



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOYCE HILARIO MARANHÃO

**ENTRE A IGUALDADE E A DIFERENÇA: REFLEXÕES SOBRE OS CONCEITOS
DE CIDADANIA E SUJEITO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
SOBRAL.**

Sobral-Ce

2017

JOYCE HILARIO MARANHÃO

ENTRE A IGUALDADE E A DIFERENÇA: REFLEXÕES SOBRE OS CONCEITOS DE
CIDADANIA E SUJEITO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SOBRAL.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

Sobral - Ce

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M26e Maranhão, Joyce Hilario.
Entre a igualdade e a diferença: reflexões sobre os conceitos de cidadania e sujeito nos Centros de Atenção Psicossocial de Sobral. / Joyce Hilario Maranhão. – 2017.
94 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Camilla Araújo Lopes Vieira.
1. Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2. Psicanálise. 3. Saúde Mental. 4. Sujeito. 5. Cidadania. I. Título.
CDD 610
-

JOYCE HILARIO MARANHÃO

ENTRE A IGUALDADE E A DIFERENÇA: REFLEXÕES SOBRE OS CONCEITOS DE CIDADANIA E SUJEITO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SOBRAL.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Camilla Araújo Lopes Vieira (orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Luís Achilles Rodrigues Furtado

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Karla Patrícia Holanda Martins

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Vinícius Anciães Darriba

Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

AGRADECIMENTOS

Ao longo da minha caminhada acadêmica tive a oportunidade de aprender sobre como a Universidade é construída, seus laços sociais e processos de produção acadêmica. Nessa jornada do mestrado não foi diferente, aprendi com minha orientadora Camilla que o único estilo possível para um analista é a ética do desejo, assim, meu agradecimento está atrelado à formação universitária e a de analista, que me permitiu seguir meu desejo e o meu tempo para construir este trabalho, além da ampliação do saber sobre o campo psicanalítico.

Ainda, sobre os laços sociais produzidos na academia, agradeço aos professores Percy, Roberta e Achilles pelo cuidado e pelo olhar ampliado sobre as conjunturas subjetivas, sociais e políticas que perpassam a inserção e permanência dos estudantes na Pós-Graduação. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família e a CAPES pela disponibilidade da bolsa, apoio financeiro sem o qual não seria possível estar no mestrado.

Dos amigos que fiz em Sobral, agradeço à Tatiana, a Beatriz e ao Hamilton que, além de colegas de mestrado, tornaram-se companheiros da vida, me escutando, me questionando sobre o meu desejo em relação ao meu trabalho e me apoiando nas novas ideias.

Agradeço também à Daiane e Jeferson pela hospitalidade, me mostrando que a felicidade e a amizade acontecem nas coisas mais simples e na abertura para a diferença do outro.

Agradeço a Clara, amiga vinda da residência em Pediatria pelo compartilhamento do afeto, da angústia e dos sonhos.

A minha mãe Vera e ao meu pai Rodrigo pelo apoio incondicional e apoio na realização dos meus sonhos, inclusive o de realizar um mestrado em outra cidade. Aos meus irmãos Juliana, Raquel e Rafael, sobrinhos Kaio e Rebeca e cunhada Edivânia que me estimulam a tentar ser um pouco melhor a cada dia.

Todas essas pessoas me ensinaram da forma mais bela e mais simples, pelos seus atos, tornando-me quem sou hoje.

*“O psíquico é algo tão singularmente peculiar,
que nenhuma simples comparação pode refletir sua natureza”.*
(FREUD, 1919/2010, p.283)

RESUMO

No período entre as décadas de 1960 a 1980, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira impulsionou a transição de um modelo manicomial para um modelo de Atenção Psicossocial com base na cidadania, criando e expandindo serviços substitutivos e comunitários, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial. No Ceará, a implementação desses serviços se inicia na década de 1990 e em Sobral apenas em 1999 com a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental. Os psicanalistas têm contribuído nas instituições públicas de saúde mental apontando para a dimensão do inconsciente e a escuta do que há de singular em cada sujeito. Este trabalho busca compreender quais os discursos e práticas acerca das concepções de cidadania e sujeito em psicanálise apontadas pela literatura e suas implicações práticas e políticas no âmbito da atual Política Nacional de Atenção Psicossocial. Esta é uma pesquisa orientada pela Psicanálise, a partir da leitura analítica de textos sobre a reforma psiquiátrica brasileira e de escritos freudolacanianos e de psicanalistas que têm realizado um trabalho articulado ao campo da saúde mental. Percebe-se que a captura da categoria cidadania enquanto ideal almejado pela reforma psiquiátrica brasileira e eixo orientador dos serviços psicossociais produz obliterações no lugar ocupado pela clínica na Atenção Psicossocial. A inclusão de todos os indivíduos pelo Estado a partir da qualidade igualitária da cidadania não comporta e nem suporta os efeitos do inconsciente. Compreendemos que as práticas instituídas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira são importantes para a garantia ao acesso aos direitos sociais, mas não necessariamente dialogam com a demanda de cada sujeito para quem este discurso é direcionado. Apontamos que o trabalho orientado pela cidadania e pela psicanálise são dimensões distintas de cuidado à loucura, mas que não se opõem, sendo necessário resgatar o que há de singular no um a um.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Psicanálise; Saúde Mental; Sujeito; Cidadania.

ABSTRACT

In the period between the 1960s and 1980s, the Brazilian Psychiatric Reform Movement promoted the transition from a manicomial model to a model of Psychosocial Care based on citizenship, creating and expanding alternative and community services, such as the Psychosocial Care Centers. In Ceará, the implementation of these services began in the 1990s and in Sobral only in 1999s with the Integral Mental Care Network. Psychoanalysts have contributed in the public institutions of mental health pointing to the dimension of the unconscious and the listening of what is singular in subject. This paper seeks to understand which discourses and practices about the conceptions of citizenship and subject in psychoanalysis pointed out in the literature and their practical and political implications within the scope of the current National Policy of Psychosocial Attention. This is a research oriented by psychoanalysis, from the reading of texts on Brazilian Psychiatric Reform and psychoanalytic writings that have carried out an articulated work in the field of mental health. The capture of the citizenship category as an ideal sought by the Brazilian Psychiatric Reform and the guiding axis of psychosocial services produces obliterations in the place occupied by the clinic in Psychosocial Attention. The inclusion of all individuals by the State from the egalitarian quality of citizenship does not support the effects of the unconscious. We understand that the practices instituted by the Brazilian Psychiatric Reform are important for guaranteeing access to social rights, but do not necessarily dialogue with the demand of each subject for whom this discourse is directed. We point out that work guided by citizenship and psychoanalysis are distinct dimensions of care for madness, but that they do not oppose, and it is necessary to rescue what is singular in the one by one.

Keywords: Brazilian psychiatric reform; Psychoanalysis; Mental health; Subject; Citizenship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	Áreas descentralizadas de saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CAPS Tipo II	Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
INPS	do Instituto Nacional da Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NUSAM	Núcleo de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PET-SAÚDE	Programa de Educação Para o Trabalho pela Saúde
RIS-ESP-CE	Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará
RAISM	Rede de Atenção Integral a Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
VERSUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
UIPH	Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. HISTÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL, CEARÁ E SOBRAL.....	16
2.1. REFORMA PSQUIÁTRICA NO CEARÁ E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL DE SAÚDE MENTAL EM SOBRAL.....	24
3. METODOLOGIA.....	39
4. CIDADANIA E REFORMA PSICQUIÁTRICA NO BRASIL.....	40
4.1. LOUCURA, PERICULOSIDADE SOCIAL E IMPRODUTIVIDADE.....	42
4.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A CIDADANIA.....	47
4.3. O LOUCO CIDADÃO: PRÁTICAS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA E DA CIDADANIA NA SAÚDE MENTAL.....	50
5. SUJEITO DO DESEJO E REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL.....	63
5.5. INTERLOCUÇÕES ENTRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A CLÍNICA DO SUJEITO EM PSICANÁLISE.....	66
5.6. CONTRIBUIÇÕES DO CAMPO DO DESEJO PARA O TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	70
6. CONCLUSÃO.....	79
7. REFERÊNCIAS.....	82
8. ANEXO A	93

1. INTRODUÇÃO

O estudo das políticas públicas é meu objeto de interesse desde o início da graduação. Este tema perpassa minha formação de identidade, pois sendo oriunda de classe socioeconômica baixa e única estudante de escola pública de uma turma de psicologia de uma Universidade Pública Federal, me interessava sobre como as políticas sociais forjadas na luta de poderes entre Estado, sociedade e mercado podiam contribuir para a inserção/exclusão das pessoas, principalmente daquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade ou risco social devido questões sociais, econômicos, políticos, culturais e subjetivas.

A saúde, enquanto campo teórico e de prática, foi se configurando para mim como lugar ampliado de atuação, uma vez que participei de extensões interprofissionais e interdisciplinares na graduação, a saber: Programa de Educação Para o Trabalho pela Saúde - Pet-Saúde e Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VERSUS, experiências que marcaram a minha formação profissional no âmbito da saúde coletiva e gestão e planejamento em saúde.

As primeiras experiências de assistência em saúde mental ocorreram em uma ação conjunta entre os estudantes do Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde- PET-SAÚDE, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família em uma unidade básica de saúde em Fortaleza, em que eram realizadas atividades de acolhimento e atendimento de pessoas em sofrimento, sem diagnóstico psiquiátrico e que não correspondiam ao perfil de sofrimento requerido para o atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS deste município.

A aproximação com a Psicanálise veio do interesse em estudar a saúde mental infantil. A participação em uma pesquisa e estágio em uma instituição filantrópica que atende crianças e suas famílias com problemas relacionados à nutrição em Fortaleza, trouxe outros olhares e sentidos para o trabalho e a ética no campo da saúde mental, no qual o trabalho realizado era orientado pelo referencial psicanalítico. Nessa experiência, abriu-se espaço para a escuta das crianças e seus cuidadores, a fim de possibilitar que narrassem suas experiências diante das questões da alimentação e da estruturação psíquica de acordo com o desejo e demanda apresentada por cada um.

Ao final da graduação pude experienciar um estágio extracurricular na gestão da política estadual de saúde mental do Ceará, no Núcleo de Saúde Mental- NUSAM da Secretária Estadual de Saúde do Ceará- SESA, que me possibilitou participar de ações de orientação, planejamento e acompanhamento do (re)ordenamento e construção das Redes de Atenção

Psicossocial- RAPS nos municípios cearenses no ano de 2013. Apesar do aprendizado sobre a organização estrutural e financeira da RAPS, a experiência mais relevante para mim foi à realização de visitas aos hospitais psiquiátricos e às comunidades terapêuticas para avaliar as internações involuntárias em Fortaleza e sua Região Metropolitana junto à Promotoria de Saúde. A atividade exigia dos profissionais envolvidos tanto da gestão estadual quanto da promotoria mais o conhecimento jurídico do que o clínico, uma vez que a função era acompanhar no âmbito da lei as internações psiquiátricas involuntárias nestas instituições, não sendo responsáveis por atribuições clínicas, embora fosse possível perceber e refletir sobre os entraves e desafios do fazer psicológico e de outras profissões nas instituições psiquiátricas que ainda guardavam resquícios do modelo manicomial e do tratamento moral das pessoas com algum tipo de sofrimento.

O desejo de estudar sobre a ideia de cidadania na reforma psiquiátrica brasileira e a noção de sujeito em psicanálise e suas implicações para o trabalho com a saúde mental surgiu durante desenvolvimento de um estágio de percurso, na condição de psicóloga residente em Pediatria, no Centro de Atenção Psicossocial tipo II- CAPS tipo II da cidade de Sobral.

O estágio de percurso é uma atividade desenvolvida por residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará- RIS-ESP-CE, que tem por objetivo aproximar o residente de serviços da rede pública de saúde ou de outros serviços de cuidado em saúde que contribuam para a formação técnica e crítica dos profissionais de saúde, tendo sido realizado durante o período de 11 a 20 de abril e a escolha pelo CAPS tipo II se deu por este serviço atender crianças e adolescentes em sofrimento ou com transtorno mental, uma vez que o interesse estava diretamente relacionado a conhecer o trabalho do CAPS junto à infância, adolescência e juventude.

Ademais, a participação nas atividades de matriciamento do CAPS com as equipes de saúde da família, nos grupos terapêuticos com seus diversos recursos, abordagens técnicas e finalidades tanto no CAPS tipo II como no CAPS álcool e outras drogas- CAPS Ad, além da reunião burocrática do serviço me fizeram refletir sobre a responsabilidade política e social do profissional de saúde e sobre os efeitos de se trabalhar em prol do “bem” ou do que se considera “o melhor” para o paciente, muitas vezes construído sob a égide de um discurso fundamentado na busca da cidadania para o usuário, em detrimento da escuta de suas demandas e da escuta do desejo do sujeito em uma leitura psicanalítica.

A escuta de cada indivíduo e de sua demanda, frequentemente extrapola o setor saúde e necessita de um trabalho interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, pois se percebe cada vez mais a relevância de considerar a subjetividade nas ações e serviços de saúde

pública. A ideia de trabalhar orientada pela ética do sujeito e não pela vontade profissional de “fazer o bem” para o outro surgiu de outras experiências embrionárias que, uma vez amadurecidas pelo estudo da Psicanálise, do campo da Saúde Mental, da Saúde Coletiva e da Saúde Pública, resultaram neste trabalho.

O interesse pelo campo da saúde mental e pela história da Reforma Psiquiátrica Brasileira se dá mais uma vez pela minha história pessoal, uma vez que o Hospital Mental de Messejana, como popularmente é conhecido o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, foi um vizinho de bairro durante a minha infância. As lembranças de ambulâncias chegando com novos pacientes vindos do interior, pacientes que fugiam pelos muros do hospital ou que eram encontrados vagueando pelas ruas do bairro me acompanharam constantemente na escrita deste trabalho. Tais lembranças ganharam um novo afeto na vida acadêmica, tanto durante a experiência na gestão em saúde mental como com a reaproximação do campo da saúde mental na Rede de Atenção Integral a Saúde Mental-RAISM de Sobral.

Por ser estrangeira na RAISM e por conhecê-la apenas dentro de uma experiência pontual de estágio de percurso da residência, algumas questões surgiram diante da configuração dessa rede de cuidado em saúde e das interlocuções entre o campo da saúde mental e da Psicanálise, quais sejam: a atenção psicossocial acolhe a todos ou acolhe a diferença de cada um? O CAPS deve ser institucionalizado e limitado ao setor saúde ou deve congrega um conjunto de políticas públicas? É possível buscar a cidadania dos usuários, sem excluir o desejo do sujeito? Afinal, a que serve o CAPS na RAISM de Sobral?

Atualmente, na condição de mestrando do Programa de Saúde da Família, pude mais uma vez ressignificar aquelas lembranças e vivências sob a orientação da professora Camilla, refletindo sobre quais as implicações da cidadania preconizada pela política de saúde pública brasileira e o desejo do sujeito para o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial sobralenses.

O retorno a textos fundamentais de autores que articulam o campo da saúde mental com a psicanálise e que tem uma caminhada de contribuição com o processo histórico de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a exemplo do Paulo Amarante, Fernando Tenório, Ana Cristina Figueiredo, Luciano Elia, Sonia Alberti e, mais profundamente, dos estudos realizados pela equipe de Doris Rinaldi acerca da questão do sujeito e da cidadania nos CAPS do Rio de Janeiro, onde pude perceber que este ainda é um tema que retorna ao campo de trabalho em saúde mental e que exige esforços para superar a lógica manicomial, sem generalizar o sofrimento humano e as estratégias de abordá-lo.

Acredito que a luta pela cidadania pelos movimentos sociais em geral e pelas Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no campo da saúde durante o regime ditatorial no Brasil foram e continuam a ser uma necessidade do povo brasileiro, a fim de garantir condições sociais, econômicas, jurídicas e políticas igualitárias e equitativas. Contudo, questiono à colagem do conceito de cidadania ao ideal de fazer o bem ao próximo e de uma igualdade que não dá espaço para a diferença.

Atravessada pelo discurso psicanalítico e instigada pela vivência na RAISM é que busco neste trabalho compreender quais os discursos e práticas acerca das concepções de cidadania e sujeito em psicanálise apontadas pela literatura e suas implicações práticas e políticas no âmbito da atual Política Nacional de Atenção Psicossocial.

Ressaltamos que embora a pesquisa esteja vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família que se volta para pesquisas e desenvolvimento de metodologias educacionais e tecnologias no âmbito da Estratégia Saúde da Família, o caráter interdisciplinar do programa de pós-graduação possibilita o meu desejo de articular a teoria psicanalítica com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a configuração atual da saúde pública.

No segundo capítulo, intitulado “História da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Ceará e Sobral”, são abordadas as histórias da Reforma Psiquiátrica em contexto nacional, regional e local, neste último, enfatizando a criação da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental, com base na revisão de literatura acerca do campo da saúde mental no Brasil, Ceará e Sobral. Compreendemos que o processo de reforma psiquiátrica no âmbito nacional teve experiências próximas aos movimentos de humanização dos hospitais psiquiátricos no século XIX e com as reformas psiquiátricas no século XX na França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos da América, de acordo com as especificidades sociais, econômicas e culturais, a assistência psiquiátrica no Brasil transitou pelo tratamento moral, pelo paradigma alienista, até os modelos atuais em que a cidadania é o princípio orientador e organizador das práticas de cuidado à loucura.

No terceiro capítulo abordamos o percurso metodológico desta pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, com base de autores de referência sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Ceará.

No quarto capítulo intitulado “Cidadania e Reforma Psiquiátrica no Brasil” tratamos do paradoxo de tentar construir a igualdade entre os homens onde se existe a diferença subjetiva. Entendemos que a categoria cidadania foi forjada para responder à questão social criada a partir da relação entre Estado, sociedade e mercado, assim, percebemos que a igualdade apregoada no campo jurídico e político não consegue comportar ao que há de singular em

cada sujeito. Acrescentamos que o louco também será considerado um pré-cidadão, sendo objeto de práticas institucionais que destituem a verdade na experiência da loucura em prol da razão e da cidadania que pretendem ser garantidas pela assistência psiquiátrica. Ainda, retomaremos a história de como a loucura foi cooptada pela Psiquiatria dentro do contexto da formação do Estado burguês, onde se inaugura uma imagem de periculosidade social e improdutividade do louco, tornando-se um obstáculo para o progresso do desenvolvimento das nações. Por fim, fazemos um percurso sobre a história da Reforma Psiquiátrica no Ceará e construção da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental em Sobral.

No quinto capítulo “Sujeito do desejo e o campo da saúde mental”, abordamos as diferenças entre o trabalho promovido sob a perspectiva da reabilitação psicossocial, cujo eixo orientador é a cidadania, e o trabalho psicanalítico da clínica do sujeito, orientada pelos efeitos do inconsciente. Expomos também como a Psicanálise tem contribuído para a transformação deste campo, por meio da militância na Reforma Psiquiátrica e da inserção de psicanalistas nas instituições públicas de saúde mental, construindo práticas institucionais que consideram o sujeito do desejo no um a um, em toda a dimensão que excede o campo das políticas homogêneas, de igualdade. Apontamos que desde Freud há o reconhecimento que há na loucura uma verdade que funda o sujeito e que a escuta do desejo sujeito pode ocorrer nas estruturas da saúde pública, desde que o analista sustente a psicanálise nos serviços assistenciais da rede de atenção psicossocial.

Por fim, no sexto capítulo trazemos nossas conclusões sobre a história da Reforma Psiquiátrica em Sobral e quais as perspectivas de trabalho que tem orientado o cuidado em saúde mental nessa região. Esperamos que nosso trabalho possa contribuir para as discussões sobre o diálogo entre a psicanálise e o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, cearense e sobralense, assim como para a discussão sobre o lugar da clínica e do sujeito na atual política de Atenção Psicossocial.

2. HISTÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, CEARÁ E SOBRAL.

O modo como o louco foi institucionalizado e excluído do convívio social, na realidade brasileira, tem aproximações históricas e sociais profundas com o contexto europeu. No século XVII, os países europeus vivenciaram a grande internação no hospital geral daqueles indivíduos que representavam perigo para a organização social, isolando e segregando diversos segmentos sociais. Nesse momento a loucura assume um novo lugar social na sociedade ocidental (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1979).

Já no século XVIII, o movimento de higienização do ambiente urbano fundamentado nos modelos de sistemas de saúde na Alemanha, França e Inglaterra corroboraram para o fortalecimento da função social e política do hospital enquanto instituição médica para o tratamento de doenças e reprodução do saber médico e instrumento do Estado para o controle social (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1979, 2005). E, por fim, a distinção das categorias dos degenerados no século XIX (louco, idiota, demente, imbecil e variação de deficiências), contribuiu para a produção de um discurso de saber-poder da medicina sobre a loucura e à execução de práticas de tratamento e normalização das condutas nas instituições manicomiais (FOUCAULT, 2005; LOBO, 2008).

O nascimento da psiquiatria é atribuído às intervenções de Philippe Pinel nos hospitais gerais franceses, a partir de uma visão ideológica e científica sobre a doença e inspirado pela história natural das doenças, Pinel acreditava que o meio social era a causa da alienação mental, assim, o louco deveria ser isolado do ambiente adoecedor. Deste modo, a construção de asilos exclusivos para abrigar um jardim de espécies da loucura surge de um movimento dito de libertação e humanização da loucura com a pretensão de curar a loucura, aqui restrita à ideia de doença e não mais como experiência humana (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1979, 2005).

O chamado movimento humanístico de Pinel e o advento da psiquiatria positiva com Esquirol atende a solicitude social de cura do louco, apreendendo a loucura como doença pela medicina tradicional, acirrando o encarceramento do louco, por meio da institucionalização da loucura nos hospitais psiquiátricos, em prol de um bem-estar e possibilidade de reintegração social pertencentes ao discurso higienista (FOUCAULT, 1979, 2005).

No início do século XX, a Europa e os Estados Unidos da América encontravam-se imersos em um ambiente marcado pelos efeitos políticos, econômicos, sociais e subjetivos das duas guerras mundiais, impondo-se um debate intenso acerca da redefinição das concepções políticas e econômicas dessas sociedades, do papel do Estado na ratificação de direitos civis,

políticos e sociais dentro de modelo de produção capitalista, a redefinição da função das instituições e dos valores morais e éticos (BARROS, 1994).

As populações europeia e norte-americana exigiam um Estado cada vez mais responsável pela execução de políticas públicas que garantissem o bem-estar social e não aceitavam mais as exclusões das minorias, principalmente, após o contato com os soldados egressos da segunda Guerra Mundial que necessitavam de cuidados em saúde mental.

A maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças, proporcionado pelos debates e lutas no campo da saúde mental, levaram a conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido e que o louco deveria participar da sociedade como um cidadão, tendo seus direitos ao cuidado e à vida digna garantidos (AMARANTE, 2007; BARROS, 1994; DESVIAT, 2015).

O contato com os soldados com problemas emocionais e suas narrativas sobre a violência do campo de batalha, principalmente o holocausto, gerou uma comoção social em torno do isolamento do louco, gerando uma comparação radical entre os manicômios e os campos de concentração (AMARANTE, 2007).

A revelação por meio de denúncias do uso de eletrochoque, negligência, maus-tratos e outros tipos de violência contra os loucos, além da cronificação da loucura nos asilos manicomial (AMARANTE, 1995; BARROS, 1994; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; TENÓRIO, 2002) acirrou as críticas ao modelo asilar e corroborou para o surgimento de vários movimentos de reforma psiquiátrica na França, Inglaterra, Itália e Estados Unidos da América que, em uma releitura da loucura e da cidadania, intentam incluir o louco nos modos de vida pré-existente fora das instituições asilares.

As características sociais, políticas, econômicas, históricas e culturais de cada país ditaram a organização, estruturação e ações dos movimentos de reforma psiquiátrica e do novo lugar social da loucura. Os países nomearam as reformas de acordo com o modelo médico existente, assim houve a Comunidade Terapêutica na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional na França, a Psiquiátrica Comunitária nos Estados Unidos da América e a Psiquiatria anti-institucional na Itália.

A reforma psiquiátrica italiana, inspirada principalmente pelas experiências impulsionadas por Franco Basaglia nos Hospitais de Gorizia e Trieste traz propostas mais radicais acerca da superação da existência do manicômio em relação às experiências inglesa, francesa e americana.

A perspectiva basagliana afirma a cidadania como uma tentativa de negar as ideias de periculosidade e improdutividade forjadas no início do século XVIII (BARROS, 1994), assim, cidadania e lógica manicomial tornam-se categorias inversas.

Os países da América Latina foram influenciados de alguma forma por essas reformas psiquiátricas. No caso do Brasil, a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia foi a perspectiva mais proeminente entre os atores da luta antimanicomial, sendo a experiência italiana um exemplo para novas proposições na compreensão e tratamento da loucura no contexto brasileiro (AMARANTE, 2007; DESVIAT, 2015), buscando construir experiências de acordo com a nossa formação histórica, social, cultural e subjetividade e dentro de um contexto socioeconômico particular do povo brasileiro.

Compreendemos que a reforma psiquiátrica italiana é, sem dúvida, a experiência mais proeminente no campo da saúde mental brasileira, no entanto, ainda há questões que necessitam ser problematizadas diante da atual configuração da política pública de Atenção Psicossocial, uma vez que Movimento de luta antimanicomial é vivo e permanentemente transpassado por novos saberes e práticas.

Ressaltamos que o contexto histórico a nível mundial era de conquista dos direitos sociais enquanto que o Brasil vivenciava um processo de abertura política e retorno ao regime de governo democrático. Apesar de um atraso histórico em relação à Europa e Estados Unidos da América, a égide da cidadania e, conseqüentemente, a luta pela garantia dos direitos civis, políticos e sociais pela população tornam-se pauta relevante para os movimentos de vários grupos da sociedade durante o período de abertura política pós-ditadura militar.

A luta pelo direito à saúde e a outras políticas sociais tornaram-se palavras de ordem para os movimentos acima, exigindo um modelo de organização da saúde pública que garantisse o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária. O questionamento do modelo de saúde pública vigente até então, em que a assistência pública a saúde era atrelada à previdência social, excluindo grande parcela da população, principalmente pessoas em maior vulnerabilidade econômica e social, impulsionou movimentos populares, políticos e sociais reformadores neste setor, a exemplo da Reforma Sanitária Brasileira-RSB.

A reivindicação por saúde como direito social possibilitou sua inclusão na Constituição Federal de 1988, dentro de um conjunto de políticas públicas constituintes da Seguridade Social, tendo como ápice a criação do Sistema Único de Saúde- SUS ao final dos anos 1980 e no início dos anos 1990.

A RSB, a emergência do campo teórico-prático da Saúde Coletiva e os diversos encontros científicos e populares foram responsáveis por transformações e inovações no setor saúde no

contexto histórico e social brasileiro do século XX, ao defender os princípios de universalidade, integralidade, descentralização dos serviços, cidadania e participação popular (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2013; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

No que se refere ao campo da saúde mental, a desinstitucionalização da loucura e, respectivamente, a busca pela inclusão social do louco e pela oferta igualitária de oportunidades perante os direitos sociais tal como ocorreu nos países europeus ocorrerá no período entre as décadas de 1960 a 1980. Neste momento o Brasil vivenciou um intenso processo de teorização e mudanças nos modelos de saúde, por meio de movimentos que envolviam trabalhadores dos serviços de saúde mental, familiares e usuários desses serviços, representantes das instituições de ensino superior, dentre outros representantes da sociedade civil.

Nos anos 80, ainda há na realidade brasileira a permanência do modelo manicomial que fora consolidado no Brasil no período da Era Vargas, mesmo que nos anos 60 e 70 fossem impulsionados os movimentos reformadores, a exemplo da psiquiatria comunitária e do movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental- MTSM, que pretendiam tanto transformar a realidade dessas grandes instituições manicomiais como sensibilizar a sociedade para elaborar outras propostas de lidar com a experiência humana da loucura.

Tenório (2002) aponta que a reforma psiquiátrica brasileira vai começar nas décadas de 1980 e 1990 com a entrada de protagonistas do movimento sanitário na gestão dos serviços e das políticas públicas, se confundindo com o próprio Estado. De acordo com Corbisier (2000), o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro constrói uma crítica ao regime autoritário e a estrutura social, a ineficiência da assistência pública em saúde, seu caráter privatista e modelo de financiamento e ao abandono, violência e maus-tratos contra os pacientes internados nos hospícios do país.

De acordo com Nunes, Jucá e Valentim (2007), os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação popular orientaram as lutas sociais no âmbito da saúde brasileira no século XX, sendo também incorporados e veiculados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir do questionamento do modelo manicomial, da luta pela dignidade e cidadania das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e do esforço para construir uma rede integrada de assistência ao sujeito com sofrimento.

No entanto, assim como no movimento geral de descentralização hospitalar, o início da reforma psiquiátrica brasileira não criticava os pressupostos do asilo, da psiquiatria ou dos determinantes econômicos, políticos e sociais da loucura, mas seus excessos ou desvios, limitando as iniciativas a ações de racionalização, humanização e moralização do asilo;

criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação, não impactando a qualidade do atendimento e nem modificando a hegemonia asilar (DELGADO, 1992 apud TENÓRIO, 2002).

Em um primeiro momento, o movimento dos trabalhadores de saúde mental busca a melhoria das condições de trabalho e valorização profissional, exigindo os direitos trabalhistas dos profissionais do setor e condições de salubridade no ambiente hospitalar. Somente com o acirramento das disputas no campo político e teórico e com os primeiros contatos com as experiências basagliana que a crítica ao modelo asilar e a institucionalização da loucura ganharão destaque, modificando a direção do movimento para a defesa do louco como um cidadão, ultrapassando a ideia de humanização da terapêutica hospitalocêntrica e medicamentosa diante da loucura por uma perspectiva de extinção dos hospitais psiquiátricos e da sua lógica manicomial por ser considerada excludente e cronificadora.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo histórico de formulação e crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria, sendo construída por processos que envolveram a participação ampla dos atores sociais, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas de uma nova forma de cuidar em saúde mental, assim como por eventos específicos do campo, a exemplo da I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizados no ano de 1987 (TENÓRIO, 2002).

A I Conferência cujo lema era “Por uma Sociedade sem Manicômios” (TENÓRIO, 2002, p.35), gerida pela Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde- Dinsam, em articulação com a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de ter sido mais científica do que comunitária, é considerada um marco para o Movimento da Luta Antimanicomial por iniciar a desinstitucionalização da loucura, ao desconstruir as formas de lidar com o sofrimento psíquico nas instituições e sociedade. A partir desse momento, torna-se marcante a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nos espaços de discussões sobre a saúde mental.

Desde o início do processo de reforma psiquiátrica existe um intenso processo de revisão legislativa, como a projeto de lei nº 3.657 de 1989, proposta pelo deputado Paulo Delgado, conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica (TENÓRIO, 2002). Após inúmeras resistências e até mesmo proposição da manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, a lei 10.216 foi aprovada no ano de 2001 com algumas alterações do projeto original. Também foram aprovadas leis estaduais em oito unidades federativas que regulamentam a assistência na perspectiva da substituição do modelo asilar.

Nos anos 1980, as reverberações das discussões sobre a desistitucionalização da loucura e da defesa da cidadania do louco em consonância com um projeto de emancipação para a sociedade são percebidos nas primeiras experiências municipais de novas práticas de cuidados no Brasil, a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo e da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), constituindo o complexo Programa de Saúde Mental daquela cidade (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2013; TENÓRIO, 2002).

A criação de uma rede de cuidados, tendo os Núcleos de Atenção Psicossocial- Naps como eixo foi outro avanço na área, pois os Naps eram considerados estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, proporcionando um cuidado 24 horas e todos os dias, inclusive acolhimento de tipo internação, oferecendo atividades terapêuticas diversificadas por uma equipe multiprofissional (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1990 essas experiências foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde- SUS, por meio de legislações específicas que instituem e financiam os Núcleos e os Centros de Atenção Psicossocial, configurando uma rede de atenção que pretende romper com o paradigma médico-naturalista clássico e dialogar com políticas públicas que extrapolam o setor saúde. Posteriormente, o Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos Caps e Naps e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo, dividindo o atendimento em saúde mental em dois grandes grupos: o ambulatorial e o hospitalar, este último apenas como uma espécie de retaguarda hospitalar para a rede de atenção psicossocial (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; TENÓRIO, 2002).

O novo paradigma do modelo de Atenção Psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e sócio-culturais sejam tomados como determinantes das doenças. As concepções da atenção psicossocial são variadas, amplas e não acabadas. De modo geral, podemos compreender que é um processo de remoção das barreiras que impedem a plena integração do indivíduo na sua comunidade e o exercício pleno da cidadania, portanto, a reabilitação psicossocial tem como objetivo a restituição plena da capacidade de negociação e de exercício dos direitos em condições de vida favoráveis, isto é, em situações cujas barreiras fossem atenuadas ou extinguidas (BERTOLOTE, 2001; PITTA, 2001; SACARENO, 2001a, 2001b).

O termo psicossocial é utilizado também para designar novos dispositivos institucionais- NAPS e CAPS- que sustentam uma lógica, fundamentação teórico-técnica e ética diferentes do modelo asilar e do paradigma psiquiátrico e que visam o exercício da cidadania (COSTA-

ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Dessa forma, as terapias saem do escopo medicamentoso exclusivo, a fim de que o sujeito exercite sua cidadania, participando ativamente no tratamento, formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.) e com a comunidade (BRASIL, 2013; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Nos anos 2000, houve um redirecionamento do setor saúde brasileiro, aglutinando os serviços de saúde, antes hierarquizados em níveis de atenção primário, secundário e terciário, em Redes de Atenção à Saúde- RAS. As RAS são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde de base territorial, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, que se articulam de forma complementar (BRASIL, 2011).

A concepção de redes em saúde vem das reverberações na política pública de saúde da corrente de pensamento da Vigilância em Saúde dentro da saúde pública. Tal corrente propõe a substituição da prática sanitária da atenção médica, baseada no paradigma flexneriano, por uma prática sanitária baseada na Vigilância à Saúde, pautada na produção social da saúde. Parte-se dos conceitos fundamentais de determinantes sociais de saúde e redes de atenção a saúde para modificar a organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, repensando as práticas de promoção e prevenção, fomentando a municipalização e gestão local dos territórios para o enfrentamento das causas principais dos problemas de saúde, privilegiando os programas de base territorial, como a Estratégia de Saúde da Família-ESF (MENDES, 2011).

No desenho da Rede de Atenção à Saúde- RAS, a Atenção Básica se estrutura como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, responsável por integrar e coordenar o cuidado em saúde entre as demais redes de atenção à saúde. Através do trabalho de uma equipe multidisciplinar vinculada a uma população, a Atenção Primária deve ser resolutiva em suas intervenções clínica e sanitárias, ao identificar riscos, necessidades e demandas de saúde (BRASIL, 2011).

A saúde mental renasce como uma das redes de atenção, a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, destinada a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sob a justificativa de ampliar e diversificar os serviços do SUS, ao mesmo tempo em que integra e articula os diferentes pontos de atenção.

Nesta configuração a RAPS é constituída pela Atenção Básica, se subdividindo nos seguintes pontos de atenção: unidade básica de saúde, equipe de consultório na rua, equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório e centros de convivência; pelos CAPS nas suas diferentes modalidades, enquanto atenção psicossocial

especializada; e pela atenção de urgência e emergência, composta pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e também as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

Deste modo, a unidade de saúde também irá cumprir o papel de ser porta de entrada na RAPS e reguladora do itinerário terapêutico das pessoas com algum sofrimento psíquico, tendo a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhando o cuidado e a responsabilidade com os demais pontos da rede sempre que necessário (BRASIL, 2003, 2011, 2013).

Na atenção primária, os profissionais são convocados a desenvolver o acolhimento e a escuta e oferecer intervenções resolutivas para todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2013). Portanto, compreendemos que o cuidado em saúde mental está incluso no conjunto de serviços mínimos que devem ser prestados pelo Estado no setor saúde.

A atual política nacional de atenção psicossocial defende o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica por sua proximidade com as famílias e as comunidades, considerando as equipes como recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico, decorrentes ou não do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Em documento oficial (BRASIL, 2013) aponta-se que no cotidiano do trabalho os profissionais de saúde da atenção básica já se encontram com pacientes em situação de sofrimento psíquico e, mesmo afirmando que esta demanda suscita dúvidas, curiosidades, receios e estranhamentos nesses trabalhadores, se justifica que essa demanda seja acolhida por tais profissionais em prol de um cuidado integral e universal, sem uma reflexão sobre o desejo de quem ocupa o lugar de prestar o cuidado e de quem o recebe.

Os CAPS dentro da atual política de saúde mental são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Esses serviços possuem uma equipe multiprofissional que deve realizar a territorialização, a fim de resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, e ofertar cuidado em saúde mental sob a ótica da interdisciplinaridade (BRASIL, 2013).

Este dispositivo é apontado como um serviço especializado para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de

tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Ainda, o CAPS compartilha a gestão e a responsabilidade pelo acolhimento, acompanhamento especializado e reinserção do usuário na comunidade com a Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Elia (2015) problematiza acerca do papel que os CAPS passaram a ter com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial no ano de 2013, pois considera que esses serviços foram relegados a um lugar menos importante ao ser fagocitado e subjugado à lógica de ordenamento da atenção à saúde, tornando-se mais uma das especialidades da saúde. Ainda, os CAPS deveriam estar à frente da ordenação da atenção psicossocial, assim, advoga que no Brasil há um processo de sanitização da atenção psicossocial em curso que a restringe a um serviço de saúde quando o CAPS deveria ser uma “instância do direito à saúde e outros direitos” (ELIA, 2015, p. 77), uma vez que, se, por um lado, o termo atenção insere esta categoria no campo da saúde, por outro, o segundo termo psicossocial transborda o setor saúde da mesma forma que a própria loucura, encontrando apoio em outros campos, como a educação, a assistência social, saber popular, dentre outros (ELIA, 2013).

Percebemos que, apesar de ser considerado na política pública de saúde mental como serviço estratégico e de base territorial, o CAPS é destituído do lugar de ordenador da atenção psicossocial, pois, na perspectiva de cuidado em rede, se torna mais um serviço de saúde destinado às pessoas em sofrimento psíquico perdendo sua potencialidade de transcender este setor.

2.1 Reforma Psiquiátrica no Ceará e a construção da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental em Sobral.

A história da reforma psiquiátrica no Ceará remonta-se a própria história da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, principalmente no que se refere à participação dos trabalhadores de saúde. No entanto, a operacionalização da transformação da lógica manicomial e a consequente extinção dos hospitais psiquiátricos ocorreu somente no início dos anos 90, em um processo dispare entre seus municípios, ainda que seja apontado como um dos estados pioneiros na implementação do modelo de assistência psicossocial (QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Advertimos que durante a pesquisa bibliográfica encontramos pouco material referente ao percurso histórico da saúde mental no estado e os registros sobre a luta antimanicomial e a substituição do modelo asilar pelos serviços psicossociais de base comunitária a partir dos anos 1990 trazem informações muito próximas, mas de igual importância para compreender o

contexto da Reforma Psiquiátrica Cearense, este quadro nos faz perceber que há muito ainda que se estudar e construir nesse campo e que desse modo nosso trabalho pode contribuir para a publicização dessa experiência no Ceará.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial-CAPS em território cearense foi inaugurado na cidade de Iguatu no ano de 1991, como o pontapé inicial do processo de criação de uma assistência em saúde mental alternativa ao modelo manicomial e à assistência psiquiátrica tradicional prevalentes no Ceará. Somente em 1993 foram inaugurados os CAPS de Canindé e Quixadá e em 1995 nos municípios de Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel, em 1997 em Aracati, e, somente no ano de 1998, é criado o primeiro CAPS da capital em parceria com o Hospital das Clínicas da UFC. A criação do primeiro CAPS em Sobral data do ano de 1999, mesmo ano de inauguração desse serviço nos municípios de Morada Nova e Barbalha.

Nos anos 2000, mais um CAPS é inaugurado em Capistrano, junto com mais dois serviços em Fortaleza e nos municípios de Quixeramobim, Crateús, Marco e Horizonte. Em 2002 são criados CAPS em Crato, Tauá, Aquiraz e Paraipaba e um CAPS de álcool e outras drogas em Sobral. Em 2003, em Jardim, Caucaia, Maracanaú, Maranguape e um CAPS de álcool e outras drogas em Iguatu. No ano de 2004 foram criados mais dois CAPS de álcool e outras drogas em Caucaia e Juazeiro do Norte e um CAPS geral em Camocim. Em 2005 foram criados CAPS no Eusebio, Tamboril, Limoeiro do Norte, Farias Brito, Amontada e um CAPSi em Iguatu (BARROS; JORGE, 2011; PONTES; FRAGA, 1997; PONTES; SAMPAIO; SANTOS, 2001; SOUZA; FRAGA, 1995; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Sampaio e Santos (2001) apontam as condições históricas, políticas, culturais e econômicas que perpassaram a necessidade da instalação dos CAPS em cada região do Ceará, pois a realidade local de cada município trouxe nuances diferentes para o perfil da clientela desses serviços. Em Canindé, por exemplo, há a implantação do CAPS a partir da iniciativa filantrópica, implicando, segundo os autores, na perda da capacidade de coordenação da política municipal de saúde mental pelo CAPS, já que este participa de forma suplementar à rede pública de saúde. Já em Quixadá, percebemos um dispositivo alinhado com as ideias nacionais da reforma psiquiátrica, uma vez que há a implantação de ações e atividades importantes para a organização do CAPS desde o seu início, quais sejam: supervisão institucional-clínica, investimento na formação dos trabalhadores da saúde mental, atendimento domiciliar de emergência, integração com o hospital geral e com a medicina de família e realização de um projeto de apoio às crianças e aos adolescentes em situação de rua.

Destacamos que Sampaio e Santos (2001) participaram como psiquiatras, supervisores e atores da Reforma Psiquiátrica no Ceará, portanto, conheciam o perfil dos usuários dos

primeiros CAPS no estado, assim, apontam que as demandas destes primeiros serviços variavam entre a neurose urbana em Quixadá, as ilusões da metrópole em Cascavel e um messianismo rural em Canindé. Tais denominações se devem à localização de cada cidade em relação à capital e ao sofrimento ligado as relações sociais de cada município, pois em Cascavel percebe-se uma dependência social e econômica em relação à Fortaleza, muito se deve por esta cidade compor a região metropolitana, já em Quixadá, localizado no sertão central do estado, há um sofrimento diante da urbanização que convive próxima a precariedade social causada pelos efeitos históricos da seca. Em Canindé, há uma concentração de pobreza também como efeito da seca, mas devido uma maior zona rural e conseqüentemente menor oferta de serviços públicos há a cronificação asilar e o comprometimento orgânico daquelas pessoas que eram trazidas para a internação psiquiátrica na capital.

A I Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará ocorreu no ano de 1992 como um evento preparatório para a II Conferência Nacional de Saúde Mental. No ano seguinte, foi sancionada a lei nº 12.251 de 29 de julho de 1993, de autoria do deputado estadual Mário Mamede, dispondo sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a concomitante substituição dos serviços manicomiais por serviços comunitários e regulamentação da internação psiquiátrica compulsória no Ceará. Neste mesmo ano foi criada a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza, ligada ao Conselho Municipal de Saúde, participavam dessa comissão representantes da Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza e dos órgãos de classe da Medicina, Psicologia e Serviço Social e usuários dos serviços de saúde mental (MOURA FÉ, 2004 apud BARROS; JORGE, 2011).

Ressaltamos que até a década de 1990, o modelo de assistência à saúde mental no Ceará era caracterizado pela psiquiatria tradicional e pelo isolamento social como terapêutica. A grande maioria das instituições asilares estava estabelecida na capital, incluindo 1 hospital psiquiátrico público de referência estadual e hospitais psiquiátricos de cunho filantrópico-privado financiados com recursos do orçamento público, sendo responsáveis por realizar internações psiquiátricas de pacientes de todos os municípios cearenses. Curiosamente, o processo de desinstitucionalização ocorreu primeiro na região centro-sul do estado, apenas 7 anos depois da inauguração do primeiro CAPS em Iguatu é criado o primeiro CAPS em Fortaleza (BARROS; JORGE, 2011; PONTES; FRAGA, 1997; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

De acordo com Pontes e Fraga (1997), a localização da maioria dos serviços substitutivos e comunitários ocorre nas cidades do interior do estado devido a resistências dos

proprietários de hospitais psiquiátricos privados da capital, dificuldade dos familiares em aceitar a desospitalização dos pacientes psiquiátricos que há muito tempo já haviam esgarçados os vínculos sócio-afetivos e o receio entre os trabalhadores de nível escolar mais básica de perder o emprego no setor, estes foram alguns fatores de entrave para o surgimento dos serviços substitutivos em Fortaleza, indo ao encontro dos ideais da reforma psiquiátrica.

A instalação do CAPS em várias regiões cearenses ocasionou a redução dos gastos com internações psiquiátricas e, de modo mais relevante que as questões organizativas e financeiras da rede de atenção à saúde mental, houve a suscitação de movimentos sociais e a incorporação da luta antimanicomial no âmbito jurídico-legal pelos municípios cearenses, uma vez que, os poderes públicos locais foram os primeiros a assumir uma política de saúde mental crítica e contrária ao modelo manicomial, demonstrando que no Ceará houve uma municipalização e interiorização da Atenção Psicossocial, antes mesmo que a capital transforma-se a sua rede de atenção à saúde mental (SAMPAIO; SANTOS, 2001; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Além do adiamento da criação de serviços substitutivos e comunitários em Fortaleza, os Centros de Atenção Psicossociais também tiveram suas dificuldades organizativas e estruturais, uma vez que, esse serviço era algo inédito no estado, mas a demanda por cuidado a saúde mental era antiga, criando serviços com uma clientela numerosa e que geralmente não se restringia somente a cidade-sede do CAPS comprometendo a qualidade da assistência ofertada e a vinculação comunitária (PONTES; SOUZA; FRAGA, 1995).

As autoras Bleicher (2015) e Freitas (2012) discutem a demanda histórica por serviços de saúde mental no Ceará, mas que sempre foi reprimida com base em uma perspectiva moralista da pobreza e da loucura, sendo o controle social e fiscalização dos corpos e dos espaços geográficos da capital Fortaleza o único tratamento disponível. Essa discussão será resgatada ao pensarmos o louco enquanto cidadão no movimento de reforma psiquiátrica brasileira.

Em Sobral, o primeiro serviço de atendimento psiquiátrico foi criado no início da década de 1970, de âmbito privado e ambulatorial. Em 1974, há a criação da Casa de Repouso Guararapes ou denominada também como Hospital Guararapes, instituição privada que dispunha de 80 leitos de internação, tornando-se referência para toda a região do norte do Ceará. Este hospital funcionava de acordo com as ideias e teorias da psiquiatria clássica, sendo reconhecido como instituição de caráter manicomial, com alto grau de cronificação dos quadros clínicos e internações recorrentes e de longo período (BARROS; JORGE, 2011; PEREIRA; ANDRADE, 2001; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Apesar de Sobral ser um centro de referência política, cultura, economia e saúde para a região norte do Ceará, até o ano de 1996 não havia nenhum tipo de iniciativa da gestão municipal para o enfrentamento de questões de interesse públicos. A política municipal de saúde pública era oferecida pelas instituições filantrópicas e privadas com financiamento do orçamento público municipal e também por alguns serviços assistenciais estaduais (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

A Casa de Repouso Guararapes realizava as internações psiquiátricas e atendimentos emergenciais, na ausência de leito também transferia pacientes para Fortaleza. A Santa Casa de Misericórdia de Sobral era a instituição filantrópica que mais realizava atendimento psiquiátrico emergencial, no entanto, não era de modo formalizado como o hospital Guararapes. O Hospital Dr. Estevam Ponte, hospital geral filantrópico, também atendia alguns casos da área da saúde mental. Ainda, havia dois consultórios privados que prestavam atendimento psiquiátrico (PEREIRA; ANDRADE, 2001). Vale lembrar que, a existência desses hospitais, ambulatório e clínicas privadas não garantia um cuidado integral e/ou uma comunicação intersetorial, além disso, captavam uma grande parte dos recursos públicos para a saúde.

Alguns poucos atendimentos eram realizados no Centro de Especialidades Médicas-CEM, único serviço público a atender pessoas com transtorno mental. Este foi o primeiro serviço psiquiátrico ambulatorial criado antes mesmo do descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes e tinha por objetivo atender a população dos municípios vizinhos a Sobral, representando um pontapé inicial para o processo de reforma psiquiátrica em Sobral (SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007; TÓFOLI, 2007 apud QUINDERÉ; BESSA, 2010).

A Casa de Repouso Guararapes faz parte da história sobralense, uma vez que, durante seus 26 anos de funcionamento, acolheu grande parte das pessoas que apresentavam algum tipo de adoecimento psíquico da cidade e da região vizinha. Atualmente, após 20 anos do descredenciamento dessa instituição manicomial do Sistema Único de Saúde, ainda reverberam nos seus antigos pacientes as marcas da cronificação e ecoam entre os trabalhadores de saúde e a população as histórias de violência e exclusão social daqueles que lá eram submetidos ao tratamento e ao esquecimento de seus próprios familiares, comunidade e poder público.

O hospital Guararapes foi criado aproveitando o contexto histórico e social do regime militar, em que existia uma política nacional de saúde clientelista, paternalista e arbitrária de credenciamento de hospitais privados. Assim como os demais asilos manicomiais privados, a Casa de Repouso Guararapes se sustentava através dos recursos públicos, apesar de não

demonstrar resultados terapêuticos satisfatórios (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007 apud QUINDERÉ; BESSA, 2010). Do mesmo modo, a Reforma Psiquiátrica em Sobral seguiu a política nacional no período de redemocratização do país de descredenciamento dos hospitais psiquiátricos privados e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos públicos.

Apesar de 26 anos de atuação na região norte do Ceará, o hospital psiquiátrico apresentava déficit de recursos terapêuticos e financeiros, sendo motivos de denúncia a abordagem preponderadamente biofarmacológica, péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, maus-tratos, violência sexual e torturas a pacientes, internações inadequadas e cronificação das patologias de seus internos, perda de direitos individuais e coletivos, número alto de óbitos e evasões, altas hospitalares sem articulação com serviços ambulatoriais, exclusão social e sequestro de identidades (BARROS; JORGE, 2011; PEREIRA; ANDRANDE, 2001; SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Para Pereira e Andrade (2001), o modelo de assistência à saúde municipal era centrado na doença e nas práticas curativas no hospital, com um número mínimo de unidades básicas de saúde e conseqüentemente uma baixa cobertura populacional e pouca resolubilidade. A mudança de gestão municipal entre os anos de 1996 e 1997 proporcionou um investimento no então denominado Programa Saúde da Família, fundamentando o plano municipal de saúde na promoção da cidadania dos usuários.

No ano de 1997, a primeira iniciativa de enfrentamento e transformação do modelo assistencialista, hospitalocêntrico e asilar de cuidado ao louco ocorreu com a reunião de trabalhadores da saúde (um médico, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira) com o secretário municipal e com um consultor de saúde mental da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, cujos encaminhamentos corroboravam para a construção de uma política de saúde mental de acordo com a Lei Estadual 12.151/93, indo de encontro com a cultura manicomial existente no município. Essa mesma equipe contribuiu para a realização do I Encontro de Saúde Mental de Sobral no ano de 1998 (PEREIRA; ANDRANDE, 2001; (SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007).

No ano de 1998, aqueles técnicos constituíram o Programa de Saúde Mental, localizado no Centro de Especialidades Médicas do município, e em 1999 veio a ser a primeira equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Sobral. A criação desses dois serviços é importante para a história da reforma psiquiátrica sobralense, se em um primeiro momento, houve a ideia de humanizar o espaço do hospital psiquiátrico, tal como se pensou no início da reforma psiquiátrica brasileira, posteriormente a gestão municipal assumiu o compromisso de implantar uma rede de serviços de atenção psicossocial.

O ponto decisivo para a intensificação e o aceleração da transformação da lógica manicomial em Sobral na virada do milênio foi a morte do paciente Damião na Casa de Repouso Guararapes no ano de 1999. É necessário apontar que houve outras mortes e situações de maus-tratos na instituição, mas a história de Damião tem sido constantemente destacada na literatura cearense sobre a reforma psiquiátrica devido as reverberações políticas e culturais no município.

O paciente Damião Ximenes faleceu em consequência de maus-tratos e tortura sofridos, durante os quatro dias em que esteve internado, na Casa de Repouso Guararapes. A sua morte foi alvo de denúncia na Corte Interamericana de direitos Humanos, após sua família, com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará, sendo considerado um caso relevante para a história da saúde mental do Ceará e do Brasil, uma vez que o país foi condenado (LIMA; PONTES, 2015; PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Após este episódio, a Coordenação Municipal de Controle e Avaliação de Sobral indicou uma Comissão de Sindicância para avaliar as denúncias citadas anteriormente. No Relatório da Comissão de Sindicância foi constatado a existência de situações de maus-tratos, espancamentos e abuso sexual contra os pacientes, sendo estas ocorrências rotineiras na instituição, corroborando com as denúncias anteriores contra a instituição. A partir da confirmação da precariedade sanitária, física, terapêutica e financeira da instituição, ausência de projetos terapêuticos dos pacientes, internações sem indicações formais e falhas diagnósticas, perpetração de violência contra os pacientes e dívidas trabalhistas, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, decreta a intervenção na Casa de Repouso Guararapes em março de 1999.

Nesse momento havia uma população de 63 pacientes no hospital, sendo 21 mulheres e 42 homens, cujas avaliações clínica, psiquiátricas e sociais, elaboração de projetos terapêuticos e busca ativa de familiares permitiram a alta de 39 pessoas após 40 dias de intervenção (PEREIRA; ANDRADE, 2001). As primeiras atividades e ações para a integração dos pacientes à comunidade e para a desconstrução da lógica manicomial foi à abertura das visitas de familiares todos os dias da semana; o contato com as equipes de saúde da família de Sobral e municípios vizinhos; estruturação de atividades psicoterapêuticas e ocupacionais, respectivamente, com profissionais da psicologia, terapia ocupacional que já pertenciam à instituição, mas que seguiam as novas diretrizes de cuidado em saúde mental; realização de atividades de esporte e lazer em praças públicas, monumentos históricos, clubes e cinema por estagiários de educação física; ações de saúde bucal com profissionais do

município; e atividades de jardinagem com uma paisagista contratada pela junta interventora (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Como nos revela BARROS (1994), a loucura é marcada pelas ideias de periculosidade e incapacidade na história moderna, herança herdada também no contexto sócio-histórico de Sobral, que justificavam a exclusão pelos familiares, comunidade e profissionais. Uma ação para desmitificar essa imagem discriminatória da loucura foi o “Dia de Hospital Aberto”, onde usuários, familiares, comunidade, universitários, entidades civis e imprensa foram convidados a participar da pintura dos muros da instituição como forma de intermediar a discussão sobre a Política Municipal de Saúde Mental e a superação da lógica manicomial (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Percebemos que o princípio da cidadania orienta todas as intervenções na Casa de Repouso Guararapes e na organização da rede de saúde mental, inclusive a atividade terapêutica está a reboque de ações sociais, uma vez que o retorno a vida comunitária era o horizonte daqueles profissionais e gestores à frente do movimento de reforma psiquiátrica sobralense, a exemplo do que nos traz Pereira e Andrade (2001):

“Um sério problema encontrado no enfrentamento do hospício foi reverter o processo de abandono afetivo e social, realizado as condições concretas de vida, acumuladas em anos de exclusão dos bens culturais, educacionais, de trabalho e de direitos básicos de sobrevivência. Foram exemplos de ações nessa área a reconstrução de moradia deterioradas, a inserção no trabalho, a recuperação do direito previdenciário, a oferta de cestas básicas, etc. iniciativas que buscam restabelecer a identidade social e a dignidade humana dos portadores de transtornos mentais, perdidas em anos de exclusão” (p.176).

A ideia de extinção do manicômio é diferente da criação e manutenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, uma vez que o tratamento na nova lógica da reforma psiquiátrica advém da defesa de um cuidado prioritariamente em serviços comunitários em que a internação ocorre somente em casos excepcionais. No início da reforma psiquiátrica em Sobral, houve a intenção do governo municipal em manter o hospital psiquiátrico na linha de cuidado da rede municipal de assistência à saúde mental, transformando a Casa de Repouso Guararapes em um complexo assistencial de saúde mental Guararapes composto por um serviço de hospital-dia, CAPS, oficinas terapêuticas e de habilitação social e um serviço de residência terapêutica (SOBRAL, 1999 apud BARROS, 2011). Percebe-se que esta é uma tentativa de humanizar o espaço do hospital tal qual a proposta de Pinel no século XX e o início da reforma psiquiátrica brasileira, como se a reestruturação e limpeza do hospital pudesse garantir a invenção e sustentação de práticas não-manicomialis.

Após 120 dias de intervenção na Casa de Repouso Guararapes, a Secretária de Saúde e Ação Social de Sobral, por meio da Portaria nº113 de 10 de julho de 2000, descredenciou a instituição. A partir de então, foi instituída a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental-RAISM, incluindo o serviço ambulatorial do CEM e o recém-inaugurado CAPS Damião Ximenes Lopes (tipo II), em homenagem ao paciente morto na Casa de Repouso Guararapes. Ainda, foram criados a Unidade de Internação Psiquiátrica Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte- UIPHG e um serviço de residência terapêutica. No ano de 2002 foi incluído na RAISM o CAPS Maria do Socorro Victor (tipo Álcool e outras Drogas).

A Portaria nº113/2000¹ é um documento histórico, pois o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes representa o rompimento com o modelo hospitalocêntrico, asilar e cronificador vivenciado anteriormente e a concretização da reforma psiquiátrica em Sobral, contribuindo para a ampliação de uma nova forma de pensar e praticar o cuidado em saúde das pessoas com algum tipo de sofrimento e modificar a cultura estigmatizante sobre a loucura, considerando o perfil epidemiológico e social sobralense (BARROS; JORGE, 2011; PEREIRA; ANDRADE, 2001; SOBRAL, 2000).

A criação da RAISM ocorre no início dos anos 2000, mas já traz em seu bojo as diretrizes de aproximação da atenção básica com as demais redes de atenção como proposto na Política Nacional de Atenção Básica em que se propõe o atendimento descentralizado e de base comunitária. A escolha pela vinculação e subordinação dos serviços da RAISM à atenção básica se deve a implementação das duas políticas: atenção básica e atenção psicossocial pela gestão municipal no final dos anos 1990, assim, a atenção básica torna-se o centro organizativo das demais redes de atenção (SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007).

Na época o município foi dividido em 23 Áreas Descentralizadas de Saúde-ADS, áreas adscritas aos quais as equipes de saúde da família estavam vinculadas, ao todo eram 28 equipes localizadas na sede e 11 equipes na zona rural. As equipes de saúde da família tornaram-se responsáveis pelo acolhimento, diagnóstico e tratamento psicossocial das pessoas com transtornos mentais mais prevalentes de sua comunidade, solicitando a supervisão e/ou atendimento da equipe do CAPS somente em casos graves e crônicos.

Percebe-se que, na conjuntura nacional, o CAPS executa um papel de retaguarda para casos crônicos e severos, um deslocamento de sua função inicial em que ele deveria ser o

¹ O documento está em anexo ao final deste trabalho e pode ser acessado na página oficial da Prefeitura Municipal de Sobral: <http://www.sobral.ce.gov.br/diario/IOM35.pdf>

centro do cuidado e articulador das políticas públicas. Nessa nova configuração da assistência à saúde, o CAPS é considerado um serviço especializado e a equipe de saúde mental atua oferecendo retaguarda especializada para as equipes de saúde da família quando for observada a necessidade de uma avaliação especializada.

Os autores que se debruçaram sobre a história da implantação da RAISM em Sobral (BARROS; JORGE, 2011; PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007), a consideram uma atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais de qualidade, humanizada, integral, comunitária, desinstitucionalizadora, acessível e equânime, articulando as redes de atenção básica, urgência/emergência e especializada (ambulatório e hospital) e as demais políticas públicas: Justiça, Previdência Social, Ação Social e Educação, possibilitando a superação do modelo hospitalocêntrico, asilar, segregador e cronificador de outrora mediante a inclusão social e cidadã de seus usuários, sendo um marco histórico da Reforma Psiquiátrica em Sobral.

A RAISM é reconhecida a nível nacional pela sua história potente no campo da saúde mental brasileira, tendo sido contemplada no ano de 2003 com o Prêmio David Capistrano da Costa Filho, promovido pelo Ministério da Saúde; no ano de 2005 com o Prêmio de Inclusão Social, na Categoria Clínica, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Indústria Farmacêutica Lilly; e no ano de 2006 com o Prêmio Saúde É Vital, Categoria Saúde Mental, promovido pela Editora Abril (SÁ; BARROS; COSTA, 2005/2007).

O atendimento ambulatorial de pessoas em sofrimento de outros municípios da região norte cearense é realizado no Ambulatório de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas- CEM, serviço especializado de atenção secundária. O CEM é porta de entrada da RAISM exclusiva para outros municípios, atendendo por meio de consultas agendadas e demanda espontânea, filtrando internações desnecessárias e garantindo seguimento ambulatorial durante a semana, nos períodos matutino e vespertino (PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007; QUINDERÉ; BESSA, 2010). Esse serviço foi crucial para a substituição do modelo de manicomial de cuidado exclusivamente hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial e expressa o processo de descentralização e de formação de pactos administrativos entre os municípios. Embora o programa fosse de caráter ambulatorial eram realizadas atividades individuais, grupais e na comunidade, abrangendo desde o início uma grande demanda populacional. Quinderé e Bessa (2010) apontam que uma década após sua criação, o ambulatório enfrenta alguns entraves na articulação com os municípios aos quais é referência e funciona com práticas ainda centradas no atendimento médico e na terapêutica medicamentosa.

As denúncias de maus-tratos e o movimento em prol da transformação da assistência a saúde mental em Sobral foram impulsionados com a morte do paciente Damião Ximenes Lopes após internação no Guararapes. A repercussão nacional e internacional forçou o poder público a realizar sindicância e intervenções durante quase todo o ano de 1999 e o descredenciamento total na data de 10 de julho de 2000 (PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Os leitos psiquiátricos descredenciados do Guararapes foram transferidos para o Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, posteriormente, criando-se uma Unidade de Internação Psiquiátrica Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade– UIPHG, referência para urgência, emergência, pronto-atendimento e internações psiquiátricas. A UIPHG possui 15 leitos mistos e funciona como pronto atendimento clínico 24 horas durante todos os dias da semana, contando com uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeira e auxiliares de enfermagem e um porteiro. Os profissionais de psicologia, terapia ocupacional e auxiliares de enfermagem possuem vínculos empregatícios com o hospital, mas alguns atuam também em outros serviços da rede pública de saúde, enquanto que os profissionais de enfermagem e medicina são vinculados à prefeitura de Sobral, essa vinculação direta com a gestão municipal permite um diálogo com os centros de saúde da família e com os CAPS Damião Ximenes Lopes e CAPS AD Maria do Socorro Victor após a alta hospitalar do paciente.

A oferta de leitos psiquiátricos em um hospital geral contribui para a desmitificação da exclusão social como método terapêutico, uma vez que as internações ocorrem como ação terapêutica em casos emergenciais e crise e há o apoio social e psíquico para a participação da família durante o processo de internação. A criação deste dispositivo teve como objetivo garantir uma retaguarda diferenciada às pessoas com transtornos mentais, especialmente aos de outros municípios, que não contam ainda com equipamentos organizados de atenção (PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007). Vale ressaltar que, ainda há na UIPHG uma geografia manicomial que, muitas vezes, continua segregando os pacientes do setor de psiquiatria das demais unidades, representando um hospital psiquiátrico dentro de um hospital geral.

Após o fechamento do Guararapes não foi possível recuperar os vínculos familiares e comunitários antigos de alguns pacientes com adoecimento crônico devido o longo período de internação, estes ganharam uma nova residência, onde podem construir outros laços sociais entre si e entre o entorno comunitário. O Serviço Residencial Terapêutico- SRT ou Lar Renascer é o primeiro do Ceará e da Região Nordeste, o nome da residência foi escolhido

pelos próprios moradores (PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007; QUINDERÉ; BESSA, 2010).

Em 1999, foi implantado o Centro de Atenção Psicossocial, na época era tipo geral II (SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007), iniciando os atendimentos ambulatoriais das pessoas com transtorno mental de Sobral. A equipe era composta por 4 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 3 enfermeiras, 2 auxiliares de saúde mental, ressaltando que alguns desses trabalhadores pertenciam aquele grupo que participou do momento inicial da reforma psiquiátrica em Sobral e da primeira equipe do CEM.

Para Sá, Barros e Rocha (2005/2007), a equipe do CAPS tem como atribuição a elaboração e implementação de ações que envolvem a interdisciplinaridade, a ética e a escuta subjetiva para a assistência, reabilitação, educação/promoção da saúde, mobilização político-social, construção e mediação de laços sociais entre a comunidade e a loucura, assessoria a Estratégia Saúde da Família, elaboração de projetos de atenção coletiva em saúde mental, desburocratização de intervenções emergenciais da atenção especializada. As atividades buscam a fomentação de práticas críticas, transformadoras, humanizadas e de qualidade, que promovam a auto-estima, a cidadania e a inclusão social das pessoas com transtorno mental (SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007). O CAPS atende exclusivamente a população de Sobral em regime ambulatorial e semi-intensivo encaminhados do PSF e demais serviços, e quando há a demanda espontânea.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Maria do Socorro Victor foi criado em outubro de 2002 e atualmente recebe o nome de CAPS AD Francisco Hélio Soares. O serviço tem como público-alvo pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. O CAPS AD faz parte de um consórcio de saúde entre Sobral, Forquilha e Massapé, assim, atende a população dos três municípios (SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007).

A assistência psiquiátrica, psicoterápica, social e medicamentosa ocorre de forma individual e grupal, há também visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias para a integração dos usuários ao ambiente familiar e comunitário e para o resgate da cidadania (SÁ; BARROS; ROCHA, 2005/2007).

Observamos, nos textos, que há uma clara orientação das ações do CAPS para a fomentação da cidadania, discurso produzido no bojo da reforma psiquiátrica brasileira, a partir da leitura e identificação com a reforma psiquiátrica italiana e as ideias de Franco Basaglia. Apontamos que a cidadania enquanto um construto social que expressa à garantia de uma igualdade dentro do contexto político, econômico e jurídico das relações humanas não se

opõe a outros construtos e categorias, a exemplo da ideia de sujeito do inconsciente para a Psicanálise, mas é necessário que haja uma reflexão sobre o modo como a cidadania tem sido expressada nos discursos e práticas no âmbito da saúde mental.

É a captura da categoria cidadania, enquanto princípio almejado pela reforma psiquiátrica brasileira, ao mesmo tempo em que é, também, apontado como orientador das ações e atividades da atenção psicossocial que produz obliterações no lugar ocupado pela clínica nessa nova configuração de cuidado em saúde mental, como se percebe na pouca evidência que se dá ao eixo clínico nas atribuições das equipes dos CAPS. Como exemplo, Pereira e Andrade (2001), autores e atores da reforma psiquiátrica em Sobral ao se referirem a criação da RAIMS após o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, dizem:

“Assumiu-se então o compromisso de ampliar as ações de saúde mental de forma que respondessem, com base em um referencial epidemiológico e social, àquela complexidade, mediante ações diversificadas e integradas, que não se restringissem a prática clínica, mas que a subordinasse ao parâmetro política da conquista do exercício pleno da cidadania aos portadores de transtorno mental” (PEREIRA, ANDRADE, 2001, p.177).

Percebemos uma subordinação da clínica às ações sociais e políticas (no sentido de fomentação de um louco cidadão), em que o cuidado é pensado e operacionalizado pela determinação socioeconômica e pela intenção de inclusão social do louco, em detrimento do sofrimento do sujeito em si. Compreendemos que os autores se referem à clínica psiquiátrica, em seu lugar de apagamento da subjetividade. Contudo, podemos refletir se aqui e em outros espaços ao longo da história recente, incluindo a história da Psicologia como categoria trabalhista que assume um lugar na Reforma Psiquiátrica Brasileira, não se tem tecido uma confusão do que se compreende por clínica.

A anulação ou o obscurecimento do caráter psicopatológico do sofrimento humano é onde está a querela entre a psicanálise e a atenção psicossocial orientada pela cidadania. A Reforma Psiquiátrica Brasileira ao colocar entre parênteses a clínica (AMARANTE, 2007), realiza uma separação entre o cuidado no âmbito clínico e o cuidado em serviços psicossociais substitutivos, fazendo aparecer uma imitação de clínica sem psicopatologia.

Lembramos que a clínica defendida nesse trabalho é a do sujeito (AMANCIO, 2012; DUNKER; NETO, 2015; RINALDI, 2002; TENÓRIO, 2001, 2006), isto é, a clínica psicanalítica sustentada pelo inconsciente e a ética do desejo e que, tal como a atenção psicossocial, também se opõe a uma clínica executada pela psiquiatria tradicional dentro da lógica manicomial.

A psicanálise e seus efeitos da Saúde Pública podem se articular ao exercício da cidadania, não como perspectiva, mas como efeito. Nem é o leque de oferta de ações e serviços garante o exercício ou o direito posto à cidadania e nem o acesso à cidadania exclui o campo necessário da clínica.

Para compreendermos como o princípio da cidadania contribui para o cuidado em saúde mental e que sua busca deve ser permanente em nosso cotidiano de práticas na saúde pública, apontamos a atual conjuntura política e econômica de Sobral que têm influenciado diretamente e cada vez mais a qualidade e continuidade do cuidado as pessoas em sofrimento que frequentam os serviços das RAISM. Entre o período de 2016 e 2017 houve um intenso esvaziamento de profissionais dos serviços, seja por pedidos voluntários de saída do serviço público ou por demissões operacionalizadas pela gestão municipal atual. Ao final do ano de 2016 houve eleição para os cargos de prefeito e vereador na cidade, contexto que alterou consistentemente o quadro de funcionários das políticas de Atenção Básica e da Atenção Psicossocial, embora já há algum tempo existam denúncias dos profissionais e usuários acerca do sucateamento e má gestão da saúde pública pelo gestão municipal.

A nossa vivência na RAISM nos permite acessar, de modo informal, a organização da rede de saúde de Sobral, assim, trazemos alguns dados sobre a quantidade de serviços disponibilizados pela gestão municipal e divisão destes no território sobralense. Em 2017, a assistência pública de saúde pública é realizada por 36 Centros de Saúde da Família, contando com 62 equipes da Estratégia de saúde da família e 6 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para cobrir uma população de 188.233 habitantes (IBGE, 2017). A região sobralense é dividida entre três macro-áreas dentro do perímetro urbano e 13 distritos. A macro-área II é composta pelos bairros Coelce, Alto Cristo, COHAB III, Junco, Campo dos Velhos, Padre Palhano, Sumaré, Terrenos Novos I, Terrenos Novos II e Vila União; a macro-área III é composta pelos bairros Alto da Brasília, CAIC, Centro, Estação, Expectativa, Pedrinhas, Derby, Recanto e Tamarindo; e a macro-área IV é composta pelos bairros Sinhá Sabóia, COHAB I, COHAB II, Dom Expedito. Os distritos são Aprazível, Jaibaras, Rafael Arruda, Baracho, São Francisco, Jordão, Bonfim, Torto, Taperuaba, Bilheira, Aracativa, Caracará e Patos. O CAPS- tipo II Damião Ximenes tem seus profissionais divididos entre as macro-áreas e distritos formando 3 grupos, quais sejam: macro-área II, Aprazível, Jaibaras e Rafael Arruda formam um grupo; macro-área III, Baracho, São Francisco, Jordão, Bonfim e Torto forma um segundo grupo; e macro-área IV, Taperuaba, Bilheira, Aracativa, Caracará e Patos um terceiro grupo. O CAPS Ad Maria do Socorro Victor ainda realiza a cobertura da população sobralense e municípios vizinhos.

Percebemos que a atual organização da RAISM em Sobral, assessora uma grande demanda populacional, tendo alguns aspectos agravantes dessa situação, tais como: pouco investimento financeiro em estrutura e contratação de profissionais para atuar na atenção psicossocial; manutenção de vínculos empregatícios precários, uma vez que, os profissionais de nível superior, com exceção dos psiquiatras, não possuem carteira de trabalho assinada, logo, não possuem nenhum direito trabalhista e seus contratos são vinculados a seleções anuais da Escola de Saúde da Família Visconde Sabóia, enquanto que os psiquiatras são nomeados pela gestão municipal e os trabalhadores de nível técnico, médio e fundamental têm a carteira assinada; execução de demissões coletivas determinadas pela gestão municipal ou pedidos de demissão de profissionais da saúde que encontram condições melhores em outros serviços do município ou de outras localidades e pouco investimento em atividades de educação permanente em saúde e supervisão dos profissionais do CAPS.

3. METODOLOGIA

Nosso trabalho é fruto de uma pesquisa qualitativa, onde tratamos de percorrer a história dos conceitos de sujeito e cidadania, apontando o modo como vem se estruturando o modelo de reforma psiquiátrica no Brasil, no Ceará e em Sobral. A psicanálise nos dá suporte na estreita relação que estabelece entre pesquisa e clínica, posto que “a pesquisa é uma dimensão essencial da práxis analítica, em função de sua articulação intrínseca e, não circunstancial, com o inconsciente” (ELIA, 2000, p.19). Ainda que nossa pesquisa não seja clínica, ela parte do nosso lugar de analista (em formação) e nos interroga sobre a psicanálise em extensão.

Deste modo, temos o intuito que a pesquisa produza caminhos para compreender como a literatura aborda os significantes de cidadania e de sujeito, compreender quais as implicações práticas e políticas das concepções de cidadania e sujeito para o cotidiano dos CAPS, perceber como tais discursos e concepções relacionam-se com a integração dos CAPS na RAISM de Sobral e analisar como esses discursos e práticas se relacionam com a Política Nacional de Atenção Psicossocial e a luta antimanicomial.

Realizamos a leitura analítica de textos sobre as reformas psiquiátricas no contexto europeu, norte-americano e brasileiro e, a nível regional e local, no Ceará e em Sobral. Ainda, foram analisados os escritos de psicanalistas que articulam os campos da saúde mental e da psicanálise, principalmente no que concerne ao estudo do sujeito do inconsciente e seus efeitos, bem como o exercício da cidadania nos serviços criados a partir da luta antimanicomial no Brasil.

Percebemos que a questão do sujeito diante do ideal de cidadania da reforma psiquiátrica brasileira é um tema que retorna ao campo de trabalho em saúde mental e exige esforços para superar a lógica manicomial, sem generalizar e homogeneizar as estratégias que abordam o sofrimento humano. A pesquisa e leitura de artigos científicos nas bases de dados científicas on line também foram profícuas no sentido de permitir o conhecimento da história da organização e funcionalidade dos CAPS na política nacional de saúde do Brasil, da luta antimanicomial e de experiências exitosas neste campo.

Destarte, consideramos que este trabalho pode contribuir, de modo teórico e político, para o campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Ceará ao apontar as diferenças entre o trabalho orientado pela cidadania e o trabalho orientado pelos efeitos do inconsciente, considerando as condições sociais, econômicas e históricas do Estado e da cidade de Sobral e as práticas discursivas que têm permeado o campo da saúde mental em solo cearense.

4. CIDADANIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A experiência da loucura tem sido objeto de estudo e de intervenção sustentada por uma lógica manicomial que envolve o contexto econômico, político, social e cultural inaugurada com a racionalização do pensamento humano, ascensão das ciências como saber absoluto sobre o modo de organização da vida e ascensão do sistema de produção capitalista.

A lógica manicomial construiu-se a partir da transformação da loucura em doença mental pela psiquiatria, inaugurando um novo campo de saber: a saúde mental, que apesar de superficialmente opor saúde e doença, mantém nesse binômio todo um sistema complexo de esquadramento da loucura e de intervenções para cada espécie de anormalidade (FOUCAULT, 2005).

A ideia de loucura e desregramento acompanhou a história da humanidade, mas sua significação e integração ao convívio com os homens variaram de acordo com o modo de organização do conhecimento em cada sociedade e período histórico. Na história da loucura percebe-se que a figura do louco se transformou de uma imagem que velava uma verdade sobre o homem para uma ideia de desrazão, periculosidade social e improdutividade dentro da constituição da sociedade moderna e do modo de produção capitalista. Essa última imagem da loucura está arraigada no imaginário social e fundamenta toda uma lógica hospitalocêntrica manicomial de isolamento do louco (FOUCAULT, 2005; VASCONCELLOS, 2000).

Do divino à periculosidade social e improdutividade construiu-se uma imagem da loucura que normatiza e homogeneiza essa experiência humana, assim, cabe-se uma problematização dessa racionalização da loucura que ainda na contemporaneidade reverbera no imaginário popular e no modo de cuidar e lugar social do louco.

De acordo com Vasconcellos (2000), na Grécia Antiga a mitologia auxiliava na explicação da racionalidade e da desrazão. Dionísio é o deus que representava o vinho, a embriaguez, a dança, o excesso, a possessão e o desregramento e em seus cultos o homem elevava-se a estados de consciência enlouquecidos. Como os outros deuses, Dionísio também podia lançar sua ira contra os homens e isso ocorria com o lançamento dos vícios, desvios e manias sobre a cidade. Somente um mestre da verdade, escolhido pelo próprio deus, podia mediar à relação entre os deuses e os homens. Através de um processo de possessão/enlouquecimento o mestre estabelecia contato com a divindade e transmitia sua vontade aos homens. A figura do mestre da verdade é a origem pré-histórica da ideia de filósofo, com outra espécie de racionalidade (VASCONCELLOS, 2000).

Os filósofos pré-socráticos fizeram um movimento de racionalização, organização e hierarquização do mundo fundamentado na natureza em detrimento do processo de divinização (VASCONCELLOS, 2000). Um saber agora mais horizontal em que os homens não necessitam da mitologia para explicar a origem do mundo possibilita o surgimento de uma filosofia voltada para o público, para a cidadania e para o governo da pólis, especialmente em Atenas.

Em Platão a questão da razão/desrazão retoma a loucura como excesso das paixões que leva o corpo ao desregramento (VASCONCELLOS, 2000). Na obra platônica Fedro existiriam formas de enlouquecimento que correspondem cada uma a um tipo de sábio. A loucura divinatória tem por finalidade a conjectura de situações futuras e seu meio de realização é o entusiasmo; a loucura telepática tem o objetivo de livrar-se de algo do tempo passado e ocorre por meio de rituais de iniciação ou purificação; a loucura poética tem fins educativos e seu meio de realização é o recital; a loucura erótica tem por finalidade a contemplação, está fora do tempo e seu meio de realização é a reminiscência. O delírio erótico torna possível o encontro do sagrado com o profano, “a inspiração ‘desrazoada’ divina com contemplação racionalizada filosófica” (VASCONCELLOS, 2000, p.20).

A oposição real entre razão e desrazão somente surgiu na Época Clássica, à filosofia cartesiana desprivilegia tudo o que estava fora dos limites da razão, pois o delírio e a mania confundiriam a boa maneira de pensar. O controle da loucura se dá com o objetivo de evitar o desregramento do homem e o perigo que ele representa para si e para os outros (VASCONCELLOS, 2000).

Na Idade Clássica inicia-se um novo discurso acerca da loucura diante das mudanças econômicas e políticas, tais como a concentração do poder nas mãos dos reis e crescente presença do comércio de produtos manufaturados que reverberaram no modo de organização das relações sociais (FOUCAULT, 2005). De acordo com Desviat (2015), o enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados, pessoas sem teto, rebeldes políticos, prostitutas, libertinos, loucos e idiotas foi uma resposta do século XVII a desorganização social e a crise econômica provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Aqueles que se opunham ao poder monárquico ou aqueles que causavam prejuízo a sociedade por não serem cooptados para o trabalho nas manufaturas e/ou por representaram os novos valores adotados pela sociedade ocidental européia passaram a ser perseguidos e isolados do convívio social em nome da ordem social.

O louco ganhará uma nova significação na sociedade clássica e mesmo com a transição do poder da monarquia para a burguesia a imagem de improdutividade e

periculosidade social não é superada, ocorrendo apenas uma mudança de discurso que justifica o esquadramento e isolamento da loucura (FOUCAULT, 2005).

4.1. Loucura, periculosidade social e improdutividade

As conjunturas político-sociais e econômicas da sociedade europeia moderna com o surgimento e estabelecimento do modo de produção capitalista reatualiza o conceito grego de cidadania, com o intuito de igualar juridicamente os homens, no entanto, mantendo a hierarquia social, o disciplinamento e a normatização dos corpos dos cidadãos por meio das instituições estatais (AMARANTE, 2007).

O alienista Phelipe Pinel foi um dos precursores de um novo olhar e discurso sobre a loucura, vivendo nessa época de retorno à cidadania e ao pensamento racional, corroborou para a inauguração do conceito de alienação mental ao mesmo tempo em que, contraditoriamente, normatiza a loucura a partir da bandeira de resgatar o louco para a vida cidadã, reduzindo-a a objeto de tratamento, matéria de pena e compaixão (AMARANTE, 2007; ALARCON, 2000; DESVIAT, 2015; FOUCAULT, 2005; VASCONCELLOS, 2000).

Resgatar o louco para o convívio social e político era o objetivo de Pinel, mas não sem antes garantir sua cura e restabelecimento de sua moralidade (AMARANTE, 2007). A busca pela cidadania do louco o inclui na sociedade ao despojar-lhe de seu livre arbítrio, pois a inclusão não é do indivíduo em sua singularidade, mas da racionalização da loucura transformada em doença e objeto de saber e intervenção da psiquiatria, a partir de um sistema manicomial moralista, punitivo, tutelar e institucionalizador. O isolamento se justifica pela garantia da segurança pessoal dos loucos e de sua família, como meio de submissão ao regime médico e de novos hábitos intelectuais e morais, assim, percebe-se que a questão da periculosidade social já era uma preocupação desde o surgimento do hospital como instituição de saúde em detrimento da função terapêutica (AMARANTE, 2007).

A institucionalização/hospitalização integral tornou-se um imperativo fundamental para que o alienado fosse tratado adequadamente, de um lado por permitir a observação fidedigna do comportamento do louco para a realização de um diagnóstico preciso e correto e por outro para que não houvesse interferências externas ou resistência do louco durante a aplicação do tratamento moral (AMARANTE, 2007).

A prática do enclausuramento do louco permitiu a construção e consolidação do saber-poder médico transformando a psiquiatria em ciência, a loucura em diagnóstico clínico e o

hospital em instituição médica (AMARANTE, 2007; DESVIAT, 2015; FOUCAULT, 1979, 1998, 2005).

A questão da improdutividade é sanada com o trabalho terapêutico, proposto por Pinel, onde o tratamento moral pretendia reeducar a mente do alienado, afastar os delírios e ilusões e levar a consciência da realidade coadunando com o novo sistema de produção capitalista e de relações sociais (AMARANTE, 2007; RESENDE, 1994).

A liberdade dos homens e a livre circulação de mercadorias dão ao trabalho uma nova conotação do modo de produção capitalista, sendo por meio dele que o homem garante seu lugar social e seu sustento, uma vez que cada cidadão é livre para vender sua força de trabalho ou para comprá-la de outros homens tal como qualquer outra mercadoria. O louco deveria ser incluído nesse sistema, mas de alguma forma escapava da racionalização do pensamento moderno e do contrato social, deste modo, o trabalho seria uma forma de ocupar seu espírito e o corpo durante o isolamento no hospital psiquiátrico preparando-o para o convívio social no mundo externo (DESVIAT, 2015).

O otimismo dos alienistas na cura do louco se esvaiu devido à massificação dos asilos ainda no século XIX e à supremacia do organicismo na compreensão e tratamento da loucura. Assim, o manicômio enquanto instituição asilar de pretensão terapêutica inaugura valores relacionados à loucura que persistem vinculados ao imaginário popular e científico de periculosidade social, miséria, marginalidade e improdutividade na contemporaneidade (BARROS, 1994).

Para Foucault (1979), o manicômio é inserido na lógica hospitalocêntrica e do poder-saber médico do século XVIII, criando as condições necessárias para que as características essenciais da doença pudessem ser observadas pelo médico, único detentor da verdade sobre a doença pelo saber que dela tem, dominando-a, suprimindo-a ou curando o louco.

Desde as suas instalações no século XIX, as grandes estruturas manicomiais se sustentam na dupla função de manter a ordem social contra a desordem dos loucos e servir a prática terapêutica através do isolamento. É no final do século XIX e início do século XX que a psiquiatria vai ser questionada no que se refere ao poder do saber médico sobre a doença e o efeito produzido sobre o doente (FOUCAULT, 1979).

Ainda, Foucault (1979) traz a contribuição de Hyppolyte Bernheim, Ronald David Laing e Franco Basaglia que problematizaram o poder-saber do médico na fabricação do discurso sobre o louco, desqualificando-o e despojando-o de todo poder e saber quanto a sua doença, tornando-o um, pelo simples fato de estar internado, “um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros” (FOUCAULT, 1979, p.126).

Segundo Tenório (2002), a psiquiatria nasce num contexto de reforma, pois foram os reformadores da Revolução Francesa que, no século XIX, delegaram a Pinel da tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos junto com outros marginalizados da sociedade encontravam-se recolhidos.

No entanto, “a desconstrução do manicômio é um processo não-linear, complicado, em permanente guerra com a força da cultura manicomial, que é pervasiva, que resiste, que é conservadora e que possui uma capacidade de regeneração impressionante” (CORBISIER, 2000, p.285), principalmente na ligação da figura do louco com o comportamento de violência e agressividade.

A questão da cidadania será retomada no século XX com os movimentos de reformas psiquiátricas na Europa e América, em que a significação da loucura e as estratégias encontradas dentro da cultura e sistema médico e jurídico de cada país irão dar um tom mais ou menos radical em relação ao cuidado em saúde da loucura e o lugar do louco na sociedade.

Na Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos da América surgiram experiências inovadoras que tentaram desconstruir o imaginário popular de periculosidade social, miséria, marginalidade e improdutividade acerca da loucura e questionar seu encarceramento nas instituições manicomiais (BARROS, 1994). O caminho encontrado foi o da luta pela cidadania do louco para negar o manicômio como lugar de cura e denunciar seu efeito cronificação do sofrimento humano.

O modelo da comunidade terapêutica inglesa, a política de setor francesa e a política de desinstitucionalização americana são modelos de reformas psiquiátricas que privilegiaram a criação de serviços assistenciais na comunidade, fundamentadas nos princípios de democratização e territorialidade, mas que não superaram a lógica manicomial (AMARANTE, 1995; BARROS, 1994; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; TENÓRIO, 2002). Destarte, a psiquiatria democrática italiana surgida com as experiências nos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste impulsionadas por Franco Basaglia foi além das demais reformas ao apontar a incongruência entre a definição abstrata de doença mental pela lógica médica e as necessidades da pessoa (BARROS, 1994).

A análise sistemática feita por Basaglia sobre a cultura manicomial indica o asilo como uma instituição real que serve como um dos instrumentos por meio do qual as sociedades têm lidado com a experiência humana da loucura, pois há todo um sistema jurídico e um conjunto de mitos e teorias que constituem o imaginário social que negam qualquer possibilidade de laço e modalidade de inserção concreta das pessoas no mundo (CORBISIER, 2000).

A busca por relações iguais e recíprocas por meio de um trabalho político dos trabalhadores em prol da chamada cidadania dos usuários foi uma constante nas experiências italianas. A lei italiana de número 180 de 1978 proibia novas internações psiquiátricas, direcionando para a abolição dos hospitais psiquiátricos e criação de serviços territoriais para atender a demanda da população egressa dos hospitais psiquiátricos. Já a lei italiana de número 431 de 1968 visava desconstruir no campo científico e jurídico a ideia de periculosidade social do louco, regulamentar a internação voluntária e involuntária e criar ambulatorios nas comunidades que permitissem ao louco o convívio social. Todo esse modelo político-ideológico foi tomado pela realidade brasileira e serviu de forte inspiração para as transformações sofridas no campo da saúde mental no país (AMARANTE, 1995, 2007; BARROS, 1994).

Para os intelectuais do campo da saúde mental brasileira (AMARANTE, 1995, 2003, 2007; BARROS, 1994; BIRMAN, 1992; DESVIAT, 2015; LANCETTI; AMARANTE, 2014; RESENDE, 1994) o resgate da cidadania pela reforma italiana e brasileira não tem a mesma perspectiva da época pineliana, pois não se alinha a ideia de somente humanizar e reestruturar os serviços manicomiais, já que esta concepção ainda mantém o tratamento no âmbito da não possibilidade de escolha pelo indivíduo e aponta o direito ao cuidado como uma promessa futura para o exercício de uma cidadania plena.

A busca da cidadania pelas reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil no século XX ocorre por meio da desinstitucionalização da loucura e inclusão social do louco em serviços substitutivos de base comunitária, exigindo novas perspectivas, ideologias, éticas e teorias. A questão dos direitos humanos assume uma expressão singular, pois trata da luta pela inclusão do louco como sujeito de direitos e da produção de novos direitos para as pessoas em sofrimento, extrapolando o setor saúde e se ampliando para outras políticas sociais, a exemplo da educação, trabalho, esporte, lazer, cultura (AMARANTE, 1995, 2003, 2007; BARROS, 1994; LANCETTI; AMARANTE, 2014).

A construção da cidadania no campo da saúde mental diz respeito a um processo social e histórico complexo, uma vez que forjou-se no imaginário popular a ideia de periculosidade e desregramento do louco, com base em um conhecimento científico que compreendia o isolamento como a melhor forma de curar e evitar o perigo social da loucura.

Ademais, a desconstrução da lógica manicomial de periculosidade social e improdutividade demanda uma resistência contínua, uma vez que há um jogo permanente de forças entre a cultura manicomial e a luta pela transformação do cuidado as pessoas com

sofrimento e, desligamento da figura do louco aos comportamentos de violência, agressividade e risco social.

A partir da construção de novas formas de cuidado e inclusão do louco na sociedade por meio de serviços de saúde, de programas de assistência social, das mudanças nos processos pedagógicos de formação dos profissionais e da sensibilização dos discursos midiáticos sobre a loucura é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira aposta na inclusão do louco na organização social, incluindo também a condição de produtividade exigida pelo sistema de produção capitalista.

Compreendemos que a lógica manicomial persiste no imaginário popular e na prática institucional dos serviços públicos de saúde e demais políticas públicas, devido a uma suposta capacidade que a Psiquiatria Tradicional tem de circunscrever o contágio da doença mental. Assim, embora mais humanizados e limpos alguns serviços de saúde mental acabam por perpetrar a cultura da violência, da hierarquização de saber-poder e do louco como objeto de intervenção médica.

Nos questionamos, então, sobre quais os meios de garantir direitos fundamentais e/ou específicos ao louco em um sistema que por si só se sustenta na exclusão social de grupos minoritários que guardam alguma distinção das normas estabelecidas pelo Estado? Eis a questão paradoxal que apontamos aqui e, que buscamos responder com base na literatura que versa sobre a cidadania e a reforma psiquiátrica no Brasil e no Ceará.

4.2. Considerações sobre a cidadania.

A inauguração do Estado burguês pressupõe que todos devem contribuir e usufruir dos bens sociais produzidos pela coletividade e modifica o modo de produção e reprodução das relações sociais, dividindo os homens entre a classe capitalista, aquela que detém os meios de produção (terra, matérias-primas, máquinas e instrumentos de trabalho), e a classe proletária, aquela que tem a força de trabalho (BEHRING; BOCHETTI, 2011; FLEURY; OUVÉNEY, 2012; MONTAÑO, 2007).

A partir dos ideais de igualdade entre os homens e de liberdade para exercer o livre comércio foi possível criar as bases fundamentais do sistema de produção capitalista, em que os proprietários dos meios de produção poderiam contratar a força de trabalho de outros homens e vender os produtos industriais de forma livre e em iguais condições de concorrência.

O processo de cristalização do capitalismo em sua fase monopolista possibilitará o nascimento de uma nova subjetividade baseada no liberalismo econômico, na razão e no individualismo, onde cada sujeito disposto de sua liberdade buscará seu sucesso pessoal (BEHRING; BOCHETTI, 2011; FLEURY; OUVENEY, 2012; MONTAÑO, 2007). É assim que os grupos considerados inaptos para a livre venda da força de trabalho e para contribuir com o desenvolvimento da nação vão sofrer processos de vigilância, reclusão e tratamento moral e/ou punitivo. O louco será capturado por esse discurso por meio da medicina que servirá para a adaptação e manutenção do homem para o trabalho (AMARANTE, 1995; BIRMAN, 1992; LANCETTI; AMARANTE, 2014; RESENDE, 1994).

A relação desigual acirra as desigualdades sociais e intensifica as condições precárias de vida e de trabalho gerando a questão social², assim, o Estado cria as políticas sociais para amenizar as iniquidades sociais e responder os efeitos da questão social na sociedade (BEHRING; BOCHETTI, 2011). Os proletariados passaram a se reunir em movimentos de cunho político, a fim de lutar por melhorias nas condições de trabalho, leis trabalhistas, amparo do Estado para os menos favorecidos e diminuir a opressão do sistema capitalista. Para evitar conflitos com a classe proletária, a burguesa também pressiona para uma intervenção do Estado no que se refere à mediação das lutas de classes, transformando os problemas causados pelo sistema capitalista nas esferas econômica e social em questões da esfera política e estatal (MONTAÑO, 2007).

No contexto de institucionalização dos conflitos sociais e econômicos surgem as políticas sociais como instrumentos de legitimação, consolidação e perpetuação da hegemonia burguesa e ampliação do acúmulo do capital, ao mesmo tempo em que ocorrem algumas conquistas da classe trabalhadora (MONTAÑO, 2007). Embora as políticas sociais se configurem como ações que têm como principal função a redistribuição social da renda, através de serviços públicos que viabilizam os direitos básicos do homem (Assistência Social, Saúde, da Educação, Previdência Social, etc.), elas também contribuem como estratégias do capital para amenizar os conflitos entre a classe trabalhadora e os patrões e para dificultar a associação entre o sistema capitalista e a origem das desigualdades sociais, atrelando a pobreza a fatores externos a este modelo econômico.

Ressaltamos que as políticas sociais não transformam a realidade social, mas apenas velam o conflito existente entre o capital e o bem-estar do coletivo, portanto, devem ser

² Questão social é um conceito construído para explicar a forma como a riqueza em uma sociedade é produzida e repartida de modo injusto (MONTAÑO, 2007).

analisadas pelos aspectos histórico, econômico, político e cultural (BEHRING; BOCHETTI, 2011), uma vez que o modo como elas serão formatadas no âmbito legal e operacionalizadas na realidade social levará em consideração a relação Estado, mercado e sociedade.

A cidadania surge apenas como uma possibilidade de *status* jurídico de igualdade e como uma modalidade de proteção social na formação dos Estados Nacionais e no processo de construção de dominação burguesa. Para Fleury e Ouverney (2012) a cidadania é uma resposta social forjada no contexto da revolução industrial, a fim de atenuar o esgarçamento o vínculo de solidariedade que existia na sociedade feudal.

Os elementos civil, político e social conquistados, respectivamente, nos séculos XVIII, XIX e XX participam da cidadania. O elemento civil é representado pela liberdade individual; o político pelo direito de participar do exercício do poder político, que corresponde tanto a garantia do voto como a capacidade de todos nós enquanto sujeitos de nos implicarmos nos processos decisórios das instituições públicas. Já o elemento social refere-se a um mínimo bem-estar econômico e segurança (FLEURY; OUVERNEY, 2012; MARSHALL, 1967).

Os direitos sociais nem sempre participaram da cidadania, estando limitados aos costumes locais dos feudos, das vilas e cidades no período feudal, se referindo ao direito de participação social. Os direitos sociais são universais, pois colocam os homens em condição de igualdade para transitar livremente, professar pensamentos e crenças, ter propriedades e um mínimo bem-estar econômico e de outras condições para a vida digna (alimentação, educação, saúde) e usufruir do sistema jurídico, sendo um direito que afirma outros direitos no liame das relações sociais (MARSHALL, 1967),

Ao longo do século XX foram desenvolvidas estratégias de intervenção estatal para sustentar o sistema capitalista e paralelamente garantir a cidadania, a exemplo das experiências de Estado do Bem-Estar Social (FLEURY; OUVERNEY, 2012). O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial para regular as condições de trabalho e minimizar os efeitos decorrentes da situação de miséria e pobreza promove formas compensatórias de integração e coesão social, assim como mecanismos e instrumentos eficazes de reprodução da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista.

Decorremos daí que a proteção social desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou status de cidadania e, institucionalmente na formação de complexos de formação social estabelecidos nacionalmente. Por sua vez, as políticas sociais asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos

usuários do sistema de proteção social, apesar disso, dependendo da modalidade de proteção social: assistência social, seguro social e seguridade social, o acesso a uma política social pode ocorrer, respectivamente, por meio de uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio ou usufruto da cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Enquanto política social, a saúde pública é um dos direitos inerentes à condição de cidadania e serve à reprodução dos indivíduos e das coletividades, sendo interferida por múltiplos determinantes (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). O modelo de assistência social ocorreu em contextos socioeconômicos que enfatizaram um Estado mínimo e um mercado auto-regulável. Os valores de liberdade, individualidade e igualdade de oportunidades garantem a livre concorrência do mercado, sendo as necessidades básicas garantidas de acordo com a capacidade de cada um em adquirir seu bem-estar. Aqueles que não conseguem garantir seus provimentos são beneficiários de um serviço e para tal precisam da confirmação da carência por um funcionário. Nessa situação o acesso ao benefício não se configura como direito de fato, mas uma cidadania invertida, de caráter preventivo e punitivo para aqueles que têm atestado o seu fracasso social.

No seguro social é caracterizado pela cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. O recebimento de um benefício tem caráter compensatório com base na solidariedade e na meritocracia por ter contribuído com o seguro. Nesse modelo de proteção social há a legitimação das diferenças entre grupos ocupacionais, cujo benefício será disponibilizado com base na produtividade e contribuição de cada trabalhador, assim, há uma cidadania regulada.

Na seguridade social há um conjunto de políticas públicas inspiradas no princípio de justiça social e de universalidade, garantindo a todos os cidadãos direitos mínimos para a vida, independentemente da existência de contribuições anteriores e tendo como único critério a necessidade dos indivíduos, sendo considerada uma cidadania universal.

A Constituição Federal de 1988 inclui a saúde como uma das políticas da Seguridade Social, as outras duas são a Previdência Social e a Assistência Social (BRASIL, 1988). Apesar disso, Carvalho (2008) aponta que o país sofre grande influência do neoliberalismo econômico, onde há desigualdade de distribuição de renda e recursos e pouco investimento na disponibilidade de direitos sociais. O neoliberalismo produz uma geração de despojado que precisam ser incluído em um contexto escasso de benefícios.

O Brasil é marcado por uma cultura de carência, do clientelismo, do patrimonialismo e da dependência, e seus referenciais de direitos sociais estão na tradição getulista- em uma ótica corporativa e tutelar – e na tradição seletiva dos direitos trabalhista- distribuição de

benefícios aos trabalhadores do mercado formal. Ambas as tradições se distinguem profundamente da tradição igualitária e universalista da modernidade, pois se corporificam nos direitos de trabalho e da previdência e na gestão da pobreza, mantendo a confusão entre o direito e a ajuda/proteção aos pobres e carentes.

A problemática de se pensar cidadania no contexto neoliberal é que este sistema econômico transforma direitos em carências, para que estas sejam demandadas e consumidas (CARVALHO, 2008). Reflete-se sobre como podemos produzir e garantir a cidadania dentro do sistema neoliberal sem cair no discurso do capital, isto é, como não tornar a cidadania um objeto a ser consumido pelas pessoas que necessitam das políticas sociais para ter um mínimo de proteção social?

Se o único meio de existir no sistema de produção capitalista é pelo trabalho, o louco também é submetido a esse esquema de produção e consumo de bens, daí o trabalho e a cidadania serem ao mesmo tempo a causa da desvalorização e estigmatização do louco e o caminho do seu tratamento. A problemática é discutir como a cidadania aparece como demanda para a pessoa com sofrimento e como o Estado e seus representantes podem sustentar outro lugar para esse sujeito que não (ou tão somente) o de cidadão.

Ao compreendemos que o status de cidadania é concretizado nas políticas sociais, que por sua vez se sustenta na legitimação da desigualdade social e minimização dos efeitos do modo de produção capitalista, concluímos que a igualdade de participação social que está no âmbito do coletivo não deve suplantiar a singularidade do sujeito.

4.3. O louco cidadão: processos de institucionalização da loucura e da cidadania na saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciou um debate técnico e político sobre o campo da saúde mental e de crítica ao modelo de assistência psiquiátrica no país, voltando-se para as questões relacionadas à perda de identidade e da dignidade humana e as práticas de violência perpetradas nas instituições manicomiais. A denúncia contra esse modelo de tratamento em saúde mental é impulsionado dentro de um contexto nacional de transformação política, jurídica e econômica que favorece a luta pelos direitos sociais nos anos 80 do século XX, em que a cidadania torna-se o princípio orientador e um signifiante que marca os movimentos sociais na saúde, educação, assistência social, dentre outras reivindicações por políticas sociais (AMARANTE, 1995, 2003; BARROS, 1994; BIRMAN, 1992; CARVALHO, 2009; LANCETTI; AMARANTE, 2014; RESENDE, 1994).

Para dialogarmos sobre a categoria cidadania em articulação com o campo da saúde mental resgataremos como este conceito historicamente foi associado à loucura. A inserção do louco no discurso da cidadania ocorreu com o advento da Revolução Francesa (AMARANTE, 1995, 2003; BIRMAN, 1992; LANCETTI, AMARANTE, 2014; RESENDE, 1994), “quando as individualidades passaram a ser representadas como sendo iguais perante a lei, não obstante a evidente existência de suas diferenças” (BIRMAN, 1992, p.74). Essa captura da loucura pelas ideias de igualdade e de cidadania somente foi possível com o advento das ideias iluministas na transição da Idade Moderna para a Contemporânea, período onde há o rompimento político e econômico entre os burgueses e os reis.

A necessidade da eliminação da hierarquia jurídica se fez necessário a fim de permitir o acesso aos direitos civis ao final do século XVIII e aos direitos políticos no século XIX (MARSHALL, 1967), assim, não condiz com a ausência das diferenças sociais entre os sujeitos, uma vez que a universalização dos direitos de liberdade, igualdade e fraternidade é ofertada ao louco de modo parcial, sendo a cidadania restrita ao direito a proteção e cuidado médico pelo Estado.

A inauguração de um novo modo de relações sociais entre os homens, com base no modo de produção capitalista, eleva a medicina a um *status* que anteriormente pertencia ao mito e à religião. A promessa de uma intervenção individual e coletiva fundamentada no racionalismo científico e na técnica autorizava a operacionalização de um saber-poder que visa à regulamentação dos corpos, do espaço social e da produção de riqueza, uma vez que a saúde das pessoas gera mais mão de obra para as fábricas, alinhando-se ao discurso capitalista.

A psiquiatria se constitui como uma “modalidade de saber e prática da medicina centrada no campo moral” (BIRMAN, 1992, p.80) e que engendra um novo lugar para a loucura no discurso científico, social, cultural e político. De acordo com Resende (1994), o tratamento moral somente declina de seu lugar de verdade com o progresso da bacteriologia, da anatomia patológica e da neurologia, saberes científicos que adentraram ao campo de saberes e práticas da psiquiatria a partir do século da segunda metade do século XIX.

De acordo com Birman (1992), o direito a ter assistência psiquiatria em uma instituição asilar é um paradoxo, uma vez que, na leitura racionalista da sociedade contemporânea, o louco é um indivíduo que não possui razão e nem vontade própria, portanto, não é um ser apto para a produção e a vida social, ao mesmo tempo em que se reconhece a necessidade da intervenção estatal para recuperar sua sanidade e torna-lo um cidadão.

Decorre-se dessa situação a existência de uma cidadania restrita com a promessa de uma futura cidadania plena, onde o louco estará em convívio comunitário com os demais cidadãos.

Para Birman (1992) loucura e cidadania são categorias que não se sobrepõem, mas que foram aproximadas em virtude de questões políticas, econômicas e sociais de acordo com o contexto de cada país e ao lugar destinado ao louco.

Ainda, a ampliação e disponibilidade de direitos sociais no século XX não garantem que haja de fato o exercício da cidadania, principalmente, em sociedades em que o acesso a tais direitos está atrelado a condicionais socioeconômicas, onde o indivíduo recebe algum benefício pela constatação de sua incapacidade para prover o seu próprio bem-estar. Contudo, não fazemos uma crítica à proteção social e a disponibilidade das políticas públicas, uma vez que sabemos que elas existem enquanto apaziguadoras das desigualdades sociais produzidas pelas relações entre Estado, sociedade e mercado, mas faz-se aqui a ressalva de que as próprias políticas públicas são engendradas dentro de um modo de produção capitalista que transforma o desejo em objeto de consumo e que interfere diretamente nas formas de regulação da ordem social pelo Estado (BEHRING; BOCHETTI, 2011; FLEURY; OUVENEY, 2012; MONTAÑO, 2007).

A associação entre a loucura, a capacidade produtiva e a cidadania também ocorreram no Brasil e no Ceará, principalmente nos locais em que a pobreza ocasionada pelas condições naturais e pela gestão do poder público influenciam os modos como se dão as relações sociais e afetivas entre os indivíduos (BIRMAM, 1992; SAMPAIO; SANTOS, 2001), resguardadas as singularidades do país e do estado. Ao compreendermos ao modo como foram se estabelecendo as relações sociais ao longo do século XIX e XX, conseguimos ampliar o olhar para os modelos de assistência psiquiátrica e de cuidado em saúde mental destinado a loucura. O modelo alienista de cuidado em saúde mental surge em uma conjuntura política e econômica em que razão e aptidão para o trabalho caminhavam paralelamente.

No modo de produção capitalista todos participavam da divisão social do trabalho, na linha de produção pouco importava quem executava as várias etapas da produção de um produto, desde que se concluísse a finalidade da produção, não há lugar para a diferença entre os indivíduos, ao contrário das atividades laborais exercidas nos séculos passados que permitiam variações individuais, tais como: agricultura e artesanato (RESENDE, 1994). Estar apto para participar da produção coletiva de bens materiais passou a ser uma exigência a todos os cidadãos, estando os direitos sociais atrelados a capacidade de cumprir com o dever de contribuir para a sociedade, deste modo, compreendemos que o louco é incluído pelo viés

da cidadania para servir ao Estado e ao mercado do mesmo modo que os demais ditos cidadãos, igualando e universalizando a norma social a que a loucura escapa.

Para Resende (1994), a inclusão pelo viés do trabalho foi tão importante para as sociedades moderna e contemporânea que as atividades relacionadas à agricultura, ao artesanato e à arte foram elevadas a condição terapêutica tanto no modelo alienista quanto no modelo psicossocial. Ao se considerar que o louco foi isolado no manicômio por não se encaixar em uma vida para o trabalho nesse modelo, apontam-se questões ideológicas, culturais e econômicas para que se proponham técnicas laborais para o tratamento terapêutico, reabilitação e ressocialização dos ditos doentes mentais (AMARANTE, 2007; DESVIAT, 2015; RESENDE, 1994).

Retomamos o texto de Resende (1994) sobre a história da saúde mental no Brasil, a fim de compreendermos o que Birman (1992) aponta como uma dívida histórica da assistência psiquiátrica brasileira com a loucura. Ressaltamos que o Brasil não vivenciou uma transformação social, econômica, subjetiva e cultural tal quais os países europeus e os Estados Unidos engendrada pelos ideais iluministas e processo de massificação e industrialização da produção de bens. Resguardando as especificidades do contexto brasileiro e das leituras das ideias que aqui chegavam, o campo da saúde mental brasileira importou primeiro o discurso moral sobre a loucura, depois o discurso científico e, por último, o discurso da cidadania.

De acordo com Dunker e Neto (2015) e Resende (1994), o Brasil não vivenciou um processo manicomial como os países europeus e os Estados Unidos da América, embora tenha se perpetrado aqui ideias e práticas de violência e tortura dos loucos, cerceamento de sua liberdade e cronificação da loucura nas instituições manicomiais.

Para Dunker & Neto (2015) os “parques asilares foram majoritariamente planejados no espírito de higienização e autocolonização próprio de nossa modernidade” (p.30), ao contrário da Europa em que os hospitais herdaram as estruturas higienizadas, esquadrihadas e disciplinadas dos antigos leprosários (DUNKER; NETO, 2015; FOUCAULT, 1979). Por sua vez, a reeducação pelo trabalho e para o trabalho também foi um tratamento implantado em solo brasileiro, mas que não alcançou sucesso devido às características culturais e econômicas do país (RESENDE, 1994).

O longo período de escravidão no Brasil marcou de forma pejorativa o trabalho, sendo uma atividade destinada aos escravos, negros livres, imigrantes e pessoas sem prestígio social ou poder financeiro (RESENDE, 1994). O contínuo desenvolvimento econômico iniciado no período imperial e o crescimento da população e da urbanização no começo da República

culminaram com um movimento de repressão e recolhimento de pessoas que praticavam a mendicância e a ociosidade nas Santas Casas de Misericórdia ou prisões.

Da mesma forma que os países europeus, o louco torna-se um problema social, primeiro restringido às instituições junto aos vagabundos e mendigos ao ser considerado inapto para o trabalho e convívio social e, posteriormente, recluso no manicômio e hospício-colônia agrícola, para fins de recuperação da razão, cujo tratamento terapêutico, contraditoriamente, era a laborterapia.

Resende (1994) afirma que a exclusão é um marcador da assistência psiquiátrica brasileira, uma vez que a sua ideologia se baseava em estratégias de remoção, reclusão, abrigamento e prestação de roupas, alimentos e tratamento, sendo proposições contraditórias, pois ao mesmo tempo em que havia a exclusão social como modo de preservar a segurança do louco enquanto cidadão e dos demais cidadãos, a indicação clínica se dava na intenção de curar para que o mesmo exercesse sua cidadania quando retornasse ao convívio social. Deste modo, havia um acordo entre a psiquiatria e a saúde pública para preservar a higiene da cidade e banir todos aqueles que bloqueavam o progresso nacional.

A cidadania e direitos sociais no Brasil estiveram, por muito tempo, restritos à inserção do indivíduo na economia formal, assim, a assistência à saúde para a maioria dos brasileiros era praticada pelas filantropias e ações estatais pontuais, com a oferta de assistência em serviços público-privados após a era Vargas para aqueles que possuíam carteira de trabalho e vínculo empregatício, ainda variando de acordo com o poder de barganha e pressão de cada categoria profissional (CARVALHO, 2008; RESENDE, 1994). O louco é mais um pré-cidadão que não tem garantido os seus direitos e possui uma cidadania restrita (SANTOS, 1979 apud RESENDE, 1994).

No período imperial foram construídos hospícios para a reclusão e o tratamento do doente mental indigente, a exemplo do Hospício de Pedro II (Rio de Janeiro), Hospício de Alienados (Belém), Asilo de alienados de São Vicente de Paula (Fortaleza), houve algum tipo de assistência por meio das contribuições sindicais no início do século XX.

O Ceará tem sua história marcada pelas condições climáticas que, se não impossibilitaram, tornaram muito mais difíceis a ocupação do território e a realização de alguma prática produtiva que gerasse lucro para seus habitantes durante quase todo o período colonial. As constantes secas fizeram com que os sertanejos migrassem para a capital Fortaleza nas épocas de seca, sendo um problema social constante para a gestão da província e ocasionando um esquecimento generalizado de outras condições sociais, a exemplo da saúde da população (BLEICHER, 2015; FREITAS, 2012).

A resposta para os problemas ocasionados pela seca, a saber: aglomeração da população ao redor da capital nos períodos de grande estiagem, empobrecimento da população e transmissão de doenças epidêmicas (malária, varíola e febre amarela), foi prioritariamente o isolamento em campos de concentração e a oferta de ações pontuais de caráter moralista, caritativo e assistencialista, não resolvendo a questão da desigualdade social, apenas a apaziguando e limitando a pobreza em alguns polos da capital de modo a não afetar a vida social da elite cearense. O objetivo maior das intervenções governamentais era a prevenção da ociosidade e do risco social que era iminente aos olhos do governo, devido a crescente massa improdutiva e perigosa para o progresso econômico e social do Estado, seja pela falta de emprego ou pela prática de atos ilegais.

No final do século XIX há um grande investimento do governo provincial para modernizar a capital diante do sucesso econômico proporcionado pela exportação de algodão para a Europa. O pensamento higienista foi operacionalizado pelos médicos com o apoio governamental a fim de limpar o espaço urbano e controlar o crescimento da população dando uma nova estética a cidade. Apontamos que até este momento não havia uma classe médica no Ceará e que as questões relacionadas a saúde e ao adoecimento da população estava ainda imbricado com a religião e práticas curativas herdadas da cultura indígena (BLEICHER, 2015).

A loucura nunca fora objeto de preocupação da gestão local, sendo motivo de incomodo somente ao final do século XIX. Bleicher (2015) relaciona a não institucionalização da loucura ao fato de que o Ceará fora durante muito tempo uma região periférica, além disso, os próprios curandeiros eram ou como feiticeiros ou como loucos, mas sem nenhum constrangimento moral ou social advinha de tais titulações.

Percebemos a pouca importância que se dava as questões sanitárias na província, o único referencial científico para os cuidados em saúde era o Guia de Medicina Popular do Dr. Chernovtitz, obra de sucesso entre os cearenses entre os séculos XIX e XX (BLEICHER, 2015; FREITAS, 2012). De fato, é a ascensão econômica promovida pelo algodão que muda o cenário estético da capital e são as constantes secas que exigem uma tomada de decisão pelos governantes.

Da mesma forma que a capital do país Rio de Janeiro e com um atraso de mais de três séculos, Fortaleza recebeu uma Santa Casa de Misericórdia, instituição caritativa e filantrópica que se destinava ao acolhimento das pessoas pobres que eram acometidas por doenças contagiosas (malária e febre amarela eram as mais comuns) (BLEICHER, 2015; FREITAS, 2012). A construção da instituição foi iniciada no ano de 1847 com o custeamento

financeiro governamental e, na medida que a obra avançada, algumas alas iam sendo ocupadas pelas pessoas doentes, pobres e indigentes, sem nenhuma perspectiva curativa, uma vez que a instituição era administrada pela Irmandade da Misericórdia desde o ano de 1851. Após a finalização da obra, houve um curto período de tempo em que o prédio foi cedido para o funcionamento do colégio Liceu do Ceará (1857-1861), sendo somente após o ano de 1861 que a santa Casa de Misericórdia passou de fato a ser um local de cura com a contratação do médico Alves Ribeiro (FREITAS, 2012).

Um fato curioso é apontado por Bleicher (2015) que nos atenta para o curto período de tempo entre a construção da Santa Casa de Misericórdia e criação do Asilo de Alienados São Vicente de Paulo no ano de 1877. Na década de 1874, os loucos já ocupavam um espaço considerável da Santa Casa, sendo iniciada uma campanha para arrecadação de insumos para a construção do asilo, embora não exista registros de que a província contasse com algum médico alienista (BLEICHER, 2015; FREITAS, 2012). Inclusive, a questão de isolamento dos loucos não ocorre para fins terapêuticos, mas pela perspectiva moralista de outrora, já que os loucos transeuntes ofendiam os bons costumes da população da capital, outra característica importante no estado é que o discurso alienista será produzido por médicos não especialistas, representantes políticos e da Igreja Católica que intensifica a ideia de que o caráter sanitário não era a prioridade para aquela época.

O louco e o pobre serão objetos das intervenções públicas muito mais pelo incômodo que gera para a administração pública, uma vez que ambos ocupavam os espaços públicos do que pela real tentativa de cuidado em saúde e cuidado com o bem-estar social. A cidadania aqui já se faz presente de maneira institucionalizada e individualizada, não se trata em nenhum momento de reconhecer o papel do Estado na produção da exclusão social, mas de delegar ao próprio indivíduo a culpa pela sua condição de vulnerabilidade diante do contexto social. O Asilo de Alienados, os lazaretos construídos para depositar aqueles que padeciam das epidemias e até mesmo uma colônia para crianças órfãs eram soluções parciais para esconder a pobreza da região. Onde o assistencialismo, a caridade e a filantropia imperarão não houve uma transformação social, mas uma promessa de cidadania não concluída.

A literatura sobre o campo da saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2007; BASAGLIA, 1985; DESVIAT, 2015; RESENDE, 1994) nos faz perceber que os defensores da reforma psiquiátrica italiana e brasileira construíram uma crítica ao tratamento laboral inaugurado por Pinel. Na concepção basagliana, o trabalho mantém seu lugar de proximidade com o tratamento da loucura, agora com uma nova ideia de produção de cooperação, cidadania, subjetividade e sociabilidade nas relações estabelecidas dentro de cooperativas de

trabalho (AMARANTE, 2003; LANCETTI; AMARANTE, 2014). Compreendemos que não há a superação da dualidade entre inclusão-exclusão social, já que a defesa da existência de espaços de cuidado em saúde mental se dá por aspectos sociais e econômicos, onde o louco ocupa o lugar de cidadão.

Na perspectiva de Franco Basaglia, a desigualdade social e a exclusão econômica atingiram amplamente aqueles que estavam em posições hierárquicas inferiores e, com a mesma intensidade, foram operadas medidas legais de vigilância e punição e criadas instituições de correção moral e de trabalho para combater todas as formas de mendicância, vagabundagem e ociosidade. A miséria e a violência produzidas pelo sistema de produção capitalista são responsáveis pelo adoecimento mental e a cura viria, portanto, do combate as conjunturas macrossociais que as produzem (AMARANTE, 1995, 2003; BASAGLIA, 1979, 1985; RESENDE, 1994).

De acordo com Basaglia (1985), o hospital participa de um conjunto de instituições sociais (família, escola, fábrica, universidade) que sustentam a divisão de funções através do trabalho, em uma relação de desigualdade, opressão, violência e exclusão perpetrada por quem tem o poder contra aqueles que não o têm. O manicômio tem sua existência garantida porque pretende tornar “racional o irracional” (p.33), isto é, curar a doença mental tal como concebida pela psiquiatria moderna.

Para Basaglia (1985), a aplicação da violência varia de acordo com a necessidade em ocultá-la ou disfarçá-la na sociedade contemporânea, uma vez que no Estado do bem-estar social as contradições sociais devem ser amenizadas e deverá ser perpetrada por diferentes agentes estatais. No contexto das instituições manicomiais essa reprodução da violência e exclusão é justificada pela suposta culpa do louco pelo seu adoecimento, assim, o autor denomina os hospitais psiquiátricos de “instituições da violência” (BASAGLIA, 1985, p. 102), não restando outra estratégia que não a extinção total das instituições manicomiais e a criação de serviços substitutivos.

Ao mesmo tempo em que o representante do Estado replica a violência e exclusão, também é excluído, pois apenas executa automaticamente uma ação que não lhe é própria, deste modo, para o autor, o profissional que cuida de pessoas com doença mental “não há outra solução senão refutar o ato terapêutico cujo único objetivo é atenuar as reações do excluído em relação ao excludente” (BASAGLIA, 1985, p.104).

Diante de uma estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica da instituição psiquiátrica, Basaglia percebe a relação terapêutica entre médico e paciente como uma nova violência em que a única função do profissional, enquanto representante do Estado, seria adequar o

paciente a sua condição de objeto de violência, assim, propõe que “a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento, e em praticamente qualquer lugar, se a nível do doente mental livre” (BASAGLIA, 1985, p. 106).

O território é o espaço privilegiado para que o louco possa participar das relações sociais, políticas, afetivas e ideológicas (LANCETTI; AMARANTE, 2014), deste modo, para aqueles que compartilham do ideal de cidadania tal como Franco Basaglia combater a lógica manicomial é construir outro modelo de cuidado em saúde mental. Nesse modelo, o louco é incluído em uma “situação de vida normal” (BASAGLIA, 1985, p.64), onde lhe são garantidas condições mínimas de alimentação, habitação e de trabalho para viver dignamente e ter uma consciência de vida (BASAGLIA, 1979, 1985). A mudança de vida ocorre no plano socioeconômico, com base em uma relação alternativa entre médico-paciente, onde o ato profissional torna-se técnico e político.

No contexto social italiano, as experiências de Gorizia e de Trieste foram expandidas no país a partir da promulgação da Lei 180 de 13 de maio de 1978, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia. Os centros de saúde mental criados pela lei funcionam como serviços substitutivos para ofertar assistência e cuidado multiprofissional intra-serviço e no território (residências, escolas, praças, locais de trabalho, associações comunitárias, dentre outros) e apoio a crise durante 24 horas por dia e todos os dias da semana. Há também um projeto de criação de cooperativas de trabalho e de residências para pessoas que devido questões econômicas, sociais e familiares não podem construir suas próprias casas (LANCETTI; AMARANTE, 2014).

A reforma psiquiátrica brasileira defende a cidadania como princípio orientador do cuidado as pessoas com sofrimento e o tratamento em espaços livres, comunitários e, preferencialmente, no território de origem desses indivíduos, a fim de que as mesmas possam habitar a cidade e exercer a cidadania, portanto, conserva uma estreitamente relação com as ideias de Basaglia e à experiência da psiquiatria democrática na Itália (AMARANTE, 2003; BIRMAN, 1992; LANCETTI; AMARANTE, 2014). A defesa e a busca de direitos considerados essenciais para a garantia da cidadania do louco é vista como o pagamento de uma dívida do Estado e da sociedade por ter permitido a exclusão social dos doentes mentais durante um longo tempo, em que o tratamento nas instituições manicomiais existiu como única forma de assistência as pessoas com doença mental (BIRMAN, 1992).

Para Elia (2015), o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, inspirado pela ideia basaglianas, possuía uma proposta de desmonte da lógica manicomial que instigava a sociedade a suportar a loucura, sendo a inclusão social, ao mesmo tempo, uma meta e uma

consequência dos serviços assistenciais de saúde. No entanto a reforma psiquiátrica não para, ou não deveria para, nessa finalidade, pois a loucura e o cuidado proposto pela atenção psicossocial são muito mais complexos do que o campo da saúde. O Centro de Atenção Psicossocial seria então, mais que um serviço de saúde, um dispositivo que congrega um conjunto de ações territoriais e intersetoriais que permitem que a sociedade mude sua posição diante do louco.

Nos anos 50 do século XX eram expressivas e recorrentes as denúncias de perpetração de violências diversas contra os pacientes (maus-tratos, tortura, abuso sexual são os mais relatados na literatura), má condição sanitária das hotelarias, baixa qualificação atendentes, superlotação dos internos, falta de condições sanitárias e de assistência médica nos hospícios em todo o país.

Nas décadas de 60 e 70, há uma mudança no perfil dos doentes mentais assistidos pelo Estado brasileiro, já que o governo militar intensificou a contratação de hospitais privados para assistir os trabalhadores e seus dependentes contribuintes do Instituto Nacional da Previdência Social- INPS, aumentando a superlotação dos manicômios privados e o tempo de internação de cada paciente e expandindo o perfil nosológico da clientela, em um ciclo de internações e cronificação das pessoas que favorecia a uma “indústria da loucura” (RESENDE, 1994, p.62).

Nos primeiros anos da década de 70, as críticas a esse sistema industrial de tratar a loucura e a presença de militantes e pesquisadores da saúde mental no Ministério da Saúde, nas Secretárias Estaduais de Saúde e no INPS somado aos fatores econômicos da conjuntura brasileira modificaram a assistência psiquiátrica brasileira, onde se buscou a redução da quantidade de pessoas internadas e do tempo de internação.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira- RPB transcende a reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico e a modernização e humanização das técnicas terapêuticas, uma vez que amplia o cuidado e a inserção social da pessoa com sofrimento para outros setores das políticas públicas e para experiências comunitárias de cuidado em saúde não governamentais. Desta forma, a assistência psiquiátrica é um dos temas que compõem a agenda de discussão da RPB, cujo objetivo principal é a desinstitucionalização da loucura e o deslocamento do louco do lugar de não-cidadão para o de cidadão (AMARANTE, 2007; BARROS, 1994; BIRMAN, 1992).

A cidade de Santos se destaca por ter sido a primeira cidade brasileira a instituir uma rede de saúde mental de inspiração na reforma psiquiátrica italiana, incluindo a atuação nos campos de outros direitos sociais, a saber: assistência social e educação, e ações com públicos

específicos, a exemplo de pessoas que faziam uso abusivo de drogas e crianças em situação de rua e exploração sexual (LANCETTI, AMARANTE, 2014).

Segundo Amarante (2007), a RPB tem como dimensões o campo epistemológico/teórico-conceitual, dimensão técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Estas dimensões estão entrelaçadas, portanto nossa reflexão vai ao encontro das reverberações da leitura desse autor para a atual configuração da Rede de atenção Psicossocial no Brasil.

O aspecto teórico-metodológico faz uma reflexão acerca dos conceitos produzidos pela psiquiatria para nomear a loucura, a saber: alienação, degeneração mental, doença mental e transtorno mental, e sobre os conceitos que representam os tipos de tratamento, tais como: isolamento terapêutico, tratamento moral, terapêutica e cura, dentre outros. O intuito é que a compreensão da ideologia por traz dessas terminologias permita a construção de saberes e práticas não mais estigmatizantes e excludentes (AMARANTE, 2007).

De acordo com Barros (1994), o próprio conceito de saúde mental passa a ser questionado pela RPB, pois a terminologia está mais próxima do campo científico do que da experiência humana da loucura. Vale lembrar que esta crítica vai ser observada na dimensão jurídico-política, na qual a rede de cuidado passa ser nomeada de Atenção Psicossocial, a fim de demarcar um campo mais amplo de intervenção e denunciar o viés institucionalizador do antigo modelo de assistência psiquiátrica, além de tornar o louco um cidadão.

Ainda na dimensão epistemológica, há uma desconstrução do conceito de clínica, compreendida por Amarante (2007) como sinônimo de isolamento terapêutico ou tratamento moral na perspectiva de Philippe Pinel, Willian Tuke e Vincenzo Chiarugi no século XIX. Para Amarante (2007), a clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira é uma proposta de desinstitucionalização, com base em um processo ético-estético, em que há a produção de possibilidades e de sociabilidades e uma nova subjetividade: o sujeito de direito, que por sua vez tem novos direitos. Esta inserção social do louco se relaciona à dimensão sociocultural e ao maior objetivo da RPB (AMARANTE, 2007), pois se aposta que a garantia de direitos sociais permite a transformação do lugar social da loucura ao ser igualado ao estatuto de cidadão como as demais pessoas.

Em nossa leitura compreendemos que o objeto da clínica da atenção psicossocial é o louco enquanto cidadão, isto reverbera diretamente na dimensão técnico-assistencial, cujo novo modo de fazer/produzir o cuidado busca a superação da ideia de loucura como perda da razão e de práticas de tutela e vigilância exercidas na relação institucional entre técnico e paciente na clínica da medicina naturalista. A ideia de colocar a doença entre parênteses de

Basaglia é reinterpretada por Amarante (2007) como uma clínica que também é posta entre parênteses e que terá como foco o sujeito da experiência.

Acreditamos que apontar a cidadania como princípio ético orientador das práticas de atenção psicossocial cria um impasse na própria atitude subversiva pretendida pela RPB, uma vez que, o que se aponta é uma clínica que já traz um saber sobre esse sujeito, a saber: a cidadania como discurso a ser incorporado subjetivamente pelo indivíduo (AMARANTE, 2003).

Resguardando todas as diferenças entre o modelo manicomial e o modelo instituído pela reforma psiquiátrica brasileira, percebe-se que as práticas de assistência à loucura tentam marcar o corpo do louco pelo significante da cidadania. No primeiro modelo há a exclusão de seus direitos em prol de uma recuperação da razão que lhe garantiria a cidadania plena (BIRMAN, 1992; LANCETTI; AMARANTE, 2014; RESENDE, 1994). No segundo há a libertação do louco para o tratamento e convívio comunitário que, com base na ocupação de espaços sociais, permitiria o exercício da cidadania (AMARANTE, 1995; LANCETTI; AMARANTE, 2014; RESENDE, 1994).

Alinhamos nossas reflexões a ideia defendida por Birman (1992) de que há um paradoxo entre a loucura e a cidadania na forma em que são pensadas pelas reformas psiquiátricas italiana e brasileira, pois a loucura continua identificada a uma forma de alienação social e a solução para a inclusão do louco seria a instauração da cidadania, da consciência de vida e o reconhecimento positivo de si (BIRMAN, 1992, p.87). Para o autor, a contradição está na relação dual entre um estatuto negativo e outro positivo da cidadania, pois o resgate da cidadania do louco pelos movimentos reformistas e sociais do campo da saúde mental ocorre com base na tentativa de torná-lo cidadão a partir de uma assistência psiquiátrica e proteção do Estado.

Ser encoberto pelo manto da cidadania não garante por si só que este signo fará parte da rede de significantes do louco, isto, é, terá algum sentido para a pessoa que sofre. As práticas instituídas pela RPB nos serviços assistenciais de atenção psicossocial são orientadas por esse princípio partindo de uma cidadania enquanto direito político para todos e que, por sua vez, garante o acesso a direitos sociais, a exemplo da saúde, mas que não dialogam com a demanda de cada sujeito para quem este discurso é direcionado.

Compreendemos que este lugar do cidadão não tem conseguido comportar a complexidade e a verdade que o louco aponta para os trabalhadores da saúde mental. Como afirma Birman (1992), não há o reconhecimento de que existe verdade na experiência da loucura e de que esta tem a marca fundante de um sujeito, o que há é uma “negativização da

experiência da loucura” (BIRMAN, 1992, p.87) e a oposição entre as categorias de verdade e de subjetividade mantendo as mesmas contradições do discurso alienista.

O discurso freudiano já reconhecia a especificidade da experiência da loucura e a presença da verdade fundada no sujeito (BIRMAN, 1992). Não vamos aqui nos deter a uma explicação da loucura na obra freudiana e lacaniana, base teórica de nossa pesquisa, mas salientamos que desde os primórdios da Psicanálise há a preocupação de seu fundador com as questões sociais que afetam a subjetividade humana e a articulação com a Saúde Pública (FREUD, 1919/2010a).

A Psicanálise sustenta desde Freud o ato de escuta do sujeito, responsabilizando-o pelo seu sofrimento, assim, a escuta do sujeito do inconsciente e do modo como faz laço social pode trazer algo que o recoloca em uma posição de autoria e sustentação de seu desejo, estando aí uma possível contribuição da psicanálise para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Apontamos que a Psicanálise não é a solução para toda a miséria humana, mas não podemos deixar de apontar que se, historicamente, a Psicanálise foi e ainda é claramente fértil aos campos da Saúde Coletiva, da Saúde Mental e da Saúde Pública, hoje existe um trabalho de depreciação da teoria psicanalítica por aqueles que advogam, ideologicamente, contra a clínica.

Acreditamos que para que a reforma psiquiátrica brasileira seja efetivada é necessário considerar o coletivo - para todos, na garantia do um a um - no que demarcamos como singular. Por compreendermos que é o analista que sustenta a psicanálise nos serviços assistenciais dessa rede psicossocial que trazemos no próximo capítulo as contribuições da Psicanálise para o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira.

5. SUJEITO DO DESEJO E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A Psicanálise se insere no Brasil na década de 20 por meio da implantação de instituições psicanalíticas e do ensino de suas diferentes vertentes, em um primeiro momento, entre intelectuais e artistas vanguardistas com um caráter crítico e subversivo e, posteriormente, entre médicos e pedagogos ligados ao movimento higienista, assim, a psicanálise foi ensinada para fins de profissionalização, especificamente na região sudeste do país (DUNKER; NETO, 2015).

De acordo com Dunker e Neto (2015), a entrada das ideias psicanalíticas em solo brasileiro contribuíram para a constituição do campo da saúde mental, por meio de um processo de institucionalização do sofrimento e de uma regulação das formas de vida destoantes da norma social pelo Estado, e para a consequente produção e expansão do complexo asilar (DUNKER; NETO, 2015).

Cabe-nos apreciar o ponto de virada de posição de alguns psicanalistas diante do contexto histórico e social brasileiro ao decorrer do século XX, a saber: ditadura militar e cerceamento da liberdade de expressão, acirramento das desigualdades sociais, desinvestimento financeiro e sucateamento das instituições públicas, exclusão social principalmente de grupos minoritários, a exemplo do louco, ao mesmo tempo em que movimentos sociais, profissionais e políticos lutavam contra o regime ditatorial e em prol da garantia de direitos básicos para a manutenção da vida e da participação política.

Na década de 80, alguns psicanalistas no Brasil assumem uma posição de diálogo com os movimentos político-sociais contribuindo para a consolidação da política pública de saúde e para a criação de equipamentos de saúde que consideram além da cidadania, a ética e a escuta do sujeito dentro de instituições públicas propondo-se a realizar a promoção da saúde mental (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006; DUNKER; NETO, 2015; ELIA, 2015; FIGUEIREDO, 2009; RINALDI, 2006, 2015; TENÓRIO, 2002).

Neste momento, percebemos que não se trata de ensinar a psicanálise como mais uma técnica para tratar a loucura, mas de transmitir e sustentar um conhecimento que advém do próprio sujeito na clínica psicanalítica, considerado o único capaz de falar de si com seus recursos possíveis. Não se trata de um saber esotérico como pensado na Idade Média ou de um discurso produzido pela psiquiatria que deve ser assimilado pelo louco como no século XVIII (FOUCAULT, 1979), mas de um saber inconsciente que se produz discursivamente pela articulação dos campos do sujeito e do Outro (ELIA, 2010; RINALDI, 2002).

Em Psicanálise, a noção de sujeito corresponde há um posicionamento na linguagem, por meio da inserção neste campo e como efeito deste, possibilitando a representação dos objetos no mundo e a significação das experiências (COUTINHO JORGE, 2002; ELIA, 2010; FREUD, 1915/1974, 1914/2010b; LACAN, 1949/1998, 1953-1954/1986).

A categorização da noção de sujeito surge com os textos de Jacques Lacan, no entanto, embora seja preciso didaticamente defini-lo para fins de reconhecimento de sua existência, sabe-se que o sujeito não se trata de um conceito em si, uma vez que esta é uma categoria que se confere a uma experiência psíquica. Para a psicanálise o humano é um ser de linguagem, assim são as palavras que denunciam a existência de um sujeito a partir dos tropeços do inconsciente quando este se põe a falar de sua experiência (COUTINHO JORGE, 2002; ELIA, 2010; LACAN, 1972-1973/1985, 1963-1964/1988; RINALDI, 2002).

Consideramos que seja importante certa digressão para o plano das relações imaginárias, no sentido de recuperar o que entendemos como sujeito. Ao nascer, o infans se encontra desamparado, seu corpo pulsional necessita do outro para satisfazê-lo psíquico e organicamente. Há um jogo de posições entre o bebê, que faz o apelo ao outro para a satisfação de suas necessidades, e o cuidador, que interfere a partir de seu desejo para supor uma demanda no bebê, deste modo, nos primórdios da constituição psíquica há uma relação de dependência entre o bebê e o outro. O reconhecimento de um desejo no bebê e o empréstimo de significados dos objetos do mundo, permitindo que ele se reconheça e se identifique com o discurso transmitido por quem exerce a função de maternagem, deixa uma marca simbólica no bebê (FREUD, 1914/2010b). A constituição psíquica depende dessa inserção num sistema simbólico feita por outrem, uma vez que alguém nos coloca no campo das significações por meio da articulação da dimensão desejante (FREUD, 1915/1974).

É o campo de significações do outro que torna a criança um ser vivente, pois é preciso que o bebê, em um primeiro momento, se aliene no discurso que é de outro para que, posteriormente, se separe desse semblante e compareça com seus próprios significantes, em um processo denominado por Lacan de alienação-separação da criança em relação ao seu semelhante (LACAN, 1949/1998, 1953-1954/1996).

Para Elia (2010), o sujeito nasce de um ato de resposta à falta instaurada pela castração narcísica, como processo final da triangulação entre o exercício das funções materna e paterna e a criança. A produção e transmissão discursiva dos cuidadores à criança somente é possível em referência ao Outro, pertencente ao campo da linguagem (LACAN, 1949/1998, 1953-1954/1996). O adulto encarna para o recém-nascido a ordem social e cultural, possibilitando o acesso ao mundo por meio de um discurso que vem do outro e que funda e define a realidade

para cada um, embora este não pertença à cultura, mas a uma ordem de significante (COUTINHO JORGE, 2002; ELIA, 2010).

Apreendemos em Lacan que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, assim, quando nos referimos ao campo do sujeito do desejo estamos indicando que este pertence à dimensão inconsciente. A referência ao sujeito de desejo não se trata de uma categoria em si, pois não há valores que possam o definir, uma vez que o sujeito ocupa o lugar de agente que produz a verdade sobre si, lugar que somente pode ser ocupado no discurso do analista (COUTINHO JORGE, 2002; ELIA, 2000; FURTADO; ARAÚJO; SANTOS, 2014).

A Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2011) traz como princípio orientador de seus serviços a cidadania, deste modo, todos que participam da oferta dos serviços dessa política social devem garantir que o louco seja inserido socialmente como um cidadão. Por outro lado, há pouca consideração de ações que viabilizem a expressão do sujeito. Apontamos que a sustentação desse lugar depende de que haja um analista, a fim de oferecer um espaço em que o sujeito poderá falar do seu lugar em referência ao laço social.

Por vezes, percebemos que a cidadania, no campo das políticas públicas de saúde, se apresenta como um saber já dado e incorporado no olhar e na palavra de seus agentes direcionados a um sujeito da razão, que deve se identificar e sustentar as práticas de reabilitação ofertadas pelos serviços da atenção psicossocial.

Para os autores Dunker e Neto (2015) e Rinaldi (2002), nos centros de atenção psicossocial os trabalhadores de saúde mental ocupam a posição de comando, agenciando o discurso da cidadania sobre o outro, o dito usuário. O produto dessa articulação é a constituição de um diagnóstico que desconecta o sujeito de sua verdade.

Os profissionais que atuam com a loucura são apontados como agentes da cidadania. Mesmo que não se reconheçam enquanto operadores de uma política social focada na oferta de um serviço a partir de condicionalidades atribuídas ao cidadão, os trabalhadores em suas práticas podem reproduzir um discurso técnico cada vez mais especializado que determina a demanda do outro.

Dizer que aos trabalhadores de saúde cabe agenciar a cidadania não significa desconsiderá-los em seus discursos de sofrimento, uma vez que as constantes queixas sobre aguentar a miséria da loucura e os impasses de lidar com a demanda do sujeito e a demanda do Estado não exclui no discurso que o condiciona, antes o reforça através de uma ideia ilusória de que dele não faz parte.

5.1. Interlocuções entre a Atenção Psicossocial e a Clínica do Sujeito em Psicanálise.

A saúde mental é um campo polissêmico e plural, relacionado ao estado mental dos sujeitos e coletividades (AMARANTE, 2007), entretanto, as diversas ideologias e teorias convergem e divergem na execução de práticas de cuidado. Advertimos que a divergência não condiz com uma oposição, mas diz de uma diferença entre os saberes que repercute no lugar da clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De acordo com a portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011), a Rede de Atenção Psicossocial tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Em suas diretrizes, o respeito aos direitos humanos e o combate aos preconceitos, o acesso a serviços com qualidade e de modo equânime, e o cuidado humanizado, integral, reabilitador e diversificado executado no território são fomentados a fim de resgatar e garantir a cidadania dos usuários.

A palavra clínica ou as ideologias e sentidos que cabem nesse signo não estão presentes no texto da portaria ou, pelo menos, não de forma clara. Os efeitos de um trabalho clínico podem ser supostos no desenvolvimento de estratégias de redução de danos, na construção de projetos terapêuticos singulares, de forma teórica nas atividades de educação permanente ou na atuação dos profissionais nos pontos de atenção citados, mas essa é uma elaboração nossa e não é garantido que isso ocorra de fato no cotidiano dos CAPS, inclusive, é essa ausência de um trabalho orientado pela perspectiva clínica foi sentida em nossa experiência na Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral, sendo um dos motivos para o nosso trabalho.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira identificou a exclusão social e o cerceamento da cidadania do louco como componentes históricos da assistência psiquiátrica pública brasileira, tornando a reabilitação psicossocial uma estratégia prioritária para a troca social e afetiva entre os indivíduos e para o resgate da cidadania (AMANCIO, 2012; ELIA, 2015; TENÓRIO, 2001). Porém, a cidadania tomada como um imperativo a ser seguido pelos usuários e técnicos e a recusa de qualquer modelo de clínica ocasionou uma abdicação ao tratamento dos sintomas e ao discurso do psicótico, causando impasses para a práxis no campo da saúde mental (AMANCIO, 2012).

Percebemos que a reforma psiquiátrica brasileira tem se colocado em oposição à clínica psiquiátrica tradicional, mas não se pode deixar de notar que há mobilizações dentro deste campo que defendem ainda a negação de todos os modelos de clínica. Entendem que as práticas clínicas de cuidado não dialogam com as questões coletivas e sociais ou por as

considerarem inoperantes, sustentando uma prática de cuidado fundamentada e restrita na capacidade de negociação e trocas materiais e simbólicas entre os indivíduos no que denominam de reabilitação psicossocial (BERTOLOTE, 2001; SACARENO, 2001a).

Campos (2013) tece uma crítica à clínica médica, por considerá-la a-histórica e restrita à ausculta. Em seu lugar, propõe uma clínica do sujeito ou uma clínica ampliada. A noção de sujeito, aqui, pressupõe uma constituição concreta, social e subjetiva, que, com base na perspectiva basagliana, coloca a doença entre parênteses a fim de exercer um protagonismo e uma cidadania ativa nas suas relações sociais e afetivas.

Compreendemos que parece haver uma torção à crítica que se faz, tendo em vista que nem a clínica médica é a clínica a qual a psicologia se dedica e nem a clínica a qual a psicologia se dedica é a psicanálise. Portanto, estamos diante de diversas bases epistemológicas da clínica e tal confusão de síntese destas clínicas indica problemas que estamos a apontar neste trabalho. Há constantes apontamos contra a entrada do conhecimento psicanalítico nas instituições públicas de saúde mental (TENÓRIO, 2008), como se sua clínica fosse alheia às produções culturais e sociais do homem.

A reabilitação psicossocial é considerada uma necessidade ética de todos os profissionais que se voltam para a problemática da saúde mental. Ela engloba os usuários, familiares dos usuários e comunidade no processo de saúde-doença, uma vez que a capacidade de contratualidade entre estes indivíduos é exercida em diversos cenários e situações da história de vida de uma pessoa, deste modo, o objeto da reabilitação psicossocial não é o indivíduo isolado, mas em relação com os outros, com base no exercício pleno da cidadania (BERTOLOTE, 2001; PITTA, 2001; SACARENO, 2001a, 2001b).

Nessa perspectiva, o serviço e as técnicas devem ser pensados e organizados a fim de construir a cidadania plena, considerando questões micro e macrosociais que modificam a realidade de cada bairro, cidade e estado e que influenciam a contratualidade dos indivíduos. Os profissionais devem ser capazes de elaborar atividades no âmbito individual, familiar e comunitário que maximizem as oportunidades de recuperação da capacidade de negociação e minimizem os efeitos cronificadores e desabilitantes do transtorno mental (PITTA, 2001).

A orientação do cuidado na atenção psicossocial é a ética da cidadania, pois se busca atender as demandas das pessoas em sofrimento severo e persistente com vistas a superar as práticas manicomial e tutelares, de tal modo, que exige dos trabalhadores da saúde mental vontade política e uma sensibilidade para prestar os cuidados as pessoas em sofrimento. Há também a preocupação para que a reabilitação psicossocial não se torne uma estratégia cristalizada que reproduz o modelo antigo de cuidado em saúde mental, ou seja, que não

enfoque na incapacidade e anormalidade dos indivíduos (BERTOLOTE, 2001; PITTA, 2001; SACARENO, 2001a, 2001b).

Os psicanalistas que têm se implicado com a reforma psiquiátrica brasileira coadunam com a crítica à psiquiatria biológica e ao modelo manicomial, adentrando ao campo da saúde mental com base em uma clínica que considera o sujeito e a ética do desejo (BEZERRA, 2001; ELIA, 2010; FERREIRA, 2013; MIRA, 2005; RINALDI, 2002, 2010; TENÓRIO, 2001). No entanto, a exclusão de um trabalho orientado pela clínica ou a restrição deste trabalho nos serviços que compõem a Política de Atenção Psicossocial brasileira tem causado uma oposição entre estes diferentes tipos de cuidado: clínica do sujeito e reabilitação psicossocial.

Os autores Bezerra (2001) e Tenório (2001) propõem que essa rivalidade seja superada com base no reconhecimento das distinções entre as práticas nos serviços de saúde mental e da realização de um trabalho solidário entre os técnicos, a fim de oferecer um dispositivo capaz de favorecer que o psicótico se exerça no laço social. Concordamos que tal oposição não existe ou que não deveria existir, uma vez que, tratam-se de espaços de cuidado e de abordagem diferentes do sofrimento.

De acordo com Bezerra (2001), a psicanálise pode se interligar à clínica ampliada, pois pensa o sujeito em relação com suas referências sociais, assim, o trabalho nas políticas públicas considera também os fatores socioeconômicos que interferem na subjetividade e na sobrevivência do indivíduo. Deste modo, o trabalho orientado pela clínica psicanalítica nos serviços de atenção psicossocial visa dar voz ao discurso do psicótico, enquanto o lugar no qual o sujeito se sustenta, portanto, compreendemos que a clínica permite que se estabeleça “um espaço de trabalho subjetivo onde ele possa fazer dos fenômenos e das dificuldades que o acometem uma ‘inscrição do sujeito’” (TENÓRIO, 2008, p.89-90).

A transformação institucional promovida pela reforma psiquiátrica brasileira ao se posicionar politicamente contrária à lógica manicomial pelo viés da cidadania, trouxe também uma política compensatória de concessão de benefícios, da participação em movimentos sociais e do retorno ao universo de trabalho como formas de tornar o louco um cidadão e apagando a escuta clínica das singularidades de cada sujeito (AMANCIO, 2012; DUNKER; NETO, 2015; TENÓRIO, 2001; 2006).

De acordo com Mira (2005), o novo paradigma da cidadania marca o processo de transformação da assistência psiquiátrica, desconsiderando a fala dos loucos pelo olhar clínico e executando uma escuta do paciente pelos seus direitos e necessidades sociais. Diferente da clínica do sujeito do desejo proposta pela psicanálise, na clínica desenvolvida nos centros de

atenção psicossocial “falar e ser escutado entra na série dos direitos do cidadão, sendo a defesa da fala dos pacientes um requisito na conquista da cidadania” (MIRA, 2005, p.152). Novamente, ressaltamos que concordamos que há diferença entre a clínica psicanalítica e a clínica psicossocial, já que são ideias diferentes de abordar a noção de sujeito e de sofrimento, mas que essa distinção não está no âmbito qualitativo, uma vez que as clínicas não se sobrepõem. No entanto, a escuta das necessidades do indivíduo considerado cidadão não pode prescindir a escuta do sujeito.

Os efeitos da relação discursiva instaurada pelo modo como a categoria cidadania tem sido utilizada na política pública de saúde mental podem ser observados na tutela do usuário, por meio da inclusão em programas sociais que não necessariamente os insere de forma simbólica no social ou os permite se responsabilizar pelo seu sofrimento e tratamento. Os trabalhadores da saúde também são expostos a uma conjuntura social que muitas vezes transcendem as suas atribuições e competências profissionais e seus valores pessoais, operando também a partir de significantes que não são seus e que lhe causam estranhamento e angústia.

A posição de objeto de cuidado e tutela ocupado pelo louco e a que se dirige o discurso dos trabalhadores impulsionado pela verdade da cidadania produz situações cronificadoras tanto quanto as antigas práticas, deixando o louco dependente de serviços de reabilitação psicossocial que deveriam ser somente de passagem (GENEROSO, 2008 apud RINALDI, 2010).

A rejeição à clínica psiquiátrica tradicional e conseqüentemente a todas as outras clínicas pertinentes a psiquiatria, psicologia e psicanálise, ofuscou as questões clínicas da loucura, colocando em oposição os significantes: clínica e política, ou seja, sujeito e cidadania (AMANCIO, 2012; DUNKER; NETO, 2015; RINALDI, 2002; TENÓRIO, 2001, 2006). Se antes a retórica da exclusão marcava negativamente a clínica tradicional, o campo discursivo da saúde mental é atualmente balizado pela retórica da inclusão que fundamenta e orienta uma clínica psicossocial cuja função é político-social, deslocando de modo imperativo a demanda de cura do louco para a demanda de reinserção social (DUNKER; NETO, 2015; RINALDI, 2010). O que não significa dizer que a psicanálise não tenha avançado e venha resistindo por meio da ocupação de espaços nas instituições públicas de saúde mental. A psicanálise vive dessas tensões e o analista é quem faz resistência ao apagamento das singularidades e sustenta os efeitos do inconsciente.

A retórica da inclusão social e a cidadania servem ao discurso do mestre tal qual o discurso pineliano de bem dizer sobre a loucura e bem fazer pelo louco, uma vez que, o louco

é compreendido através das categorias de cidadão de direitos e usuário de políticas sociais que já falam de sua demanda, logo, torna-se dependente do atendimento dessas demandas a que pertencem no discurso da saúde mental (LO BIANCO, 2015).

Essa demanda de reinserção social está fadada ao insucesso, pois se trata de um sujeito que tem direito ao cuidado, mas que não tem a possibilidade de se responsabilizar por seu cuidado e por aquilo que sofre (LO BIANCO, 2015; RINALDI, 2005).

5.2. Contribuições do campo do desejo para o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial

A reforma psiquiátrica brasileira enfrenta como desafios atuais a desinstitucionalização e a expansão dos centros de atenção psicossocial enquanto dispositivos que buscam sustentar a oferta de cuidado que se opõe a exclusão social, a tutela e ao cerceamento da cidadania que vigoravam outrora no modelo manicomial. No entanto, fazer diferença para o sujeito que sofre não depende somente de oferecer um tratamento humanitário e cidadão, mas de uma aposta no sujeito por sua estrutura, isto é, seu modo particular de se endereçar ao Outro. Portanto, o trabalho clínico singular privilegia a fala do sujeito, sendo suas palavras tomadas como efeitos da sua estruturação psíquica e de sua posição subjetiva (MACHADO, 2001; RINALDI, 2010; TENÓRIO, 2001).

A psicanálise, ao sustentar no campo da saúde mental a perspectiva de constituição psíquica estrutural, ganha a antipatia daqueles que são contrários à clínica ou à ideia de uma refração do psicótico ao laço social, sendo considerada estigmatizadora (TENÓRIO, 2001; 2012). Esta posição estrutural do psicótico aponta para os limites de qualquer intervenção que vise puramente a sua reabilitação contratual na sociedade, esta é uma das contribuições possíveis da psicanálise ao dialogar com a atenção psicossocial e com o princípio da cidadania, pois convoca aos trabalhadores da saúde mental a sustentar, cotidianamente nos serviços, práticas que considerem este limite real frente às relações sociais.

Para Bezerra (2001), é necessária uma reflexão acerca da existência de estruturas assistenciais que contemplem a relação do sujeito com a realidade social e que não se reduzam a uma prática individual ou grupal. Precisamos abdicar de uma ilusão de que existe um modelo de homem ideal e, conseqüentemente, de um tratamento único para cuidar de seu sofrimento.

A perspectiva freudiana de sujeito descentrado rompe com a dualidade indivíduo-coletivo, pois não há um sujeito alheio ao laço social, mesmo com os impasses que possam existir

nessa relação com o Outro. Assim, somente do sujeito que pode advir o saber sobre seu sofrimento (ELIA, 2010; LO BIANCO, 2015; RINALDI, 2002, 2005) e é essa implicação que pode produzir uma demanda, que pode ser, inclusive, a necessidade de exercer a cidadania.

Ao falarmos em psicanálise da clínica do sujeito, logo, dos efeitos do inconsciente, estamos afirmando que há um sujeito aberto à pluralidade de produções oferecidas pela sociedade (BEZERRA, 2001), portanto, as práticas assistenciais não deveriam ter um horizonte pré-definido, a exemplo da cidadania. Antes, a clínica psicanalítica nos leva a pensar em todas as formas possíveis de intervenção (instrumentos, settings, atitudes e posicionamentos) que produzam e provoquem no sujeito reações criativas para lidar com a alteridade.

Para Tenório (2006), o campo da saúde mental executa as terapêuticas do viver e da fronteira do laço social, portanto, o analista também pode intermediar para e com o paciente os impasses do seu cotidiano, que por ventura envolvam necessidades sociais, tais como: indicação de trabalho assistido, dispositivos de lazer assistidos e moradia, gerenciamento da medicação, dentre outras ações que envolvem as políticas públicas e o seu acolhimento no meio social.

Deste modo, a clínica do sujeito do desejo também é um ato político, uma vez que sustenta um lugar específico para a psicanálise em qualquer lugar, a partir do seu principal instrumento: a escuta, fundamentada no tripé da ética do desejo, do discurso do sujeito e do desejo do analista (AMANCIO, 2012; ELIA, 2010; FERREIRA, 2013; MIRA, 2005; RINALDI, 2002, 2010).

É no ponto de emergência do sujeito que aparecem fissuras entre os atores que participam do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil. Na coexistência de múltiplas produções discursivas, Ferreira (2013) identifica uma divisão de grupos entre os que apoiam a clínica como lugar central e centralizador das ações de cuidado sejam elas terapêutica, medicamentosa ou de outra ordem; e aqueles que sustentam seu olhar sobre o sofrimento e a loucura pelo viés psicossocial e cidadão, considerando a clínica dispensável. Há ainda um grupo que percebe a relevância da clínica no campo da saúde mental, mas que não se refere à clínica do sujeito como na psicanálise, aqui se tem a clínica do sujeito pensado por Campos (2013).

Ferreira (2013) também identifica um estatuto problemático do termo sujeito na militância da luta antimanicomial como algo que desconsidera ou se opõe ao coletivo e aos princípios da própria reforma que vê na cidadania a mediação entre a loucura, o louco e a sociedade. Aqui, se percebe as confusões e entraves gerados pela polissemia do campo da saúde mental.

Apesar disso, Ferreira (2013), considera que o caminho para que o discurso do analista seja possível nas instituições públicas não é a extensão do saber psicanalítico a todos e a todas as ações na saúde mental, mas para aqueles em que ecoam os efeitos do trabalho psicanalítico com a loucura, uma vez que a psicanálise atua com o inédito da experiência de cada um.

Portanto,

“[...] a clínica que toma em consideração o sujeito, se faz para que se dissipem os modos paternalistas de organização institucional, de regulação dos corpos e dos cotidianos dos loucos” (FERREIRA, 2013, p.64).

Tais sujeitos, ainda para Ferreira (2013, p.64), “trabalham desestabilizando, perturbando, insistindo em fazer caber, tecendo seus laços, por vezes, até com seu delírio”. É escutar o que se quer transmitir estes diferentes modos de agir é função do analista nas instituições públicas.

Algumas contribuições da psicanálise podem ser pensadas de acordo com o que está preconizado pela Política de Atenção Psicossocial (AMANCIO, 2012), pois percebemos há que os analistas têm conseguido sustentar no movimento da reforma psiquiátrica brasileira e nas instituições públicas de saúde mental uma posição de ruptura com a prática manicomial. Participando dos pontos de atenção psicossocial de forma a questionar as práticas de cuidado executadas nestes espaços e também produzir outro olhar junto aos demais profissionais acerca da loucura.

Retomamos, deste modo, a questão de como o analista se posiciona nos serviços públicos de saúde, especificamente as instituições públicas que lidam com a loucura, transmitindo e fazendo atuar o discurso do analista sem, contudo, instituir esse saber transformando-o em discurso do mestre. Sabe-se que a clínica psicanalítica considera o sujeito do desejo como central. Por se tratar de discursos que não se sobrepõem é que psicanalistas tem atuado e escrito sobre suas experiências nesses serviços, a fim de transmitir para os demais atores do campo da saúde mental o que já tem sido acumulado na clínica psicanalítica do trabalho com a psicose e casos clínicos graves.

No campo das políticas públicas de saúde mental preconizadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, seja na assistência, na militância ou na formação universitária e profissional é necessária a retomada da dimensão clínica. Mais uma vez, reiteramos que não significa afirmar que o social, o coletivo e a cidadania sejam abolidos (DUNKER; NETO, 2015; LO BIANCO, 2015; MIRA, 2005; RINALDI, 2005, 2010), antes é imprescindível retomar o caráter questionador do movimento antimanicomial a fim de produzir o giro discursivo que permite sair do discurso do mestre para o discurso do analista.

O analista em contato com serviços institucionais que aderem ao discurso do mestre pode atuar “provocando um deslocamento discursivo que rompa com as práticas normativas que anulam o sujeito, tanto do lado do ‘paciente’ quanto do lado do profissional” (RINALDI, 2002, p.68).

É essa posição de questionamento que percebemos nas experiências cearenses de presença de psicanalistas nas instituições públicas. Assim como há uma quantidade limitada de referências à reforma psiquiátrica cearense, há uma escassez de textos que demonstram a participação dos psicanalistas cearenses nesse movimento. Encontramos dois artigos relevantes e históricos que remontam ao início da circulação do conhecimento psicanalítico em solo cearense e às primeiras práticas de atendimento de orientação psicanalítica no Ceará.

O primeiro serviço de orientação psicanalítica no Ceará foi criado, no ano de 1963, pelo psiquiatra e professor universitário Rômulo Oliveira na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, sendo destinado ao atendimento dos estudantes universitários. A crescente demanda por atendimento de pessoas externas à faculdade fez com que o professor José Maria Nascimento Pereira também prestasse o atendimento clínico de orientação psicanalítica na mesma faculdade (OLIVEIRA, 1982). Ressaltamos que, os referidos professores não possuem uma formação em Psicanálise e somente o primeiro havia feito a análise pessoal fora do estado, mas, mesmo nestas condições, prática analítica foi bem acolhida no âmbito universitário, sendo os professores convidados a palestrar em diferentes cursos da instituição. Oliveira aponta que já naquela época havia a crítica ao modelo bioquímico e ao uso de fármacos como único recurso para o tratamento de adoecimentos psíquicos, principalmente, entre a população economicamente vulnerável, sendo este um fator importante para a oferta gratuita do serviço na faculdade, de modo a possibilitar o acesso a pessoas de diferentes classes sociais.

Também existia por parte destes dois psiquiatras a expectativa de que os gestores governamentais assumissem a responsabilidade de financiar e ofertar a psicoterapia individual de forma gratuita para a população em geral (OLIVEIRA, 1982). Embora o serviço ambulatorial gratuito e de orientação psicanalítica não tenha se concretizado, o contato com psiquiatras de orientação psicanalítica, durante o VII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental realizado na cidade no ano de 1965, impulsionou estudantes de medicina e psiquiatras para um intenso movimento de introdução dos conceitos e técnicas psicanalíticas dentro dos hospitais psiquiátricos de Fortaleza, a exemplo da Casa de Saúde São Gerardo, Clínica de Repouso Fortaleza, Instituto de Psiquiatria do Ceará e do Hospital

Mental de Messejana (PICANÇO, LEITÃO, 1979), as primeiras instituições de cunho filantrópico-privado e a última pertencente ao setor público.

A partir deste congresso alguns psiquiatras cearenses se deslocam para o sudeste do país a fim de iniciaram a formação em psicanálise e aqueles que retornam à cidade criam grupos de estudos e cursos nas instituições psiquiátricas cearenses, já existindo uma demanda por atendimento em todas as faixas etárias maior que o número de analistas na cidade (PICANÇO; LEITÃO, 1979). Destacamos que, apesar da inserção ter ocorrido em instituições psiquiátricas cujo modelo prevalente ainda era o manicomial, a prática destes primeiros psicanalistas não corroborava com o modelo asilar excludente, pelo contrário, convidava os diversos profissionais que estão em contato uma postura terapêutica diferente frente a loucura, questionando as práticas médicas de utilização do eletrochoque e de psicofármacos que não permitem aprofundar as causas do funcionamento mental anormal. Percebemos que é o ato de cada psicanalista que sustenta uma posição de escuta do sujeito e de questionamento da assistência psiquiátrica nos hospitais.

Deste modo, compreendemos que, se não há indícios registrados de que houve uma inserção dos analistas cearenses na reforma psiquiátrica no estado, tão pouco podemos afirmar que estes estiveram alheios ao movimento antimanicomial, pois vemos nos textos uma preocupação em construir uma prática diferente da clínica psiquiátrica tradicional, como por exemplo, quando se aponta uma reflexão sobre um tratamento pluridimensional do paciente e a realização de reuniões de equipes como um momento em que todos os profissionais podem relatar suas experiências com cada paciente (OLIVEIRA, 1982; PICANÇO; LEITÃO, 1979) Observamos uma postura crítica do modelo biomédico em pleno anos 1970 em conformidade com o que já vinha sendo discutido no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ressaltamos que a supervisão clínica multidisciplinar não era prática comum no Ceará, sendo desenvolvida pelos primeiros reformadores a partir da criação do CAPS na cidade de Iguatu, portanto, demonstra que, embora com um atraso temporal em relação ao movimento antimanicomial nacional, aqui, as ideias da reforma psiquiátrica prosperaram onde foi possível subverter a lógica manicomial.

Aproximamos essas reuniões de equipe citadas pelo autor, as atuais supervisões clínico-institucionais, pois há uma menção clara de que os encontros visavam a superação da mera discussão de questões burocráticas do serviço ou casos clínicos individuais, a partir de um único saber, indo ao encontro de uma escuta do singular do indivíduo que chega ao serviço, fazendo a palavra circular entre todos os profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais). Oliveria (1982) e Picanço e Leitão (1979) também

demonstram preocupação com um trabalho de equipe dinamicamente orientado no sentido de substituir as técnicas repressivas por procedimentos mais compreensivos, com a melhoria na quantidade e qualidade dos profissionais, com a sensibilização dos profissionais para compreender a dinâmica de cada paciente, gestores locais e ampliação do acesso a análise e expandir a prática da supervisão analiticamente orientada. Concordamos que a supervisão clínico-institucional é uma prática onde a psicanálise pode contribuir para a criação e sustentação de um dispositivo clínico dentro dos serviços públicos de saúde. Para Barleta e Elia (2010 apud AMANCIO, 2012) a supervisão clínica é considerada parte da política pública, não sendo uma atividade contingencial, casual ou periférica. O supervisor clínico promove um espaço onde a equipe pode falar sobre os impasses, as angústias e as dificuldades presentes na prática de todo técnico de saúde mental, seja em CAPS ou em outro dispositivo da Reforma Psiquiátrica, e com isso possibilita a construção de práticas teórico-clínicas que sejam consonantes com o terreno da Reforma.

Em Sobral, há dez anos que os psicanalistas se inseriram nos Centros de Atenção Psicossocial e nas instituições de ensino superior, contribuindo com a problematização da estruturação da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental, formação dos profissionais por meio das supervisões clínico-institucional e participando da assistência nos CAPS tipo II e Ad. Infelizmente há uma limitação de relatos de experiência do trabalho realizado pelos analistas nas instituições públicas de saúde de Sobral, o que nos impossibilita aprofundar sobre a história da inserção dos analistas na RAISM. No entanto, em nossa experiência na rede de saúde pública e em nossos diálogos com enfermeiros, psicólogos e psiquiatras dos serviços públicos de saúde é perceptível a receptividade ao saber psicanalítico, mesmo entre aqueles que orientam seu trabalho por outra perspectiva teórica.

Nossa intenção não é que a psicanálise seja a única ou a orientação majoritária de trabalho na saúde pública em Sobral, mas que os efeitos do trabalho psicanalítico sejam uma inspiração para aqueles que tem se preocupado ao longo desses 17 anos da RAISM tem se dedicado à luta constante em favor da Reforma Psiquiátrica na região norte do Ceará, uma vez que a psicanálise considera que o primado do trabalho está na escuta do sujeito, seu sofrimento, sintomas e possibilidades idiossincráticas no laço social.

A reflexão sobre quais contribuições a psicanálise traz para o campo da saúde mental e para o trabalho nos centros de atenção psicossocial está intrinsecamente ligado à emergência do discurso do analista no laço social, em que o analista sustenta um lugar de escuta do sujeito em sua diferença (RINALDI, 2005). É necessário que o analista se posicione de modo crítico diante do saber institucional e ocupe o lugar de agente que causa no outro uma mudança

discursiva, fazendo emergir o discurso analítico, único discurso capaz de dar voz ao sujeito (DUNKER; NETO, 2015; RINALDI, 2002). Esse ato analítico é político na medida em que garante que o sujeito do desejo seja escutado e acolhido e capaz de se responsabilizar pelo seu sofrimento e tratamento. Ainda, esse giro discursivo possibilita a emergência do discurso do analista possibilitando que os técnicos possam vir a ocupar também esse lugar de objeto causa de desejo em transferência (DUNKER; NETO, 2015).

Esse lugar do 'santo', que se oferece como causa de desejo para o sujeito do inconsciente, recebendo deste o resto do gozo, somente pode ser sustentado no dispositivo analítico, ou seja, situado em uma relação transferencial de escuta flutuante do analista e associação livre que articula os significantes nas aberturas e descontinuidades da fala do sujeito do inconsciente (ELIA, 2010; LACAN, 2003; MIRA, 2003; RINALDI, 2002, 2005).

A ética do desejo coloca o sujeito como centro do trabalho clínico, assim, o ato terapêutico e político do analista é sustentar o mal-estar do não-saber e estabelecer laços sociais a partir do modo singular como cada um produz seu discurso (MANSO, 2015; RINALDI, 2006, 2015).

Já que o que interessa à psicanálise são as manifestações clínicas manifestadas na fala do sujeito, o espaço coletivo pode permitir a prática analítica desde que exista a transferência e o acolhimento da demanda do sujeito (DUNKER; NETO, 2015; FERREIRA, 2013). Compartilha-se a ideia de que é preciso criar serviços que recepcionem o sujeito, através de um suporte teórico e ético (ALBETI; FIGUEIREDO, 2006; FIGUEIREDO, 2009; MIRA, 2005; RINALDI, 2006), a fim de "propiciar para o indivíduo uma possibilidade de 'fazer sentido' de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte" (FIGUEIREDO, 2009, p.134).

No trabalho orientado pela psicanálise é preciso fazer uma escuta do sujeito sem necessariamente ser uma análise, mas que tenha a função de histerizar o discurso, levantando questões e enigmas para que o sujeito se indague sobre os significantes do seu sintoma e sofrimento, tomando uma nova posição diante de tais significantes, produzindo ele mesmo seus próprios significantes (ALBERTI, 2010; FIGUEIREDO, 2010; NETO, 2010).

A clínica psicanalítica convida a um redirecionamento da prática que traz desafios clínicos, teóricos, políticos e profissionais, uma vez que opera tanto das palavras e ações de cada paciente quanto dos efeitos da própria intervenção, rejeitando "atendimentos coletivizados" (FIGUEIREDO, 2010, p. 12).

As conquistas da luta antimanicomial possibilitaram a desinstitucionalização do louco e a criação no setor público de saúde de uma rede de atenção psicossocial com dispositivos

substitutivos ao asilo manicomial, com caráter comunitário, integrativo e que favoreçam a inclusão social, a promoção de autonomia e o exercício da cidadania (BRASIL, 2011; DUNKER; NETO, 2015; RINALDI, 2002), a exemplo dos serviços da atenção básica em saúde, composto por unidade básica de saúde e suas equipes da estratégia de saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família, serviços direcionados as populações específicas, tais como equipe de consultório na rua e residências terapêuticas, e os centros de convivência; da atenção psicossocial especializada na qual o centro de atenção psicossocial e suas diferentes modalidades comparece como um ponto da rede; da atenção de urgência e emergência, formada pelos serviços SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência e novamente as unidades básicas de saúde. Algumas ações também são ofertadas de forma transversal nessa rede, tais como: visitas domiciliares, projeto terapêutico singular e apoio matricial.

As transformações promovidas pela política de Atenção Psicossocial são evidentes, contudo, compreendemos que a saúde mental na atenção básica está dentro de um pacote mínimo de serviços e ações ofertados pelo Estado, que apresenta em sua legislação a pretensão de dar o máximo de apoio clínico e sanitário aos usuários, no âmbito individual e coletivo. Percebemos que a intencionalidade da política de atenção básica e atenção psicossocial é a cidadania dos usuários, mas que na realidade não se concretiza, seja pela robustez da demanda que chega a esses serviços, pelo pouco apoio governamental aos serviços e profissionais devido às forças econômicas e políticas que interferem a garantia dos direitos sociais ou pela miscelânea de línguas entre os trabalhadores do campo da saúde.

Ao refletir sobre a reforma psiquiátrica brasileira, Elia (2015) afirma que, desde seus primórdios nos anos 1960 até a contemporaneidade, há um retrocesso relacionado ao neoliberalismo, à privatização dos setores sociais e ao sanitarismo positivista da saúde mental. Ao compreender o termo 'público' como sinônimo de para todos, o autor defende que a política nacional de saúde mental exclui a práxis singular do um a um, indo de encontro ao pensamento basagliano de extrapolação do campo saúde e subversão da lógica de saúde/doença. Assim, o modo como a atenção psicossocial tem sido conduzida no Brasil tem se afastado da proposta de Basaglia, isto é, a transformação dessa política pública em um serviço especializado de saúde é diferente da ideia de inspiração basagliana da existência de um centro que, imbricado com o tecido social e cultural, pudesse articular várias políticas públicas, incluindo a saúde.

A inclusão de todos os indivíduos pelo Estado a partir da qualidade igualitária de cidadania, pelo viés da universalidade não comporta e nem suporta os efeitos do inconsciente,

isto é, a dimensão do sujeito, sendo necessária a inclusão radical de todo sujeito, onde a singularização de cada um seja obra do significante que incidirá sobre essa igualdade pública (ELIA, 2013; 2015).

Ao se instituir a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), se reinventa outra rede de saúde mental, onde a atenção básica é centralizadora do acolhimento e encaminhamento numa lógica sanitária e não psicossocial, transformando o centro de atenção psicossocial em um serviço especializado em loucos ou em casos graves (ELIA, 2015). Portanto, não se trata de uma crítica à articulação da atenção psicossocial com a atenção básica, mas a sua submissão nesse novo rearranjo. Também não se trata de desconsiderar que o centro de atenção psicossocial é o lugar da loucura ou daqueles que têm seus laços sociais esgarçados e sofrem em demasia, mas de apontar o centro de atenção psicossocial como lugar da não especialização.

A invenção brasileira da atenção psicossocial se insere no campo da saúde, por meio de níveis e modalidades de serviços diferentes, ao mesmo tempo em que o transborda, pois, a partir de um pensamento basagliano e também freudiano em que a loucura excede a lógica de saúde/doença, é necessário lidar com a não inclusão total da saúde mental pelo Estado, compreendendo o centro de atenção psicossocial não como um serviço de saúde, mas como um “polo de encarnação territorial de uma política pública” (ELIA, 2015, p. 77) que assegura o acesso à saúde e a outros direitos sociais.

O caráter inventivo do campo da saúde mental está na impossibilidade de limitá-lo ao campo estritamente sanitário, contrário ao que se observa na política de atenção psicossocial atual em que há uma subjunção à atenção primária e ao ideal de acolhimento de todos pelo viés da universalidade e cidadania na política nacional de atenção psicossocial (ELIA, 2015; 2013).

Por fim, compreender como a aproximação ou subjunção da Atenção Psicossocial com a Atenção Básica reverberam nas práticas de cuidado das pessoas com algum sofrimento psíquico, é também imergir na ideia de cidadania que ao igualar todos no direito ao acesso universal e integral à saúde pode anular a singularidade de cada um ao generalizar as ações terapêuticas no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial.

6. CONCLUSÃO

Ao discutirmos um campo de conhecimento e prática tão complexo e polissêmico como a saúde mental nos deparamos com perspectivas tão diferentes que ora parecem convergir para a mesma modalidade de cuidado e ora demonstram ter divergências tão profundas que não permitem qualquer tipo de aproximação. Estamos nos referindo a clínica do sujeito em psicanálise e a atenção psicossocial e seu ideal de cidadania.

As palavras sujeito e clínica estão imbuídas de sentidos dúbios, pois não se trata de qualquer clínica e nem de qualquer sujeito, mas do lugar de partida de cada prática discursiva no campo da saúde mental. A clínica psiquiatra tradicional tão intensamente combatida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido, muitas vezes, confundida com as demais formas de fazer clínica, incluindo, a clínica psicanalítica.

A clínica do sujeito é um convite para a escuta dos efeitos do inconsciente, para os diferentes modos como cada um se posiciona na linguagem, revelando que há uma estruturação psíquica que pode trazer impasses ao laço social. Nesse sentido, os profissionais podem criar atividades que permitam o enlace do sujeito com a realidade social, assim, as questões de cidadania podem comparecer enquanto demanda para o sujeito.

Acreditamos que não há uma fórmula para a invenção de novas práticas de cuidado em saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica, deste modo, nosso trabalho não traz proposições do tipo “faça isso para alcançar aquilo”, uma vez que, não esperamos uma massificação do pensamento psicanalítico a ponto de termos práticas iguais quando lidamos com as diferenças das experiências psíquicas. Outros trabalhos psicanalíticos em nossa referência bibliográfica expõem as vivências de analistas nas diversas modalidades de CAPS, assim, o leitor poderá conhecer as práticas inventivas de cada analista em seu lócus de trabalho, embora, lá também não se encontre as fórmulas para um trabalho ideal, mas de inspirações para suas próprias criações.

Apostamos na sustentação de um trabalho orientado pela ética do desejo do sujeito do inconsciente pelos analistas que estão inseridos na saúde pública e nos efeitos do saber analítico para o trabalho dos demais profissionais para que possam sustentar um cuidado clínico e psicossocial que considere a demanda e o desejo das pessoas com sofrimento que buscam assistência na rede de atenção psicossocial. Deste modo, mesmo que os psicanalistas não estejam presentes nos serviços de saúde mental enquanto técnicos das equipes de saúde, o analista na função de supervisor clínico-institucional pode demarcar e sustentar esse lugar de escuta do sujeito em sua diferença. Este lugar ocupado por analistas na RAISM tem

apresentado efeitos no modo de trabalho dos profissionais dos CAPS tipo II e Ad, pois a ausência física dos supervisores de orientação analítica tem sido substituída pela presença dos efeitos de suas palavras, como percebemos ao participarmos das rodas de gestão e no apoio matricial.

Tentamos trazer as contribuições dos psicanalistas ao longo do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, a fim de poder dialogar com a atual política de atenção psicossocial que tem realizado um apagamento da clínica e, ao mesmo tempo, tem promovido uma diluição da função política e social que outrora o Centro de Referência de Atenção Psicossocial gozava, pelo menos no discurso teórico, ou seja, o lugar de ordenador da política de saúde mental.

No Ceará, especificamente na cidade de Sobral, observamos como as questões políticas, sociais e culturais determinam, a nível local, a construção de uma rede de cuidado em saúde mental diferente do modelo manicomial e do encarceramento das pessoas com algum tipo de sofrimento. A pobreza decorrente das condições climáticas e da má gestão governamental propiciou a concentração de instituições asilares na capital, o que não impediu a existência de uma instituição similar na região norte do estado e a perpetuação de maus-tratos e violências de diversos tipos contra os pacientes que ali buscavam algum tratamento.

O caráter humanitário e político da reforma psiquiátrica brasileira também esteve presente em solo cearense, mas o enfrentamento aos grandes empresários da loucura criou uma situação curiosa para o estado, uma vez que, aqui, houve um processo de interiorização e municipalização dos centros de atenção psicossocial. É curioso que, por muitos anos, a loucura não incomodou a população cearense, uma vez que a prioridade era lidar com os retirantes que aumentavam a pobreza da capital, ao mesmo tempo, a desinstitucionalização da loucura também não foi objeto de grande comoção local.

Coube aos profissionais de saúde que lidavam com a loucura, principalmente aos psiquiatras, os primeiros passos para que a construção da Rede de Atenção Psicossocial no Ceará. Falamos dos psiquiatras, pois estes são figuras constantes nas equipes de saúde mental e na ocupação da função de supervisores clínicos no estado, além de terem sido os primeiros a realizar a transmissão do conhecimento psicanalítico no estado. Não percebemos a presença dos psiquiatras como uma manutenção do discurso biomédico ou manicomial, pois estes profissionais se implicaram com as causas da reforma, a saber: a busca pela cidadania, por meio de atividades de reabilitação psicossocial.

A construção da Rede de Atenção Integral de Saúde Mental de Sobral-RAISM teve como foco as ações territoriais que consideram a capacidade contratual entre os indivíduos no

âmbito familiar e comunitário, apostando na cidadania como eixo central de trabalho. Este é um dos motivos que nos levaram a escrever este trabalho, uma vez que, percebemos na inserção nas ações e serviços da RAISM o apagamento do olhar clínico no trabalho dito multidisciplinar, prevalecendo dois tipos de cuidado, um ambulatorial executado pela medicina (psiquiatras preceptores e residentes) e outro cuidado executado pelos demais profissionais, por meio do acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupos terapêuticos, psicopedagógicos e de trabalho protegido, dentre outros, que podiam contar ou não com a presença do psiquiatra. Ao mesmo tempo em que, diante de um contexto de restrição das políticas sociais e de sucateamento dos serviços públicos de saúde, também não havia uma resposta social efetiva a questão da loucura, causando sofrimento inclusive nos trabalhadores de saúde mental.

Apontamos para os efeitos de se trabalhar em prol da cidadania sem, contudo, implicar o louco com o processo terapêutico incorre no risco de negar ao sujeito que ele mesmo demande por cuidado e se responsabilize pelo seu sofrimento, decorrendo na continuidade de uma prática da tutela e na manutenção da lógica manicomial de improdutividade, incapacidade e até mesmo periculosidade social ao invés de oferecer uma escuta que vise o encontro o que há de singular em cada um.

Apontamos que a RAISM tem sofrido com as mudanças executadas pelas gestões municipais durante os dois anos da pesquisa, o que inclui a demissão de vários profissionais ocasionando a redução de uma equipe que já era mínima diante da demanda populacional, a suspensão da prática de supervisão clínica-institucional, dentre outras ações que fragilizaram o trabalho nos CAPS tipo II e Ad e nos Centros de Saúde da Família.

Esperamos que nosso trabalho possa contribuir para as discussões sobre o diálogo entre a psicanálise e o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, no Ceará e, principalmente, em Sobral, onde se observa um crescente processo de precarização do trabalho em saúde mental, envolvendo questões políticas e econômicas macrossociais, tais como: vínculos empregatícios fragilizados, alta rotatividade de profissionais e pouco investimento financeiro no campo da saúde mental, e também problemáticas relacionadas à formação dos trabalhadores que têm adentrado na RAISM, a implicação desses profissionais com o trabalho no campo da saúde mental e a discussão sobre o lugar da clínica e do sujeito na atual política de Atenção Psicossocial, seja por meio da supervisão-clínica institucional ou de outros espaços de debate coletivo entre profissionais, usuários e comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, Sergio. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 27-40.

ALBERTI, Sonia. Apresentação. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano. **Clínica e pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p.7-17.

ALBERTI, Sonia. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: GUERRA, Andrea Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. (Orgs.) **A Psicanálise nas instituições públicas**: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 19-25.

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Apresentação. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Psicanálise e Saúde Mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2006, 7-15;

AMANCIO, Valdene rodrigues. Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise. Curitiba: CRV, 2012.

AMARANTE, Paulo. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p.87-121.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Coordenador). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p.45-65.

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

BASAGLIA, Franco. Saúde e Trabalho. In: BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 2ª Ed. Tradução de Sonia Soianese e Maria Salete Marcondes. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979, p.62-73.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. (Coordenador). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p.99-133.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.171-193.

BARROS, Márcia Maria Monte'Alverne; JORGE, Maria Salete Bessa. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental**: o discurso do sujeito coletivo. Fortaleza: EdUECE, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 9ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERTOLOTE, José Manoel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. IN: PITTA, Ana. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001, p.155-158.

BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. IN: PITTA, Ana. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001, p.137-142.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, Benito; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p.71-89.

BLEICHER, Taís. A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica do sistema local de Saúde.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 34ª Ed. Centro de Documentação e Informação Edições Câmara. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e Atenção básica. O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. 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 (SUS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>, acesso em [21 de julho de 2017]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº510/2016.** Normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>, acesso em [21 de julho de 2017]

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Saúde Paidéia.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, Alba Maria Pinho. A luta por direitos e a afirmação das políticas sociais no Brasil contemporâneo. **Revista de Ciências Sociais.** Fortaleza, v. 39. n.1, p.16-26 2008.

CARVALHO, Sergio Resende. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, Sergio Resende; BARROS, FERIGATO, Sabrina; Maria Elisabeth (Orgs.). **Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009, p.23-41.

COUTINHO JORGE, Marco Antônio. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, Doris; COUTINHO JORGE, Marco Antônio (Orgs.). **Saber, verdade e gozo: leituras de *O seminário 17***, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p.17-32.

CORBISIER, Cláudia. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 279-299.

COSTA-ROZA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARARANTE, Paulo. (Coordenação). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Coleção Archivo. Engº Paulo de Frontin: Nau Editora, 2003, p. 13-44.

DARRIBA, Vinicius Anciães. Em que consiste a dita conjunção do capitalismo com a ciência? In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinicius Anciães. **Psicanálise e Saúde**: entre o Estado e o sujeito. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2015, p. 83-93.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; NETO, Fuad Kyrillos. **Psicanálise e Saúde Mental**. Porto Alegre: Criação Humana, 2015.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano. **Clínica e pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p.19-36.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

ELIA, Luciano. **Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. Trabalho apresentado no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade. São Paulo: 2013. Disponível em: <

<http://www.redehumanizaus.net/65942-centro-de-atencao-psicossocial-como-dispositivo-de-atencao-a-crise-em-defesa-de-uma-certa-infelicidade-inventiva> > Visualizado em: 21 de maio de 2016.

ELIA, Luciano. Política da Psicanálise e Política do Estado: uma exclusão possivelmente fecunda. In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinicius Anciães. **Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2015, p. 69-82.

FERREIRA, Tânia. O que a clínica do sujeito nos ensina. In: LOBOSQUE, Ana Marta; SILVA, Celso Renato (Orgs.). **Saúde mental: marcos conceituais e campos de prática**. Belo horizonte: CRP 04, 2013, p.56-65.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Três tempos da clínica orientada pela Psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. (Orgs.) **A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 11-18.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; ONOCKO CAMPOS, Rosana. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 129-138, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&tlng=pt. Visualizado em: 21 de maio de 2016.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, p. 23-64.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 26ª ed. Rio de Janeiro: Edições graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura:** na idade Clássica. (1926-1984). 8º ed. (Tradução: Neto, J. T. C.) São Paulo: Perspectiva, 2005.

FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; ARÚJO, Ana Ramyres Andrade; SANTOS, Samara Fernandes Paiva. O sujeito autista, a psicanálise e a educação inclusiva. FURTADO, Luis Achilles Rodrigues; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes (Orgs.). **O autismo, o sujeito e a psicanálise:** consonâncias. 1ª Ed. Curitiba, PR: CRV, 2014, 161-184.

FREITAS, Roberta Kelly Bezerra de. Entre a pobreza e a loucura: o discurso psiquiátrico, o Asilo de Alienados e as Cartas sobre a loucura (1874 a 1886). Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Ceará.

FREUD, Sigmund. Três Ensaio sobre a Sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1974, p.135-251.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica. In: **História de uma neurose infantil:** (“O homem dos lobos”): Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). Obras Completas, v. 14. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1919/2010a, p.279-292.

FREUD, Sigmund. Introdução ao Narcisismo. In: S. Freud. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916).** Obras Completas, v. 12. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Cia da Letras, 1914/2010b, p. 13-50.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em síntese.** Disponível em: <www.cidade.ibge.gov.br>. Visualizado em: 20 de junho de 2017.

LACAN, J. A tópica do imaginário. In: LACAN, Jacques. **O seminário, livro 1:** os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1953-1954/1996, p.89-139.

LACAN, J. **O seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1963-1964/1988.

LACAN, J. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969-1970/1992.

LACAN, J. **O seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1972-1973/1985.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: LACAN, J. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1949/1998, p.93-103.

LACAN, J. Televisão. In: LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 509-540.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p.615-633.

LIMA, Alúcio Ferreira. PONTES, Maria Vânia Abreu. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação internacional do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. v.7, n.16, p. 1-13, 2015. Disponível em: <http://www.incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download> Visualizado em: 10 de outubro de 2016.

LO BIANCO, Anna Carolina. De que sujeito se trata para as intervenções do Estado na área da saúde? In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinicius Anciães. **Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2015, p. 151-158.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MANSO, Rita. Algumas considerações sobre educação, ciência e capitalismo: o que pode a psicanálise? In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinicius Anciães. **Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2015, p. 95-112.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Tradução de Phillip C. Schmitter. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIRA, Karine. O psicanalista e as novas instituições de tratamento da psicose. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Marcia Mello. **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 149-160.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, Neuza Santos. Ética e clínica psicanalítica. IN: FRANÇA, Maria Inês (Org.). **Ética, Psicanálise e sua Transmissão**. Vozes, Petrópolis, 1996, p. 172-178.

MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. O diagnóstico na psicanálise: da clínica dos fenômenos à clínica da estrutura. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org.). **Psicanálise. Pesquisa e Clínica**, Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001, p. 140-170.

OLIVEIRA, Rômulo da Justa Theophilo Gaspar. Do início da difusão dos conhecimentos psicanalíticos no Ceará. *Revista Cearense de Psiquiatria*. Sociedade Cearense de Psiquiatria. Fortaleza. Ceará. N 4, ano IV, 1982, p.5-7.

PICANÇO, Paulo e. G.; LEITÃO, Valton de Miranda. Prática psicanalítica no Ceará. *Revista Cearense de Psiquiatria*. Sociedade Cearense de Psiquiatria. Fortaleza. Ceará. N 1, ano I, 1979, p.33-37.

NETO, Oswaldo França. Trabalhando na diferença. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Orgs.). **A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 27-35.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlória Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.20, p. 2375-2384, out, 2007.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; ANDRADE, Luis. Odorico Monteiro. Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará. In: Saúde e Loucura. In: LANCETTI, Antônio. **Saúde e Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª Ed. Hucitec Editora, 2001, p. 167-197.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. IN: PITTA, Ana. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001, p.19-26

PONTES, Polyana Alexandre Rolim; FRAGA, M. N. Reforma psiquiátrica no Ceará: Descrição de um caso. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 45-50, maio, 1997.

PONTES, Polyana Alexandre Rolim; SOUZA, Ângela Maria Alves; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. Reforma Psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 297-303, jul-ago-set, 1995.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; BESSA, Maria Salete Bessa. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 4ª Ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1994, p.15-73.

RINALDI, Doris. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. RINALDI, Doris; COUTINHO

JORGE, Marco Antônio (Orgs.). **Saber, verdade e gozo: leituras de *O seminário 17***, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: rios Ambiciosos, 2002, p.53-69.

RINALDI, Doris. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: Altoé, Sonia; Lima, Marcia Mello. **Psicanálise, Clínica e Instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 87-106.

RINALDI, Doris. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p.141-148.

RINALDI, Doris. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Orgs.). **A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. 2010, p. 129-139.

RINALDI, D. Clínica, ética e política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental. In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinicius Anciães. **Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2015, p. 115-124.

SÁ, Roberta Araújo Rocha; BARROS, Márcia Maria Mont'Alverne; COSTA, Maria Suely Alves. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **SANARE**, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/2007.

SACARENO, Benedito. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001a, p.150-154.

SACARENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001b, p.13-18.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; SANTOS, Antônio Weimar Gomes. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In:

PITTA, Ana. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001, p.127-134.

SOUZA, Neuza Santos. Ética e clínica psicanalítica. IN: FRANÇA, Maria Inês (Org.). **Ética, Psicanálise e sua Transmissão**. Vozes, Petrópolis, 1996, p. 172-178.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Revista História, Ciências, Saúde- Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan-abr, 2002.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise e reforma psiquiátrica- um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Org.). **Psicanálise. Pesquisa e Clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001, p. 89-100.

TENÓRIO, Fernando. ROCHA, Eduardo de Carvalho. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. (Orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 55-72.

VASCONCELLOS, Jorge. Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. Amarante, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 13-24.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p.270-88.

Anexo A

PORTARIA/CCA Nº 113, de 10 de Julho de 2000 - Dispõe sobre o credenciamento da Casa de Repouso Guararapes como instituição contratada para a prestação de serviços ao SUS e dá outras providências. O SECRETÁRIO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL no uso de suas atribuições, e CONSIDERANDO o disposto no inciso X do art. 18 da Lei 8.080 de 19.09.90, que define como atribuição dos municípios celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução. CONSIDERANDO a Lei Estadual Nº 12.151, de 29.07.93, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória; CONSIDERANDO a Portaria/MS/GM Nº 106, de 11.02.2000, que estabelece diretrizes para a reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais no âmbito do SUS; CONSIDERANDO as denúncias efetuadas pela Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, pela Comissão Estadual de Saúde Mental da SESA; e aquelas constantes do Processo Nº 081105.001068/99-62(3) da Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, ente do Ministério Público Federal; bem como as conclusões e recomendações contidas no Relatório de Sindicância Nº 002/99, confeccionado pelo Sistema Municipal de Auditoria de Sobral, resultante de apuração circunstanciada sobre denúncias de tortura e maus tratos, envolvendo a morte do paciente DAMIÃO XIMENES LOPES; CONSIDERANDO a reestruturação da assistência psiquiátrica no Município de Sobral, envolvendo a incorporação de novas tecnologias assistenciais propostas dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como fulcro a humanização da atenção e a reintegração social e

familiar dos pacientes psiquiátricos; CONSIDERANDO a redefinição das abordagens terapêuticas dos usuários da rede assistencial psiquiátrica do Município por parte da equipe Interdisciplinar de Saúde mental de Sobral e da Junta Interventora da Casa de Repouso Guararapes; CONSIDERANDO o credenciamento do Hospital Dr. Estevão Ponte para prestação de serviços ao SUS, envolvendo as urgências psiquiátricas; CONSIDERANDO a estruturação da Residência Terapêutica no Município de Sobral como alternativa assistencial aos pacientes crônicos e àqueles com perda do vínculo familiar; CONSIDERANDO a estruturação do CAPS de Sobral para assistência interdisciplinar especializada aos pacientes psiquiátricos residentes no Município de nível ambulatorial, e à descrição destes às Equipes do Programa Saúde da Família; e CONSIDERANDO a vinculação de pacientes psiquiátricos procedentes de outros municípios que necessitem de assistência psiquiátrica no nível ambulatorial ao Ambulatório Especializado em psiquiatria do centro de Especialidades Médicas. RESOLVE: Art. 1º -

Descredenciar a Casa de Repouso Guararapes como instituição contratada para a prestar serviços ao SUS na área de assistência hospitalar em psiquiatria; Art. 2º - Fica estabelecido que a assistência hospitalar às urgências psiquiátricas concentrar-se-ão no Hospital Dr. Estevão Ponte, sob supervisão da Equipe de Saúde Mental do Município. Art. 3º - Fica estabelecido que o seguimento ambulatorial dos pacientes psiquiátricos estarão a cargo do CAPS de Sobral, no nível especializado, e do Programa Saúde da Família, no nível de atenção básica, para os pacientes procedentes de Sobral; e a cargo do Ambulatório Especializado de Psiquiatria do Centro de Especialidades Médicas, para os pacientes procedentes de outros municípios. Art. 4º - A Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral encampará as ações desenvolvidas pelo Hospital-dia, cabendo-lhe desencilhar-se das providências necessárias à sua implementação, providenciando sua estruturação e o seu credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde - SUS. Parágrafo Único - A equipe interdisciplinar do Hospital-dia será designada pelo Gestor do Sistema Municipal de Saúde, estando operacionalmente subordinada à Coordenação Municipal de

Saúde Mental do Município, e integrando-se às ações desenvolvidas pela rede assistencial de saúde mental de Sobral. Art. 5º - Caberá à Coordenação Municipal de Controle e Avaliação e ao Sistema Municipal de Auditoria precederem à avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados da rede assistencial à saúde mental do Município, propondo, dentro dos conceitos de eficácia, efetividade e eficiência, medidas necessárias à excelência da qualidade dos serviços pertinentes. Art. 6º - Os casos omissos serão resolvidos pelo Secretário de Saúde e Assistência Social de Sobral. Art. 7º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga todas as disposições em contrário. SECRETARIA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SOBRAL, em 10 de julho de 2000. Publique-se, Registre-se e Cumpra-se. Luis Odorico Monteiro de Andrade - Secretário de Saúde e Assistência Social.