelli (2009) refere não somente à instituição física asilar, mas principalmente à ideia de doença mental, que, por si só, já destrói, aliena e cronifica, fazendo-se necessário uma nova forma de se ver a loucura, em uma perspectiva mais humanizada.

Nesse sentido, a desinstitucionalização proposta por Basaglia coloca em evidência não só a doença mental, mas o sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social que para Tenório (2001) é a grande luta da reforma por uma desconstrução não do manicômio, mais sim da instituição doença mental.

A chamada ‘nova psiquiatria’, com a instituição da tolerância, não se modifica, mas apenas se torna um novo momento de uma mesma psiquiatria, que busca nova solução técnica específica para o problema da enfermidade mental; talvez seja mesmo, e simplesmente, apenas uma solução social e ideológica. Nesse sentido, o projeto de transformação proposto por Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Gorizia toma outros rumos ao ser influenciado pelas obras de Foucault e Goffman e pelos princípios da fenomenologia assistencial que abarca a discussão da questão da loucura no âmbito da sociedade e fez críticas às relações estabelecidas entre ambas (AMARANTE, 1996).

A partir dessa influência é que inicia uma ruptura radical com o modelo psiquiátrico tradicional, por meio da utilização de um princípio de negação em sentido amplo:

Amarante, (1994, citado por Amarante, 1996, pp. 72-73) afirma que:

Negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (...).

Conforme Basaglia (1985), o técnico foi também institucionalizado em um papel ambíguo enquanto excludente e excluído. Atribuíram-lhe um mandato social, manifestado por meio de um ato terapêutico de violência e exclusão, cuja função determinada é a de controlar e operar a norma social dentro da instituição, enquadrando o doente mental enquanto objeto de violência. Cabe-lhe então:

(...) negar o ato terapêutico como ato de violência mistificada com o objetivo de unir nossa consciência de sermos simples prepostos da violência (portanto, *excluídos*) à consciência que devemos estimular nos excluídos, a de o serem, sem contribuir de nenhuma maneira para sua adaptação a essa exclusão (p. 103).

Nesse sentido, o técnico deve se conscientizar de seu verdadeiro papel na instituição psiquiátrica, buscando uma tomada de posição ativa na luta pela transformação. O técnico deve, dessa forma, negar o ato terapêutico, questionando ele próprio o saber psiquiátrico, ao invés de podar quaisquer expressões do sujeito deve, ao contrário, mobilizar a agressividade do sujeito (BASAGLIA, 1985).

Todo o aparato psiquiátrico é negado, por ser entendido enquanto relação entre a instituição, o saber e a prática. Ressalte-se, porém que “o ‘doente’ ou a ‘doença’ não estão sendo negadas como existência” o que se nega é “o conceito de doença mental como construção teórica” (Amarante, 1996, p. 70). Ou seja, não se procura negar a doença enquanto existência-sofrimento do sujeito, mas a técnica científica e a prática psiquiátrica fundada em torno do conceito de doença mental. Pois, pode-se afirmar que a psiquiatria, ao se apropriar, em sua base, de princípios científicos tais como a neutralidade e a causalidade, codifica a dimensão do sujeito e sua existência-sofrimento em sintomas e sinais da doença mental (AMARANTE, 1996).

Basaglia buscava por meio de seu projeto de transformação uma ruptura, por meio da lógica da negação, mas esse movimento não se limita apenas ao ato de negar. Ele é muito mais complexo e estabelece uma relação dialética entre negar e superar o saber psiquiátrico, na busca por novos saberes e práticas (NISHIKAWA, 2012).

Segundo Amarante (1996, p. 76):

Para Basaglia, mudar a psiquiatria é mudar a instituição e suas práticas; mudar a instituição e suas práticas é mudar o saber psiquiátrico. Embora a ação prático-teórica seja voltada num primeiro momento para o problema do manicômio, o projeto de transformação iniciado por Basaglia não se restringe ao Hospital Psiquiátrico. O manicômio fornece a condição de possibilidade epistêmica da psiquiatria, o que faz com que este seja um lugar prático e simbólico de eleição para o processo efetivo de desinstitucionalização.

Ou seja, “as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava” (Amarante, 1998, p.46). Nesse sentido o saber psiquiátrico focalizou somente a doença, minimizando o sujeito e sua condição humana.

Nesse sentido que Basaglia (1985), em seu projeto, propõe uma importante inversão ao valorizar o sujeito em detrimento da doença mental, pois esta é codificada pelo saber psiquiátrico e por isso a relação que se estabelece não deve reduzir a condição de sujeito, suas ações e desejos, aos sintomas da doença; ao seu diagnóstico (NISHIKAWA, 2012).

Assevera Basaglia, (1985, p. 28):

(...) que se torna necessário enfocar esse doente de modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. O diagnóstico tem o valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo.

Segundo Nishikawa (2012) “esse movimento de se colocar a doença entre parênteses, proposto por Basaglia, faz emergir a noção do “duplo da doença mental”, que remete às características que não provém da doença em si, mas dos processos de institucionalização.

Assim com aval do saber psiquiátrico, são ensinados modos de ver e se relacionar com o louco, estabelecendo o preconceito e o estigma da loucura na sociedade. Portanto, confunde-se o que é próprio da doença, com o que é inerente do sofrimento do sujeito ou de sua dimensão humana, que fora reduzida em doença mental (Amarante, 1996; Basaglia, 1985). Dessa forma, compreender o “duplo” da doença mental e desconstruí-lo é um processo fundamental na negação do saber psiquiátrico (NISHIKAWA, 2012).

O conceito de desinstitucionalização tem essas premissas como parte constitutiva de suas estratégias. Ou seja, a proposta de se colocar a doença mental entre parênteses e a noção do duplo da doença mental articulam-se como “formas práticas e epistemológicas de questionar o saber psiquiátrico e de abrir novas perspectivas para o trabalho no interior da instituição” (AMARANTE, 1996, p. 99).

1.3 A Desinstitucionalização como Desconstrução

Nas experiências de reformas psiquiátricas dos EUA e da Europa havia o objetivo de reformular a prática psiquiátrica, por isso utilizou-se amplamente o dispositivo da desinstitucionalização, que teve como ação primordial retirar as funções expostamente violentas vinculadas. Nestes contextos a prática de desinstitucionalização limitou-se a simples medidas de desospitalização, caracterizada pela redução do número de leitos, altas hospitalares ou abruptos fechamentos de instituições psiquiátricas. Porém, estas experiências

foram falhas no alcance dos próprios objetivos, pois além de não problematizar o saber-fazer psiquiátrico, abandonou inúmeras pessoas a esmo, promovendo novas formas de internações e cronicidade (ROTELLI, DE LEONARDIS & MAURI, 1986; AMARANTE, 1996).

Nesse movimento que, segundo Amarante (1996, p. 95):

A desinstitucionalização transforma-se em um processo, a um só tempo, de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas – expresso, sobretudo nos princípios de colocar entre parênteses a doença mental, o que permite a identificação e a desmontagem do duplo da doença mental, e no trabalho com o sujeito concreto, encortinado pelo conceito de doença –, a de invenção prático-teórica de novas formas de lidar, não mais com a doença, mas com o sujeito doente.

A partir daí, para negar e superar o saber psiquiátrico é preciso analisá-lo profundamente desde as bases científicas em que se fundamentou o saber médico. Nesse sentido que surge a necessidade de se desinstitucionalizar o paradigma racionalista que instaura uma causalidade entre problema-solução. É com base neste paradigma que as ciências médicas fundamentam a relação objetiva doença-cura, em que a cura é manifesta como uma solução (objetiva, lógica e racional) para um problema (a doença) (AMARANTE, 1996; ROTELLI ET AL., 1986).

Mas em relação à doença mental, como objeto da psiquiatria, ela é tanto desconhecida quanto incurável, não se subscrevendo na racionalidade problema-solução. Para tentar suprir essa falha, a psiquiatria institucionalizou o fenômeno da loucura, enquadrando-o em um sistema de “aparatos científicos, legislativos e administrativos” (ROTELLI *et al.*, 1986, p. 28).

Esses aparatos se autoconfirmam e por meio deles que foi possível separar a doença (sofrimento) da dimensão subjetiva do sujeito. À psiquiatria então, fora delegada a função de exclusão daquilo que se desviava do paradigma problema-solução. Então, é mascarado pelo “alcance da cura” que a psiquiatria fundou seu ato terapêutico violento (Nishikawa, 2012).

Rotelli *et al.* (1986) afirma frente a esta questão que desinstitucionalizar o paradigma doença-cura (problema-solução), toma origem e forma pela solução que foi dada, então a “reposição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional” (p. 29). Ou seja, através de uma *(re)complexificação* do fenômeno da loucura, rompe-se e supera a noção objetiva de causalidade instituída pelo paradigma problema-solução (AMARANTE, 1996; ROTELLI *Et Al.*, 1986).

Nesse sentido Rotelli *et al.* (1986, p. 29) afirma que:

(...) a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema (...) se transformam os modos pelos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como perseguição da solução-cura, mas um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Surge então uma mudança no olhar sobre a doença, na medida em que esta passa a se articular com a dimensão real do sujeito, ou seja, passa a ser vista no âmbito da “existência-sofrimento dos pacientes e de sua relação com o corpo social” (Rotelli et al., 1986, p. 30). Esta forma de desinstitucionalização se instaura como uma efetiva ruptura paradigmática com o saber-fazer psiquiátrico, como preconizava Basaglia (AMARANTE, 1996).

Com isso, “a ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (Rotelli et al., 2001, p. 30). Instaura-se então um novo olhar: o manicômio, “*lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais*” (ROTELLI *et al.*, 1986, p. 36).

1.4 A Desinstitucionalização do papel do técnico

Para a efetividade desse processo de transformação e ruptura foi de extrema importância a mobilização de diversos atores sociais. Assim é que neste âmbito o técnico possui um papel fundamental na dinâmica desta mudança: rompe com a lógica hierárquica pela “fluidificação das relações, ao mesmo tempo em que provê poder e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico, com a finalidade de incluí-lo como protagonista na relação estabelecida” (NISHIKAWA, 2012, p. 29).

É a partir dessa realização que começa a se mobilizar a rede social do sujeito, incluindo no processo diversos outros atores sociais e a efetiva necessidade de uma mudança política. Com isso, a desinstitucionalização do papel do técnico promove uma mudança direta no papel social do sujeito em sofrimento psíquico, passando de excluído e forçadamente coagido, à posição ator/protagonista e cidadão de direitos (de viver livre em sociedade e de receber tratamento adequado) (AMARANTE, 1996; BASAGLIA, 1985; ROTELLI *et al.*, 1986).

Segundo Amarante (1996, p. 98) para que isso ocorra, é preciso que o técnico negue o mandato social excludente delegado a si, visto que:

(...) a psiquiatria, falida nas suas pretensões terapêuticas e libertadoras, reporta imediatamente à questão do poder. Para Basaglia, esse encontro [com a prática psiquiátrica] deixa claro a necessidade de renunciar ao mandato da custódia e da tutela que se escondem sob o manto da terapia. (...) Em resumo, o manicômio é o *a priori* concreto da psiquiatria, o que faz com que este seja um lugar prático e simbólico de eleição para o processo efetivo de desinstitucionalização, como o ‘lugar’ de nascimento e de desenvolvimento das condições históricas de possibilidade da psiquiatria.

A desinstitucionalização do manicômio então se refere a uma desconstrução deste pela utilização de seus próprios recursos (financeiros, físicos e humanos) internos. E essa desconstrução/transformação interna reflete concomitantemente na construção do modelo de assistência externa, concretizadas como: formulação de uma política de saúde mental que tenha a participação dos diversos atores sociais ativos; um trabalho terapêutico efetivo conexo com a realidade da pessoa, legitimando sua existência e seu sofrimento complexo; e a construção de serviços externos, substitutivos da internação manicomial (ROTELLI *et al.*, 1986).

Assim, a loucura é levada a ocupar o antigo espaço do manicômio, desta vez como protagonistas ativos por uma transformação efetiva, de modo que o “espaço de objetivação torna-se espaço de produção de novas subjetividades, de sociabilidade, de produção de novos sujeitos de direito e de vida” (AMARANTE, 1996, p. 97).

Assim, a cidade passa a ser vista como espaço terapêutico de ressocialização, pela promoção de estratégias desinstitucionalizantes, possibilitando ao sujeito em sofrimento psíquico, a reconquista de seus direitos básicos que lhe foram expropriados, possibilidades de ele próprio (*re*)construir sua cidadania (NISHIKAWA, 2012).

Conforme exemplifica Nishikawa (2012, p. 31):

Um grande exemplo do processo de desinstitucionalização foi o circuito realizado de Trieste. Em que ao mesmo tempo em que ocorreu a desmontagem do manicômio, procedeu à estruturação gradual de uma rede de serviços substitutivos. A desinstitucionalização modificou as relações de poder, onde o *locus* terapêutico passou a ser o próprio território, no interior da comunidade. Iniciou um sistema de cooperativas, provendo trabalho ao sujeito em sofrimento psíquico, não como ergoterapia ou tratamento, e sim como direito. E promover cidadania e qualidade de vida possui um imenso potencial terapêutico.

E ainda, para uma melhor compreensão acerca do circuito de Trieste, Delgado (1991, p. 13) afirma:

A progressiva abertura do manicômio de Trieste, ao buscar entre outras coisas restituir ao “louco” a sua condição de cidadão – indivíduo que sofre mas que é acima de tudo um cidadão – desmascarou estruturas hipócritas que legitimavam a sanidade “dos de fora” em troca da “loucura dos de dentro” e praticamente forçou um posicionamento de cada cidadão a respeito do tema. A loucura escapava dos pavilhões enormes de San Giovanni, dos gabinetes dos doutores psiquiatras, dos livros grossos e empoeirados, para entrar no ônibus, nos bares, no comércio...a loucura abriu portas, pulou os muros do hospital para, sem pedir licença, sentar confortavelmente na nossa sala de jantar!.

Enfim, a experiência de Trieste demonstra que a desinstitucionalização não se inscreve como um simples ideal ou utopia inalcançável. Representa um projeto de transformação concreto e amplo, que abrange âmbitos científicos, teóricos, práticos, políticos e sociais (NISHIKAWA, 2012).

2. A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A LUTA ANTIMANICOMIAL

Este capítulo apresenta uma análise sobre a influência direta da desinstitucionalização nas diretrizes da atual Política de Saúde Mental. Também trata dos princípios da clínica antimanicomial e do papel do movimento social da luta antimanicomial em prol da construção da cidadania.

2.1 Os Preceitos da Luta Antimanicomial pela construção da Cidadania

Segundo Lobosque (1997, p.22):

o movimento antimanicomial tem como objetivo desconstruir os muros literais ou simbólicos com os quais a técnica assumiu o mandato social de segregação da loucura, no sentido de que a prática clínica antimanicomial deverá operar no sentido contrário ao da exclusão.

O movimento antimanicomial, segundo Lobosque (1997, p.21) representa “um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes – técnicos ou usuários, loucos ou não -buscam fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura”.

Nesse sentido essa proposta coloca que tais questões não devam ser abordadas por uma linguagem que pertença a qualquer teoria ou técnica “psi”, afinal quando se postula uma exclusividade dos assuntos da loucura ao mundo “psi” isso se constitui exatamente em um dos modos principais de sua exclusão da cultura (LOBOSQUE, 1997).

Lobosque (1997) apresenta três princípios para a sustentação de uma prática antimanicomial: o princípio da singularidade, o princípio do limite e o princípio da articulação.

O princípio da singularidade, segundo Lobosque (1997, p. 22), toma a questão da relação entre particular e universal, privado e público, individual e social. E assim afirma que:

Interessa ao movimento antimanicomial uma concepção de singularidade que não se confunda com o privado nem com o individual. Não se trata de dizer que “cada caso é um caso”, mas sim de perceber que o sujeito não é único nem idêntico a si mesmo, residindo o singular de cada qual não em sua unidade suposta, mas numa discordância fundamental; trata-se de interpelar tal singularidade, convidando o sujeito a sustentá-la com o estilo que é o seu.

Dá a crítica às clínicas que tentam adaptar o indivíduo à sociedade, ou diluir no geral o particular, ou seja, considera-se nesse sentido como antimanicomial toda clínica que convide o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social. A idéia é garantir que o sujeito siga o caminho que lhe é próprio, mantendo-o, ao mesmo tempo, nos limites da cultura (LOBOSQUE, 1997).

A sociedade deve reinventar seus limites, de forma que Lobosque (1997, p. 23) afirma que:

uma sociedade não tem como desconstruir seus manicômios permanecendo intocada em sua estruturação: pensar, propor, sustentar formas de contrato social nas quais não seja mortífera a presença da loucura, é algo que faz parte de uma clínica antimanicomial.

Acerca do princípio da articulação, segundo Lobosque (1997), o movimento antimanicomial deve articular-se com os demais movimentos sociais que tenham posição política clara em prol da cidadania. Nesse sentido o movimento deve manter-se autônomo em relação a governos e administrações. Em última instância resulta em uma crítica à clínica e a teoria do psiquismo que a sustenta e que se apresenta como olhar privilegiado de apreensão e explicação do mundo. Ou seja, uma clínica antimanicomial deve manter uma interlocução interdisciplinar, e esta mesma não deve se reduzir ao plano teórico pura e simplesmente.

A proposta de desinstitucionalização influenciou diretamente e é fortemente expressa na atual Política de Saúde Mental. A seguir veremos como essa proposta chegou a ser implementada no Brasil e como se deu este processo, que demandou um percurso histórico de lutas em prol das bandeiras da desinstitucionalização.

2.2 A Experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, a trajetória da reforma psiquiátrica está estreitamente vinculada à história sócio-política do país, ou seja, foi um movimento social pautado por diversas lutas e que ainda hoje busca uma efetiva transformação da sociedade em prol de uma forma mais humana de se enxergar e conviver com a loucura.

As premissas dessa luta estão baseadas não somente por mudanças no campo da saúde mental, mas pela garantia de saúde integral e promoção de cidadania. Por isso a importância de se analisar criticamente a história desse movimento e sua relação com o contexto social, político, econômico e cultural de cada época, de forma que se possa compreender a trajetória do Movimento da Luta Antimanicomial e sua situação atual (NISHIKAWA, 2012).

Para compreender o surgimento de modelos assistenciais substitutivos ao hospitalocêntrico no Brasil é necessário compreender que os mesmos se situam em um contexto histórico determinado. É importante apresentar a história da assistência psiquiátrica e compreender alguns acontecimentos que sustentam as práticas na área da Saúde Mental em sua configuração atual. Assim, até o século XIX, no período pré-republicano, os “loucos” eram incorporados à paisagem urbana como tipos de rua e não como internos do hospício (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007).

Medeiros (1993, citado por Devera e Costa-Rosa, 2007, p. 75) afirma que, no período colonial, a loucura não estava incluída nos catálogos de males, nem nos projetos da instituição hospitalar e da instituição médica. O autor reproduz um texto do psiquiatra Juliano Moreira para ilustrar esta afirmativa:

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

Segundo Resende (1987, p.34), em meados do século XIX, “o doente mental que ainda podia desfrutar de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade...” passou a ser tratado nas Santas Casas de Misericórdia.

Interessante notar que a partir de 1830, médicos da “Academia Imperial de Medicina” passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, mobilizando a opinião pública no sentido de construir um hospício para os alienados. Criticavam e denunciavam os cuidados prestados pelas Santas Casas do Rio de Janeiro (COSTA, 1981).

Dois momentos importantes marcaram o início da Psiquiatria no Brasil: a inauguração, em 1852, do Hospício Pedro II pelo próprio imperador D. Pedro II e a Proclamação da República em 1889, coincidente com o advento da Psiquiatria Científica (Amarante 1995; Costa, 1981; Figueiredo, 1996; Resende 1987). Rapidamente se forma uma aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social.

De acordo com Machado *et al* (1978, 479):

(...) só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria.

Nessa perspectiva, o louco passou a ser considerado *doentio* e passível de tratamento. Baseado no princípio do isolamento, o hospício Pedro II foi o lugar de exercício da ação terapêutica da recém criada ciência psiquiátrica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação de tempo e repressão. Constituiu-se, assim, o Modelo Asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol (BARROS, 1996 citado por DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Esse modelo se completa com o conjunto de dispositivos, de feições cristalizadas, criados ainda no século XIX, a partir de práticas elaboradas num contexto histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta: um código teórico (as nosografias clássicas), uma tecnologia de intervenção (o tratamento moral), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (os médicos-chefes) e um estatuto do usuário (o alienado, definido como menor, e passível de assistência) (DEVERAS e COSTA-ROSA, 2007).

Assim, a assistência psiquiátrica do Brasil, no início do século XX, cumpriu uma síntese asilar, como citado no parágrafo anterior, definindo mais um dos elementos de uma Política de Saúde Mental: um estatuto do usuário. A Psiquiatria abre seu caminho para a fase científica com Juliano Moreira, que propôs fundamentos teóricos, práticos e institucionais para um sistema psiquiátrico coerente. Em 1912, a Psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma, embora seu ensino tenha começado em 1883, ano em que ocorreu também um

aumento no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais, não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil (DEVERAS e COSTA-ROSA, 2007).

Em *História da Psiquiatria no Brasil* (1981), Jurandir Freire Costa estuda, no período de 1928 a 1934, o papel da Liga Brasileira de Higiene Mental na formação do pensamento psiquiátrico brasileiro. Fundada em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga teve como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais, através da melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras (DEVERAS e COSTA-ROSA, 2007).

É nesta conjuntura que aparece Ulisses Pernambucano. Precursor da psiquiatria social brasileira atuou, da década de 20 à de 40, trabalhando pela humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes, nos hospícios. Em 1931, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. Tratava-se de uma rede de serviços que era composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório e Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia de Alienados (Cerqueira, 1989), para melhor acolher e cuidar daqueles enfermos da mente (DEVERAS e COSTA-ROSA, 2007).

Podemos considerar que vemos aqui o aparecimento de uma primeira figura da Reforma do Modelo Hospitalocêntrico recém surgido: criação de instituições abertas, mas ainda suplementares (DEVERAS e COSTA-ROSA, 2007).

A partir de 1931, desenvolveu-se uma tendência que passou a condenar a mestiçagem e a atribuir a todos os indivíduos não-brancos um caráter patológico. A solução seria o saneamento racial através da eugenia. Apareceram os macro-asilos e, em São Paulo, começavam os estudos sobre criação das Instituições Filantrópicas (DEVERAS e COSTA-ROSA, 2007).

Em São Paulo, no final de 1950, o Juqueri continuava sendo o grande centralizador de pacientes, totalizando então 13.019 internos, chegando ao número de 14.393 em 1965, quando, então, se iniciou a política de redistribuição para entidades privadas. Tanto o Governo do Estado de São Paulo quanto o Governo Federal adotaram essa política, determinando a subsequente expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados (BARROS, 1996).

Os hospícios, hospitais e colônias, no final da década de 50, tinham como características a superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão

más ou piores quanto as dos piores presídios, a mesma situação de quase 100 anos antes (RESENDE, 1987).

O panorama geral da assistência psiquiátrica era sombrio; o poder público muito pouco ou quase nada fazia, e o movimento internacional de desinstitucionalização do pós-guerra não repercutiu no país de maneira significativa (CERQUEIRA, 1989).

No período que se seguiu ao golpe militar de 1964, a medicina previdenciária e a sua psiquiatria de massa emergiram determinando novos rumos para a assistência psiquiátrica, estendendo a sua cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. Implanta-se, nesse período, uma rede de hospitais particulares conveniados com o poder público, negócio altamente rentável para a iniciativa privada. Em relação à assistência extra-hospitalar, até 1961, contava-se com apenas 17 Ambulatórios Psiquiátricos, em todo o país (RESENDE, 1987).

O processo de reforma psiquiátrica inicia-se, nos anos 60, como um movimento contestador da perspectiva medicalizante da doença mental, envolvendo propostas alternativas em relação aos manicômios. O chamado movimento anti-psiquiátrico percorreu vários países, com o intuito de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos; abolir a reclusão e repressão impostas ao paciente e promover a liberdade com responsabilidade dos pacientes. Tais propósitos incluíam, ainda, a prática de discussão em grupo, envolvendo uma postura essencialmente interdisciplinar (ANTUNES e QUEIROZ, 2007).

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O setor previdenciário apresentava-se em crise financeira devida aos gastos com contratação de hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos (GIORDANO JUNIOR, 1989).

Esse processo de transformações é, entretanto, fruto de lutas no campo da atenção em saúde mental que se iniciam ainda na década anterior (COSTA-ROSA, 1987).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá na mesma época da eclosão do “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Nesse período a reforma Psiquiátrica alcançou uma formulação crítica, com o objetivo de questionar o modelo hospitalocêntrico, julgando assim inadmissível a exclusão, cronificação e a violência desse modelo (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007),

Amarante (1996) coloca que as reflexões dos países internacionais, principalmente o da Itália e EUA foram favoráveis para se pensar o fim dos manicômios. Porém o Brasil construiu suas raízes mais no movimento de Reforma Psiquiátrica ocorrido na Itália, que com empenho de Franco Basaglia, como visto no capítulo anterior, conseguiu uma nova forma de se entender a experiência da loucura. O trabalho realizado por esse movimento foi o de trazer de volta o convívio social e estabelecer a possibilidade de restabelecer relações consigo e com outros.

Esse movimento indicava a possibilidade de transformação nos serviços de saúde mental a nível internacional chegando a influenciar o Brasil no início de sua reforma. Em 1978, foi criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, uma rede informal que buscava articular propostas e ações contra o modelo manicomial. A partir de então, iniciaram-se algumas tentativas de modificação no sistema asilar de assistência em Saúde Mental.

De acordo com Tenório (2001), no início da década de 80 falava-se em humanização, no sentido de não tratar mal uma pessoa que está doente e que não tem como se defender. A humanização ainda tinha um sentido de incapacidade e infantilização. A saída encontrada para a redução de pacientes internados, evitando a superlotação, era a criação de ambulatórios.

Neste contexto o Brasil se encontrava no fim do período ditatorial e o retorno da discussão sobre os direitos humanos e a construção de um governo democrático (AGRA 2009). Neste debate, a luta do movimento de Reforma sanitária consegue estabelecer na nova Constituição de 1988 a Saúde como direito universal e dever do estado.

A partir daí, segundo Tenório (2001) o Brasil assistiu a três processos que foram de suma importância para a real implantação de uma política de saúde mental sustentada pela proposta de desinstitucionalização: a ampliação dos atores sociais envolvidos com a saúde mental, a iniciativa de revisão legislativa e o surgimento de experiências não-manicomiais bem sucedidas.

2.3 A Política Nacional de Saúde Mental

É de extrema importância o momento em que começaram a surgir experiências não manicomialmente bem sucedidas do país. Tenório (2001) destaca a criação do NAPS em Santos, a primeira verdadeira experiência de desinstitucionalização no Brasil, definido como núcleo de atenção psicossocial, com assistência regionalizada e que tem como responsabilidade primordial o atendimento e acolhimento da loucura em sua totalidade, oferecendo melhores cuidados.

Houve também, no ano de 1989, por parte do deputado Paulo Delgado a iniciativa de uma revisão legislativa, o que levou a uma intensificação da discussão por toda a sociedade. Amparadas por leis estaduais e federais, a Saúde Mental avança para uma Política Pública voltada para o cuidado e amparo. A partir de então, iniciaram-se algumas tentativas de modificações do sistema asilar de assistência em saúde mental.

Em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de serviços de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

A partir da Portaria nº 189/91 surgiu a possibilidade de atendimentos em núcleos/centros de atenção psicossocial, com funcionamento em um ou dois turnos, e em oficinas terapêuticas, realizadas por profissionais de nível médio ou superior. As oficinas terapêuticas foram definidas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do país surge em março de 1987, com a inauguração do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, na Cidade de São Paulo, e representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção em saúde mental para expressiva fração dos doentes mentais (psicóticos e neuróticos graves) atendidos na rede pública, sendo seu ideário constituído de propostas dirigidas à superação das limitações evidenciadas pelo

binômio ambulatório-hospital psiquiátrico no tratamento e reabilitação de sua clientela (GOLDBERG, 1992).

No Brasil com gastos de 2,4% do orçamento do SUS em saúde mental e prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6% de dependentes químicos tem havido sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos, como ilustra o fato de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia 6% dos recursos destinados pelo SUS à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006). Atualmente são 1.502 o número de CAPS em funcionamento em todo o País, segundo dados do Ministério da Saúde.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Segundo a Coordenação de Saúde Mental (COSAM), o ranqueamento dos estados e do DF recomenda a existência de CAPS I prioritariamente em municípios entre 20 e 70 mil habitantes sendo seu funcionamento de 8h às 18horas; CAPS II para uma população de 70 mil e 200 mil habitante e pode funcionar no terceiro turno até às 21 horas, porém no DF funciona somente das 8h às 18h; e o CAPS III para população de 200 mil habitantes, seu funcionamento é contínuo durante 24 horas e atende aos domingo e feriados. Existem os CAPS ad (álcool e drogas) e o CAPS i (para atendimento de crianças e adolescente).

As quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas respectivamente em 1987, 1992, 2001 e 2010 são consideradas marcos da política nacional de saúde mental, nas quais a realizações dessas conferencias serviram para reorganizar e dar diretrizes à Saúde Mental, visando uma melhor qualidade de vida dos portadores de doença mental e seus familiares.

A 1º Conferência Nacional de Saúde Mental teve como objetivo consolidar as propostas do movimento da Reforma Sanitária no campo da Saúde Mental, objetivando o

Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta 1º CNSM se pretendia a revisão do modelo manicomial rumo aos serviços extra-hospitalares e a progressiva diminuição de leitos psiquiátricos em hospitais públicos. Entretanto, as inquietações dos familiares e pacientes foram superficialmente contempladas em relação a como os serviços deveriam ser estruturados.

A 2ª Conferência ocorreu cinco anos após a primeira e teve como tema Reestruturação da Atenção à Saúde Mental no Brasil. Foi considerado como “uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz” (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 19).

Assim diferentemente da 1º CNSM, os usuários foram considerados como sujeitos da sociedade, tornando-se imprescindível uma mudança do poder contratual dos mesmos em sua relação com o Estado e a Sociedade. Foram discutidos os direitos do portador de transtorno mental e aprovada a elaboração da carta dos direitos dos usuários no Brasil, como um pacto entre as entidades civis e movimentos sociais. De acordo com o relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) em relação aos direitos das pessoas com transtornos mentais fica aprovado que eles têm direito à cidadania, e que o Estado tem o dever de lhe informar de qualquer procedimento que irá realizar e o consentimento do mesmo para o tratamento.

A 2º CNSM teve como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunais livres. Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização de trabalho, “onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes” (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 1992, p. 8).

A 3º Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 2001, tendo como tema “Cuidar, Sim. Excluir, Não”. Teve como principal discussão uma assistência com mais qualidade, rompendo assim com a institucionalização, efetivando a política nacional de saúde mental como acesso, qualidade e humanidade, dando assim mais força para a questão da desinstitucionalização.

A 4º Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 2010, com o tema “Saúde Mental Intersetorial”. Essa Conferência tinha como principal necessidade garantir a implementação de políticas públicas intersetoriais, visando parcerias com a cultura, o lazer, educação, saúde, esporte e geração de renda para garantir a integração dos serviços públicos

existentes. Fortalecer essas relações para haver mais promoção, proteção e cuidado em saúde mental. Potencializar a missão dos CAPS I, II, III, CAPS ad e CAPS i, adequando-os as necessidades reais de cada município, de forma a elevar a cobertura assistencial e substitutivo de todos os estados conforme a Lei nº 10.216 (IV CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE MENTAL, 2010)

Essas conferências foram importantes no sentido de terem produzido importantes avanços na legislação. Depois de intensos debates sobre a Saúde Mental e seus desafios, foi aprovada e sancionada a Lei nº 10.216 de 2001, após doze anos em tramitação do seu projeto (nº 3.357/89), de autoria do então deputado Paulo Delgado.

2.4 A Política de Saúde Mental no DF

O Distrito Federal sancionou no dia 12 de Dezembro de 1995 a Lei nº 975, com o objetivo de fixar diretrizes para a saúde mental no DF. Essa lei previa a extinção dos hospitais com caráter manicomial no prazo de quatro anos após a sua publicação. Após dezoito anos, o único hospital psiquiátrico da época permanece atendendo à população nos dias atuais, apesar de ter sofrido algumas mudanças, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Além da continuidade de uma assistência hospitalocêntrica, o DF possui poucos serviços chamados substitutivos, não atendendo as diretrizes e normas das Conferências. Tendo assim uma demanda que cresce cada vez mais, o que coloca o Distrito Federal em penúltimo em termos de cobertura de CAPS no país em relação aos serviços de atenção à saúde mental (BRASIL, 2007).

O plano diretor de saúde mental (PDSM) do Distrito Federal (DF) foi desenvolvido utilizando-se a metodologia de planejamento estratégico problematizadora da realidade e promotora da participação dos segmentos de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços – por meio de um conjunto de Oficinas de Trabalho em Três etapas, com ênfase na “ação comunicativa” e na busca de um “entendimento” entre os atores (BRASIL, 2010).

O relatório de ranqueamento traz à tona a real situação do DF e suas dificuldades em estabelecer os demais serviços extra-hospitalares propostos pela política nacional de saúde mental, cujo objetivo seria a implementação dos CAPS, dos “Serviços Residenciais Terapêuticos ou a articulação com os hospitais gerais, entre outros, cujas presenças indicam um passo a mais no caminho da desinstitucionalização” (AGRA, 2009, p.16). Como será melhor demonstrado no capítulo 4, a realidade do DF no campo da Saúde Mental envolve

avanços e retrocessos, inclusive no que se refere à lentidão da implementação da rede, muitas vezes dificultada pela falta de vontade política.

A Reforma Psiquiátrica vem lutando há anos por uma “sociedade sem manicômios”, substituindo o modelo asilar de anos de opressão para uma prática mais humanizada, por uma assistência de cuidado e de reabilitação de pessoas com sofrimento psíquico que tem um histórico de anos de exclusão (LIMA e SILVA, 2004).

Na década de 1990 o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), sob influência da reforma psiquiátrica implementou algumas modificações no atendimento as pessoas com sofrimento psíquico ali internados. O atendimento do usuário foi alterado, com inserção de serviços tais como “atendimento de grupo de pacientes em uso de medicação contínua, pacientes alcoolistas, grupo operativo, hospital-dia, oficinas de capacitação, equipes comunitárias, enfermaria de crise, acolhimento, além do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS” (Lima e Silva, 2004, p. 591). Algumas dessas iniciativas permaneceram, enquanto outras tiveram um tempo de desenvolvimento mais intenso e dinâmico para, em seguida, registrar uma retração ou uma descaracterização no seu desenvolvimento (Lima e Silva 2004).

O Governo cria no dia 07 de julho de 1995, meses antes da criação da Lei Distrital, a Coordenação de Saúde Mental (Cosam), com o objetivo de implementar a Reforma Psiquiatria no DF, sendo essa diretamente vinculada a secretaria de Saúde (Zgiet 2010). A Cosam foi organizada em três divisões: “Câmara técnica; Comissão de supervisão; Avaliação e controle; e colegiado de Saúde Mental, composto por diretores de unidade de atenção em Saúde Mental e pelo coordenador (ZGIET, 2010, p. 60).

Nesse processo as grandes mudanças no âmbito de se pensar em políticas públicas em saúde mental no DF se deu entre 1995 a 1998 período em que o governo proporcionou um olhar mais direcionado a Saúde Mental. A fase de maior intensidade foi a aprovação da lei Distrital que buscava a transformação da assistência em Saúde Mental. O aspecto de mudanças para a atenção em Saúde Mental foi baseado em propostas antimanicomial, como definidos, nos parágrafos 1º e 3º como sendo direito das pessoas com transtorno mental:

Art. 1º A atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, enfatizando-se:

- I – tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;
- II – proteção contra qualquer forma de exploração;
- III – espaço próprio, necessário a sua liberdade e individualidade, com oferta de recursos terapêuticos e assistenciais indispensáveis a sua recuperação;

IV – integração a sociedade, através de projetos com a comunidade;
 V – acesso às informações registradas sobre ele, sua saúde e tratamentos prescritos.

Art. 3º A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária.

§1º Para efeito do disposto neste artigo, são consideradas modalidades médico-assistenciais, entre outras:

- I – atendimento ambulatorial;
- II – emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral;
- III – leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV – hospital-dia;
- V – hospital-noite;
- VI – núcleos e centros de atenção psicossocial;
- VII – centro de convivência;
- VIII – atelier terapêutico;
- IX – oficina protegida;
- X – pensão protegida;
- XI – lares abrigados.

§ 2º Os leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas especializados deverão ser extintos num prazo de 4 (quatro) anos a contar da publicação desta Lei.

Esta lei trouxe diretrizes para atenção psiquiátrica, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no DF. É claro que não puderam resolver todos os problemas que vinham se prolongando há muitos anos, mas foram no mínimo reduzidos. Agra (2009) delimita que a partir de 1995 até 1998, a Reforma Psiquiátrica passa a ser um projeto estratégico do GDF.

Apesar das inúmeras mudanças por parte do governo nesse período para melhorar a Saúde Mental em que se encontrava o DF, não podemos deixar de mencionar que muitos desafios foram superados, porém muitos projetos não saíram do papel como o lar abrigo e o núcleo de desinstitucionalização (ZGIET, 2010).

No entanto, como mencionado acima, a implementação da atenção à saúde mental no DF se realizou com avanços e retrocessos. Em 1999 ocorrem mudanças políticas que levaram há um período de descontinuidade da Reforma de Saúde mental, suas conquistas, rupturas e superação de saberes foram ignorados por praticas burocráticas e institucionalizados, foi um período de grande sofrimento. Os avanços considerados revolucionários na área da saúde mental no DF foram liderados por partido da esquerda, que durou de 1995 a 1998, depois desse período o DF voltou a ser liderado por partido de centro, mais tradicionais, não havendo incentivos para construção de novos centros de atendimento substitutivo, e por essa razão o tratamento acontecem prioritariamente através de internação.

Uns dos retrocessos que Agra (2009) ressalta nesse período foi a falta de assistência financeira por parte do Governo o que resultou nas mudanças operacionais no interior no ISM e HSVP, que por falta de investimento “as transformações operadas anteriormente poucas puderam resistir” (Agra 2009, p. 149). O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) que estava em grandes “transformações, funciona ainda como hospital referência especializado em atendimento psiquiátrico, centralizando o maior número de atendimentos do DF e região do Entorno, em cerca de 80%, e, ainda, a centralização de emissão das Guias de autorização de internação hospital” (LIMA E SILVA, 2004, p. 591).

As políticas públicas de atenção à saúde mental hoje preconizam: redução de leitos hospitalares e a progressiva extinção dos manicômios; investimento em atenção básica com foco também na saúde mental, por exemplo, Programa de Saúde da Família, Grupos de Terapia Comunitária e outros; atenção especializada a dependentes químicos e loucos infratores; formação de recursos humanos para trabalhar em saúde mental; participação da comunidade na elaboração das políticas e no controle social; criação de serviços substitutivos ao hospital Psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SECRETARIA DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), para haver coerência nos modelos propostos, a capacitação de pessoal deve incluir o campo das políticas de saúde mental, apontando para uma organização diversificada e qualificada dos serviços, instrumentalizando a atenção individualizada, respeitando a singularidade das pessoas em sofrimento psíquico, desencadeando investigação junto ao processo permanente de avaliação.

No que se diz respeito às Políticas Públicas no DF a situação é de grande ambivalência, isto é, existe dispositivos pró-reforma, mas a instituição doença mental continua sendo o norte que orienta as práticas em saúde mental. A luta antimanicomial, no âmbito distrital, tem um histórico de liderança com a ideologia de questionar padrões e de luta pelos interesses da população, mas a efetivação da política de saúde mental do DF encontrou, ao longo dos anos muitos obstáculos, onde muitos foram superados, porém o desafio de que muito tem a ser feito.

O DF permanece em um quadro de poucas alternativas no que se refere aos moldes dos serviços terapêuticos oferecidos aos pacientes que por essa razão precisam ficar em regime de internação no ISM. Nesse caso mesmo que o paciente se encontre em âmbito familiar, esse fato não extingue a necessidade de intervenção, “pois, assim como eles se viam

institucionalizados, as famílias não esperavam e muitas vezes não dispunham de condições para abrigar novamente aquele membro” (ZGIET 2010, p. 64).

Destaca-se nesse diapasão que as políticas públicas de atenção à saúde mental devem focar a prática social, dentro desse contexto Maia (2005, p. 04) assevera que:

As práticas sociais, em crescente quantificação no território brasileiro, são viabilizadas em nome da solidariedade, valor importante a ser vivido pela sociedade; entretanto ele é introduzido com uma perspectiva de despolitização das práticas sociais desenvolvidas, tratadas descoladamente do contexto societário mais amplo, no qual a realidade é gerada.

Para a pessoa com transtorno mental que precisa viver situações ocasionadas pela ruptura de tempo e de espaço do convívio familiar, os sentimentos de não mais fazer parte do contexto social são aumentados pelo isolamento vivido, um dos pontos responsáveis pelo impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias.

Nesse sentido afirma Martins (2002, p. 135) que:

(...) quando passam a ser implementadas ações pelas quais a pessoa produz, desenvolve e operacionaliza novas capacidades, aptidões e propriedades individuais a se colocarem a serviço de sua humanização.

Deve-se considerar que a saúde mental e o bem-estar estão no centro da qualidade de vida do indivíduo e da sociedade.

Atualmente a rede de serviços em saúde mental no DF está em desenvolvimento. Efetivamente, nos dois últimos anos foram construídos oito novos CAPS no DF. As instituições que compõem a Saúde Mental hoje no DF são:

- Um Hospital Psiquiátrico em Taguatinga (HSPV)
- Um CAPS I, no Instituto de Saúde Mental
- Quatro CAPS II, situados em Taguatinga, Paranoá, Planaltina e Samambaia.
- Seis CAPS ad, situados em Sobradinho, Itapoá, Guará, Ceilândia, Santa Maria e na Rodoviária
- Dois CAPS i, situados na Asa sul Adolescente e na asa norte no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógico (Compp).
- Três CAPS adi Samambaia, Taguatinga e Asa norte.
- Programa Vida em Casa, que funciona no HSPV.

De acordo com o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal (2011-2015), atualmente a rede de serviços substitutivos em saúde mental no DF é composta por dezesseis serviços de Atenção Psicossocial, sendo um CAPS I no Instituto de Saúde mental (ISM), dois CAPS Infantil (CAPSi) no COMPP, quatro CAPS II: Taguatinga, Paranoá, Planaltina e Samambaia. Seis CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad): Sobradinho, Itapoá, Guará, Ceilândia, Santa Maria e na Rodoviária e três CAPS adi: Samambaia, Taguatinga e Asa norte. Ressalta-se que outros cinco serviços encontram-se em funcionamento, atendendo a população e estão em processo de cadastramento junto ao Ministério da Saúde: Planaltina, Samambaia e Gama como CAPS II e Ceilândia e Santa Maria como CAPSad (BRASIL, 2010)

No âmbito domiciliar, há atualmente no Distrito Federal 183 beneficiários do Programa de Volta pra Casa, 410 pessoas atendidas pelo programa Vida em Casa e 2.358 pacientes cadastrados no GAPI – Grupo de acompanhamento Pós-Internação (BRASIL, 2010).

Fica demonstrado que a implementação da rede de atenção à saúde mental no DF está inserida em um processo político-institucional que requer uma análise mais apurada sobre suas nuances. Para tanto será refletido um pouco mais sobre os desafios no DF da implementação da política nacional de desinstitucionalização no capítulo 4, visando compreender as peculiaridades dessa dinâmica.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem metodológica

Nesse capítulo serão abordados os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos.

A decisão pela escolha da metodologia de pesquisa não é considerada tarefa fácil, por existir a necessidade de se estabelecer, *a priori*, os objetivos dos estudos e o tipo de objetivo a investigar. Entretanto há outros fatores importantes para se relevar. Geralmente a escolha por determinada metodologia está diretamente relacionada com as crenças e perspicácia do investigador acerca da natureza do conhecimento, dos limites do conhecimento científico e da própria visão de mundo (GIL, 1994).

O método é o caminho para se chegar a determinado fim, e método científico é o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento. Para que os conhecimentos sejam considerados científicos, torna-se necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento (GIL, 1994).

A presente pesquisa é fruto do desenvolvimento de uma pesquisa que envolveu uma abordagem qualitativa de análise, Ludke e André (1986, pp. 11 -12) colocam que:

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. A pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo. Por exemplo, se a questão que está sendo estudada é a da indisciplina escolar, o pesquisador procurará presenciar o maior número de situações em que esta se manifeste o que vai exigir um contato direto e constante com o dia-a-dia escolar. Como os problemas são estudados no ambiente em que eles ocorrem naturalmente, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador, esse tipo de estudo é também chamado de naturalístico.

Dada à complexidade do fenômeno estudado foi utilizado o método qualitativo, que segundo Maanen (1979), “se caracteriza por um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, traduzindo e expressando o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação” (p. 23).

Conforme nos ensina Minayo (1998):

É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social (p, 56)

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. A abordagem qualitativa é necessária para explorar mais informações que dificilmente poderiam ser realizadas por meio de um instrumento com perguntas fechadas.

Para conhecer os avanços e particularidades na implementação da política de Saúde Mental no Distrito Federal, além de uma reflexão a partir de uma experiência de estágio em

Saúde Mental em um CAPS do DF que motivou o presente trabalho, será realizada uma entrevista com o objetivo de obter diferentes perspectivas deste processo. A entrevista semi-estruturada possibilita a abertura de espaço, tanto para o entrevistador quanto para o entrevistado, caso seja pertinente aprofundar ou redirecionar algum assunto.

3.2 Procedimentos na coleta de dados

O presente trabalho, como em estudo exploratório, visa conhecer os avanços e particularidades na implementação da política de saúde mental no Distrito Federal, para tanto além da revisão bibliográfica, foi realizada entrevista com importante ator social, em uma dupla imersão: participação desde o início do movimento pró-saúde mental do DF e recente imersão como profissional em serviços de saúde mental – tipo CAPS – no DF.

As perguntas foram direcionadas em relação aos avanços e desafios acerca das melhorias em saúde mental no DF, conforme roteiro de entrevista semi estruturada em apêndice.

O procedimento foi feito por meio de convite da pesquisadora e, sendo aceito, foi entregue o (TCLE) Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice). Foi selecionada uma entrevistada, psicóloga, que trabalha em um CAPS e também participa do Movimento Pró-Saúde Mental, braço distrital da luta antimanicomial. O roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice) apresentou perguntas que foram direcionadas aos avanços, dificuldades e desafios no campo da saúde mental no DF. A entrevista foi feita no CAPS em que a entrevistada trabalha. A pessoa entrevistada foi escolhida por sua ampla e longa atuação no campo da saúde mental no DF.

Portanto, a pesquisa entrevistou uma pessoa ator social, que vivencia e está envolvida em uma dupla inserção- no serviço e na luta política- no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal no Distrito Federal. A partir da entrevista, em diálogo com a revisão bibliográfica, será discutida a política nacional de Saúde Mental no DF, seus retrocessos, avanços e limites.

Os encontros foram decididos junto com a disponibilidade de dia e tempo da entrevistada. O material utilizado foi um gravador com prévia autorização da entrevistada, papel e caneta. Esse material foi utilizado para que a entrevista discorresse naturalmente, sem interrupções, e que sua fala fosse transcrita na íntegra para posterior análise de dados.

3.3 Delineamento da pesquisa

O estudo engloba, além da análise da entrevista e da reflexão da experiência de estágio no campo da saúde mental, pesquisa bibliográfica. Para fundamentação do estudo já foi realizada pesquisa em publicações, artigos, dissertações, monografias, folder, *site*.

As análises dos dados serão elaboradas dentro de uma perspectiva descritivo-interpretativa, considerando uma pesquisa de corte seccional (BABBIE, 1998). Essa pesquisa pode ser caracterizada como descritiva, pois intencionou conhecer a natureza, a composição e os processos que envolveram o problema de pesquisa, permitindo a descrição das características do fenômeno e estabelecendo as relações entre as variáveis definidoras, como sugerem Selltiz *et al.* (1987) e Babbie (1998).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo aborda-se a discussão e análise das respostas da entrevistada no processo de implantação dessa pesquisa. Em uma primeira análise, é possível identificar, nas respostas que a entrevistada trabalha desde 1997 com saúde mental e que recentemente começou a trabalhar em um CAPS do DF.

A entrevistada ocupa duplo lugar, como militante e profissional da rede de serviços em saúde mental da DISAM (Diretoria de Saúde Mental) no DF e transita entre movimentos sociais e instituições.

Pra iniciar a discussão foi elaborado categorias, com o objetivo de focar com mais precisão a implementação da Reforma Psiquiátrica no DF e seus desafios acerca da Política de saúde mental. Na entrevista foi dada ênfase aos objetivos específicos desse trabalho, buscando-se conhecer: a) As dificuldades específicas para a implementação da Política de Saúde Mental no DF; b) Os avanços para a implementação da Política de Saúde Mental no DF; c) o papel do movimento social; d) o papel da legislação. A análise da entrevista busca dar subsídios para refletir sobre as dificuldades enfrentadas na implementação da Reforma Psiquiátrica no DF.

4.1 Dificuldades específicas para a implementação da Política de Saúde Mental no DF

Com relação às dificuldades específicas para a implementação da política de desinstitucionalização do Distrito Federal. A entrevistada demonstrou uma visão em relação à necessidade de se estruturar melhor os serviços oferecidos, conforme no trecho abaixo:

Então, eu acho que os avanços, assim, uma das coisas eu acho que a gente teve muitos psicólogos contratados nesses dois últimos anos mais do que na história da secretaria, então eu acho que isso foi um avanço, e dessa forma que eu to falando tem sido aberto os outros CAPs, então eu acho que isso é um avanço também, tem sido feito um trabalho de incrementar, ainda que muito a passo de tartaruga, mas tem sido feito da atenção básica que também é um reforço pra saúde mental, mais eu acho que os desafios são imensos. Pra mim, o primeiro desafio que é claro e notório é o da capacitação, capacitação em serviço, da supervisão que sem isso não adianta, podem abrir 15 CAPs que não vai funcionar. (...) Eu acho que a gente tem que incrementar rede. (...) Isso nos ambulatórios, nos ambulatórios não podem ser ambulatórios especializados com aquele psiquiatra que cuida de X,Y, Z e W não, não! Não pode ser isso. (...) eu ainda acho que falando como militante né eu acho que pra trabalhar no SUS tinha que ter uma entrevista com as pessoas pra saber quem são as pessoas que estão entrando (...).

Na visão da entrevistada, as políticas acontecem muito lentamente “*muito a passo de tartaruga*”. Nesse sentido, a profissional relatou algumas dificuldades específicas para a implementação da política de saúde mental no DF, referindo-se a uma rede de atenção em saúde, afirmando que existem muitos desafios e que o primeiro seria o de “*capacitação, capacitação em serviço, da supervisão que sem isso não adianta, podem abrir 15 CAPs que não vai funcionar*”. Dessa forma, a entrevistada adverte para a noção de que precisa resolver a questão da “*legislação do Ministério de Saúde, pra poder ter supervisão*”.

O relato da entrevistada encontra fundamento em Martins (2002, p. 135), ao afirmar que:

(...) quando passam a ser implementadas ações pelas quais a pessoa produz, desenvolve e operacionaliza novas capacidades, aptidões e propriedades individuais a se colocarem a serviço de sua humanização.

Desinstitucionalização envolve um desmantelamento da estrutura institucional de conhecimentos e práticas que sustentam a ideia de considerar a loucura como uma doença mental. Uma vez que a experiência da loucura foi tomado como um objeto específico de psiquiatria, o foco tornou-se o objeto sempre forjado doença mental, e não o sofrimento individual (Foucault, 2000). O objetivo desinstitucionalização mudar o "sofrimento existencial" e a produção da vida como o foco principal de qualquer intervenção em saúde mental. Este destina-se a colocar o acento não na cura da doença ou a re-adaptação dos

indivíduos, muito menos na normalização dos indivíduos, mas na existência de sofrimento humano como objetivo real de uma intervenção (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001; Venturini, 2010; Venturini & Galassi, 2003).

4.2 Avanços, limites e retrocessos na implementação da Política de Saúde Mental no DF

A entrevistada apresenta alguns avanços implementados, bem como, preocupações expressas em seus relatos quanto à necessidade de redes de saúde e socioassistencial para dar conta dessa demanda crescente e, enquanto estiverem trabalhando isolados, enquanto não forem organizadas, estas redes não poderão viabilizar as respostas que os usuários necessitam:

(...) Então assim, realmente o GDF tem criado os serviços, mas sem oferecer muitas condições isso falando da estrutura física, porque da estrutura de recursos humanos é pior ainda, porque não tem capacitação pra entrar, qualquer pessoa que fizer o concurso para a secretaria de saúde pode vir trabalhar no cargo que eu acho uma falta gravíssima. A gente têm profissionais muito mal preparados, a gente não tem supervisão, é um trabalho “adoecedor”, é um trabalho super difícil, então a implementação da reforma da saúde mental aqui tem sido muito no papel, assim, tem sido implementado, mas a implementação de fato, de comprar mesmo essa história, eu acho que ainda está bem devagar. Então a gente precisa repensar um modelo, porque a saúde mental tem de mais coisas, ter outros profissionais, ter outras estratégias. Então eu acho que a gente ainda está engatinhando.

Dentro desse contexto, a necessidade de abrir frentes de ação mais amplas com o objetivo de reabilitação psicossocial dos sujeitos envolvidos no tratamento requer por parte dos profissionais em saúde mental uma atuação mais crítica. As possibilidades incluem dispositivos de participação social, envolvendo usuários, familiares e técnicos, tais como grupos de apoio mútuo e associações (Almeida, Severo & Dimenstein, 2010). Amarante (2009) e Vasconcelos et al (2010) indicam que é possível mudar o sentido social construído para denominar o louco, associado a deficiência, a agressão, a violência e o fracasso em estabelecer contato social, assim é imperativo que esta mudança seja operada por dispositivos e ações construídas excedendo o campo da saúde.

Dimenstein e Liberato (2009), em uma análise do processo de reforma em curso no país, argumentam que é essencial ultrapassar as fronteiras da saúde. Os autores defendem a necessidade de superar o modelo biomédico que organiza os conceitos e práticas de cuidado na incorporação de novos atores sociais no contexto da formação de uma força de trabalho ampliada, envolvendo profissionais de diferentes áreas do conhecimento, usuários e familiares.

4.3 Papel da Legislação em Saúde Mental, no Brasil e no DF

No que se refere a atual política de saúde mental no Brasil e sua cultura psiquiátrica a profissional foi enfática:

(...) Eu ultimamente não ando tendo muitas notícias do Brasil, mas assim o que eu sei, é que estão sendo implementados os CAPS e que a gente tem uma política bem consolidada em termos de legislação... De direito dos políticos eu já acho que está bem consolidada, mas a reforma ela nunca é tranquila em lugar nenhum, assim, eu não tenho a menor dúvida que o serviço está sendo implementado em todos os lugares do Brasil, tem muitas dificuldades, porque a gente está lutando é contra uma cultura psiquiátrica, a gente vive numa cultura super medicalizada, então assim, eu não tenho a menor dúvida que os CAPs mesmo estando em implementação às vezes eu acho que a gente ainda tem muito o que batalhar, que a gente ainda tem um pensamento muito psiquiatrizado, assim, são 200 (duzentos) anos de história, e que a gente tá lutando contra coisas muito fortes, contra uma vertente científica, muito biológica da psiquiatria e contra valores que estão circulando contra o medo das pessoas, contra o estilo, então, assim, eu acho que a saúde mental tem muitos ganhos no campo legislativo, no campo da assistência, mas eu entendo a saúde mental como algo amplo, então, a gente ainda tem muitos ganhos pra ter, que demora um tempo maior.

A partir do relato da entrevistada com relação a situação da saúde mental no Brasil e a implementação dos serviços substitutivos aqui no DF, há uma “medicalização da questão social”, fato que também se afirma como uma refração da questão social, por assim dizer, pois o sujeito sofre por não ver saída para sua situação financeira, não consegue prover suas necessidades básicas, por isso busca “medicalização” para uma situação que necessariamente não seria resolvida em um CAPS, mas em articulação com uma rede socioassistencial que englobasse as diversas políticas setoriais.

Rotelli (1990, p. 63) assevera que “as pessoas não percebem que devem desinstitucionalizar outras instituições que não apenas o hospital psiquiátrico. Tão envolvidas pelos discursos, não se dão conta de que os espaços de denúncia da institucionalização podem acabar institucionalizando”.

A entrevistada expressa que existe a necessidade de se estruturar melhor os serviços oferecidos. Pode-se perceber conforme a afirmação da profissional que a produção de um tipo de atenção à saúde mental pouco diversificada na rede, que se torna ineficiente na produção de saúde no meio social do indivíduo. Ou seja, vê-se a necessidade de avanços nos processos de expansão e de articulação da atenção na rede básica e substitutiva e fortalecer o lugar do CAPS como, por exemplo, organizador da rede de cuidados em saúde mental, tal como idealizado pelo Ministério da Saúde, na forma de dispositivo transitório que funcione,

preferencialmente, na interface com a comunidade. Podemos articular essa noção com a proposta por Nishikawa (2012, p. 29):

A noção basagliana de desinstitucionalização diferencia-se de uma lógica meramente desospitalizante ou de desassistência. Reinventa este conceito, instituiu em sua base uma ideia de *desconstrução*, que faz emergir um movimento contraditório, remetendo ao desafio de se organizar uma instituição que ao mesmo tempo supere a lógica da institucionalização.

A partir de uma perspectiva histórica, pode-se perceber as várias alternâncias na implementação da política de saúde mental no Distrito Federal e conseqüentemente os avanços e retrocessos. Comparando os movimentos e políticas locais anteriores, a psicóloga demonstrou conhecer as nuances desse percurso:

Bom... A história da saúde mental é uma história de muitos avanços e retrocessos, então logo do início quando foi criado o São Vicente logo na sequência foi criado o ISM a política do DF era uma referência nacional, vinha gente do Brasil inteiro e até gente de outros países pra conhecer a experiência do ISM que era uma experiência muito revolucionária na época, e assim, o projeto original dele era realmente revolucionário, que foi uma antecipação do que seriam os CAPs, do que seria o centro de convivência e o ISM reunia tudo isso, então foi um lugar assim de referência, de formação pras pessoas. E tinha o apoio do governo, tinha uma gestão interessada em fazer, então quando entrou o governo Roriz teve um retrocesso imenso, imenso mesmo né, porque na verdade a política no DF é uma política de alternância, um governo é uma “direitona” e outro governo de esquerda, “direitona”, esquerda, e que estão sempre se atacando e se atrapalhando então por isso eu acho que a nossa história é uma história muito precária (...).

O relato expressa preocupação com a atual política de saúde mental no Distrito Federal, levando ao entendimento de que a desinstitucionalização ainda parece longe de se realizar de forma plena no DF. Ainda não se conseguiu, de fato, uma rede articulada de atenção à saúde, menos ainda à saúde mental, ou, se há essa rede, ela continua bastante frágil por se tratar de uma política de alternância. Conforme relato abaixo:

o GDF foi pra último lugar em termos de cobertura assistencial porque mudou o modelo, o modelo voltou a ser o modelo anterior, então esse negócio de ficar” ah investindo nisso aí, ah vamos investir nada”, voltaram as grades... Então assim, eu acho que a gente já tá caminhado, a gente já não está mais no último lugar, estamos no antepenúltimo agora, mais eu acho que a gente precisa continuar com o otimismo e ver que as coisas continuam melhorando, porque se a gente fica com pessimismo a gente não vê também os pequenos avanços que precisam ser valorizados, então eu acho que tem tido alguns avanços e a esperança é que historicamente continue acontecendo esses avanços.

Quando questionada sobre as mudanças ocorridas a partir da promulgação da lei 10.216, que preconiza a internação apenas em duas situações extremas: no caso do portador de transtorno mental representar risco iminente à sua vida ou a de terceiros, ou seja, os CAPS

só encaminham para internação, seja em hospital psiquiátrico ou não, pessoas cujas situações fogem à sua capacidade de resposta, houve alguma mudança em relação às questões que envolvem as pessoas com sofrimento psíquico:

Eu acho que a lei, assim, eu não acho que a lei não muda a cabeça das pessoas, mais ela cria condições pra que a cabeça mude, então assim, não é um processo imediato, tipo a lei foi aprovada hoje e amanhã todo mundo vai pensar diferente, não. (...) então eu acho que a lei é um instrumento poderosíssimo, foi um super avanço mesmo, até porque pra essa lei, ela ser derrubada aí vai um outro processo que eu acho que não vai acontecer porque politicamente incorreto defender hoje esse tipo de... Assim se a gente pegar o CAPs aqui no DF ou em qualquer CAPs do Brasil com todas as limitações, como todo o ranço psiquiátrico que a gente ainda tem eu não tenho a menor dúvida que as pessoas estão muito melhores do que se elas estivessem dentro de um hospital, não tenho a menor dúvida disso, isso foi a lei que garantiu, assim não é só a lei que vai fazer isso, mais a lei ela garante isso sim, então eu acho que teve avanço sim, enorme isso depois da aprovação da lei sim.

Segundo a entrevistada, a lei trouxe benefícios sensíveis, propõe a constituição de serviços comunitários inteiramente substitutivos ao manicômio e que representou forte poder de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania desse sujeito e oferecendo-lhe soluções alternativas de tratamento na comunidade (ROTELLI e AMARANTE, 1992). Portanto, o relato demonstra que a profissional percebe a lei 10.216 como um avanço no atendimento às pessoas portadoras de sofrimento mental, conforme trecho de relato “*não tenho a menor dúvida que as pessoas estão muito melhores do que se elas estivessem dentro de um hospital*”,

Já sobre a Lei nº 975 do Distrito Federal, a entrevistada foi bem enfática em dizer que poucos a conhecem de fato, e que ela precisa sempre lembrar, pois se notarmos bem ela é mais estruturada e visa uma proposta mais de desinstitucionalização do que a federal.

Bom, a lei do DF deveria resguardar né, eu acho ela bem mais completa, mais aqui a gente tem uma história de desrespeito as leis aqui no DF, a gente tem um contexto político super complicado e a gente não conhece a lei, eu acho que nos profissionais de saúde mental não conhecemos as leis né, os movimentos sociais não conhecem as leis, quando eu falo de formação eu não to falando só de formação clínica pra aprender diferenciar neurose de psicose ... (...) Tudo nessa vida é ideologia, então eu acho que um dos problemas que a gente tem aqui porque a lei não pega aqui, porque o Brasil tem esse negócio que tem lei que pega e tem lei que não pega, a lei não pega aqui porque nós profissionais somos muito despolitizados, então esses que eu falei aqui são os únicos que pensam que isso vai ser interessante estrategicamente, que pensam a questão da rede, que pensam politicamente mais no sentido amplo da política, no sentido de que a gente trabalha a vida com a política, a política fala das relações de como as pessoas se colocam diante do outro, como se colocam diante da vida. (...) no DF ela não pegou mesmo que a gente não conhece, que a gente não sabe

pra quê que ela serve, e aí mais uma vez como militante eu acho que esse é o papel do movimento, o movimento tem que entrar no serviço... “Olha, internação é o último recurso, isso tá na lei federal, isso tá na lei distrital” né, e porque que a gente faz isso, porque né, ninguém conhece, então pra mim é prioridade esse trabalho de formação política nos serviços e é por isso que a lei não funciona.

Segundo relato da entrevistada a Lei não funciona no DF, pois apenas uma rede articulada e integrada, com seu potencial de elaboração coletiva de soluções, pode enfrentar a complexidade das demandas e garantir a resolubilidade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. Segundo a profissional, *“a lei não pega aqui, porque o Brasil tem esse negócio que tem lei que pega e tem lei que não pega, a lei não pega aqui porque nós profissionais somos muito despolitizados”*

O campo da saúde mental possui especificidades e as dificuldades enfrentadas por pessoas com transtornos mentais e suas famílias são utilizadas como bandeiras do movimento social ligado a esse campo, Vasconcelos (2007) considera como problemática a maneira dos modos de participação social atuais neste campo, vinculadas principalmente com o ativismo político ou-reivindicação de direitos, pois podem excluir outras formas de participação que os indivíduos possam exercer, mesmo com suas limitações.

Nesta perspectiva o objetivo seria capacitar de forma ativa, para a participação e organização dos usuários e familiares em seu próprio campo de produção do cuidado em saúde mental, serviços de cuidados formais e dispositivos autônomos e de apoio, bem como, as estratégias de defesa, a troca de experiências sobre a doença e sua difusão na sociedade civil, garantindo o exercício do controle social do sistema de saúde e do ativismo social de maneira mais ampla pela sociedade e no Estado (VASCONCELOS, 2007, pp 175-76).

Com esta proposta, o autor oferece um conceito amplo de capacitação que leva em conta tanto o indivíduo e a dimensão da comunidade, contemplando a perspectiva de participação social. O autor também aponta a respeito de dispositivos sociais, e caracteriza-se como sendo uma importante forma de viabilizar capacitação, dispositivos que vão desde a possibilidade de ajuda mútua entre os indivíduos com sofrimento, por meio de acordos entre membros de diferentes setores e a militância política com os gestores e a sociedade civil para o cumprimento dos direitos e conquistas, e a luta de outros a conquistar. A fim de diferenciar estratégias de empoderamento.

Enfim sugere-se como indicadores de qualidade, que enquanto não tiver subsídios de para acabar por completo como o hospital psiquiátrico, pelo menos busquem ter procedimentos mais humanizados como relata a entrevista.

São Vicente passou por um momento super interessante de transformação, quando tava se transformando em CAPs, cortou convênio com clínica de Anápolis o sanatório espírita e eles começaram a fazer realmente um trabalho muito interessante com o São Vicente, criaram os CAPs, criaram o hospital DIA né o ambulatório ficou bem mais interessante, hoje a gente acha aquela internação naquela emergência horrorosa, mas antes era bem pior era num calabouço, no subsolo do prédio era uma lugar horroroso, horroroso... Parecia uma masmorra. Então foi pra pracinha, eles tiraram as grades, começaram a fazer um trabalho de capacitação com os usuários, os usuários começaram a trabalhar em oficinas terapêuticas que foram criadas, então assim foi um momento muito interessante

Nessa perspectiva pode-se perceber um avanço bem significativo em relação ao que se era antes, no contexto das dificuldades específicas para a implementação da política de saúde mental no DF este é um caso emblemático, pois coloca o usuário em uma perspectiva inclusiva de seu tratamento, a partir desse trabalho de capacitação e das oficinas terapêuticas referenciados pela entrevistada.

É importante ainda a compreensão do papel dos profissionais de saúde mental como promotores de espaços democráticos, possibilitando o envolvimento dos enfermos e suas famílias na análise diagnóstica do seu estado de saúde mental.

Pode-se perceber a partir da entrevista e das análises teóricas que para que se desenvolva um modelo de atendimento em saúde mental no DF com foco social e comunitário, ainda há muito a ser feito, como quebrar barreiras principalmente, refletir sobre o que se entende por modelo científico, compreender que este tácito muitas vezes explicitamente promove a segregação estabelecendo divisões entre as pessoas “normais” e “anormais”.

De acordo com Nogueira (2009, p. 125):

Desse modo, as práticas em saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos da reforma psiquiátrica, devem passar por mudanças tanto no campo teórico-profissional, como no cultural e não apenas pela elaboração de políticas e modelos de atenção alternativos ao internamento psiquiátrico.

Finalmente, o desafio seria iniciar uma discussão que busque políticas mais inclusivas no cuidado ao paciente com sofrimento mental, intervenção num modo de fazer formação que desacomoda velhas hierarquias de saber e convida-se à construção de um modo coletivo de aprender que lancem mão de dispositivos de humanização para ajudarem a pensar seus processos de trabalho e as mudanças necessárias com a finalidade de construir processos de produção de conhecimento, de saúde mental, de subjetividades.

4.4 Papel do Movimento Social, no Brasil e no DF

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) preconiza que o objetivo da desinstitucionalização é a formação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária. Portanto, somente uma rede articulada e integrada, com seu potencial de elaboração coletiva de soluções, pode enfrentar a complexidade das demandas e garantir a resolubilidade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com sofrimento mental.

Em relação ao movimento antimanicomial, podemos destacar a força e a perseverança de militantes que atuam em prol de uma saúde mental mais heterogênea como ressalta, em relação ao movimento social:

Como militante o que eu acho é que os movimentos de um forma geral tem uma forma geral, eles têm uma força imensa, que eles nem sabem o tamanho da força que eles têm, se a gente for pensar historicamente no Brasil a política de saúde mental que a gente tem hoje é fruto do movimento social. (...) Então eu acho que a gente está num momento muito interessante porque a gente está sofrendo uma ameaça muito forte na nossa política na saúde mental por conta das drogas desse movimento da saúde, de internação compulsória, dessas coisas todas né. A gente esta sofrendo ameaça sim na nossa lei de reforma psiquiátrica, a gente tá sofrendo muito coisa sim, e o nosso movimento social precisa se fortalecer, porque o movimento social tem vários lugares que ele funcionou, que foi o movimento que pressionou, que bota na mídia, que vai sentar na porta de governador, que vai pressionar secretário porque as coisas só funcionam sobre pressão, não têm jeito, dizer que “Ai que legal vamos cuidar da saúde mental” que nenhum governador vai, porque tem coisas mais urgentes, que dão mais votos. Vocês acham que eles vão investir aqui num CAPS que tem um hospital que tá cheio de problemas? Não vai. Mas se a gente fizer um barulho, colocar os usuários lá na porta, se a gente for pra mídia, aí o negocio sai. Então eu acho que o movimento tem essa função e a gente só não comenta o interessante de regulação de movimento e que eu acho que esse é o caminho também!

A entrevistada assevera que os CAPS deveriam oferecer diversas atividades para os usuários e suas famílias, novas possibilidades de atendimento em CAPS pode significar uma mudança na vida daqueles que passam por sofrimento psíquico, diferentemente de uma internação psiquiátrica cotidiana marcada quase que exclusivamente, com o isolamento e segregação do um universo de reintegração social. O cuidado em saúde mental oferecido no CAPS deve promover a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico, familiares e comunidade.

Neste modo de funcionamento, o uso consciente de tecnologias relacionais dos profissionais de saúde é uma importante estratégia para consolidar um modelo de atenção que

busca o reconhecimento da dignidade humana, o respeito pela autonomia e protecção dos cidadãos sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares (CAMATTA, 2009).

A Portaria nº. 336/GM propõe a perspectiva de fortalecimento de vínculos com a família e a sociedade. Lê-se em seu artigo terceiro:

(...) é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instalações ou unidades que oferecem assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (...) (BRASIL, 2002).

Ainda sobre o fortalecimento de vínculos com a família e a sociedade, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 13) os CAPS tem como objetivo:

oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Conforme afirmou a entrevistada em relato “*os movimentos de uma forma geral, eles têm uma força imensa*”, “*(...) a política de saúde mental que a gente tem hoje é fruto do movimento social*”. Esses movimentos sociais buscam desconstruir a rotulação, hospitalização, desamparo, estigma e cronificação, bem como outras formas de abandono, garantindo a permanência de vínculos sociais. Busca ainda estimular um redimensionamento crítico das relações familiares, de trabalho, vizinhança, sexualidade e política (SAMPAIO e SANTOS, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho analisou os avanços, retrocessos e desafios da implementação da política nacional de Saúde Mental no DF. Para tanto foi realizado um levantamento bibliográfico a respeito do tema visando obter subsídios para uma discussão sobre a reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Esta reflexão se apoia também na análise das indicações da Lei Federal nº 10.216 e da Lei do Distrito Federal nº 957, que fixam as diretrizes para a assistência em Saúde Mental.

Foi possível realizar, desde o capítulo 1, uma abordagem em relação aos manicômios, em que a exclusão da loucura se vê legitimada pelo discurso de que o louco é um doente que necessita de tratamento, pois o mesmo é incapaz de cuidar de si mesmo, além de representar um grau extremo de periculosidade à sociedade, por supostamente não se integrar às normas e comportamentos prescritos pela sociedade.

Não se pode pensar nas questões relativas ao processo de desinstitucionalização sem operar uma análise das dificuldades que envolvem outras problemáticas, como as das práticas de saúde, a da chamada clínica ampliada e a da produção de saúde como produção de subjetividade, a invenção de uma nova forma de cuidar exige conhecimento plural que ultrapassam as fronteiras entre as disciplinas e enfrenta as instituídas em cada um de nós (Rotelli, Leonardi & Mauri, 2001).

Almeja-se um processo de desinstitucionalização, que garanta o direito humano a permanecer em um ambiente de vida na comunidade, uma intervenção num modo de fazer política pública que convoque os sujeitos, até então acomodados na condição de meros usuários ou público-alvo da Política de Estado, a protagonizarem a cena pública e se corresponsabilizarem pelo que nela for produzido, levando a emancipação política desses sujeitos, rompendo a mera passividade na formulação dessas políticas, daí a importância do movimento social nessa luta (VASCONCELOS, 2007).

Enfim, pode-se concluir que a desinstitucionalização envolve aspectos subjetivos de cuidado e ajuda concretamente nas questões operacionais para um novo projeto de vida, as propostas de benefícios pelas políticas de saúde mental constituem de um fator fundamental para a realização do processo, ou seja, constroem sentidos, projetos e sonhos.

O papel exercido pela legislação nacional e distrital na área de saúde mental demonstrou a necessidade de se pensar a implementação de políticas públicas voltadas a essa

área. Apoiada na Lei n. 10.216/01, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza um modelo que inclui um tratamento aberto com base comunitária, na verdade, esta política implicou na restrição de indicações de novas internações em hospitais psiquiátricos, na extinção de leitos e na desinstitucionalização de inúmeros pacientes, com isso tornou premente a necessidade de participação efetiva da família e da comunidade na prevenção e tratamento dos males que acometem a saúde mental e do uso abusivo de álcool e outras drogas, representando um enorme avanço na estruturação de uma política de saúde mental.

No capítulo 2, considera-se que o movimento antimanicomial deve articular-se com os demais movimentos sociais que tenham posição política clara em prol da cidadania. Nesse sentido o movimento deve manter-se autônomo em relação a governos e administrações.

Com relação à experiência da reforma psiquiátrica brasileira, pode-se constatar que as premissas dessa luta estão baseadas não somente em mudanças no campo da saúde mental, mas pela garantia de saúde integral e promoção de cidadania. Por isso a importância de se analisar criticamente a história desse movimento e sua relação com o contexto social, político, econômico e cultural de cada época, de forma que se possa compreender a trajetória do Movimento da Luta Antimanicomial e sua situação atual.

Com respeito à Política de Saúde Mental no Brasil, pode-se apreender que surge em março de 1987 os CAPS que são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

Os CAPS devem garantir, portanto que a atenção integral deve ser garantida por atuação multidisciplinar, mediante cuidados médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros necessários para a reabilitação psicossocial do paciente e de seus familiares.

Os estudos sobre a temática da reforma psiquiátrica são importantes, pois podem ajudar na superação de muitos desafios pertinentes aos desafios da implementação da política nacional de Saúde Mental, principalmente para relacioná-los com a manutenção, melhoria da qualidade de vida e para melhorarem os conhecimentos sobre a saúde mental, bem como sobre a sua relação com hábitos de vida saudável, através da adoção de mecanismos de intercâmbio e divulgação de informações claras, facilmente acessíveis e compreensíveis.

Com relação à Política de Saúde Mental no DF, a realidade é de avanços e retrocessos que envolvem a Saúde Mental. A lentidão da implementação da rede e a falta de vontade política são, de fato, problemas que dificultam as mudanças em termo de melhorias no campo da saúde mental. Da análise da entrevista, a partir da história da luta do movimento social pela implementação da política de saúde mental bem como em articulação com as dificuldades específicas para a mesma, foi possível compreender que a falta de vontade política é um obstáculo a ser vencido, pois falta interesse político efetivo em querer mudar. O modo como a lei é vista já reflete aí uma visão mais prioritária das ações governamentais.

Foram apontados pela entrevistada muitos empecilhos de natureza material para o respeito às leis aqui no DF. O reduzido número de associações e estratégias de apoio social, as estruturas físicas e pobres de recursos financeiros, a baixa participação dos atores e do número de atividades realizadas por estes indicam a fragilidade das estratégias da luta pela reforma psiquiátrica no sentido de politização do cuidado e da reflexão crítica da prática. Assim o papel do movimento é o de articular reforma social como um todo na sociedade civil e setores governamentais responsáveis não só para a saúde, mas também educação, transporte, habitação, etc.

Neste sentido, nota-se que este ainda é um processo cujos efeitos são tímidos ao se enfrentar os desafios criados pela luta antimanicomial e proposições de reintegração social e resgate da cidadania. Acredita-se que o fortalecimento dessas iniciativas passa por uma articulação com outros movimentos sociais, por meio de apoio e projetos com associações e organizações políticas que não se restringem ao campo da saúde mental como uma forma de efetivar ações concretas da militância.

A lei 10.216 é um instrumento importante no sentido de orientar as práticas e determinar que as transformações aconteçam. Mas ainda falta muito para que a reforma psiquiátrica no DF efetivamente aconteça, a falta de mobilização social de familiares e usuários, o enfraquecimento da luta antimanicomial no DF e a falta de interesse político apresentam-se como obstáculos nesse processo de melhoria da reforma no DF. Importante ressaltar que após a realização desta entrevista, realizada em 18 de maio, o movimento se fortaleceu no DF.

Também se deve pensar em melhor investimento do Programa de Volta para Casa, pois é a partir do convívio familiar e melhor capacitação de profissionais que vai fazer com que a pessoa que sai de uma de uma internação possa ter sua história e sua vida de volta. Em relação à efetivação da legislação em saúde mental do DF, pode-se perceber que a mesma não

cumpra os ditames da lei que rege a oferta desse tipo de serviço de saúde. É preciso implantar a reforma psiquiátrica que já está legislativamente determinada no DF. É preciso vencer resistências políticas contra essa reforma, é aí que entra articulação do movimento social com a sociedade civil, em prol dessa efetivação de direitos.

Contudo adotando medidas mais contundentes, descredenciando imediatamente hospitais psiquiátricos, cujas vistorias comprovam incompetências técnicas e violação aos Direitos Humanos, e ampliando a rede de cuidados em Saúde Mental, com criação de mais CAPS III, com vistas à total substituição dos leitos psiquiátricos e maior investimento na formação dos profissionais, a partir do novo paradigma em Saúde Mental, fortalecer e implementar uma política de saúde mental mais eficaz no atendimento às pessoas que sofrem com a crise social, a violência e desemprego, consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reinserção social e da cidadania, e aumentar recursos do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Os desafios da desinstitucionalização esta em constante reinvenção, e com base em tudo que foi falado nessa monografia fica aqui mais um desafio a ser pensando, o cuidado da pessoa que tem algum transtorno psicótico ou neurótico que se trata na rede de Saúde Mental. Pois é uma questão complexa onde a capacidade de socialização, resposta afetiva, comunicação e o relacionamento estão prejudicados e precisam ser restaurados, por essa razão á essa necessidade de abolir os manicômios, abri CAPS III e ter uma política consolidada na desinstitucionalização, mais também temos que nos preocupar com a pessoa em sofrimento psíquico que vai receber o tratamento e que se de fato esta havendo um reconhecimento do sujeito não como “doente mental” mais sim como sujeito ativo na luta pelo processo de transformação social, cuidado e convivência no âmbito de rede de serviços substitutivos.

Enfim, devido aos limites do estudo (circunscrito ao DF e a visão de um ator social) sugerem-se possíveis novos trabalhos/pesquisas para aprofundamento do tema. Bem como se espera que os conhecimentos adquiridos possam ser relevantes para a compreensão do tema na psicologia. Assim, fica a sugestão de novas pesquisas como forma de complementação e aprofundamento do tema em debate.

REFERÊNCIAS

- Agra, S. M. (2009). *Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF*. Dissertação de Mestrado, defendida na Universidade de Brasília.
- ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.. *Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental*. Interface (Botucatu), Botucatu, 2010.
- Alverga, R. A. & Dimenstein, M. (2006). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura*. Julho/Dezembro, v.10, n. 20, p. 299-316.
- Amarante, D. P. (1996). *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Babbie, Earl. (1998). *The practice of social research*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Brasil. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. *A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil – modelo assistencial e direito à cidadania*. Brasília: Ministério da saúde, 1992. p. 20-22.
- Brasil, Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal 2011 a 2015. GDF – Brasília Dezembro 2010.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. 2004.
- Brasil. Portaria 336/2002. Brasília – DF: 2002.
- Camatta MW, Schneider JF. *A experiência vivida da família relacionada ao trabalho de profissionais de saúde mental: um estudo fenomenológico*. On line Braz J of Nurs. 2009; 8(2).

En:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2183>
[consultado 16.07.2013].

Conferencia Nacional de Saúde Mental. *Relatório final da 1º conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília*: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1987.

_____. Relatório da 2º Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde mental, 1994.

_____. Relatório Final da 3º Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Relatório Final da 4º Conferencia Nacional de Saúde Mental: Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII conferência nacional de saúde. Brasília: 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Temas de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 09-12.

_____. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental*. 2ª ed. e atualizada. Brasília: Ministério da saúde, 2001. p. 42-56.

Devera. D. & Costa. R. A. (2007). *Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na Legislação, na Ideologia e na Práxis*. Faculdade de Ciência e Letras de Assis - UNESP.

Gil, Antonio Carlos. (1994). *Administração de recursos humanos: um enfoque profissional*. Atlas. São Paulo.

Goldberg JI. (1992). *A doença mental e as instituições a perspectiva de novas práticas* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro: Record.

Goffman, E. (1999). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, A. M (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial*. E outros escritos: São Paulo: Hucitec.

Lüdke, M.; André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Maia, Marilene. (2005). *Gestão social: reconhecendo e reconstruindo referenciais*. Revista virtual textos e contextos, n. 4 dez.

Martins, José de Souza. (2002). *A Sociedade vista do Abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Minayo, M. C. (1998). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 5ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO.

NISHIKAWA, C.A. (2012). *A convivência como instrumento desinstitucionalizante: (re)construindo cidadanias*. Dissertação de Graduação, defendida no Centro Universitário de Brasília

Nogueira, Maria Sônia Lima. (2009) *Representações Sociais da Política de Saúde Mental: estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV do Município de Fortaleza*. Fortaleza-Ceará. Disponível em: http://www.uece.br/politicasece/index.php/arquivos/doc_view/94mariasonia1?tmpl=component&format=raw Acesso em Ago de 2013.

Nogueira, M. S. L. & Costa, L. F. A. (2007). *Política Pública de Saúde Mental: Discutindo o paradigma da desinstitucionalização*. Programa de Pós graduação da Universidade Federal do Maranhão. III Jornada internacional de Políticas Públicas, Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI.

Rotelli, F.; De Leonardis, O. & Mauri, D. (1986). *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

Sampaio, J. J. C. & Santos, A. W. G. dos. (1996). *A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial o Movimento Brasileiro de reforma psiquiátrica* In: PITA, A. M. F. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Selltiz, C. *et al.* (1987). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. S. Paulo, Ed. Herder e Editora da Universidade de São Paulo.

Tenório, F. (2001) *A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórica e conceit*. História, ciência, saúde – Manguinhos, 9(1), 25-59.

Zdiet, J. (2010). *A Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação*. Dissertação de Mestrado, defendida na Universidade de Brasil.

APÊNDICE

Roteiro de Entrevista Semi- Estruturada

1. Fale sobre sua experiência no campo da Saúde Mental no Distrito Federal;
2. Como você avalia a atual situação da Saúde Mental no Brasil e a implementação dos serviços substitutivos? E no DF?
3. Em sua opinião, quais são os avanços e desafios na implementação da política de desinstitucionalização no Distrito Federal?
4. A partir de uma perspectiva histórica, o que caracteriza a atual política de saúde mental no Distrito Federal? Comparando com momentos e políticas locais anteriores?
5. A partir da promulgação da Lei nº 10.216, houve alguma mudança em relação às questões que envolvem as pessoas com sofrimento psíquico?
6. A partir da promulgação da Lei Distrital nº 975, de 12 de dezembro de 1995, houve alguma mudança em relação às questões que envolvem as pessoas com sofrimento psíquico no DF?
7. Como você caracteriza a mobilização em prol da assistência em Saúde mental no DF?
8. Você teria algo mais a acrescentar?

ANEXO

A entrevistada: Profissional em serviços de saúde mental – tipo CAPS – no DF
Entrevistadora: Leiliane Matos.

Entrevistadora: Então vamos lá com a nossa primeira pergunta. Fale sobre a sua experiência, no campo da saúde mental no Distrito Federal.

Entrevistada: Bom, eu me formei em 1999, mas desde 1997 que eu já trabalhava com saúde mental, fiz estágio na Anankê que é um centro de saúde mental particular, mas eu já tinha contanto com algumas pessoas da rede que faziam estágio junto comigo, uns colegas faziam na São Vicente e tal... E aí, depois que eu me formei, eu entrei na residência de multiprofissional em saúde mental que foi o curso que a secretária de saúde fez, de residência em saúde mental, então, era uma residência que tinha médico, tinha uma médica, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social... E a gente fazia trabalhos nos diversos serviços da rede... Então, eu já trabalhei na São Vicente na emergência, no ambulatório, no hospital que tinha lá que depois fechou e reabriu de novo... Trabalhei no HRAN também, no ambulatório de psiquiatria e na unidade dos queimados, depois fui pro instituto de saúde mental, e aí lá, eu junto com os outros residentes coordenamos uma oficina, muito parecida com a parte de convivência... E depois eu saí da residência, e junto com outros residentes, a gente fundou a INVERSO que é uma ONG de saúde mental, que na época ainda não era frequentada por usuários. A INVERSO era assim mais um espaço de luta política... Então, a gente reuniu profissionais, a gente fez alguns cursos, a gente fez um projeto de banco de dados, a gente fazia o banco de dados de toda a saúde mental do Brasil, material de todos os CAPS que foi um convênio com o Ministério que a gente fez, e depois de um tempo começaram a fazer oficinas com os usuários, mas aí nesse momento eu já estava um pouco mais afastada, que aí eu já comecei a fazer o mestrado, e aí no mestrado eu fui pra Campinas pra estudar a rede de saúde mental de lá, que foi até uma tentativa de não sair da saúde mental, porque na época a rede de saúde mental aqui no DF era um fiasco e quando acabou a residência, na verdade no meio da minha residência mudou o governo, então eles acabaram com a residência multiprofissional, assim, acabaram assim né... Foi por uma conjunção de fatores né... Que os nossos preceptores também se demitiram né... É... Que o pessoal que tinha criado a residência se demitiu e deixaram a gente assim... Ao “Deus dará”, então foi uma experiência assim, muito traumática, era uma rede muito precária, era tudo muito ruim, então a minha iniciativa de ir pra Campinas foi de ver assim uma experiência que funciona aí que eu vi que funciona mesmo e aí falei que dava pra trabalhar com esse negócio... Aí voltei e fiquei trabalhando um

tempo como acompanhante terapêutica, por tempo mesmo, muitos anos, desde quando eu me formei ao longo de todo esse tempo eu trabalhei como acompanhante terapêutica e ia sempre fazer alguns trabalhos na rede de capacitação, trabalhei um tempo lá no ISM acompanhando alguns pacientes que moram lá, aí eu acompanhava junto com um grupo de mentais ateuas que tinha que eu fazia parte, aí eu fazia também capacitação com alguns profissionais principalmente com aqueles que iriam trabalhar na residência terapêutica. E há três anos atrás fiz um concurso e entrei agora pro CAPS do Paranoá, então entrei oficialmente agora na rede mais trabalho desde 99, informalmente.

Entrevistadora: Como você avalia a atual situação da saúde mental no Brasil? E a implementação dos serviços substitutivos aqui no DF?

Entrevistada: Bom, assim... Eu ultimamente não ando tendo muitas notícias do Brasil, mas assim o que eu sei, é que estão sendo implementados os CAPS e que a gente tem uma política bem consolidada em termos de legislação... De direito dos políticos eu já acho que esta bem consolidada, mas a reforma ela nunca é tranquila em lugar nenhum, assim, eu não tenho a menor dúvida que o serviço está sendo implementado em todos os lugares do Brasil, tem muitas dificuldades, porque a gente esta lutando é contra uma cultura psiquiátrica, a gente vive numa cultura super medicalizada, então assim, eu não tenho a menor dúvida que os CAPs mesmo estando em implementação às vezes eu acho que a gente ainda tem muito o que batalhar, que a gente ainda tem um pensamento muito psiquiatrizado, assim, são 200 (duzentos) anos de história, e que a gente tá lutando contra coisas muito fortes, contra uma vertente científica, muito biológica da psiquiatria e contra valores que estão circulando contra o medo das pessoas, contra o estigma, então, assim, eu acho que a saúde mental tem muitos ganhos no campo legislativo, no campo da assistência, mas eu entendo a saúde mental como algo amplo, então, a gente ainda tem muitos ganhos pra ter, que demora um tempo maior. E no DF eu vejo, assim, é que atualmente a gente tem tido um apoio muito grande na área de álcool e drogas, porque eu acho que tem toda uma conjunção de vontades políticas e tudo para que realmente os usuários de álcool e drogas sejam tratados, não por motivos que as pessoas achem que seja legal tratar os usuários de droga não, mas é porque vem a copa e a gente precisa fazer se precisa fazer uma “higienização”, então eu não acho que é a toa esse superinvestimento aí, superinvestimento entre aspas tá?! Esse investimento aí pra criação dos serviços de acolhimento, de unidade de acolhimento, os CAPs AD que estão sendo implementados, mais ainda sim não é uma política que tem sido implementado de uma forma decente não, eu acho que o CAPs a gente vê, a gente acompanhou bem de perto a implementação do AD do Itapoã e a gente sabe que eles trabalham em condições super

precárias, o que se tem são os profissionais que compraram, os profissionais que tiveram que ir lá e fazer a reforma, foi uma” suadeira “pra conseguir, cadeira é de doação. Então assim, realmente o GDF tem criado os serviços, mas sem oferecer muitas condições isso falando da estrutura física, porque da estrutura de recursos humanos é pior ainda, porque não tem capacitação pra entrar, qualquer pessoa que fizer o concurso para a secretaria de saúde pode vir trabalhar no cargo que eu acho uma falta gravíssima. Então a gente têm profissionais muito mal preparados, a gente não tem supervisão, é um trabalho “adoecedor”, é um trabalho super difícil, então a implementação da reforma da saúde mental aqui tem sido muito no papel, assim , tem sido implementado mas e implementação de fato, de comprar mesmo essa história, eu acho que ainda esta bem devagar. E existe uma promessa de que vão ter mais dois CAPs no entorno até o final desse mandato. A gente tá com processo para abrir a primeira residência de terapêutica do DF , inclusive eu faço parte dessa comissão e é até um tema que tem mais ou menos 12 (doze) anos que eu e a *Bruna*¹ estamos escrevendo projetos, só eu já escrevi 4 (quatro) projetos de residência terapêutica. E aí todo o governo que entra aí gente vai lá e faz o loder e vai e olha casa, e a gente já propôs vários cursos de capacitação, várias coisas né ?! E aí sempre na hora de sair, não sai. Mas agora parece que é serio mesmo, parece que a casa já tá comprada, assim o governador já assinou, porque assim, tem também um trâmite legislativo super pesado, e assim o problema que ainda está tendo é com uma das vizinhas, mas então o que parece é que vai sair mesmo. Então assim todas essas historinhas é pra dizer que a saúde mental no DF é um campo muito complicado, muito pouco olhado, e hoje a gente ainda está como privilegiado, porque a gente tem o DISAM que tem a figura do *Junior*² que é um cara super comprometido com a reforma, foi ele quem criou a DISAM, ele quem criou o primeiro curso na saúde coletiva sobre saúde mental, foi diretor do ISM, então é um cara muito implicado na causa, mas também é médico, até no programa que a gente foi eu falei: Oh *Junior* eu não vou brigar com você hoje não, porque todo lugar público que a gente vai a gente tem que brigar e criticar com ele, mas não teve jeito, no meio do programa perguntaram sobre a saúde mental que a legislação têm feito, ele falou muito da contratação dos psiquiatras, que a gente contratou, que precisa contratar mais psiquiatras, aí eu pedi pra falar, ai eu falei: Olha , legal contratar psiquiatras mas a gente precisa ver quem são esses psiquiatras e a gente precisa pensar que tem outras pessoas também, outras coisas, que a gente não produz psiquiatras na mesma proporção que a gente produz gente doente, então a gente vai estar sempre no déficit, sempre! Então a gente precisa repensar um modelo, porque a

¹ Nome fictício

² Nome fictício

saúde mental tem de mais coisas, ter outros profissionais, ter outras estratégias. Então eu acho que a gente ainda está engatinhando.

Entrevistadora: Em sua opinião quais os avanços e o os desafios da implementação da política de desinstitucionalização do Distrito Federal?

Entrevistada: Então, eu acho que os avanços, assim, uma das coisas eu acho que a gente teve muitos psicólogos contratados nesses dois últimos anos mais do que na história da secretaria, então eu acho que isso foi um avanço, e dessa forma que eu to falando tem sido aberto os outros CAPs, então eu acho que isso é um avanço também, tem sido feito um trabalho de incrementar ainda que muito a passo de tartaruga mas têm sido feito da atenção básica que também é um reforço pra saúde mental, mais eu acho que os desafios são imensos. Pra mim, o primeiro desafio que é claro e notório é o da capacitação, capacitação em serviço, da supervisão que sem isso não adianta, podem abrir 15 CAPs que não vai funcionar. A gente precisa ter gente, os recursos humanos são pra mim é o centro da reforma, se a gente não tiver um profissional capacitado não adianta que a gente não vai ter família, não adianta que a gente não vai ter rede, a gente não vai ter nada, então esse é o primeiro desafio: conseguir resolver esse “trem” da legislação do Ministério de Saúde, pra poder ter supervisão, esse é o primeiro desafio. E... A melhoria dessa rede mesmo né... Eu acho que a gente tem que incrementar rede. Hoje a gente tem uma notícia ótima que chegaram mais três psicólogos pro ambulatório daqui e eu tava falando com o *Breno*³ então, vamos fortalecer nossa parceria com o ambulatório?, a gente precisa ter uma equipes de saúde mental, não assim uma equipe de psiquiatras, psiquiatra não é uma equipe de saúde mental, eu falo isso e vou falar eternamente isso, que saúde mental é uma coisa e psiquiatria e outra né, psiquiatria é um pedacinho da saúde mental porque todo mundo tende a ver que é uma coisa mais importante né, mais não é, é uma das coisas, tão importante quanto todas as outras. Então ter só psiquiatra nos hospitais não resolve, tem que ter equipe de saúde mental que pressupõe: psicólogo, teólogo, assistente social... Isso nos ambulatórios, nos ambulatórios não podem ser ambulatórios especializados com aquele psiquiatra que cuida de X,Y, Z e W não, não! Não pode ser isso. Então, tem que ampliar a rede de residência terapêuticas eu acho que é outro desafio, trabalhar o PSF, então, têm muitos desafios mesmo, mas que pra mim é a capacitação e entendimento do que é esse modelo, entendimento do que é o SUS que os profissionais não conhecem o SUS, não sabem o que é o SUS e eu ainda acho que falando como militante né eu acho que pra trabalhar no SUS tinha que ter uma entrevista com as pessoas pra saber quem são as pessoas que estão

³

Nome fictício

entrando porque pra mim gente que não gosta de pobre, que não gosta de “preto” e é machista não poderia trabalhar no SUS tem que ser reparo, não pode trabalhar no SUS porque vão trabalhar contra e a gente sabe que a gente trabalha com pessoas assim, que vão trabalhar contra o sistema. Mais assim isso aí seria coisa de militância porque eu nem sei na prática como seria, mais eu sempre vou defender eles, porque têm que ter uma avaliação psicológica de quem trabalha no SUS pra entrar, ali não pode ter psicopata trabalhando no SUS e gente que não gosta de pobre e “preto” não pode trabalhar no SUS.

Entrevistadora: Bom, a partir de uma perspectiva histórica o que caracteriza a atual política saúde mental no Distrito Federal? E comparando com os movimentos e políticas locais anteriores?

Entrevistada: Bom... A história da saúde mental é uma história de muitos avanços e retrocessos, então logo do início quando foi criado o São Vicente logo na seqüência foi criado o ISM a política do DF era uma referência nacional vinha gente do Brasil inteiro e até gente de outros países pra conhecer a experiência do ISM que era um experiência muito revolucionária na época, e assim, o projeto original dele era realmente revolucionário, que foi uma antecipação do que seriam os CAPS, do que seria o centro de convivência e o ISM reunia tudo isso, então foi um lugar assim de referência, de formação pras pessoas. E tinha o apoio do governo, tinha uma gestão interessada em fazer, então quando entrou o governo Roriz teve um retrocesso imenso, imenso mesmo né, porque na verdade a política no DF é uma política de alternância, um governo é uma “direitona” e outro governo de esquerda, “direitona”, esquerda, e que estão sempre se atacando e se atrapalhando então por isso eu acho que a nossa história é uma história muito precária porque não tem uma linha coerente, tá sempre de avanços e retrocessos. Então antes do primeiro governo Roriz teve esse avanço, um momento de ouro assim, quando entrou o primeiro governo dele deu uma esfriada, depois veio o governo do Cristovam que deu um apoio, inclusive quem fez a residência multiprofissional foi o governo Cristovam, o São Vicente passou por um momento super interessante de transformação, quando tava se transformando em CAPS, cortou convênio com clínica de Anápolis o sanatório espírita e eles começaram a fazer realmente um trabalho muito interessante com o São Vicente, criaram os CAPS , criaram o hospital DIA né o ambulatório ficou bem mais interessante, hoje a gente a acha aquela internação naquela emergência horrorosa mas antes era bem pior era num calabouço, no subsolo do prédio era uma lugar horrroso, horrroso...Parecia uma masmorra. Então foi pra pracinha, eles tiraram as grades, começaram a fazer um trabalho de capacitação com os usuários, os usuários começaram a trabalhar em oficinas terapêuticas que foram criadas, então assim foi um momento muito

interessante. Quando mudaram novamente o governo que o Cristovam perdeu e entrou o novo governo que foram dois mandatos de Roriz e mais um do governo Arruda foi assim um retrocesso imenso, o GDF foi pra último lugar em termos de cobertura assistencial porque mudou o modelo, o modelo voltou a ser o modelo anterior, então esse negócio de ficar” ah investindo nisso aí , ah vamos investir nada”, voltaram as grades... Eu até lembro do dia que eu tava na residência ainda quando teve a virada do governo e eu lembro eles derrubando a porta do hospital DIA e levantando as grades da emergência e a gente fotografou e tal, que foi um momento assim histórico, difícil, importantíssimo que foi a marca de um retrocesso mesmo e que agora com a entrada do novo secretário de saúde, na verdade no início do governo Arruda teve um relato do de um psiquiatra incrível, maravilhoso inclusive ele deixou de ser psiquiatra e virou monge budista realmente ele era uma pessoa diferenciada e ele foi pra Desan, só que assim ele era um excelente clínico um excelente psiquiatra, mas de gestão não tinha muita... Porque a gente tem perfis diferentes e também não conseguiu fazer muitas coisas, assim já começou plantar uma semente lá, criou- se o colegiado da saúde mental e que existe até hoje, então assim ficou desanimado um tempo mas agora ta retornando pro colegial, então assim teve tentativas de levantar mais não se levantou ainda, e aí com a entrada do governo do PT e do secretário de saúde na coordenação a gente teve alguns avanços sim, muito devagar, muito pouco diante da necessidade mas teve avanço que a gente não pode deixar de reconhecer né, eu acho que teve essa contratação dos psicólogos, teve, tem esse empenho da equipe da DISAM de fazer os novos CAPS, as unidades de acolhimento, residente terapêutico, então tido frequente esforço. Agora... Eu também acredito que isso tem que ter uma continuidade porque se o outro governo não der prioridade pro que foi começado agora a gente vai viver um novo retrocesso. Então assim, eu acho que a gente já tá caminhado, a gente já não está mais no último lugar, estamos no ante penúltimo agora, mais eu acho que a gente precisa continuar com o otimismo e ver que as coisas continuam melhorando, porque se a gente fica com pessimismo a gente não vê também os pequenos avanços que precisam ser valorizados, então eu acho que tem tido alguns avanços e a esperança é que historicamente continue acontecendo esses avanços.

Entrevistadora: E como militante assim, o que você pode dar?

Entrevistada: Como militante o que eu acho que os movimentos de um forma geral têm uma forma geral, eles têm uma força imensa, que eles nem sabem o tamanho da força que eles têm, se a gente for pensar historicamente no Brasil a política de saúde mental que a gente tem hoje é fruto do movimento social, não foi a universidade que pensou, não foi a gestão que pensou é pressão do movimento social porque lá no final da década de 70 no início da década

80 o movimento era fortíssimo, então foi graças ao movimento que a gente conseguiu fazer denúncia do que acontece dentro dos hospitais psiquiátricos, conseguiu se propor a um modelo de atenção psicossocial, conseguiu trazer Baságliá, Rotelli ao Brasil pessoalmente pra fazer as coisas, fazer congressos, visitar, propôs coisas, então assim, isso é um movimento social, algumas pessoas trabalhavam nos serviços, outras na gestão mas a força foi do movimento social, então aqui no DF eu acho que o movimento foi perdendo força porque foi ficando muito personalizado na figura da *Bruna*, que é uma figura incrível que pra mim é minha grande referência teórica como pessoa, como militante é ela, uma pessoa de muito valor, mais o movimento não pode ser de uma pessoa só e acabou ficando, então muitas pessoas que tem ideias que tem vontade não se simpatizaram com ela ou por não concordar com o estilo de funcionamento não se chegavam numa linha. Então eu acho que a gente está num momento muito interessante porque a gente está sofrendo uma ameaça muito forte na nossa política na saúde mental por conta das drogas desse movimento de judicialização da saúde, de internação compulsória, dessas coisas todas né. A gente está sofrendo ameaça sim na nossa lei de reforma psiquiátrica, a gente tá sofrendo muita coisa sim, e o nosso movimento social precisa se refortalecer, porque o movimento social tem vários lugares que ele funcionou, que foi o movimento que pressionou, que bota na mídia, que vai sentar na porta de governador, que vai pressionar secretário porque as coisas só funcionam sobre pressão, não têm jeito, dizer que “Ai que legal vamos cuidar da saúde mental” que nenhum governador vai, porque tem coisas mais urgentes, que dão mais votos. Vocês acham que eles vão investir aqui num CAPs que tem um hospital que tá cheio de problemas? Não vai. Mas se a gente fizer um barulho, colocar os usuários lá na porta, se a gente for pra mídia, aí o negócio sai. Então eu acho que o movimento tem essa função e a gente só não comenta o interessante de regulação de movimento e que eu acho que esse é o caminho também! Porque só ficar esperando pelo secretário de saúde fazer, não vai.

Entrevistadora: Então, falando da lei, a partir da promulgação da lei 10.216, houve alguma mudança em relação às questões que envolvem as pessoas com sofrimento psíquico?

Entrevistada: Ah, eu acho que muitas, muitas. Eu acho que a lei, assim, eu não acho que a lei não muda a cabeça das pessoas, mais ela cria condições pra que a cabeça mude, então assim, não é um processo imediato, tipo a lei foi aprovada hoje e amanhã todo mundo vai pensar diferente, não. Mas hoje ninguém mais pode conscientemente defender abertamente os próprios psiquiatras, eu acho que ninguém faz isso, ai as pessoas tem outras formas de defender esses pensamentos, mais defender o hospital ninguém defende. Hoje o

certo é defender CAPs, então mesmo os mais reações vão defender os CAPs e dentro de um CAPs né, por mais dificuldades que a gente tenha a gente tem possibilidade sim de fazer um trabalho diferente do hospital, então eu acho que a lei é um instrumento poderosíssimo, foi um super avanço mesmo, até porque pra essa lei, ela ser derrubada aí vai outro processo que eu acho que não vai acontecer porque politicamente incorreto defender hoje esse tipo de... Porque né os mais reações defendem, então eu acho que tiveram ganhos sim, não só ganhos no político mas na vida das pessoas sim. Assim se a gente pegar o CAPs aqui do Paranoá ou em qualquer CAPs do Brasil com todas as limitações, como todo o ranço psiquiátrico que a gente ainda tem eu não tenho a menor dúvida que as pessoas estão muito melhores do que se elas estivessem dentro de um hospital, não tenho a menor dúvida disso, isso foi a lei que garantiu, assim não é só a lei que vai fazer isso, mais a lei ela garante isso sim, então eu acho que teve avanço sim, enorme isso depois da aprovação da lei sim.

Entrevistadora: E a partir da lei nº 975 do Distrito Federal, houve alguma mudança em questão que envolve as pessoas com problemas psíquicos?

Entrevistada: Bom, a lei do DF deveria resguardar né, eu acho ela bem mais completa, mais aqui a gente tem uma história de desrespeito as leis aqui no DF, a gente tem um contexto político super complicado e a gente não conhece a lei, eu acho que nos profissionais de saúde mental não conhecemos as leis né, os movimentos sociais não conhecem as leis, quando eu falo de formação eu não to falando só de formação clínica pra aprender diferenciar neurose de psicose não, eu to falando de formação política, esses eu estava até representando um movimento eu falei assim o quanto era curioso estar nesse lugar de profissional e de movimento porque parece que são dois universos totalmente diferentes e isso é uma característica de Brasília né, os profissionais daqui são muito despolitizados, muito! Não existe nenhuma formação política nos profissionais, ninguém pensa politicamente, ninguém entende, por exemplo, aqui quem tem essa visão política? Sou eu e outros...E o Breno, mas o ele está em outra posição de gestor. Mais no meandro, no dia-a-dia a gente faz um trabalho político sim, é porque a gente tem vergonha de associar clínica política, mas, clínica saúde mental pública e política são muito próximos não tem como a gente associar, quando eu atendo um paciente “não você precisa de uma psicoterapia, você precisa cuidar da sua família...” Eu tô fazendo um trabalho político também, eu não to só fazendo um trabalho clínico, e isso é super mal visto existe assim uns prazistas que a gente conhece muito próximo que dizem assim: “Ah, que no serviço público se faz ideologia, no serviço privado a gente faz ciência, que é a coisa mais absurda e “babaca” que eu já ouvi na vida né, por quê? Porque, bom, quando se fala de ideologia parece que a gente tá falando um

palavrão né, tipo “ah eu não gosto de trabalhar com ideologia” parece que tá falando um palavrão, como se fosse sempre um coisa ruim e como que o serviço privado que ganha dinheiro em cima das doenças das pessoas não fosse também uma ideologia capitalista, neoliberal , como se não fosse é uma ideologia também! Tudo nessa vida é ideologia, então eu acho que um dos problemas que a gente tem aqui porque a lei não pega aqui, porque o Brasil tem esse negocio que tem lei que pega e tem lei que não pega, a lei não pega aqui porque nós profissionais somos muito despolitizados, então esses que eu falei aqui são os únicos que pensam que isso vai ser interessante estrategicamente, que pensam a questão da rede, que pensam politicamente mais no sentido amplo da política, no sentido de que a gente trabalha a vida com a política, a política fala das relações de como as pessoas se colocam diante do outro, como se colocam diante da vida, como que defendem suas ideias, qual é o espaço de contratualidade, isso é tudo política né, na nossa vida a gente faz política, Noelfic cansou de falar isso aí da física do poder, que a gente trabalha com a política na nossa vida e aí dentro do serviço de saúde mental que é um serviço político sim, o CAPs é um serviço político sim, ele tá em um nome de outra visão de sociedade numa outra visão isso é política , aí dentro de um CAPs a gente não conseguir pensar politicamente a nossa situação pra mim é um erro grave, então mostra que a nossa lei aqui no DF ela não pegou mesmo que a gente não conhece, que a gente não sabe pra quê que ela serve, e aí mais uma vez como militante eu acho que esse é o papel do movimento, o movimento tem que entrar no serviço, é lógico que não pode se confundir com o serviço mais ela tem que entrar no serviço, a gente tem que trabalhar os nossos usuários, os nossos olhos tem quem ter essas leis no bolso, tem que ter essa lei no bolso, pra poder quando alguém vier falar alguma coisa , que quando um cara der um chilique ali e aí já interna porque já “ah tá enchendo o saco” , ele ter isso ai e falar: “Olha, internação é o último recurso, isso tá na lei federal, isso tá na lei distrital” né , e porque que a gente faz isso, porque né , ninguém conhece, então pra mim é prioridade esse trabalho de formação política nos serviços e é por isso que a lei não funciona e eu acho ela muito mais inteira, muito mais interessante é bem mais especificado, uma coisa muito mais prática.

Entrevistadora: Como você caracteriza a mobilização em prol da assistência à saúde mental aqui no Distrito Federal?

Entrevistada: Uma “merda”, mais assim, não um merda porque não tenham pessoas trabalhando, porque eu acho que tem pessoas trabalhando com muito afinco nisso, mas eu digo que é uma merda por conta desse contexto histórico que foi muito doloroso pra muita gente, eu mesma se não tivesse ido pra campinas e visto que isso acontece mesmo, por que a gente ficava lá naquele São Vicente trabalhando naquele horror, como muitas dificuldades nas

instituições e lendo Basaglia contando das coisas e achando maravilhoso, aí chegou momento em que os nossos preceptores se demitiram, eu lembro que foi um grupo de 20 (vinte) pessoas e ficou todo mundo muito mal porque foi assim uma traição dos nossos parceiros, então foi assim uma coisa assim de tipo... Pegar os livros do Basaglia e jogar no lixo. E quando eu fui pra Campinas, isso serviu pra me reanimar, “pô é possível lá também teve muitas dificuldades”, então aqui a gente teve muitas dificuldades outras muito mais terríveis mais alguma coisa dá pra fazer, só que nem todo mundo teve essa oportunidade, então eu conheço muitas pessoas que largaram mesmo o movimento, foram trabalhar com outras coisas, que tem assim o bichinho da saúde mental né, mais que não conseguem lhe dar com essas situações, porque assim foi realmente um processo muito depressivo que a gente passou aqui no DF, então eu acho que isso desmobilizou muito as pessoas aqui no DF, muito. Eu vejo, por exemplo, aqui no DF no ISM, que eu acho que é um lugar assim muito representativo dessa história, porque o ISM ele é assim ao longo da história dele ele teve momentos áureos e hoje é uma instituição difícilíssima de se trabalhar, (...) na verdade o ISM virou um embaralhado de histórias, que tem uma equipe super difícil de se trabalhar, super resistente, tem todo os profissionais, mais tem o pessoal do técnico de enfermagem, os psiquiatras, os psicólogos ninguém se comunica é num negócio muito complicado, é uma instituição realmente muito difícil por conta dessa história, então eu acho que o que aconteceu no ISM foi o que aconteceu um pouco no DF, que várias coisas aconteceram, agora vai acontecer, agora vai sair, agora vamos fazer mais aí não dava certo, aí volta pra trás, e isso uma vez, duas vezes, três vezes, várias vezes ao longo da história isso realmente vai minando os esforços das pessoas, então por isso que eu digo que é uma merda, mais existem sempre aqueles que vão resistir, eu acho que nesses últimos anos foram muito ruins, uma merda, mais eu ainda estou muito esperançosa mais uma vez, eu acho que hoje a gente está em um momento precioso, porque eu acho que a gente tá entendendo que não adianta mais ficar querendo trabalhar só com profissionais antigos, eu até brinco, tenho usado essa brincadeira de vez em quando que não adianta querer trocar a roda do carro com ele andando, então a gente precisa fazer isso? A gente precisa trabalhar os profissionais que já estão no sistema?! Precisa! Mais a gente precisa formar a gente. Eu acho que o fato de vocês terem feito o estágio aqui, de ter uma supervisora como a Ana⁴ que é super engajada, essa liga de saúde mental que surgiu agora dentro aqui do CAPs, que são estagiários da UNB que estão aqui á um ano e meio a dois anos que estão trabalhando no centro de convivência, que ficam assim o que a gente tem na UNB de saúde

⁴ Nome fictício

mental ?! A gente não tem nada. Então eu fico sempre; não você têm que criar alguma coisa, mais tem que fazer um abaixo assinado, escrever com eles um abaixo assinado pra eles terem disciplina de saúde mental, e aí eles foram se animando, e ai foi que formaram o saúde mental e cultura, então quer dizer, eu acho que agora a gente tem que investir em quem tá chegando , não é mais em quem já tá , é em quem tá chegando, e eu acho que isso tem dado frutos, é de vagar , um pouco mais... Mais tem dado frutos, olha aí a liga CEUB, UnB, Católica fizeram programações incríveis de saúde mental e que eu acho que agora o que a gente não pode é perder isso né, perder essas pessoas novas que estão chegando e é muita gente nova, eu acho que saúde mental é uma área fascinante, fascinante mesmo. Eu sou apaixonada assim, e eu acho que é uma área apaixonante né? Então o que tem acontecido é que tem muita gente que gosta da área, muita gente que pensa bem na áreas né, mas tá todo mundo espalhando, então eu acho que agora o movimento tá com uma nova oportunidade de rearticular todos esses fatores e eu acho que esse é o caminho né, então eu sou otimista assim em relação a essa continuidade.

Entrevistadora: Bom, a última pergunta é que se você teria algo a mais para acrescentar? Eu queria muito que você comentasse a sua experiência em Campinas, porque aqui você falou que aqui você estava desanimada, e

Entrevistada: Lá realmente foi assim, eu acho que lá tem vez pros profissionais, eu acho que lá eles foram muito felizes nas experiências deles porque eles investiram nos profissionais Campinas, Americanas, Valinhos aquelas cidades ali perto eram grandes polos psiquiátricos e assim os hospitais psiquiátricos já foi um avanço, que antes os pacientes ficavam em uma cadeia trancados, acorrentados esperando vaga no Juqueri em São Paulo, então assim lá em 1915 uma mulher que era vizinha da cadeia e ficava ouvindo esses negócios ela se mobilizou, se juntou com jornalistas que sempre foram sempre super parceiros da saúde mental lá em Campinas, ai eles fizeram uma campanha pra arrecadação de dinheiro e ai ela montou o Cândido Ferreira que é a instituição que eu fui conhecer, e o Cândido Ferreira foi um grande hospital psiquiátrico aos modos clássicos com todos aqueles horrores de hospital psiquiátrico mais que na época foi um avanço por que antes o povo vivia na cadeia e foi por hospital, então já houve uma melhorzinha porque era o que tinha na época. Então quando começou esse movimento de reforma no Brasil, foram duas experiências pioneiras que foram a experiência de Santos que foi em 1989 e em Campinas foi concomitante então o povo saiu de Santos e foram pra Campinas que foi na mesma época que teve a abertura política que foram eleitos os governos de esquerda que foi em Santos, Campinas ,Porto Alegre e tem uma outra cidade que eu não me lembro o nome que foi onde começou esse

trabalho de saúde mental que veio do bojo de outros movimentos sociais, então eles fizeram no Candido Ferreira uma imploração, assim hoje o Candido Ferreira continua existindo, mas assim a partir de dentro eles criaram o centro de convivência, que a primeira coisa que eles fizeram foram separar os pacientes nas áreas que antes era tudo misturado, separaram pelo nível de autonomia então começo a fazer um trabalho bem específico pra cada um, e aí em 90 começou a sair a primeira residência terapêutica com os pacientes mais graves, eles escolheram os mais graves, com problemas críticos pra ir pra residência terapêutica, foi assim um desafio uma experiência mesmo, vamos fazer uma experiência com esse povo e deu super certo e aí eles começaram a fazer várias residências terapêuticas, começaram a fazer vários CAPs e quando foi em 95 se não me engano que eles estavam assim bombando os negócios tudo, mudou o governo tiraram a verba de 50% da saúde mental e outros dois hospitais estavam fechando, então eles receberam mais gente, ou seja, eles trabalharam quatro vezes mais com metade do dinheiro e com o dobro de pacientes, mais qual foi o grande diferencial? Porque na época que começou esse processo todo eles fizeram uma super formação com os profissionais, então assim teve uma formação política, eles invadiram os serviços com as universidades, criaram o conselho gestor dos hospitais então assim, em um ano de governo eles... Quando começou essas mudanças eles desinstituíram a antiga direção do hospital e fizeram uma nova direção colegiada com membros da antiga direção, membros do conselho dos direitos da OAB, estudantes da nova universidade, familiares, pessoas da comunidade que se interessavam, profissionais e alguns anos depois os próprios usuários entraram no conselho gestor, então o Cândido Ferreira é um conselho gestor que administra, tem o presidente do conselho, mais é um conselho gestor com todos esses atores e aí eles começaram a fazer as mudanças lá de dentro, então quando eu fui, aí já tava num momento interessante que voltou uma nova gestão que super apoiou e eles estavam abrindo... Tinha 6 CAPs III feitos em Campinas regionalizados e eles estavam agora com uma “puta” estrutura, casa nova, com profissionais... Tudo, toda... Cursos de capacitação permanentemente, eles tem um negócio lá que a gente não tem aqui ainda que é tipo uma residência mesmo pra todos os profissionais, então assim o profissional entra, que eles chamam de aprimoramento, então assim por exemplo: vocês se formaram, vocês não são profissionais da rede ainda, mas vocês fazem o curso, vocês recebem um salário pra estarem trabalhando aqui como residentes, então eles tem isso durante dois anos e ganham bem é pela FAPESPE, então assim eles entenderam que eles precisam trabalhar com as pessoas e nesse processo os antigos profissionais do hospital psiquiátrico que estavam acostumados com aquilo eu até entrevistei uma técnica de enfermagem que era até da época do hospital, que era bruta, bruta e ela foi trabalhar no CAPs

e quando eu conheci ela tava trabalhando na residência terapêutica era uma pessoa incrível assim, mais assim depois tava todo mundo contando que foi muito difícil trabalhar com ela porque ela não entendia o porque que não podia bater nos pacientes, porque que tinha botar roupa naquele povo, mais ela tinha um clima que foi conquistando as pessoas e aí ela fala nesse dia ela ate chorou é emocionante, porque ela contando o quanto que ela fazia aquelas coisas sem saber porque ela não tinha outras experiências, então quando ela começou a ver como funciona ai ela falou: “Ah vou começar a fazer desse jeito” aí foi processo bem difícil pra ela, mais isso aconteceu com muita gente, então assim eles começaram a capacitar muita gente e não só medico e psicólogo porque eles também tiveram uma visão de não capacitar só os profissionais de nível superior, eles fizeram capacitação com bombeiros, com os guardas por exemplo: os guardas lá , eles participam das reuniões de equipe, o pessoal da limpeza participava da reunião de equipe, o pessoal da cozinha participavam das reuniões de equipe. Eu vi cenas em Capinas que pra mim foi uma luz no fim do túnel, eu vi uma cena que assim, até hoje eu fico me perguntando se eu vi isso mesmo né, uma reunião de equipe imensa com 30 (trinta) pessoas, todo mundo, aí o medico vira pro psiquiatra, vira pra cozinheira no CAPs e pergunta assim: “Fulana o que você achou da medicação nova que eu passei pra cicrano? Eu quis chorar na hora, depois eu fui ate falar com ele e falei “Cara você não existe”... Aí ela né, falou:” Não doutor eu achei legal, ele só disse que tava tremendo um pouco...” e eu vendo aquela cena eu fiquei emocionada e falei: “ gente olha só que incrível isso, acontece”. E aí depois que eu fiquei sabendo que antes dele mudar a medicação ele foi perguntar pra ela, o que ela achava. Por que?! Porque ela conhecia a família do usuário, ela pegava o mesmo ônibus pra ir e pra voltar, então ela era uma espécie de acompanhante terapêutica, e aí o medico sabedor disse e falou que “ela era a pessoa mais indicada pra eu saber”, por que ela conhece a família, ela acompanha... E eu achei isso incrível, mais porque, porque esse médico ele teve uma formação diferenciada, um tratamento diferenciado, de poder ver que todo mundo é uma equipe, é lógico que tem coisa que o psiquiatra faz que é só ele que vai fazer, como tem coisa que eu faço que é sou eu que vou fazer, assim como tem coisa que a cozinheira faz que é só ela que vai fazer, então é saber valorizar os saberes diferente né, então isso teve um investimento muito grande em Capinas, então por mais que sejam adversos as situações, pra reverter isso vai ser muito difícil porque lá tem uma mudança de cultura então eu acho que isso foi encantador pra mim, que eu acho que agora a gente precisa trabalhar nessa direção, então isso foi interessante pra mim.

Entrevistadora: E ai algo mais a acrescentar?

Entrevistada: Não, acho que é isso que a luta continue, que a gente tá aí, e aí eu adoro uma frase do Basaglia que diz o seguinte: Contra o pessimismo da razão o otimismo da prática, porque eu acho que a prática é quem vai mostrar pra gente os caminhos, a gente precisa aprender a ouvir as pessoas, ver o que elas estão precisando que aí é que a gente vai saber o que a gente tá fazendo, enquanto a gente não descer do salto, a gente não vai achar que a gente sabe tudo que é engano né, que é coisa de gente besta que fica se defendendo que acha que sabe tudo, que a gente não sabe nada, nada. Assim, a gente sabe um monte de teoria, a gente conhece as coisas, já li um monte sobre a reforma, mais quando senta alguém na minha frente eu não sei nada sobre aquela pessoa, nada. E eu acho que essa é a grande riqueza do nosso trabalho que a gente precisa entender isso, que a gente não sabe nada, a gente precisa ouvir a gente precisa ver o que as pessoas sabem, do que elas gostam, o que elas querem, aí a gente vai fazer um trabalho decente, senão a gente vai ficar aqui repetindo receita, que é isso que, a gente precisa romper com isso. A gente precisa saber quais são as práticas das pessoas, quais são as atividades que elas fazem, porque às vezes eu acho que os discursos são muito bonitos, as teorias são lindas eu acho que a gente tem um fã mesmo, uma vontade de fazer as coisas de um jeito bonito de um jeito legal, mais nem sempre dá pra gente fazer, porque a gente tá imerso num contexto muito adverso, o contexto da saúde mental é um contexto muito adverso a gente trabalha com tragédia, a gente trabalha com monte de sofrimento, um monte de precariedade social, a gente trabalha com muitas dificuldades, então muitas vezes fazer uma coisa nova não é tão fácil a gente tem dificuldades mesmo né, até mesmo porque a gente precisa defender um pouco a nossa identidade como profissionais, como pessoa, então as vezes a gente recorre a autoridade, isso eu não tenho a menor dúvida que eu faço isso também, que as vezes a gente recorre às autoridades, que as vezes a gente manda a pessoa e “não, tem que fazer desse jeito”, porque quando a gente olha o apoio e tal até então a gente tem que ser mais diretivo, as vezes a gente passa um pouco por cima das pessoas sem querer mas a gente faz isso, e as vezes a nossa prática fica muito conservadora mesmo, porque as instituições elas são conservadoras, então por exemplo: aqui no CAPS como são feitas as minhas atividades? Eu faço acolhimento na segunda de manhã, segunda a tarde eu coordeno a atividade na área de convivência que é um caos eu sei, que as vezes eu tenho que fazer um negócio mais diretivo mesmo hoje a gente vai fazer é isso porque as vezes fica tudo muito solto e assim nós somos poucos e assim pra trabalhar as vezes com grupos imensos que é uma delimitação também, e não são tão poucos assim porque eu trago os estagiários pra trabalhar porque eu gosto de quanto mais estagiário melhor porque eu acho que a gente precisa de mais gente mesmo, mais eu vejo muita gente trabalhar sem estagiário, aí me pergunto como que a

gente coordena um grupo de 30 (trinta) pessoas sem ninguém só uma pessoa só? É claro que você vai ter que fazer uma atividade mais diretiva que você não vai conseguir ouvir todo mundo, então assim a nossa prática fica muito limitada pelas condições né, então eu coordeno essa atividade também, eu e o *Túlio*⁵ a gente coordena um grupo de psicoterapia e o grupo da rádio, o grupo de psicoterapia assim né, eu o *Túlio* a gente tá fazendo supervisão sobre o grupo com um professor lá da Católica que é um cara bárbaro, um cara maravilhoso. E por que a gente foi? Porque eu e o *Túlio* a gente ficou meses angustiados, porque a gente saía e falava “cara o que a gente tá fazendo? Esse grupo tá muito difícil”. E a gente começou a ficar muito diretivo porque o grupo começou a ser invadido por um monte de crises que ninguém mais consegue cuidar, e aí o grupo vivia de crise em crise, e a gente começou a endurecer, a gente começou a não escutar direito as pessoas, então a gente ficou alguns meses saindo do grupo, os dois muito angustiados, aí a gente falou “cara a gente precisa fazer supervisão nesse grupo”, aí a gente foi fazer supervisão nesse grupo e aí que a gente foi ver o que a gente não estava ouvindo, um monte de coisa que a gente ouvia mais passava por cima, o quanto da nossa indisposição também, por conta da dificuldade do trabalho nosso e também do contexto né?, então assim eu acho que a própria rádio também pra gente começar a rádio foi uma novela, não foi tranquilo eu e o *Túlio* e a gente bancou pra fazer isso e hoje todo mundo é mais simpático com a ideia, mais primeira vez que a gente falou da ideia ficou todo mundo olhando pra gente com uma cara assim que tipo... Aí foi e uma pessoa falou o que tava todo mundo pensando, “Ah, muito bonito, legal vocês ficarem fazendo uma rádio enquanto a gente trabalha”. Aí eu lembro que na hora a cara do *Túlio* murchou assim que (...) Aí no final o *Túlio* falou “ Ah, então a gente abortou a ideia da rádio né?!” Aí eu falei “A gente adiou, mas abortou não!” aí no começo do ano a gente tava muito mal assim, eu, ele e o *Camilo*⁶ a gente tava muito mal, tava até cogitando a ideia de sair, aí chamei os dois lá e falei “vamos melhorar o nosso trabalho que a gente dá conta” e aí a gente resolveu bancar a história da rádio, aí o apoio veio vindo aos poucos. Então assim, muitas vezes a gente não tem um apoio ideal, aquelas condições ideal de temperatura de pressão pra fazer as coisas, então a gente tem que suportar mesmo uma cara feia, desdenha, a gente tem que suportar algumas coisas pra mais na frente a gente falar “olha, tá vendo? Funciona.” Mostrar resultado. Então isso é muito difícil, nem todo mundo tem essa (...) Eu porque sou militante, porque sou uma idealista, o *Túlio* também, o *Camilo* também, se não fosse eu já tinha saído daqui. Ou eu tinha saído ou eu tinha me adequadado, tinha ficado fazendo o que estava prescrito, então eu acho que quando

⁵ Nome fictício

⁶ Nome fictício

a gente vai pra prática a gente vê se realmente gosta do negócio, porque as dificuldades são muito grandes e a gente tende sim a ser conservador, então tem muitas brigas que eu falo assim “ Ih gente isso ai é briga perdida, então a gente vai ter que fazer isso aí mesmo”. Então as vezes a gente tem que fazer coisas que a gente sabe que tá errado, que eu já não concordo, as vezes tem 15 (quinze) brigas a gente tem que escolher uma né?! A gente não vai dar conta de todas então a gente tem que escolhe uma, duas, três que a gente falava que tá bom vamos perder essa, pra não perder o coração né, pra não perder a guerra, então a gente perdia nas batalhas, isso é muito desestimulante e a gente tendo ao conservadorismo, tende a se endurecer, tende a esfriar, não se ligar mais nas pessoas porque isso gera um sofrimento também, então eu acho que a pratica ela é muito difícil, mas tem o otimismo também, quando a gente enfrenta, as coisas acontecem, por exemplo: o trabalho da rádio tá encaminhando ainda, eu acho que ainda ta meio que engatinhado mais a gente já conseguiu coisas, o ato de convivência a gente já tinha conseguido outras coisas, em outras atividades também, os boas vindas é um exemplo com muito reme, reme, com muita luta, alguma coisa caminhou, porque é lento mesmo(...) Capacitação e supervisão pra mim vem em primeiro lugar, não tem nada mais importante que isso, a gente não precisa ter matérias de grande quantidade, qualidade, porque isso aí não vai me deixar mais pobre eu posso consertar a máquina de costura, eu posso comprar material pra oficina isso não vai me fazer diferente, mas por que, que eu compro? Porque eu gosto, então se todo mundo gostar e todo mundo se empenhar a gente faz o negócio acontecer com o que tiver, a gente faz psicoterapia embaixo de árvore, isso não é problema, estrutura física, material é um problema? É. É uma limitação, mas não é o maior problema, o maior problema é a gente querer fazer.

Entrevistadora: Obrigada.

Aluna de Psicologia: Leilane Silva de Matos. Concluinte do curso de Psicologia - UniCEUB
e-mail: leilanematos@gmail.com