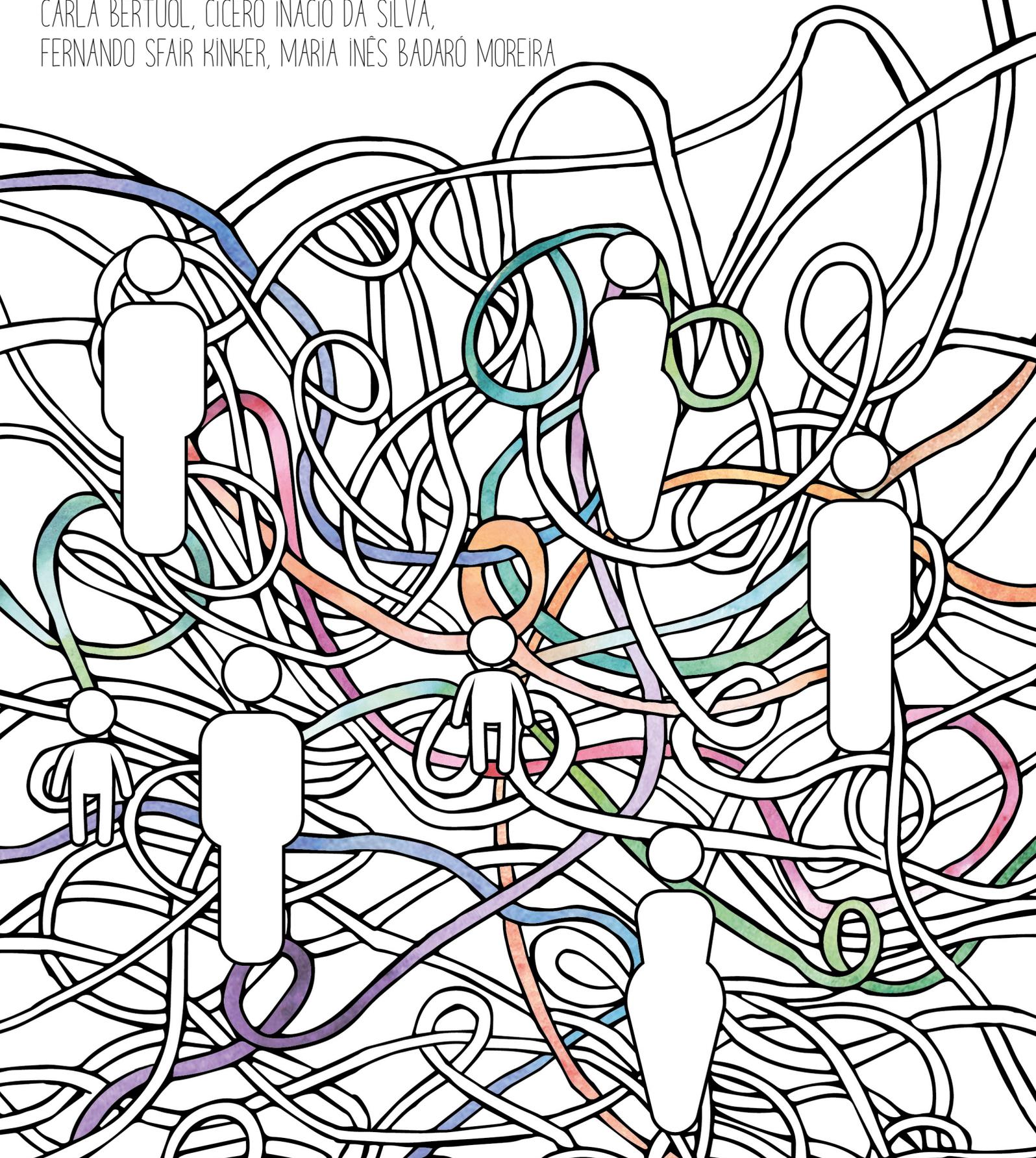


CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

SAÚDE MENTAL

MÓDULO 6 – DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CARLA BERTUOL, CÍCERO INÁCIO DA SILVA,
FERNANDO SFAIR KINKER, MARIA INÊS BADARÓ MOREIRA



Presidenta da República
Dilma Vana Rousseff

Vice-Presidente
Michel Miguel Elias Temer Lulia

Ministro da Saúde
Ademar Arthur Chioro dos Reis

Ministro da Educação
Aloizio Mercadante

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)
Secretário: Heider Aurélio Pinto

Departamento de Gestão em Educação em Saúde (DEGES)
Diretor: Alexandre Medeiros de Figueiredo

Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)
Diretor: Felipe Proença de Oliveira

COSEMS/SP
Presidente: José Fernando Casquel Monti

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)
Diretora: Carissa Faustina Etienne

Rede Universidade Aberta do SUS (Una-SUS)
Secretário Executivo: Francisco Eduardo de Campos

Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC)
Presidente: Nulvio Lermen Jr

Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FAP-UNIFESP)
Diretora Presidente: Anita Hilda Straus Takahashi

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Reitora: Soraya Shoubi Smaili
Vice-Reitora: Valeria Petri
Pró-Reitora de Extensão: Florianita Coelho Braga Campos

Coordenação Geral do Projeto UnA-SUS (UNIFESP)
Juarez Pereira Furtado

Coordenação Adjunta/Executiva
Alberto Cebukin

Coordenação do Curso
Carla Bertuol
Cicero Inacio da Silva
Fernando Sfair Kinker
Maria Inês Badaró Moreira

Coordenação de Tecnologia e Informação
Daniel Lico dos Anjos Afonso
Marlene Sakumoto Akiyama

Coordenação de Produção
Felipe Vieira Pacheco

Produção
Design instrucional: Vanessa Itacaramby Pardim
Revisão ortográfica: Gabriela Braga da Silva
Projeto gráfico: Fabrício Sawczen
Diagramação: Fabrício Sawczen
Web design: Eduardo Ono, Valéria Gomes Bastos

Edição, distribuição e informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão
Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP: 04021-001 - São Paulo - SP
Fale conosco: 011 3385.4126
<http://www.unasus.unifesp.br>

Copyright 2015

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

1. Introdução

Prezado aluno trabalhador do SUS:

Chegamos ao último módulo do curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental, tendo percorrido um caminho em busca de articular a reflexão sobre a prática cotidiana do cuidado a novos conceitos e novas formas de olhar e de se relacionar com a experiência do sofrimento psíquico.

Isso não é algo simples, pois remete à problematização da forma hegemônica de se conceber o sofrimento e a prática em saúde, exigindo inclusive que revisitemos nosso próprio percurso de formação profissional, muitas vezes influenciado por esses referenciais. Ao mesmo tempo, esse é um processo que pode enriquecer a prática e a própria existência do profissional-trabalhador do SUS, abrindo-a para novas descobertas e possibilidades.

Como discutimos em outros momentos, a transformação dos usuários também depende da transformação dos profissionais e das instituições, multiplicando saberes e práticas e superando a inércia que tantas vezes vem bater à porta de nossos serviços. Uma prática criativa e transformadora, assim, parece exigir a abertura para o novo, a criatividade, o envolvimento, a mudança nas relações de poder, atribuindo ao usuário um lugar central na construção de si e da própria saúde. E esta é uma das apostas centrais do curso, entendendo que isso possa ser uma pequena contribuição, um pequeno e potente grão de areia na imensidão do mar que compõe a vida dos profissionais do SUS.

Iniciamos a trajetória percorrida até aqui discutindo uma concepção própria de sofrimento, diferenciando-o da doença em si, já que as pessoas podem estar doentes e não sofrer, e sofrer e não estarem doentes. Discutimos que, apesar da doença, a vida, que é composta por diversas esferas e dimensões, pode ser vivida intensamente, de forma criativa e enriquecedora (BRASIL, 2013a). E os profissionais tem um papel importante na construção dessa possibilidade, uma vez que a sociedade lhes dá o poder de interpretar, traduzir e definir o que se passa com as pessoas, o que poderá acontecer no futuro, e do que as pessoas são ou não capazes. A responsabilidade é grande, uma vez que as respostas que damos podem coproduzir as próprias demandas e necessidades.

Discutimos aqui que, ao abordar e considerar na prática do cuidado as diversas esferas que compõem a vida das pessoas, podemos seguir no sentido de encontrar caminhos que aumentem a potência de agir e conformem a autonomia das pessoas, entendendo autonomia como a multiplicação das redes de dependência, a possibilidade de produzir as próprias normas e formas de andar a vida, a partir das relações com as demais pessoas (KINOSHITA, 1996). Essa inter-relação entre as nossas possibilidades de agir e a ação de outras pessoas é que nos produz como pessoas e, portanto, a dimensão das relações de poder é fundamental para a construção de si e do mundo.

Em nossa trajetória no curso, seguimos fazendo uma crítica ao reducionismo operado nos processos de patologização de experiências de sofrimento ou de comportamentos desafiadores ou diferentes que fazem parte da condição humana e da vida cotidiana, e que se referem a como as pessoas lidam com situações difíceis que a vida lhes traz (BRAGA-CAM-

POS, 2015). Discutimos aqui que, muitas vezes, várias experiências cotidianas comuns são codificadas e interpretadas como processos de medicalização, psicologização e sociologização da vida. Todas essas operações, como vimos, são sustentadas por ações de defesa dos territórios profissionais e de suas especialidades, que recortam os usuários da complexidade de suas necessidades, reproduzindo fragmentos de respostas que reproduzem o abandono.

Assim, a hiperespecialização pode produzir respostas pré-formadas que modulam as perguntas e as demandas, reforçando o lugar de saber dos especialistas e desautorizando qualquer saber que venha da parte dos usuários. Reforçamos aqui a necessidade de superar os filtros e repertórios que não nos deixam enxergar aspectos relevantes da experiência dos usuários que nos procuram. É como se, às vezes, os repertórios profissionais produzissem filtros no olhar, levando-nos a nos submeter a seus princípios e formas de funcionamento. Desse modo, ponderamos que os repertórios são importantes, mas devem ser colocados em seu devido lugar, para que possamos utilizá-los quando necessário e evitando que, ao contrário, sejamos sempre utilizados por eles, numa relação de dominação.

A construção da possibilidade de lidar com a complexidade do sofrimento e das necessidades das pessoas nos levou, no módulo 2, a discutir a noção de vínculo, de responsabilização e de trabalho focado no território e na realidade concreta de vida das pessoas. Isto é, discutimos que a possibilidade de transformação do sofrimento e da vida ocorre quando mantemos certa cumplicidade e envolvimento com os usuários, estabelecendo contratos e sustentando uma presença consistente no cotidiano e no tempo (PINHEIRO, 2015). O território aparece aqui como o lugar de vida dos usuários, e como um organismo vivo, cheio de possibilidades e recursos que podem ser agenciados e acionados para a transformação de si e do próprio território. Sendo assim, o território é algo vivo e produzido, território e coletivos de pessoas se autoconstroem reciprocamente, e essa é uma pista para entendermos o sofrimento como algo que não está somente dentro do sujeito, mas nas próprias cenas que compõem o cotidiano.

Seguimos então em direção ao Projeto Terapêutico Singular – PTS (que depois foi chamado também de Projeto Terapêutico Compartilhado). Problematicamos o PTS como uma construção complexa (para lidar com um fenômeno complexo), diferenciando-o do conjunto de procedimentos e ações que compõem a agenda dos serviços e dos usuários (LANCETTI, 2015). Isto é, discutimos que o PTS é a construção de projetos de vida junto aos usuários e que esses projetos são móveis, ou seja, se movem como os territórios e as cartografias dos oceanos, exigindo que se produzam caminhos e direções no próprio caminhar. É como a prática da navegação, em que o mar sempre instável produz ondulações que levam o piloto a flexibilizar e instituir novos caminhos, sem perder a intencionalidade do percurso. Nesse sentido, a cartografia a ser desenvolvida na construção do projeto terapêutico exige um olhar e uma escuta aguçada, dando atenção às diversas relações e aos diversos atores que compõem as cenas cotidianas de vida dos usuários, incluindo uma análise dos próprios serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Dessa maneira, trabalhos mais *fabris* ou mais *febris* comporão os cenários dinâmicos da prática do cuidado, em permanente relação com os territórios de vida, já que os serviços sempre tem um papel importante na construção dos territórios. Os serviços, assim como as famílias, manterão sempre uma relação instável entre a estruturação e a desestruturação, considerando – como apontou o texto do módulo 3 – que a condi-

ção ‘estruturada’, quando falamos de famílias ou de serviços, pode ser a mais incapacitante (LANCETTI, 2015), despotencializadora e cristalizada, enquanto a condição ‘desestruturada’ pode ser condição momentânea de transformação, num movimento em que estruturação e desestruturação se compõem e convivem mutuamente: uma dando uma pausa, outra puxando ao movimento.

Foi nessa direção também que apresentamos as quatro negações propostas no módulo 4, ao discutirmos a gestão do cuidado. São elas: 1) a saúde não é só ausência de doenças; 2) o cuidado em saúde não pode ser realizado isoladamente; 3) não é possível pensar o cuidado em saúde sem considerar quem vai ser cuidado; e 4) não existe um trabalhador moral (CECILIO, 2015). Assim, discutimos as dimensões do trabalho em equipe, do trabalho em rede, da participação do usuário no cuidado de si e no lugar do trabalhador como aquele que também produz normas para si e para seu local de trabalho. Nesse sentido, apontamos que o cuidado exige que entremos no terreno não dado e definido, *a priori*, das relações e da descoberta de necessidades (diferentes de demandas), da dimensão do encontro com o usuário como uma cena que traduz múltiplas relações e inclui múltiplos atores. Isto é, como cuidar num processo delicado de compor com o usuário, construindo e tecendo novos mundos e novas realidades. A análise dos elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado, por meio da obra de Leon Tolstói “A morte de Ivan Ilitch” (CECÍLIO, 2009), realizada pelo autor do módulo, foi exemplar no sentido de mostrar as peculiaridades e a delicadeza de um percurso terapêutico que considera e parte das necessidades dos usuários, compondo movimentos que transformam tanto a pessoa cuidada como o cuidador.

No módulo 5, mergulhamos no cotidiano da prática da atenção psicossocial, discutindo alguns dispositivos, ferramentas, situações que podem promover as transformações das cenas de exclusão e de sofrimento. Assim, partimos para o campo da associação intensa e quente com o território, seus recursos, seus atores, e propusemos algumas iniciativas que podem movimentar e multiplicar as trocas sociais, as experimentações, as afetações, os encontros transformadores de pessoas e de cenas (pessoas e cenas se constroem mutuamente, não é mesmo?). Discutimos e provocamos os trabalhadores do SUS a olharem para suas próprias vidas e avaliarem formas de se enriquecerem no próprio ato do trabalho (MAXIMINO *et al.*, 2015).

Fazer coisas junto aos usuários e demais atores do território, pensar e construir juntos projetos que nos façam descobrir potencialidades e características que nunca percebemos antes, em nós e nos outros, tudo isso faz parte de um processo que pode entender a arte como vida e a vida como arte. Não uma arte de contemplação, mas uma arte de ação, do misturar-se, do envolver-se, do possibilitar aos usuários saírem de seu lugar de passividade para ocuparem conosco o centro da cena. Essa importante dimensão da produção de sociabilidade foi marcada no módulo 5 como sendo próprio do fazer e agir da atenção psicossocial e, por isso, mereceram destaque as propostas de mobilização dos profissionais e dos usuários em torno de ações que pudessem tirar todos do lugar.

Agora, no módulo 6, pretendemos retomar a discussão de alguns conceitos e ferramentas importantes para a atenção psicossocial, e que se complementam aos demais textos e ao caminho percorrido até aqui.

Este módulo, contudo, iniciará retomando uma questão que poderia estar no primeiro módulo, mas que, propositadamente, optamos por abordar ao final, uma vez que pretendíamos, como fizemos, iniciar o curso aproximando-nos o máximo possível da prática dos trabalhadores, do que seus corpos vivem diariamente e diretamente, sem mediações, no contato com os usuários.

Nesse momento, após todo esse percurso do curso, podemos falar um pouco sobre o conceito de reforma psiquiátrica e da perspectiva teórica da desinstitucionalização. Este módulo, então, abordará os seguintes temas de discussão, fazendo um suave voo por cada um deles:

- Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização;
- A ideia de rede e a RAPS;
- Temas de reabilitação psicossocial:
 - O habitar e os territórios existenciais.
 - Trabalho no território, protagonismo dos usuários e o envolvimento das famílias.
 - Inserção no trabalho e economia solidária.
- A infância no foco das políticas públicas: trabalhando com política de saúde mental infantojuvenil.

Vamos aos temas!

2. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização

Segundo alguns autores, Reforma Psiquiátrica é o termo utilizado para designar o processo de transformação prática e teórica no campo da assistência psiquiátrica, um processo que se iniciou no Brasil no final dos anos 1970, influenciado por experiências desenvolvidas na Europa e nos EUA depois da Segunda Guerra Mundial, a partir da crítica ao modelo clássico do paradigma psiquiátrico focado no asilamento hospitalar (AMARANTE, 1995).

O mundo considerado desenvolvido tentou responder à destruição da guerra com processos de modificação das duras e opressoras estruturas hospitalares, produzindo críticas sobre a ciência e sobre as formas como a sociedade viabiliza os cuidados das pessoas que sofrem.

A reforma brasileira deu-se a partir do processo de redemocratização do país, na década de 1980. Iniciou-se com um movimento de denúncia da situação dos hospitais psiquiátricos, protagonizado por profissionais de saúde mental e, aos poucos, foi assumindo em sincronia três dimensões diferentes: a política, a prática e a jurídica.

A **dimensão política** diz respeito à militância política envolvendo profissionais, usuários, familiares e simpatizantes. Ao longo do caminho, essa militância produziu organizações populares de defesa de direitos e de apoio às transformações das práticas. O lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1995; MTSM, 1987), criado no Encontro de Traba-

lhadores de Saúde Mental, em 1987, na cidade de Bauru, articulado à definição do dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, tornou-se a mensagem levada aos quatro cantos do país, influenciando a criação de novas práticas em municípios e estados, bem como a produção de leis de reforma psiquiátrica.

Além de impulsionar novas práticas, o movimento antimanicomial trouxe à cena os próprios usuários, que puderam denunciar as formas opressoras de tratamento e a assumirem a posição de protagonistas das transformações necessárias.

A **dimensão prática** engloba as múltiplas experiências de transformação da assistência psiquiátrica pública que se deram no final dos anos 1980 e durante as décadas subseqüentes. Aqui se insere a pioneira experiência da cidade de Santos e de outros municípios, como São Paulo e, posteriormente, Campinas, Belo Horizonte e muitas outras. As primeiras experiências transformadoras, que propuseram a superação dos hospitais psiquiátricos, foram alimentando novas em todo o território nacional, até que se chegasse ao ano de 2014 com uma rede de serviços em ritmo de expansão, composta por 2.209 Centros de Atenção Psicossocial, 610 residências terapêuticas, 1.008 experiências de inclusão no trabalho (BRASIL, 2015), a política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, o Programa De Volta para Casa, com 4.349 beneficiários, a diminuição de leitos psiquiátricos entre 2002 e 2014, passando de 51.393 para 25.998 (BRASIL, 2015), entre outros dispositivos, programas e ações criados.

A **dimensão jurídica** diz respeito à produção de novas leis municipais, estaduais e federais de consolidação da reforma psiquiátrica. Destaca-se a lei 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001a). A promulgação de novas leis foi alimentada pelas novas práticas e pela mobilização social (basta dizer que a lei federal demorou 12 anos para ser aprovada, pois foi tema de enfrentamentos entre os representantes dos hospitais privados e os defensores da reforma). As transformações ocorridas na esfera legislativa foram acompanhadas pelo estabelecimento de uma política nacional de saúde mental e de dispositivos regulamentadores, como as portarias ministeriais para definição de novos serviços e de linhas de financiamento e custeio.

E é nesse contexto que se insere a portaria que institui as Redes de Atenção Psicossocial em 2011, várias vezes citada no decorrer desse curso, e que vem representar um momento de consolidação e formalização desse processo, que ainda tem, e sempre terá, muitos desafios a enfrentar (BRASIL, 2011).

As diretrizes que embasaram a criação de portarias ministeriais foram sendo construídas e legitimadas de forma democrática durante a realização das 4 Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992, 2001 e 2010.



Para saber mais sobre a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, acesse <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1667>

Mas podemos também entender a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo (ROTELLI; MAURI, 1990) que envolve várias dimensões e aspectos que vão além da prática dos serviços de saúde mental, como aspectos culturais, de saber, científicos e legais.

E é nesse sentido que o conceito de desinstitucionalização se torna importante para nós. Em primeiro lugar, desinstitucionalização não é o mesmo que desospitalização, embora também a contemple. Isso porque a simples desospitalização pode se dar sem que se desconstrua os conceitos, os valores, e os mecanismos que produzem a necessidade de internar as pessoas como forma de anular os conflitos e as contradições sociais que elas vêm expressar, e de que também são fruto. Isto é, a desinstitucionalização se propõe a transformar o objeto de intervenção da saúde mental, deixando este de ser a doença, para ser uma existência de sofrimento, que é expressão de sua vida concreta e de suas relações sociais (ROTELLI, 1990). É por isso que, da nossa maneira, fomos o tempo todo discutindo os temas que abordamos no curso, imbuídos e movidos pelo referencial teórico e prático da desinstitucionalização (importante construção iniciada na Itália desde as experiências de Franco Basaglia e que tanto tem influenciado a reforma psiquiátrica brasileira).

Quando Basaglia (1985) falava de colocar a doença entre parênteses para entrar em contato com as reais necessidades dos usuários, superando a ideologia psiquiátrica que reduz toda a complexidade do sofrimento a simples códigos e abstrações diagnósticas, ele estava indicando que a instituição é muito mais do que o prédio que abriga o manicômio. Como disseram seus seguidores na Itália, o objeto a ser desconstruído é a própria noção hegemônica de loucura.

A noção de desinstitucionalização como desconstrução de práticas, saberes, normas, leis e valores é sincrônica à ideia de complexidade. A mudança do objeto da psiquiatria, que de doença se transforma numa experiência existencial de sofrimento singular, mergulhada num mar revolto de relações sociais (relações que, através das respostas que dão ao sofrimento, coproduzem o seu percurso), abre um leque formidável de possibilidades e probabilidades de transformação de todos os atores em relação. Rotelli (1994) afirma que, por lidar com a complexidade da vida em sofrimento e não com a simples noção de doença, a desinstitucionalização denuncia e se opõe à necessidade de se conter no simples o complexo desigual, violentando-o no âmbito do saber, das regras e das práticas.

A desinstitucionalização opera uma ruptura da contenção e produz regras instáveis, portas abertas, cruzamento e circulação de conhecimentos múltiplos que podem liberar os conflitos. É um processo de desestabilização capaz de criar as condições para o desenvolvimento de uma crítica prática, de experiências de subjetivação e de multiplicação de papéis, saída da inércia subjetiva e institucional, numa reapropriação emocionante da riqueza singular de atores aptos a viver o jogo das trocas coletivas. As respostas institucionais do paradigma

psiquiátrico tradicional, adequadas à noção de doença, não são apropriadas ao novo objeto, qual seja, a “(...) existência-sofrimento em sua relação com o corpo social.” (ROTELLI, 1990, p. 90). São tão pouco adequadas como seria um metro para medir um líquido, uma lente para ver toda a galáxia, ou uma caixa para conter um rio (ROTELLI, 1994).

O problema será, portanto, não a doença, mas a emancipação; não a restituição da saúde, mas a invenção de saúde; não a reparação, mas a reprodução social, processos de singularização e ressingularização. O desafio é desinstitucionalizar as cenas que geram a violência e a exclusão, fazendo borbulhar possibilidades novas (ROTELLI, 1994). Complexidade do objeto, mutação do paradigma, projetos de transformação que produzam novos conhecimentos a partir da prática viva, do diálogo mais imprevisível e singular, da assunção de riscos, da mudança de valores, da polifonia de identidades, da produção de vida.

Desinstitucionalizar constantemente significa desconstruir realidades transformando todos os elementos em jogo. Significa produzir outras verdades e, nesse aspecto, as relações saber-poder são determinantes.

Dessa forma, desinstitucionalizar é um verbo que pode estar presente em todas as nossas instituições, e não apenas naquelas que compõem a RAPS. Para estas, seja uma UBS, uma UPA, ou um CAPS, o desafio de lidar com a complexidade dos fenômenos se coloca a todo o momento no cotidiano de trabalho e, por isso, a ideia de redes em movimento é fundamental, pois, conforme afirmado no módulo 4, ninguém pode trabalhar e transformar a realidade sozinho.

Cabe, então, fazermos uma breve discussão sobre o papel e o lugar das redes no encontro com essa realidade complexa que o referencial da desinstitucionalização nos propõe.

3. A ideia de redes e a RAPS

A desinstitucionalização é um processo de mudança que envolve a mobilização, movimentação e transformação de redes, produzindo sinergias em forma de espiral.

E de que redes falamos?

Podemos pensar as redes como um conjunto de atores (instituições, profissionais, usuários de serviços, grupos comunitários) que se comunicam, agem articuladamente e funcionam em sinergia para desenvolver alguns objetivos e responder a determinadas necessidades. Essas redes tanto podem ser autoconstrutivas, exercendo múltiplas formas e articulações de forma maleável e flexível, dependendo da singularidade das situações, como podem ser rígidas e hierarquizadas, com a tendência a se burocratizar e a dialogar de forma muito frágil com as necessidades sempre imprevisíveis dos usuários dos serviços. As redes rígidas tendem a responder mais às necessidades de sua autorreprodução do que às necessidades dos usuários. De qualquer forma, elas estão sempre presentes no trabalho em saúde e a forma e a função que desempenham dependerão sempre dos múltiplos fatores que compõem as cenas.

Isto é, as redes podem tanto se autoformar e transformar com o intuito de responder às necessidades dos usuários, como se fossem tessituras maleáveis que vão se modificando conforme se modificam as necessidades e os projetos de vida dos usuários, ou podem se cristalizar e enrijecer, exercendo assim, sem crítica, o papel de controle dos usuários ao invés do papel de apoio à sua autonomia e constante transformação. Nessa perspectiva, elas podem ser tanto redes de contenção da vida, reforçando a invalidação, a coerção, a disciplina, assim se assemelhando mais a grades, como podem ser redes flexíveis, de apoio e sustentação para a descoberta de novos modos de vida e novas possibilidades aos usuários dos serviços, contribuindo para que ocupem novos lugares nas cenas que reproduzem a ausência de lugar e de sentido. Dessa forma, elas podem ter um caráter mais emancipador e de apoio à autonomia, lidando de outra forma com a expectativa social de que exerçam apenas o controle sobre o comportamento dos usuários dos serviços.

Esses dois tipos diferentes de redes que o fenômeno do sofrimento psíquico pode acionar – as redes de contenção da vida e as redes de apoio à autonomia –, embora opostas, são atravessadas por conjuntos de outras redes: redes de saberes, de valores, de leis e de práticas.

O primeiro conjunto de redes entende o sofrimento apenas como uma doença do corpo, dissociada da existência concreta e de suas relações. Para ele, sofrimento é uma doença como as outras, que deve ser tratada e curada através de intervenções no corpo do sujeito (medicamentos, contenção e escuta). Nessa perspectiva que valoriza a doença, a realidade concreta de vida e de relações importa muito pouco. Suas redes de valores dizem que a pessoa com sofrimento psíquico grave, assim como a pessoa que depende de drogas, é perigoso, incapaz e incompreensível. Aos dependentes de drogas soma-se a pecha de imorais, preguiçosos, espartalhões. As redes de leis e aparatos jurídicos reafirmam a inimputabilidade, incapacidade, periculosidade e afirmam a necessidade de proteger a sociedade. E já conhecemos a rede de práticas: manicômios, comunidades terapêuticas, mas, muitas vezes também, o travestimento desses dispositivos nas relações fragmentadas e rígidas entre CAPS, UBS, hospital geral, etc. Para esse conjunto de redes, o psíquico e o social são coisas completamente estranhas e separadas, que não se comunicam. Era comum ouvir nos hospitais psiquiátricos que o sujeito só estava lá por questões sociais, porque o que poderia ser feito quanto à doença já havia sido feito. Não se pensava que as condições reais de vida, as relações em seu contexto, alimentavam e coproduziam o sofrimento e, por isso, deveriam ser a matéria principal do cuidado.

O conjunto de redes da Atenção Psicossocial, ou as redes de apoio à autonomia, pretende produzir outras redes: a rede de saberes diz que o sofrimento é algo mais complexo que o simples sintoma, e que o foco da intervenção é o que os italianos chamam de “existência-sofrimento” em suas diversas relações sociais. Isto é, aqui o objeto de intervenção torna-se mais complexo. Os valores dessa rede desmistificam a periculosidade, incapacidade, incompreensibilidade, dizendo que os valores dominantes é que às vezes são irracionais, absurdos, rígidos, excludentes, violentos, e que eles tornam a vida dos normais mais pálida, anêmica, pobre. Reafirmam também que as pessoas com sofrimento psíquico grave podem sim estabelecer contratos, e que os contextos também devem mudar para possibilitar seu protagonismo. A rede de leis tenta questionar aquelas que só protegem a sociedade desses que são considerados perigosos, como a lei da reforma psiquiátrica, o Estatuto da criança e do adolescente, etc. Já as redes de práticas dizem que a existência-sofrimento deve ser abordada

no território, onde é preciso, com nossa mediação e o protagonismo dos usuários, produzir transformações concretas nas formas de vida e nas relações, possibilitando modificar as relações de poder (que os usuários podem exercer, com ou sem o nosso apoio).

Aqui as condições sociais de vida saem de sua condição marginal, subalterna, e passam ao centro da cena. Isto é, o sofrimento possui em si uma dimensão social, e ele só pode ser transformado se essas condições se modificarem. Assim, passa a nos interessar não somente os sinais e sintomas de uma doença, mas a vida concreta em suas diversas esferas, totalmente articuladas à forma como a pessoa sofre. Nesse sentido, também, as distinções que fazemos entre as dimensões da vida (psíquica e social) e os sistemas de atenção (de saúde, de assistência social, etc.), são construções artificiais e abstratas que separam à força coisas que são inseparáveis.

A especificação e divisão de competências pela separação de demandas, que organiza os serviços por competências, se contribui para a gestão e a organização dos sistemas de atenção, produz também fragmentações. Essa fragmentação, seja na área da saúde ou da assistência social, ajuda a organizar e a gerir o sistema, pode dar origem a uma série de desdobramentos complicados, como a hiperespecialização das respostas, que tornam as necessidades dos usuários impermeáveis, podendo levar ao abandono. As respostas já estão prontas antes das perguntas, e não se tem flexibilidade para respostas novas e inéditas, que exigiriam subverter a ordem dos serviços.

Na saúde, o desafio é superar a divisão entre **prevenção, tratamento e reabilitação**, entendendo que essas três dimensões precisam estar presentes em todos os serviços e níveis de complexidade. Como já dito, historicamente, na área da saúde mental, as respostas mais simples e pobres se dão nos serviços terciários-hospitalares, que trabalham com a pura contenção, mecânica, química, e anulam todas as contradições existentes nas cenas que produzem os sofrimentos nos territórios. É nos territórios que se dão as intervenções mais complexas, porque lá não se anulam as contradições, mas se fazem mediações para que nenhum dos polos seja anulado e escondido, segregado. Pode-se, portanto, fazer prevenção, tratamento e reabilitação em qualquer serviço de saúde, seja este uma UBS, um CAPS, uma UPA, um hospital geral.

Aliás, em alguns casos e conforme a necessidade, no acompanhamento de algum caso específico, fazer hospital dia temporariamente numa UBS, por exemplo, pode ser mais efetivo que exigir que o usuário se adeque imediatamente às regras da rede. E isso não significa que a UBS deixará de ser UBS, mas ajudará o CAPS a construir um projeto coletivo de cuidado a determinado usuário. A mesma superação da fragmentação nos remete a situação da separação e da divisão de competências entre os serviços de saúde e os da assistência social. Exige-se a sinergia do fazer junto para se superar a fragmentação e fazer com que a rede crie vida e exista em seu próprio movimento, no aqui e agora, e não abstratamente.

Trabalhar nos territórios implica, necessariamente, acionar também novas redes, novos atores, que não são nem da saúde, nem da educação, nem da assistência, e nem do poder público. São redes “informais” que existem e são potentes, e que representam os fios e as tramas que envolvem e podem envolver a vida de cada usuário e de cada serviço.

Esse é um dos grandes desafios da RAPS: constituir-se como rede flexível de apoio à autonomia dos usuários do SUS.

Para isso, dentre as muitas estratégias a serem utilizadas, assume importância o conceito e a abordagem estratégica da Reabilitação Psicossocial.

4. Temas em reabilitação psicossocial

Podemos dizer que a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupem do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes. (SARACENO, 2001, p. 112).

Ao introduzirmos este tema com a afirmação de Saraceno (2001), queremos confirmar que a liberação do sofrimento psíquico do iatrogênico saber/fazer autoritário e simplificador é necessária e, também, fundamental para se construir um trabalho em saúde mental pautado em produção de cuidado no território. Entretanto, nosso desafio se amplia quando percebemos os limites impostos aos usuários e seus familiares no dia a dia e na lida com os desafios enfrentados nas diferentes dimensões da vida, que ultrapassam o espaço dos serviços de saúde.

Sabemos que todos os esforços de nossos serviços em olhar o usuário como “pessoa” e as dimensões da vida que se afetam a partir do sofrimento psíquico não implicam, automaticamente, em uma ruptura com posturas e fazeres iatrogênicos que subjagam, objetivam e desvalorizam esses indivíduos. Essa ruptura só será possível em um embate de forças constituído no cotidiano dos serviços, em que se faz necessária uma mudança absoluta dos pressupostos epistemológicos e ontológicos hegemônicos para a elaboração de outra maneira de se relacionar com o sofrimento psíquico e, também, com os modos de relacionar e existir próprios de cada um dos usuários que frequentam nossos serviços.

Esse é o convite que fazemos a vocês ao propor este curso nos moldes em que o elaboramos. Por isso confirmamos que é fundamental o distanciamento dos rótulos e do estigma constituídos pelos compêndios que simplificam o sofrimento, constituindo um poderoso conjunto de saberes de um (o profissional) sobre o outro (o usuário). Esse modo de produzir conhecimento e tecnologias de cuidar, sustentado na simplificação do sofrimento psíquico como uma doença, trouxe e ainda traz como consequência a ameaça do seu convívio social.

Nesse sentido, o que deve ser defendido é uma mudança definitiva, uma ruptura com o que sustentou a prática psiquiátrica de colocar o homem entre parênteses para analisar, sistematizar e interpretar seu sintoma a fim de persegui-lo até sua extinção (ROTELLI, 2001). Assim, ao compreender a loucura como condição humana, coloca-se a própria loucura entre parênteses para se entender o homem e construir uma relação de cuidado, sem prescindir da compreensão de seu sofrimento psíquico e das dimensões de sua vida que por ele são afetadas: a vida familiar, os contatos sociais, o trabalho, o modo de levar a vida em geral.

O sofrimento psíquico gera também um “empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa” (SARACENO, 2001). As perdas e o empobrecimento se ampliam a partir do núcleo familiar e vão se expandindo para outras redes sociais. Para este autor é um erro manter a distinção entre a rede social e a família, uma vez que no cotidiano da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico esta divisão é bastante sutil, já que o sofrimento da própria família vai atingir e influenciar as trocas sociais de todos os entes envolvidos, inclusive de sua vizinhança e locais de convívio particular, de sua família em geral e de outras pessoas próximas a ele.

Muitas vezes nos indagamos sobre qual é realmente o foco do trabalho em saúde mental ou quem é diretamente o usuário dos serviços. Essa indagação pode ser sua também! Frequentemente, a pessoa que primeiro chega ao serviço com algum pedido pode ser um familiar, principalmente a mãe, a esposa, a namorada e também o pai, o namorado e até mesmo um amigo próximo. E, dependendo da rede construída antes do episódio que a levou ao serviço, sua rede afetiva social pode ser mais rica e extensa ou menor e empobrecida. Em todos os casos, as intervenções mais bem sucedidas são aquelas em que se busca o apoio de uma rede afetiva e social mais rica e ampliada, de modo que, ao intervir junto ao usuário e sua família, essa rede de apoio também sofra interferências e componha o plano terapêutico singular. Esse foi um dos ensinamentos que Saraceno (2001, p. 123) pode trazer ao indicar que “intervenções que melhorem o *setting* familiar geram também expansões da rede ampliada” e com isso o convívio social passa a ser um de nossos objetivos principais.

Nesse sentido, ao introduzirmos a noção de reabilitação psicossocial, como elaborada por esse autor, devemos compreender que nosso trabalho em saúde mental deve se ocupar de casas e, sobretudo, do habitar, como compromissos de nossos planos de cuidado, na medida em que a casa pode ser compreendida como um espaço concreto e o habitar como a apropriação subjetiva de um espaço de existir que transpassa a casa como local. A construção de um espaço existencial de transformações contínuas, que possibilite a ativação de diferentes desejos, e onde essas transformações possam gerar novas habilidades. Por isso, onde quer que a pessoa se encontre, haverá um trabalho de habitar a ser feito conjuntamente, ao se tornar um espaço de habitar todos os espaços existenciais do usuário.

4.1. O habitar e os territórios existenciais

Ao iniciarmos a análise sobre habitar os territórios, devemos partir da premissa de que o habitar é um dos “elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual e é representado pelo quanto o próprio “estar” em qualquer lugar se torna um “habitar” esse lugar” (SARACENO, 2001). Existe uma grande diferença entre o ‘estar’ e o ‘habitar’, uma vez que o ‘estar’ representa uma propriedade bem pequena do espaço pela pessoa, não há produção de normas pessoais nos espaços em que vive, parecendo nele não habitar, apenas circular por ele sem nenhuma apropriação. Neste sentido o “estar” representa pouca ou nenhuma apropriação pelo indivíduo do espaço em que vive. Não se trata apenas de apropriação material, mas, sobretudo, da relação de pertencimento ou propriedade com o espaço existencial, não tendo nenhum poder de decisão sobre o local em que está, seja ele um poder material ou simbólico. Diferentemente, o ‘habitar’ indica maior grau de apropriação do espaço em que se vive.

Na tese “*Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma residência terapêutica*” (MOREIRA, 2007) são identificadas inúmeras situações que contribuem para a compreensão do habitar para ex-moradores de um hospital psiquiátrico que passaram a viver em Residências Terapêuticas localizadas em um bairro. Nesta mudança de *locus* de viver puderam construir territórios existenciais potentes para a manutenção de suas vidas em liberdade, transformando o estar em um local em expansões de habitar em diferentes dimensões da vida. Neste ponto do texto vamos trazer alguns elementos pinçados dessa tese para ilustrar algumas situações em que exemplificamos situações em que a liberdade foi definitivamente terapêutica.

O elemento a ser destacado nessa análise é a descoberta de um lar e a vida como um acontecimento em expansão. No dia da inauguração de uma das primeiras residências terapêuticas que acompanhamos (em outubro de 2004), uma cuidadora (repetindo o discurso de demais colegas) nos dizia que as moradoras daquela casa se sentiam melhor no hospital, onde tinham suas necessidades atendidas, e que estava preocupada por ficarem sozinhas e sem companhia na casa. Segundo ela, lá (no hospital) as moradoras das residências recém-instaladas tinham mais espaço e estavam acostumadas a dormir com mais pessoas, enquanto ali elas ficariam sozinhas.

Ao longo de três anos pudemos acompanhar cotidianamente essa mesma casa e construímos uma relação bastante próxima com as cuidadoras e as moradoras. Ao entrar na casa, era comum nos sentarmos em torno da mesa, tomando café, rodeados de pessoas que conversavam afoitamente enquanto um bolo acabava de sair do forno. Eram longas conversas sobre as descobertas no bairro, na feira, no mercado, na vizinhança em geral. Também presenciamos e partilhámos suas diferentes atividades cotidianas: bordando, cozinhando, arrumando e, sobretudo, conversando, conversando muito, pois queriam contar cada investida no novo local que passaram a morar. Às vezes uma das moradoras se apresentava um pouco amedrontada com as novidades e o mundo desconhecido em torno dela. A cuidadora também falava de insegurança ao falar da nova vida das moradoras e também falava de si, de seus medos e de seu encantamento com as descobertas. A afirmativa inicial foi se modificando aos poucos, na medida em que se podia notar o sorriso estampado no rosto de cada moradora descobrindo o bairro, a cidade, a vida. Ao longo desse tempo, essa mesma cuidadora se demonstrava feliz por estar ali e relatou várias vezes que não queria trabalhar em outro local.

Como a vida requer a expansão da própria existência, passado algum tempo, em outra situação, uma profissional do CAPS de referência das residências encontrou uma moradora em um bairro distante do que morava e logo foi ao seu encontro a fim de “socorrê-la”. Para sua surpresa, ficou sabendo que aquela moradora estava frequentando oficinas de artesanato na Associação de Moradores daquele bairro, que pegava o ônibus no terminal e seguia sozinha até uma oficina que havia escolhido realizar junto a outras pessoas.

Essas situações nos revelam que, de fato, todos nós demandamos um certo tempo para nos apropriarmos de novos lugares, para que internamente se processe a transmutação do “estar” em algum lugar para que nos apropriemos dele e passemos a “habitá-lo”: o desenho das ruas, a configuração do mapa do bairro, dos espaços, dos carros seguindo em alta velocidade, as pessoas do local, tudo isso demanda um investimento psíquico muito grande que não devemos descartar. Também não é fácil caminhar em locais em que não estamos acos-

tumados a frequentar. Essa dimensão é fundamental para a compreensão da transformação gradual do estar para o habitar, com tudo que a sensação de habitar deve conter.

Devemos crer que o poder das descobertas pode provocar uma abertura para novos modos existenciais e formas afirmativas de relação entre todas as pessoas, adoecidas ou não. O norte deve ser sempre o afastamento da necessidade de controles ou aprisionamentos em qualquer situação de nossas vidas. A partir dos diversos modos em que o mundo extra-hospitalar foi se apresentando, trabalhadores e moradores dessas casas se permitiram descobrir novos espaços de se relacionar e a vida se expandiu na medida em que essas descobertas aconteceram.

Ao romper com o que foi produzido com base no manicômio e inaugurar um novo enquadre de plano de cuidados, a proposta se mantém respaldada na importância da relação próxima do indivíduo em seu contexto social. Ao afastar-se dos rótulos, o trabalho deve se orientar pela restituição da compreensão do sofrimento psíquico em outros pilares, pois “para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. Relaciono-me com uma pessoa não pelo nome que tem, mas por aquilo que é” (BASAGLIA, 1985, p. 28). Por isso, o trabalho em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização requer a inserção de diferentes atores, no sentido de avançar na conquista da produção de vida, de sentido, de sociabilidade e se produzir novas formas de convivência dispersa nos espaços coletivos (ROTELLI, 1990, p. 30).

Como uma ilustração de um trabalho possível, vamos utilizar um rico relato de experiência de Lima-Filho (2008) em busca de incentivar a apropriação dos espaços urbanos pelas pessoas com sofrimento psíquico grave e promover espaço de encontros com os demais moradores do bairro. A experiência relatada traz um processo de inserção de diferentes atores do território na composição de um plano de cuidados em saúde mental com vistas à inserção territorial. Um trabalho como esse demonstra que ações inventivas e muitas vezes despretensiosas podem gerar resultados importantíssimos para a transformação dos modos de se relacionar com o sofrimento psíquico. Talvez, com essa ilustração, algumas ideias possam surgir e incentivar novas possibilidades de ações em seu campo de trabalho. Nessa experiência, foram realizadas oficinas artesanais e expressivas em uma Associação de Moradores de um bairro com o objetivo de promover um espaço de encontro, como um meio que possibilitasse outros olhares e novas possibilidades de encontros entre moradoras de RTs e outras pessoas do local. Inicialmente foi produzido um cartaz com convite amplo e irrestrito para participação em oficinas de criação artesanal.

Esse foi o primeiro artifício: um convite para um fazer artesanal em que o processo de criação seria usado como um transporte entre a reflexão e a criação de lugar de encontro e promoção de convívio, em duas vias. Por um lado, aquela oficina seria uma oportunidade para que as moradoras de uma residência terapêutica pudessem aprender novas habilidades, produzir algo que pudessem gerar renda, ou que pudesse ser utilizado como presente ou mesmo como enfeite para sua casa. Por outro, e fundamentalmente, seria uma oportunidade de criação de um espaço de encontro para novas trocas sociais com as pessoas do bairro em que aquela residência terapêutica foi instalada.

Inicialmente, não houve nenhuma informação sobre as pessoas que se inscreveram e estavam presentes nas oficinas. As participantes, já no início das atividades, se comportavam e se expressavam de forma diferente daquela que apresentavam nos serviços de saúde que frequentavam, uma vez que elas não se relacionavam como em um papel de “paciente” ou “usuárias de um serviço”, já que naquele grupo eram participantes como as demais. Com o passar do tempo e com o convívio, teve início a curiosidade e interesse mútuo entre as participantes, pois queriam saber onde moravam e do que gostavam. Mas principalmente, havia uma alegria em se relacionar com pessoas como colegas daquele “curso” (LIMA-FILHO, 2008).

Foi desse modo que os primeiros relatos de internações, de internação prolongada, de situações de violências e humilhações vividas em hospitais psiquiátricos apareciam nas conversas entre as pessoas, entre um fazer e outro. Gradativamente, a exclusão e a loucura começaram a surgir nos relatos, por meio das histórias que as pessoas contavam, das trocas de mensagens que ocorriam durante a confecção da peça que estavam fazendo. Ao longo dessas atividades pode-se constatar que a ideia inicial daquele encontro foi superada não só em sua dinâmica, mas também no plano das atividades plásticas. Essas atividades, quando iniciadas através de oficinas de cunho artesanal, possuíam, entre outros, o intuito de realizar atividades com o olhar mais voltado para fora das casas (SRTs), o que permitiu trocas sociais com maior intensidade e a possibilidade de trabalhar em uma construção de redes sociais.

Segundo o autor, certa vez, o local de realização das oficinas (a associação de moradores) não podia ser utilizado, pois estava sendo usado para a realização de um velório. Foi diante desse desafio de não realizar a oficina naquela semana que uma moradora da RT disponibilizou sua casa para o evento. Esse foi um salto importantíssimo, em que aquela moradora da RT havia se apropriado definitivamente de sua casa e, além disso, havia estabelecido fortes laços sociais que a possibilitaram convidar as demais participantes daquela oficina para ir à sua casa.

Em outra situação, uma das participantes (moradora da RT) começou a ir ao encontro sem o costureiro acompanhante, indo de ônibus. Sua chegada ao grupo era repleta de relatos sobre a sua *aventura* em pegar os ônibus, pagar sua passagem, descer e descobrir novos lugares. Às vezes ela descia em outro ponto, mais distante, para ir caminhando até o local em que ocorriam as oficinas, só para trazer novos relatos. O convite a novos atores sociais se deu quando uma das participantes da oficina, que era uma moradora do bairro, disse que já trabalhava como artesã e desenvolvia atividades plásticas para comercializar em uma feira local de artesanato, e que estava ali para aprender novos artefatos. Na medida em que participava das oficinas, passou a auxiliar na coordenação, sugerindo novos trabalhos e orientando maneiras de elaborar cada atividade. A partir da colaboração dessa artesã, como “oficineira”, o grupo passou a ampliar a execução de novos artesanatos, tais como: porta-retratos, caixinhas, pratos decorativos, porta-trecos, etc. Além disso, como sua proposta, em cada data festiva havia nova temática e produção de novos artesanatos, para comercialização das peças. Em outra situação, houve a necessidade de usar pequenas caixas de madeira, e foi deste modo que surgiu outra parceria com uma pequena madeireira, para fornecimento do material para a confecção das caixinhas (LIMA-FILHO, 2008).

Pudemos ver que, muito mais do que o esperado pelos mentores dessa proposta, havia a motivação para novos encontros, novas conversas e ampliação do grupo em novos laços. Pode-se perceber o quão importante é a criação de novas parcerias que possam colaborar com a promoção de espaços de trocas sociais. Em expansão para a comunidade, pode-se perceber que existe uma potência comunitária para mudança, e através dela pode-se realizar um trabalho transformador em Saúde Mental.

Ao analisar essa experimentação pode-se constatar que um desprezioso movimento pode ganhar força e começar a produzir mudanças no modo de se relacionar com as pessoas que vivem em situação de sofrimento psíquico. Com essa oportunidade, aquelas moradoras das residências terapêuticas que haviam vivido anos de exclusão em um hospital psiquiátrico puderam construir novos laços sociais e se apropriaram do local onde passaram a morar. Ao demonstrar que circulavam nos espaços, andar de ônibus, conversarem animadamente com as vizinhas, demonstraram, sobretudo, a potência da vida em liberdade em promover novos territórios existenciais no habitar a cidade.

4.2 Trabalho no território, protagonismo dos usuários e envolvimento das famílias

Conforme a Portaria que institui a RAPS, a organização dos serviços em rede de atenção à saúde com base territorial, visando ações intersetoriais, é necessária para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011). Esse arranjo tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção às pessoas com sofrimento psíquico, sendo um deles o CAPS (mas não somente), permitindo a criação de diferentes vínculos com a sociedade através da reabilitação psicossocial. Ao se construir um plano de cuidados territoriais, para além da ação dos Centros de Atenção Psicossociais, devemos prever a reabilitação psicossocial como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia. Segundo Kinoshita (1997), esse é um valor pré-atribuído a cada indivíduo no campo social.

Ao se investir na restituição do poder contratual, pode-se incentivar a capacidade do sujeito de elaborar projetos que modifiquem sua vida, o que implica um aumento de trocas e de relações sociais. Na esteira desse pensamento, as ações em saúde mental, nos diferentes pontos da rede, devem se articular com a promoção de novos desejos dos usuários dos serviços, em busca de produzir experiências que possibilitem o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos mesmos.

O trabalho desenvolvido com grupos de Gestão Autônoma de Medicação (GAM) em diversos CAPS do RJ, SP e RS, iniciado em 2009, vem demonstrando a estreita relação entre cogestão/grupalidade, autonomia e o protagonismo dos usuários. Nesse período, o trabalho vem demonstrando que as diferentes experiências com o Guia GAM resultaram em forte valorização da experiência dos usuários no debate sobre direitos, assim como em um trabalho de estímulo à cogestão nos serviços, que valoriza a opinião dos usuários como protagonistas em seus PTS, no que diz respeito ao uso de medicamentos, incentiva a autonomia e participação nos grupos e favorece o processo de cuidado de si e do outro (PASSOS; POLOMBINI; CAMPOS, 2013).



O guia de apoio a moderadores de grupos de Gestão Autônoma da Medicação está disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces> para ser utilizado por você e sua equipe.

Outra experiência de incentivo do protagonismo de usuários vem sendo desenvolvida junto àqueles do hospital dia do IPUB/UFRJ. Esse trabalho desenvolvido pelos usuários objetiva socializar relatos em primeira pessoa sobre suas experiências de sofrimento psíquico e os processos de superação a partir de rodas de conversas, tendo os próprios usuários como facilitadores e coordenadores do trabalho. Todas as etapas desse projeto são desenvolvidas pelos próprios usuários (VOZ DOS USUÁRIOS, 2016).

Nessa esteira de proposta de incentivo ao protagonismo dos usuários, também existe o projeto de extensão “Trajetórias”, desenvolvido na UNIFESP Baixada Santista, que visa incentivar e promover o protagonismo de usuários nas ações de ensino-aprendizagem em saúde naquela universidade. Os usuários de diferentes CAPS da Baixada Santista desenvolvem atividades em busca de fomentar encontros, levando para dentro da universidade os sujeitos e seus contextos. A característica singular desse projeto foi o envolvimento e a participação dos usuários da rede de saúde mental nas diferentes instâncias da vida acadêmica, desde a elaboração, participação e a gestão do projeto de extensão, o desenvolvimento de atividades, a gestão e a avaliação do projeto de extensão, que teve como um de seus objetivos a promoção de um espaço de trocas de saberes sobre saúde mental e direitos humanos, a partir do protagonismo de usuários de serviços de saúde mental inseridos em amplo plano de ações de ensino-aprendizagem em saúde. As atividades realizadas contavam com grupos de encontros temáticos para circulação entre o saber acadêmico e o saber advindo da experiência, buscando valorizar diferentes saberes sobre a saúde e saúde mental (MOREIRA, 2015).

Com esse projeto de extensão foi possível aproximar os participantes do universo acadêmico e resgatar o convívio em um espaço em que antes não se sentiam convidados a participar, assim como também foi possível refletir sobre o papel da universidade frente a grupos vulneráveis e excluídos deste processo. Algo do tipo já havia sido iniciado anteriormente com a realização de aulas abertas de saúde mental, desenvolvidas nos últimos anos numa parceria entre o Laboratório de Produção de Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental e a Frente da Luta Antimanicomial da Baixada Santista, com a participação de centenas de usuários e profissionais de saúde mental dos serviços.

Nesse trabalho, ao serem inseridos diferentes protagonistas do cenário da saúde com objetivo de debater ideias e promover ações em conjunto, incentivou-se também a produção de novos conhecimentos de modo coletivo e solidário entre pares. Após a realização dos grupos temáticos, foram definidos modos de participação em diversas atividades de ensino, com módulos de interesse dos usuários e debates em aulas cuja temática foi políticas públicas em saúde mental. Com o desenrolar do ano, os usuários foram definindo as maneiras de participar de ações no ensino, na pesquisa e na extensão e, por fim, passaram a participar de outros módulos de ensino e ações de outros projetos de extensão da Universidade.

Sabemos que são inúmeros os exemplos que ocorrem nos serviços de vocês e que certamente muitas outras experiências são de seu conhecimento e poderiam servir de inspiração para futuras ações junto aos colegas em seus locais de trabalho. De toda maneira, é sempre bom conhecer experimentações que visem à oferta de possibilidades de trocas de identidade, de afetos, de bens, de mensagens, de conhecimentos e de tantas outras trocas possíveis quando promovemos espaços de encontros. São essas experimentações que mostram que a ousadia em criar situações novas pode gerar, para os usuários, maior segurança em relação ao exercício crítico contínuo e também podem produzir novos modos de se habitar os territórios, a começar pelos serviços que frequentam.

No campo societal, é a partir desse poder de estabelecer contratos sociais que as relações de troca são realizadas. Por esse motivo, os demais serviços que compõem a RAPS devem atuar na perspectiva de ampliação dessas relações de troca. Na medida em que o sofrimento psíquico surge na vida das pessoas, a capacidade de troca vai sendo diminuída e, algumas vezes, chega a ser totalmente anulada, de modo que esse deve ser um trabalho de todos os serviços de saúde em geral. Ao se levar em consideração o protagonismo e o conhecimento dos usuários, os trabalhadores devem atuar insistentemente no sentido de buscar novas possibilidades de transformar o pressuposto de “desvalor” em um pressuposto de valor possível, a partir das trocas iniciadas no próprio serviço e estendida para outros campos existenciais do indivíduo.

As experiências de Vasconcelos (2008) com familiares e usuários revelam que a estratégia de fortalecimento da autonomia, do poder e da auto-organização dos usuários e familiares, apresenta-se como importante instrumento de organização de desenho de plano de cuidados territoriais em saúde mental. Nesse sentido, os recursos territoriais e humanos, que envolvem as tecnologias leves (MERHY, 2006), mostram-se potentes para o processo de trabalho, ao envolver usuários e familiares como protagonistas de todo o processo. Por isso, há a necessidade da construção de uma rede ampliada articulada de forma intersetorial e voltada para a complexidade da vida humana na sua extensão e para os diversos campos do existir, ou seja, que se expanda além da família e do serviço de atenção psicossocial, ao envolver outros atores sociais dos territórios existenciais das pessoas.

4.3. A inserção no trabalho como dispositivo da reabilitação psicossocial

O trabalho se constitui como uma das dimensões da vida em que a reabilitação psicossocial pode atuar e essa possibilidade é tanto promissora como problemática.

Ela é promissora, pois pode contribuir para o aumento do poder contratual dos usuários, para a transformação dos valores e estigmas associados à experiência da loucura e do desvio, para a produção de novas sociabilidades que ampliem e enriqueçam o campo existencial e de relações. Mas é também problemática, pois o trabalho no campo da saúde mental foi historicamente utilizado como forma de adaptação, controle, disciplina, obediência, enfim, como elemento aprisionador e empobrecedor do campo existencial.

Pode-se dizer que a psiquiatria nasceu no momento em que se consolidava uma nova forma de existência da modernidade, centrada no trabalho assalariado e, por isso, utilizou-se de todas as ferramentas e da violência para adestrar os corpos dos alienados de então, que não se submetiam a essas regras.

Assim, desde seu nascimento, a psiquiatria utilizou o trabalho como instrumento de segregação e controle das populações desviantes, o que se dava inicialmente dentro das instituições fechadas e, posteriormente, a partir de oficinas protegidas, que reproduziam a invalidação, a anulação e a falta de protagonismo dos usuários. Com a justificativa de que o trabalho é, em si, terapêutico, toda a forma de exploração e de empobrecimento foram reproduzidas nas instituições, sob a forma da laborterapia (“terapia pelo trabalho”), e a superação desse tipo de ação anuladora e de controle se mantém como um desafio para as práticas transformadoras da atenção psicossocial.

A experiência italiana das cooperativas sociais, num país com tradição cooperativista, foi fundamental por propor novas formas de relação com o trabalho, sendo este considerado um direito, um ponto de partida para os processos de transformação, inserção social e reabilitação psicossocial. Nesses termos, supera-se a condição de “entretenimento” (SARRACENO, 2001) e a lógica que prevê o eterno treinamento de habilidades e hábitos de trabalho (disciplinadores e empobrecedores em si) para uma futura e sempre inexistente inserção no mercado, trocando-a por um conjunto de experiências reais de trabalho que se dão com a modificação de todos os atores envolvidos e dos contextos sociais e de trabalho, resultando em empreendimentos solidários, que estimulam a descoberta de potencialidades, o protagonismo, a construção coletiva de normas e de formas de trabalho e de existência.

No Brasil, cuja história de cooperativismo é marcada pelo autoritarismo e pelo uso da estratégia cooperativa pelas elites, mas que também tem experiências subversivas e importantes de cooperativismo popular, a construção coletiva de trabalho foi sendo aos poucos nomeada como “Economia solidária”, incorporando um movimento social de luta por um mundo mais solidário.

Para Singer (2015), esse movimento que tomou corpo e se fortaleceu nos últimos anos, entende que é possível construir outro tipo de economia inclusiva e participativa, como uma:

[...] resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e, juntos, constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído. (SINGER, 2005, p. 11, apud PACHECO, 2013).

Essas ideias, não por acaso, se encontraram no Brasil dos últimos anos com o movimento de Reforma Psiquiátrica, já que ambos os movimentos (de economia solidária e de reforma psiquiátrica) vêm propor novas formas de existência, questionando as formas convencionais de se viver.

Assim, desde 2004, tem sido realizadas iniciativas de construção de uma política que articule a saúde mental e a economia solidária, tendo como protagonistas os atores dos dois movimentos. Isso se traduziu em propostas de apoio às iniciativas concretas de trabalho, como consequência da parceria entre o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e o Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Secretaria Nacional de Economia Solidária.

Desde então, várias tem sido as reuniões de trabalho, os encontros para a formulação de propostas, assim como várias iniciativas concretas de apoio têm sido engendradas, tais como: a portaria que destina recursos para os projetos de geração de renda, dentre outras que fomentam projetos coletivos de intervenção cultural; mapeamento, registro e cadastro das experiências em andamento no Brasil; oferta de apoio tecnológico às iniciativas coletivas de trabalho por parte de incubadoras de cooperativas populares das universidades; fomento à discussão e à regulamentação da lei de cooperativas sociais brasileira (aprovada em 1999, mas ainda inócua), dentre outras iniciativas no âmbito jurídico, para fortalecer a presença das cooperativas sociais no Brasil.

Em 2013, já existiam 1.008 experiências coletivas de trabalho em andamento no Brasil (BRASIL, 2015), que ocorrem a partir dos CAPS, de Núcleos de Geração de Renda dos programas de saúde mental, de ONGs, e de outros serviços, com parcerias intersetoriais, além da grande mobilização que se dá a partir dos Fóruns, Encontros e Conferências de Economia Solidária.

Como dissemos acima, a função dessas experiências é superar a subalternização e a exclusão e desenvolver experiências reais de trabalho que, ao mesmo tempo em que só podem existir no mercado, propõem modificações neste, como se fosse um vírus que propõe mudanças, no sentido de que não vivamos em função do trabalho, mas que o trabalho viva em função de nossas necessidades.

Tendo feito essa pequena introdução sobre as relações entre saúde mental e economia solidária, a título de exemplo e de apresentação de possibilidades, apontamos algumas características dos projetos de trabalho desenvolvidos em algumas localidades, incluindo a experiência precursora de Santos (NICÁCIO; KINKER, 1996; KINKER, 2014), que tem servido como bússola para o desenvolvimento dessas práticas, podendo inspirar o desenvolvimento de outras experiências nos serviços que compõem a RAPS:

- Desenvolvimento de pequenos núcleos coletivos, onde os usuários, com o apoio dos técnicos e dos demais participantes da comunidade, possam discutir e deliberar sobre todos os momentos do processo de trabalho;
- Desenvolvimento de atividades diversificadas (produção de produtos ou serviços variados), divididas por núcleos de trabalho, de forma a possibilitar a escolha, a descoberta de novas potencialidades, e de formas inéditas de se fazer as coisas.
- Desenvolvimento de atividades que tenham chance de sobreviver bem no mercado e que possam ser gestadas a partir dos recursos materiais existentes, das habilidades dos participantes, do estabelecimento de parcerias com outros grupos e instituições (secretarias municipais, empresas, instituições, grupos comunitários, movimentos populares), considerando a importância da área de serviços.

- Aposta na qualidade dos produtos, dos serviços e das relações, de modo a produzir riquezas e saúde, sem contrapor esses 2 polos. Não é interessante que os produtos sejam adquiridos por caridade, o que reproduziria a invalidação e desqualificação dos trabalhadores, mas sim porque eles são necessários e tem qualidade, podendo gerar relações equânimes de troca;
- Envolvimento de profissionais especializados no tipo de atividade a ser desenvolvida, tais como: artistas, jardineiros, engenheiros, jornalistas, pedreiros, *designers*, *chefs* de cozinha, etc., além do apoio dos profissionais de saúde mental ou de saúde, no sentido de qualificar o trabalho e os produtos e de ampliar as trocas e alianças sociais para além dos atores do campo de saúde mental.
- Ocupação de espaços diversos espalhados pela cidade para o desenvolvimento dos projetos de trabalho, como forma de repropor, a todo o momento, a convivência com a diferença entre os vários atores sociais e a produção de novos laços;
- O desenvolvimento de ações que contribuam para uma cidade mais saudável, tais como projetos de intervenção urbana, que melhorem a qualidade de vida e que passem a mensagem de que as pessoas diferentes também podem cuidar das outras e das cidades enquanto também estão sendo cuidadas pelos serviços de saúde mental. Por ex.: projetos de conservação de jardins públicos, de construção de casas populares, de reciclagem de material, etc.
- Estudo da viabilidade de utilizar recursos estratégicos como as "bolsas de trabalho" (recurso que os usuários podem receber como forma de pagamento por trabalharem temporariamente, e como modo de aprendizado, em funções realizadas nos serviços do setor público), que podem funcionar do mesmo modo como os recursos utilizados nas "frentes de trabalho" dos municípios funcionam atualmente;
- Produzir estratégias que modifiquem os contextos do trabalho, possibilitando que pessoas com sofrimento psíquico grave, mas que têm o desejo de trabalhar, possam participar efetivamente, com protagonismo da experiência.
- Participação no movimento da economia solidária e fortalecimento de laços sociais que possam ultrapassar a questão do trabalho, gerando ações e projetos no âmbito da cultura, do lazer, da arte e da produção de sociabilidades.

Essas são, então, algumas das possibilidades que podem ser criadas ao se fazer valer a ideia da reabilitação psicossocial, de que não se caminha da desabilidade para a habilidade, mas sim que se ampliam as potências e as experiências, modificando as regras de jogo.

5. A infância no foco das políticas públicas: trabalhando com política de saúde mental infanto juvenil

Nessa parte do texto faremos algumas reflexões sobre as políticas públicas para a infância, trazendo para o debate a perspectiva da atenção psicossocial às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico. Procuraremos, como vem sendo feito ao longo desse texto, dialogar com a perspectiva teórica da desinstitucionalização e como a consideração de crianças e adolescentes como pessoas nos auxiliou na delicada tarefa da atenção psicossocial.

Durante o curso, abordamos alguns pontos que tocaram especialmente a infância: no início, quando pedimos aos alunos que observassem como viviam crianças e adolescentes em seus territórios; quando, na discussão de vários casos, pudemos ver que crianças e adolescentes em sofrimento são levados à UBS para atendimento, mostrando toda a sua dificuldade de viver, que aparece transparente no território, e enfatizamos a necessidade das abordagens familiares, do contato com as redes de proteção e a importância de considerar a opinião deles sobre a vida e as dificuldades que estão enfrentando. Muitas vezes são dificuldades relacionadas ao uso de drogas e à falta de espaço para expressão pessoal nos espaços da escola e da comunidade; e ainda, como é delicada a construção de projetos terapêuticos em que tanto tempo e relações estão envolvidos.

Pudemos também entender como é necessário que as crianças ganhem espaços lúdicos para a expressão de afetos e para que a ativação de relações mais iguais possam se estabelecer nos territórios: quando um adulto brinca com uma criança ele está fazendo um resgate de seu brincar mais infantil e, portanto, está mais perto de conhecer e reconhecer demandas e necessidades das crianças de maneira direta, e não de segunda mão, como seria conhecê-las, por exemplo, através de um manual ou de alguma prescrição cristalizada.

Enfim, também crianças e adolescentes vivem em nosso mundo, embora muitas vezes achemos que as crianças vivem no “mundo da criança” e que a infância é um período de maravilhas. Uma importante aproximação das políticas públicas às crianças e adolescentes nesse panorama aconteceu em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Ao enumerar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes, esse estatuto mostrou à sociedade que nem todas as crianças viviam e vivem na mesma situação, isto é, que a infância não é um período igual para todas as crianças.

Porém, uma contribuição importante e com consequências de variados tipos que essa carta de direitos trouxe foi a consideração de que os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes devem ser assegurados/garantidos **mediante a execução de** políticas públicas. Por um lado, isso enfatiza a responsabilidade do Estado para com as suas crianças, com a infância de maneira geral, e com prioridade absoluta; por outro lado, nos faz refletir sobre quais os aportes e quais as considerações sobre o “que é ser criança” e sobre “como deve ser vivida a infância” estão em jogo. Sim, por que não podemos esquecer que a consideração sobre o que é apropriado ou não para essa fase da vida vem mudando muito, ao longo da história, mostrando que as crianças não vivem sempre a mesma infância.

Várias políticas públicas foram sendo estabelecidas desde então, tendo como principal agenda a garantia dos direitos das crianças. Ainda mais, a organização de uma política pública de direitos das crianças e adolescentes foi sendo construída como um sistema de garantia de direitos, buscando congrega r várias outras políticas (Educação, Assistência Social, Ministério Público, entre outras) e os diferentes dispositivos de participação dos entes federativos e da sociedade civil que poderiam se envolver nessa tarefa, tais como os Conselhos Nacional (CONANDA), Estaduais (CONDECA) e Municipais (CMDCA) dos direitos das crianças e dos adolescentes, além dos conselhos tutelares.

Essa construção/articulação vem sendo feita com o tempo e nem sempre andou no mesmo compasso. No quadro abaixo, podemos ver a implantação gradual de algumas políticas públicas envolvidas diretamente com a agenda dos direitos das crianças, adolescentes e famílias. Uma breve retrospectiva, para que o passado não fique esquecido. Não fiquemos achando que isso não tem importância e que “o que passou, passou”. É também uma maneira de termos em consideração os avanços e desafios da atenção psicossocial à infância nesse contexto.

Implantação do Sistema Único de assistência Social (SUAS)	2003	O SUAS, organizado para atender a todos os cidadãos em seus direitos básicos de seguridade social, e com centralidade no contexto sociofamiliar para o desenvolvimento de suas ações, tem como principais serviços o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que lidam com a proteção básica e especial, respectivamente.
Plano Nacional de Educação	2005	O Plano Nacional de Educação apresenta, entre suas metas, universalizar, para a população de 4 a 17 anos, o atendimento escolar aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na rede regular de ensino (BRASIL, 2005b). Estabelece, entre as suas estratégias, fomentar a educação inclusiva, promovendo a articulação entre o ensino regular e o atendimento educacional especializado complementar, ofertado em salas de recursos multifuncionais da própria escola ou em instituições especializadas.
Sistema Nacional de Acompanhamento de Medidas Sócioeducativas - SINASE	2012	Essa lei prevê o atendimento de medidas socioeducativas em meio aberto, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade (a serem executadas nos municípios), assim como privativas de liberdade, internação e semiliberdade (a serem executadas pelos estados) e traz para o contexto dos serviços a necessidade de uma lógica que não seja punitiva, mas sim orientada pela proteção integral e pela construção, junto aos adolescentes e às famílias, de planos de atendimento, com alternativas de abordagem com as quais possam se engajar (BRASIL, 2006).
Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira	2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental
III Conferência Nacional de Saúde Mental “Cuidar Sim, Excluir, Não!”	2001	Propõe que a elaboração e execução de ações no campo da saúde mental infantojuvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Essas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nessa perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente e a reavaliação dos serviços existentes (BRASIL, 2001b, p. 57).

Portaria 336/02	2002	Definição dos modelos de serviços substitutivos (CAPS) e possibilidades de financiamento para os municípios.
Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil	2004	O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituído em agosto de 2004, pela Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, é um importante espaço de discussão e de articulação intersetorial que objetiva debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população.
IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial	2010	[...] ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e fundamento intersetorial, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2010, p. 92).
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	2011	Princípios: <ul style="list-style-type: none"> • respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; • promoção da equidade, isto é, da atenção aos que mais necessitam, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; • combate a estigmas e preconceitos; • garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; • atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; • diversificação das estratégias de cuidado; • desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; • ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; • organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e • promoção de estratégias de educação permanente (BRASIL, 2011).

A política de saúde mental infantojuvenil só foi formulada depois das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde mental “Cuidar, Sim, Excluir, Não”, em 2001. A partir de então foram instituídos, por portarias ministeriais, os Centros de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades e também o Fórum Nacional dos Direitos da Criança. Essas estratégias organizam a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes nos municípios.

O tema da primeira reunião do Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente foi a desinstitucionalização de crianças e adolescentes e as recomendações de todas as suas reuniões vão no sentido de garantir o cuidado integral em liberdade, e não apenas para os portadores de transtornos, mas com o olhar para as condições de privação e violação de direitos (2013b).

Os direitos da criança e do adolescente trouxeram coisas novas e também coisas não tão novas para as políticas públicas. Uma novidade, como já vimos, é o **dever de assegurar direitos**, outra é a consideração da **cidadania para crianças e adolescentes**. Aqui entramos no terreno do Direito e dos desafios que são colocados para as práticas das políticas públicas, pois sabemos que as mudanças não se fazem por decreto, mas precisam chegar às ações e relações cotidianas para serem ressignificadas e produzirem outros sentidos. Então, para as práticas, a cidadania das crianças e adolescentes começa com o nosso entendimento de que a infância/adolescência idealizada, igual como seriam “todas”, NÃO CABE para uma grande parcela de crianças e adolescentes, e que o trabalho para a sua cidadania envolve nos aproximarmos deles tal como se apresentam, com as potencialidades que as relações existentes podem/devem oferecer.

E não para por aí: para tentar responder a questão que colocamos lá atrás – de ordem prática – de quais são os aportes e as concepções que estão em jogo no ECA e também nas políticas públicas, ou seja, como é que os direitos das crianças vão então dialogar com as crianças e com a infância que estamos construindo para elas, precisamos prestar atenção a uma das primeiras colocações dessa lei: a criança deve ser entendida como uma pessoa, um ser em desenvolvimento que goza de todos os direitos da pessoa humana, acrescidos da Proteção Integral. Um ser em desenvolvimento é apenas um dos muitos sentidos dados às crianças no ECA. Uma leitura atenta do documento permitirá que se vejam ali tantas outras crianças, tantos outros rostos que não são tão novos. As crianças podem ser alunos, pupilos, educandos, aprendizes, trabalhadores, pessoas em desenvolvimento, população infantil, público infantil, filhos, adotados, neonatos, sujeitos de direitos civis, pessoas até 12 anos de idade incompletos e entre 12 e 18 anos.

A consideração da criança como pessoa é uma novidade e importa muito para as práticas de saúde mental, como vimos no primeiro módulo desse curso, na qual incluímos também a saúde mental infantojuvenil. Se olharmos para as políticas públicas anteriores, como muitos autores já escreveram, veremos que estavam voltadas para a institucionalização. Com institucionalização queremos dizer tentativa de supressão dos problemas, dificuldades e desigualdades com a perspectiva de normalização da vida em espaços produtores de identidades subalternas, mas não só. Falamos das práticas que invalidam e desqualificam as demandas de crianças, adolescentes e famílias, chegando mesmo a relações desumanizadas, isto é, sem reciprocidade.

Mas, o que seria a desinstitucionalização? Como ofertar serviços e respostas ao sofrimento psíquico para crianças, adolescentes e famílias, numa sociedade em que existem tantas normatizações em relação à infância, e sendo que historicamente as respostas ao sofrimento estiveram a cargo de entidades filantrópicas, internatos, hospitais psiquiátricos?

Bem, muito do que vem sendo proposto pelos direitos das crianças às políticas públicas confronta de maneira radical antigas ideias no plano das ações desenvolvidas, pois pensava-se que as políticas que fossem realizadas por setores seriam as mais eficientes. Quando se diz que os direitos das crianças e adolescentes devem ser garantidos e assegurados mediante políticas públicas, numa lei federal, já estamos misturando um pouco as coisas, não é mesmo?

Atualmente temos as propostas de formação das redes para a atenção de diferentes segmentos da população nas políticas públicas, inclusive redes de proteção para crianças e adolescentes. Conforme vimos nas primeiras páginas desse texto, as redes podem trazer possibilidades de autonomia, e, ao mesmo tempo, podem ainda abarcar características de maneiras de funcionamento mais antigas, que estavam também ligadas a outras formas de ver as crianças, adolescentes e suas famílias, mais fáceis de serem conjugadas com as formas de governo autoritárias. Mas, como os italianos nos ensinaram, a desinstitucionalização não é um processo revolucionário, no sentido de que uma mudança abrupta instaura uma nova ordem, antes é um processo longo que busca desmontar e desconstruir as sustentações do próprio processo que se institucionalizou, deslocando as ações e mudando o foco do trabalho. A desconstrução começa a partir do interior da instituição, de modo que é preciso abrir as suas práticas e as suas produções para o diálogo com a vida social e concreta das pessoas. Portanto, não se trata apenas do que acontece no interior dos muros das instituições, mas também das práticas sociais e das ideologias que levam as pessoas lá para dentro. Como uma criança chega a ser internada? Que caminho a levou até lá? Como ela foi parar na sala especial? O que a fez sair da escola?

Galimberti (2005), ao refletir sobre os 25 anos da Lei 180, que fechou os hospitais psiquiátricos na Itália, nos alerta que os processos de desinstitucionalização necessitam de um futuro a cada passo, a cada movimento, ou seja, é um trabalho que nunca está “pronto e acabado”. As práticas clínicas no interior do manicômio não foram descartadas no processo, mas foi analisado que, até então, elas estavam “à serviço de um tipo de sociedade que não quer lidar com seus problemas”. Segundo o autor, elas teriam sido vistas por Basaglia (1985) como um grande “laboratório de novas formas de relações sociais”, capazes de suspender os juízos que definem a pessoa na identidade de uma doença. A doença poderia ficar suspensa, colocada entre parênteses, enquanto o agir terapêutico seria voltado para a existência/sufrimento, no corpo social.

O sofrimento psíquico, então, não pode ser reduzido a uma descrição nosográfica ou de classificação de doenças, embora os profissionais dos serviços lidem cotidianamente com esse paradoxo e essa seja a tarefa para a qual muitos serviços ainda se organizam em seus primeiros contatos com usuários, as chamadas “triagens”. Tais demandas por classificações, sempre presentes e muitas vezes formuladas também por outros serviços, como a escola, mostram uma perspectiva histórica que enfatizou a normalização das crianças, que simplifica o nosso olhar e confirma o afastamento entre crianças e adultos na nossa sociedade.

O sofrimento psíquico se mostra, então, não como uma entidade mórbida ou como enfermidade, mas de um modo mais sutil, que envolve as relações que se estruturam em torno da identidade e do sentimento de si mesmo ou de sua personalidade, nas diferentes relações que uma pessoa estabelece. Uma parte importante do sofrimento psíquico entendido dessa forma relaciona-se a impossibilidades de viver junto com os outros, um aspecto estruturante do que entendemos por humanidade e da forma pela qual nos constituímos como seres humanos: em sociedade.

Nesse sentido, para Saraceno (1999), como já foi abordado em outras partes do texto, a conquista dos espaços sociais e públicos é necessária quando falamos de cidadania. Na perspectiva teórico-prática da Reabilitação Psicossocial introduzida pelo autor, e que muito contribuiu para a reforma do atendimento em saúde mental no Brasil, para trabalharmos na construção da cidadania precisamos olhar para os **espaços onde a vida acontece**. Para o autor, o habitar insere-se numa rede social de trocas e sentidos, do trabalho, do produzir e poder usufruir. Isso implica entrar verdadeiramente, inclusive materialmente, na construção da cidadania. A transposição de suas reflexões para a infância é bem oportuna, pois muito do sofrimento psíquico é relacionado ao viver com poucas possibilidades de vida social.

Assim, na perspectiva dos projetos terapêuticos, o acompanhamento busca ativar possibilidades, afetos e relações. São diversos os tipos de atividades terapêuticas possíveis para o acompanhamento, como psicoterapia individual ou de grupo, orientação e acompanhamento do uso de medicação, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e visitas domiciliares.

Crianças e adolescentes chegam a um mundo pronto, que os espera. Em seu complexo processo de desenvolvimento eles vão encontrando e conhecendo as formas que a cultura e a sociedade tratam de seus pequenos, isto é, eles vivem o processo de socialização. Nesse cenário, costuma ser comum que formas de sociabilidade se cumpram: que se inicie a entrada no código adulto da leitura e escrita em determinada idade, que possam andar sozinhos na rua, que comecem a falar com estranhos, frequentar escolas, entre outras coisas, o que varia muito conforme o lugar ou a classe social. As crianças e adolescentes com sofrimento psíquico são profundamente envolvidos e, muitas vezes, aprisionados por tais normatividades que produzem estigmas, impedindo sua expressão pessoal ou dificultando-lhes acessos. Trabalhar sobre a contratualidade (KINOSHITA, 1996) de crianças, adolescentes e famílias implica muitas vezes articular-se para além da produção das invalidações de suas expressões pessoais por prescrições e estigmas (com uma discussão sobre a posição social de crianças e adolescentes), pois esse é exatamente o aspecto mais naturalizado da infância.

Assim, a construção de espaços coletivos de participação, diálogo e expressão pessoal, tais como as Assembleias desenvolvidas nos CAPSi para a discussão e decisões sobre o cotidiano e a convivência no serviço, certamente é um bom começo, e poderia ser colocada como um desafio para outros pontos da rede. Um espaço democrático que pode reunir vários atores: crianças, adolescentes, familiares e funcionários dos serviços, entre outros, e que permite o encontro, a troca e o estabelecimento de compromissos e responsabilidades de maneira coletiva.

6. Palavras finais

Na tentativa de elaborar nossas palavras finais, gostaríamos de reafirmar a necessidade de superação dos rótulos, afirmando que a vertente técnico-assistencial deve se orientar pela restituição da compreensão do fenômeno do sofrimento psíquico em outros pilares, pois “para estabelecer uma relação com um indivíduo, é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define” (BASAGLIA, 1985, p. 28).

Essa pauta basagliana busca a compreensão e a aproximação da experiência da loucura em sua complexidade e se opõe aos olhares simplificadores desse fenômeno. Nessa perspectiva, a ação clínica é indissociável da ação política, na medida em que a desinstitucionalização aponta para o afastamento da busca pelo tratamento/cura ao defender um lugar para a convivência, para as trocas, para o protagonismo, para a cidadania e para a circulação livre na cidade como espaço de trocas. Dessa forma, a clínica como ação política também deve fazer circular o conhecimento ao valorizar os diferentes saberes sobre a saúde, e para isso é fundamental o compartilhamento de conhecimentos vindos das diferentes fontes e formas de organizar o que saber/fazer das pessoas, principalmente dos usuários de nossos serviços.

Para isso, afirmamos que a questão subjacente aos desafios da desinstitucionalização, já apresentada desde o início deste curso, está, sobretudo, na maneira de compreender a “loucura” diluída em nossa forma de ver a vida e em como lidar com ela. Se o que se pretende é a afirmação de um modo próprio de estar na vida, compreendemos também que essa tarefa requer a desconstrução da relação de tutela, cristalizada nos anos de compreensão do sofrimento psíquico como uma doença sobre a qual nada se pode fazer. Há um deslocamento necessário, da antiga relação sustentada nos preceitos biomédicos para uma relação com a pessoa que vivencia o sofrimento psíquico, que diz respeito a todos nós, tanto em nossos campos de trabalho quanto na vida em geral.

Desse modo, segundo Rotelli (2001), uma instituição a ser inventada deveria colocar em questão o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos e os códigos culturais, assim como as relações de poder sustentadas sobre um objeto bastante preciso: a doença. E ao colocarmos a “doença” entre parênteses para encontrar a pessoa, seu sofrimento e as dimensões de sua vida por ele afetadas, ficamos diante do mal obscuro do pensamento hegemônico. Isto é: constituir um campo de saber que separou o homem, em sua dimensão concreta do viver em sociedade, na medida em que se ocupa de sua suposta doença e não mais do indivíduo.

Ao apostarmos nessa nova concepção, também temos que analisar cuidadosamente as relações que construímos em diferentes âmbitos de nossas vidas. Esse é o convite mais ousado que a perspectiva da desinstitucionalização faz a todos nós. Romper com esse paradigma, sustentado na estabilidade e na velha moldura de compreensão do sofrimento psíquico, como sendo a velha caricatura da “doença mental”, requer uma ruptura fundamental, para que esse não se perpetue em diferentes espaços de produção de cuidado em saúde mental. Isso é o que buscamos, essa ruptura é o que defendemos!

Esperamos que as discussões propostas por este curso possam contribuir para o fortalecimento do SUS e da Reforma Psiquiátrica, e para o enriquecimento da vida dos trabalhadores e usuários do SUS, nesse imenso e rico desafio que é produzir saberes e reflexões inéditas sustentadas e alimentadas pela prática.

E assim nos despedimos, esperando encontrar a todos os participantes do curso, parceiros e militantes do SUS, em outros momentos de construção coletiva que por certo virão.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995. 143 p.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico** 3. ed. São Paulo: Graal, 1985.

BRAGA-CAMPOS, F. **Sofrimento e cuidado em Saúde Mental**. Texto do Módulo 1. Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental. São Paulo: UnASUS/UNIFESP, 2015.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e da outras providencias. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, Ed. 135, p.13563-13577

_____. Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo. Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Seção 1, Ed. 69, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Serie D. Reuniões e Conferências, 15 Brasília: MS, 2001b. ().

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo. Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, Ed. 34, p. 22.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004. Constitui o Fórum Nacional sobre saúde mental de crianças e adolescentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 ago. 2004. Seção 1, p.28.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez.2011, Seção 1, p.59-60.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Fórum Nacional Infantojuvenil: Recomendações**. Versão Preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo/SINASE**. Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em: <http://www.condeca.sp.gov.br/legislacao/sinase_integra.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental em Dados**, ano 10, n. 12, set. 2015. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Revista Interface**, Botucatu, v. 13, p.545-555, 2009. Suplemento.

_____. O cuidado em Saúde. Texto do Módulo 4. **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental**. São Paulo: UnASUS/UNIFESP, 2015.

EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-96, 2014.

GALIMBERTI, U. Il sogno di Basaglia. **La Repubblica**. Quotidiano. 2005. Disponível em: <<http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2005/08/29/il-sogno-di-basaglia.html>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

KINKER, F.S. Enfrentamentos e projetos de trabalho para a superação da laborterapia. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 49-61, 2014.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996.

LANCETTI, A. O projeto terapêutico singular e o trabalho de matriciamento. Texto do Módulo 3. **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental**. São Paulo: UnASUS/UNIFESP, 2015.

LIMA-FILHO, F. A. Voltando ao lugar de partida: a cidade como espaço possível para circulação do louco. In: MOREIRA, M. I. B. (Org.). **Loucura & Cidade: potencializando novos territórios existenciais. Experiências em Residências Terapêuticas.** Vitória: GM Editora, 2008.

MAXIMINO, V. et al. Dispositivos de atenção Psicossocial. Texto do Módulo 5. **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental.** São Paulo: UnASUS/UNIFESP, 2015.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.

MOREIRA, M. I. B. **Se esta casa fosse minha: habitar e viver na cidade a partir de uma residência terapêutica.** 2007. Tese. –(Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

_____. **Trajетórias: protagonismo dos usuários nas ações de ensino-aprendizagem em saúde mental.** Projeto de Extensão. Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. [S.l.]: COEX/SIEX, 2015.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O manifesto de Bauru. **Jornal do Psicólogo**, v. 7, n. 21, p. 04, 1987.

NICÁCIO, M. F. S.; KINKER, F. S. O desafio do viver fora: construindo a cooperativa Paratodos. In: BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos.** São Paulo: Scritta, 1996. p. 121-131.

PACHECO, M. L. **Saúde Mental e Economia Solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão.** 2013. Dissertação de mestrado. programa de pós-graduação em psicologia clínica e cultura, Instituto de psicologia, Universidade de Brasília, PCL, Brasília. 2013.

PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out. 2013.

PASSOS, E.; POLOMBINI, A.; CAMPOS, R. O. Estratégia congestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, p. 4-17, 2013.

PINHEIRO, S. Práticas de atenção Psicossocial no território. Texto do Módulo 2. **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental.** São Paulo: UnASUS/UNIFESP, 2015.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

_____. Modelli scientifici e complessità. In: ROTELLI, F. **Per la normalità: Taccuino di uno psichiatra, scritti 1967-1993.** Milano: Edizione E, 1994. p. 58-63.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. Trad. Maria Fernanda de Sílvia Nicácio. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora TeCora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SINGER, P. Saúde Mental e Economia Solidária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Economia Solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 11-12.

VASCONCELOS, M. E. **Abordagens Psicossociais**. v. II. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da Cultura e das Lutas Populares. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

VOZ DOS USUÁRIOS. Disponível em: <www.vozdosusuarios.com>. Acesso em: 07 jan. 2016.