



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

JANISSE DE OLIVEIRA CARVALHO

POSSIBILIDADES E LIMITES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM CENTRO
DE CONVIVÊNCIA E CULTURA DO DISTRITO FEDERAL: CONTRIBUIÇÕES PARA
CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

BRASÍLIA
2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

JANISSE DE OLIVEIRA CARVALHO

POSSIBILIDADES E LIMITES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM CENTRO
DE CONVIVÊNCIA E CULTURA DO DISTRITO FEDERAL: CONTRIBUIÇÕES PARA
CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Doutor em Política
Social pelo Programa de Pós-Graduação em
Política Social do Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Estado, Políticas Sociais e Direitos
Linha de Pesquisa: Trabalho, Questão Social e Emancipação

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Pinto Leal

BRASÍLIA
2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os dados fornecidos pela autora

dJ33p de Oliveira Carvalho, Janisse
Possibilidades e limites da desinstitucionalização em um
Centro de Convivência e Cultura no Distrito Federal:
contribuições para consolidação da Política Nacional de
Saúde Mental Brasileira / Janisse de Oliveira Carvalho;
orientadora Maria Lucia Pinto Leal. -- Brasília, 2018.
140 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2018.

1. Centro de Convivência. 2. Desinstitucionalização. 3.
Reforma em Saúde Mental . I. Pinto Leal, Maria Lucia,
orient. II. Título.

JANISSE DE OLIVEIRA CARVALHO

POSSIBILIDADES E LIMITES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA E CULTURA DO DISTRITO FEDERAL: CONTRIBUIÇÕES PARA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Aprovado em 29 de junho de 2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lucia Pinto Leal
Departamento de Serviço Social – UnB
Presidenta

Profa. Dra. Fernanda Nogueira Campos Rizzi
Departamento de Psicologia – UFMG
Membro externo

Prof. Dr. Vicente de Paula Faleiros
Departamento de Serviço Social – UnB
Membro interno

Prof. Dr. Pedro Demo
Departamento de Sociologia – UnB
Membro interno

Profa. Dra. Angela Maria Neves
Departamento de Serviço Social - UnB
Suplente

*À Inverso.
Que sua práxis revolucionária inspire ainda mais corações!*

AGRADECIMENTOS

À vida, e onde ela me leva.

Aos meus pais, João e Graça, pelo carinho e dedicação.

À minha irmã pela reciprocidade.

Aos meus gatos Otelo, Franco e Carlos, pela presença.

À minha orientadora, Baiana, por sua amizade e sabedoria.

Aos amigos, pela escuta e tantas trocas.

À Eva, pela inspiração que me dá.

Aos frequentadores companheiros da Inverso, pela liberdade que despertam em mim.

Aos meus mestres de ontem e hoje, que me iluminam o caminho.

E a todos os pensadores que fundamentam essa tese, que alimentam minha crença num outro mundo mais justo ser possível.

Gratidão!

RESUMO

O estudo que ora apresentamos teve por objetivo analisar o processo de Desinstitucionalização desenvolvido num Centro de Convivência e Cultura – CEECONC no Distrito Federal, no sentido de identificar elementos norteadores do trabalho nesse tipo de dispositivo que compõem a Política Nacional de Saúde Mental - PNSM. Através desta pesquisa pudemos discutir sobre o papel dos Centros de Convivência e Cultura na PNSM Brasileira, no sentido de fornecer contornos teórico-metodológicos para este tipo de dispositivo; refletir sobre o processo de Desinstitucionalização, como importante eixo da Política Nacional de Saúde Mental, na perspectiva do fortalecimento da cidadania e da produção de espaços orientados para emancipação dos sujeitos em sofrimento; identificar os parâmetros referenciais presentes na prática de cuidado em CEECONC no Distrito Federal, tendo como base o eixo da Desinstitucionalização; e, analisar as contribuições da ação prática neste tipo de dispositivo para o processo de Desinstitucionalização. Adotamos como procedimentos metodológicos a revisão narrativa de literatura, observação participante, associada à entrevista semiestruturada e grupo focal. Para análise dos dados utilizamos análise de conteúdo. Os dados que encontramos nesta pesquisa nos permitem dizer que, de acordo com os parâmetros da PNSM, o CEECONC estudado cumpre seu papel quando inverte o circuito de controle favorecendo a circulação pela cidade, a livre expressão e a autonomia afetiva; quando promove Abertura Institucional produzindo regras e normas por meio do consenso e operando na perspectiva da Transdisciplinaridade; quando outorga o Exercício do Poder por intermédio de uma Práxis Democrática: quando mantém abertas as contradições que estigma provoca; quando, em sua Ação Prática está oferecendo acolhimento, afeto e escuta, operando respeito e singularidade, promovendo autonomia, cidadania e emancipação; e, quando se constitui num espaço de formação crítica e militante.

Palavras-Chaves: Centro de Convivência; Desinstitucionalização; Reforma em Saúde Mental.

ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze the process of deinstitutionalization developed in a Conviviality and Cultural Center - CECONC in the Brazilian Federal District, in order to identify guiding elements of the work in this entity which is part of the National Policy of Mental Health - PNSM. Through this survey, we discussed about the role of the Conviviality and Cultural Center - CECONC in the Brazilian PNSM, in order to provide theoretical and methodological outlines for this type of entity; to reflect upon the deinstitutionalization process as an important axis of the National Mental Health Policy (PNSM), with the prospect of contributing to the strength of the citizen and the production of spaces oriented towards the empowering of suffering individuals; to identify the benchmarks present in the practice of care in the CECONC based on the deinstitutionalization axis; and then to analyze the contributions of the practical actions in this type of entity for the process of Deinstitutionalization. We adopted as methodological procedures the narrative review of appropriate literature, the participant observation associated with the semi-structured interview and the focus group. We used content analysis to examine the data. The data found in this research allow us to say that, according to the parameters of the PNSM, the analyzed CECONC fulfills its role when it reverses the control circuit in order to support the movement around the city, the free expression and the affective autonomy; when it promotes institutional openness by producing consensual rules and standards and operating in the perspective of transdisciplinarity; when it grants the exercise of power through a democratic praxis; when it keeps open the contradictions that stigma causes; when in its practical action it offers acceptance, affection and listening, operating respect and singularity, promoting autonomy, citizenship and emancipation; and when it becomes a space of critical and militant formation.

Key-Words: Conviviality and Cultural Center; Deinstitutionalization; Mental Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
APADA – Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos
AT – Acompanhamento Terapêutico
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCC – Centro de Convivência e Cultura
CEBES – Centro de Estudos de Saúde
CECONC – Centro de Convivência e Cultura
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental
CNSM/MS – Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde
CNSMAD – Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CNTSM – Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DF – Distrito Federal
GF – Grupo Focal
MG – Minas Gerais
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
MPSMDF – Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal
MS – Ministério da Saúde
MSLA – Movimento Social da Luta Antimanicomial
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OF – Oficineiro
ONG – Organização Não-Governamental
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PT – Partido dos Trabalhadores
PVC – Programa de Volta Pra Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REME – Movimento de Renovação Médica

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TJDF – Tribunal de Justiça do Distrito Federal

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da Desinstitucionalização	24
Quadro 2 - A loucura através dos tempos	49
Quadro 3 – Dimensão e definição	80
Quadro 4 - Dimensões de Referência e Categorias para Análise e Discussão.....	80
Quadro 5 – Liberdade e Expressão	84
Quadro 6 - Transdisciplinaridade	89
Quadro 7 – Práxis Democrática.....	94
Quadro 8 – Institucionalidade e Desinstitucionalização	100
Quadro 9 – A Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade	105

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVO GERAL	19
Objetivos Específicos	19
MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
A. Coleta de Dados	21
B. Sistematização e Análise dos Dados	23
CAPÍTULO 1 – Conviver com a Loucura: a Política Nacional de Saúde Mental e os Dispositivos de Convivência	26
1.1. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E CONVIVÊNCIA: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO	30
1.2. CENTROS DE CONVIVÊNCIA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO POSSÍVEL	37
CAPÍTULO 2 – A Serpente à Espreita: da Institucionalização da Loucura às Expressões da Desinstitucionalização em Saúde Mental	40
2.1. A CRÍTICA À LOUCURA INSTITUCIONALIZADA.....	41
2.1.1. Loucura e a Questão Social: Uma Reflexão Sobre o Processo de Institucionalização da Loucura e sua Relação com o Surgimento da Questão Social	41
2.1.2. Desinstitucionalização e Saúde Mental: a Questão Social hoje.....	50
2.2. AS EXPRESSÕES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	51
2.2.1. Desinstitucionalização, Sentidos e Perspectivas	52
2.2.2. A Serpente à Espreita	58
CAPÍTULO 3 – Da Lama ao Caos do Caos à Luta Antimanicomial : Um Homem Internado Nunca se Engana	60
3.1. LUTA ANTIMANICOMIAL, HISTÓRIA E O HORIZONTE EMANCIPATÓRIO	61
CAPÍTULO 4 - A Inverso Com-Verso: Análise da Desinstitucionalização na Expressão do Cotidiano de um Centro de Convivência	79
4.1. A INVERSO	82
4.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	84
4.2.1. Liberdade de Expressão	84
4.2.2. Transdisciplinaridade.....	89
4.2.3. Práxis Democrática	94
4.2.4. Institucionalidade e Desinstitucionalização	100
4.2.5. A Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade	105
Acolhimento, Afeto e a Escuta	107
Respeito e Singularidade na Transformação estigma.....	109

Autonomia, Cidadania e Emancipação	110
Espaço Formação Crítica e Militante	112
Limites e Desafios	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
APÊNDICES	127
APÊNDICE A – BIBLIOTECA VIRTUAL	127
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	128
APÊNDICE C – ACEITE INSTITUCIONAL	129
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130
APÊNDICE E – TABELA DE FALAS	131

INTRODUÇÃO

Refletir sobre a questão da saúde mental nos dias de hoje pode não parecer uma tarefa tão difícil depois de tantas denúncias estampadas em jornais, divulgadas na televisão, estampadas no cinema e descritas em livros sobre maus tratos com que os loucos são tratados nos hospitais psiquiátricos. Sair em defesa dos direitos das pessoas que vivem com algum tipo de sofrimento mental e concordar que elas merecem um tratamento digno e humano pode parecer “chover no molhado”. Contudo, mesmo com os avanços conquistados com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira, há ainda uma questão um tanto delicada, que divide opiniões e que revela claramente o quão incomoda é a loucura com liberdade!

A liberdade de ser quem se é. A possibilidade de ser. Não a liberdade imbricada na expertise da acumulação, centrada no ter, mas a liberdade de expressar, de desejar, de estar, de se comunicar, de conviver e de fazer escolhas segundo uma tentativa de organização entre o que é da dimensão pessoal e o que é da dimensão do coletivo. Liberdade de equilibrar tudo isso, mas também de desequilibrar de vez em quando. É sobre essas idas e vindas que falamos nesta tese. Um estudo sobre o processo de Desinstitucionalização enquanto um paradigma de ruptura com o modelo responsável pela institucionalização da loucura. A liberdade se inscreve aí na possibilidade de desconstrução daquilo que representou a subtração e o aniquilamento da subjetividade de milhares de seres humanos e o aprisionamento de mentes e corpos que até hoje vivem sob o jugo de um carcereiro chamado estigma.

No capítulo 1 apresentamos a PNSM e como foram pensados os dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com o objetivo de situar o lugar do Centro de Convivência e Cultura (CECONC) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sua importância e diferenciação. No capítulo 2 trazemos nossas reflexões sobre o processo de desinstitucionalização e de como ele está demarcado historicamente com o surgimento da Questão Social ganhando sentidos e contornos quando aprofundamos no debate do projeto antimanicomial e na perspectiva emancipatória. No capítulo 3 fazemos um ensaio teórico à luz da teoria marxista sobre a Luta Antimanicomial no Brasil resgatando suas origens e princípios e de como ela dialoga com outras lutas sociais. No capítulo 4 apresentamos a Inverso em termos de sua metodologia e dinâmica de trabalho, e a análise elaborada a partir da Análise de Conteúdo. No capítulo 5, reunimos algumas questões que nos impulsionaram a pensar a relação entre desinstitucionalização e a questão da liberdade.

A balança que escolhemos para “Ver-o-Peso” nessa relação é a PNSM, entendida aqui como um dos caminhos estruturantes que a sociedade encontrou para colocar num mesmo

projeto o controle e a liberdade. É pela via da Política Pública que a sociedade se organiza e mantém e/ou renova padrões. Portanto, entendemos ser um caminho pelo qual podemos apreender uma compreensão possível sobre as possibilidades e limites da crítica à institucionalização, isto é, da Desinstitucionalização. Na PNSM estão dispostos uma variedade de espaços institucionais pensados para atender os ciclos da loucura, e as suas formas toleráveis e não tão toleráveis de manifestação. Optamos então, pela análise de um dos dispositivos criados para que a liberdade se tornasse viável: o CEECONC.

O presente estudo foi desenvolvido na Inverso, que é uma Organização Não-Governamental criada com o objetivo de oferecer um espaço de convivência para pessoas com sofrimento mental. Abriu suas portas em 8 de março de 2001, pelas mãos de ex-alunos e professores do Curso de Residência Multiprofissional, notadamente uma iniciativa de virada do século e de tentativa de continuidade das mudanças no Distrito Federal local que vinham ocorrendo desde 1995. Sua origem se confunde com a história do Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal e sua criação, inscrita no terreno ideológico e filosófico da luta antimanicomial, é um marco para a história da assistência em saúde mental do DF. A Inverso nasce assim, na virada para virar, para inverter o lugar social e historicamente instituído para a Loucura.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A Desinstitucionalização em saúde mental é um processo complexo que ocorre em várias dimensões da vida coletiva e da vida privada dos sujeitos, traz à tona o modo como a sociedade se relaciona com a loucura, e como o sujeito que sofre se relaciona particularmente com essa experiência. O termo possui uma concepção polissêmica e complexa, portanto, pode assumir diversos sentidos (VENTURINI, 2016). Por isso é preciso mergulhar nesses sentidos e qualificá-los, de modo a verificar suas aproximações ideológicas, se mais próximo do paradigma medicalizante e asilar, ou se mais próximo do paradigma revolucionário de liberdade e da atenção psicossocial.

Nesse campo de cruzamentos de práticas e saberes é que acreditamos que a PNSM, pode concretizar a proposta de Desinstitucionalização, visto que esta define uma série de dispositivos pensados para que possam dar conta da polissemia e da vasta diversidade de práticas e técnicas terapêuticas e culturais.

A Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Desde sua implementação, a PNSM vem avançando tanto em termos de abertura de serviços substitutivos ao manicômio quanto no fechamento e fiscalização de leitos em hospitais psiquiátricos especializados. Um outro avanço é que as mudanças no arcabouço legal possibilitam a destinação de recursos financeiros para a implantação de serviços substitutivos em detrimento da centralidade dos investimentos em hospitais psiquiátricos, que funcionavam no passado como uma verdadeira indústria da loucura.

Vimos na literatura estudada e nos documentos oficiais que houve no Brasil um aumento significativo do investimento para abertura de serviços comunitários em contrapartida ao investimento em espaços que funcionam como uma expressão mais moderna (às vezes nem isso!) dos manicômios. Os dispositivos de Atenção Psicossocial foram regulamentados por intermédio da Portaria GM 3088/2011 e podem realizar atendimentos ambulatoriais clínicos e terapêuticos, individuais ou em grupos; apoio às famílias; inserção na comunidade; desenvolvimento de habilidades; geração de renda; trabalho com arte e tecnologias para aquisição de novos conhecimentos; e ainda, fortalecimento de vínculos, autoestima, autonomia e emancipação.

Dos dispositivos criados pela referida Portaria, o CEECONC é aquele que nos interessa para o presente estudo. Os CEECONCs foram regulamentados inicialmente pela portaria GM 396/2005 que estabelece as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, em 2011 essa portaria foi suspensa em função do não avanço das discussões sobre o que esses centros representam e como devem funcionar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Assim, apesar do investimento significativo que resultou na expansão da RAPS em todo Brasil nas últimas décadas, os Centros de Convivência ainda precisam de regulamentação específica, além da delimitação e clareza sobre o seu papel na Rede de Assistência Psicossocial (RAPS). Na Política de Assistência Social, por exemplo, constatamos que esse tipo de dispositivo institucional está descrito em regulamentação específica, com detalhamento sobre seus objetivos, público alvo e metodologia de trabalho, etc. (MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2011). Este fato por si só, justifica a realização da investigação pretendida nesta tese, visto que poderá contribuir para este fim.

Os dispositivos de Atenção Psicossocial, reúnem práticas e saberes que buscam funcionar na lógica antimanicomial com uma dinâmica baseada na crítica aos elementos constitutivos do modus operandi dos hospitais psiquiátricos. Dentre eles podemos pensar na

hierarquia, na concentração do poder-saber nas mãos dos representantes institucionais, na tutela, no estigma, no regime disciplinar imposto desconsiderando a singularidade dos sujeitos, e tantos outros que dão corpo e movimento à lógica manicomial. Contudo, ainda que os números estejam a favor das metas da PNSM, a Desinstitucionalização, principal eixo norteador das ações nesse campo, ainda é um desafio.

Outro dado importante é que não há um mapeamento dos CECONCs existentes nos dias atuais. A última informação que encontramos nos documentos oficiais é no Relatório de Gestão de 2006 da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (CNSMAD/MS), quando existiam 60 CECONCs em funcionamento no Brasil. Nos documentos mais atuais, os dados sobre os CECONCs nem sequer são mencionados. Para nós há aí um problema importante. Ora, se esta modalidade de dispositivo é estratégica para o funcionamento da RAPS; se como sabemos, os CAPS não respondem sozinhos pela complexidade da demanda da saúde mental, então o que falta para avançarmos na ampliação dessa rede?

Notamos que os dispositivos que mais recebem incentivo de financiamento para implantação de serviços são os CAPS. De fato, os CAPS são centrais na articulação da RAPS, contudo parece que essa concentração acaba por criar uma distorção na Política, reduzindo-a às estratégias de reorganização de serviços como solução para as questões da demanda da saúde mental. Essa solução tem se mostrado centralizadora e em certa medida insuficiente, visto que os CAPS são apenas um dos recursos que devem ser implementados para a constituição da RAPS num território, e que, para além da abertura de novos serviços, o projeto desinstitucionalizatório precisa atuar fortemente na dimensão da cultura e da vida cotidiana dos serviços e das cidades. Por isso, e para isso, foram pensados os CECONCs: um novo formato de cuidado que possibilita a mediação com a vida comunitária.

Venturini (2016) chama atenção para o fato de que, no jogo de interesses, em que pese a Desinstitucionalização esteja no foco, os motivos para aderir a esse projeto são os mais variados possíveis. Eles estão aglutinados em eixos bem definidos: por um lado a defesa dos direitos das pessoas que sofrem, reconhecendo-as como sujeitos de direitos; por outro, a reorganização da assistência como uma simples racionalização de gastos, gerando o que Rotelli (2001) chama de desospitalização e em alguns casos implica mesmo é numa desassistência, pois Desinstitucionalização “é um processo ainda em vias de realização na maior parte dos países europeus e americanos. E quando isso ocorre, é frequentemente mal feito e realizado de forma apenas parcial” (VENTURINI, 2016, p. 14).

Para o autor, os principais fatores responsáveis por isso são: 1) a crise do Welfare State, marcada pela implementação de políticas neoliberais, que geram precarização do trabalho e redução significativa nos investimentos sociais públicos; 2) A falsa consciência dos profissionais de saúde, que começaram com entusiasmo e hoje demonstram um certo abatimento diante da realidade que é quando a impaciência revolucionária se confronta com uma prática de transformação extenuante; 3) Progressismos mistificadores que é monopolização do debate de novos temas, que até são importantes, mas que mudam o foco dos problemas a serem enfrentados para efetivação do projeto desinstitucionalizatório; e, 4) Ambiguidade do termo Desinstitucionalização, que pode significar uma simples desospitalização, como também pode implicar num movimento ainda mais transformador de mudança radical do paradigma da psiquiatria. Nesse último aspecto o autor defende que não são só transformações no âmbito da saúde mental, mas em toda sociedade que se sustenta no paradigma da razão-normalização:

Falo, portanto, de um processo individual e coletivo de emancipação e de libertação que parte do sofrimento individual, mas que não se refere só aos pacientes. É um processo que também envolve criticamente trabalhadores, administradores públicos, políticos, cidadãos comuns, na busca de utópica, mas paradoxalmente realizável, de uma sociedade sem manicômios (VENTURINI, 2016, p. 15).

Se adaptarmos à nossa realidade, podemos dizer então que é imperativo refletir sobre os espaços criados com a regulamentação da PNSM e a implantação dos dispositivos institucionais da reforma em saúde mental. Nesse sentido, a reflexão do autor contribui para esta problematização, fazendo uma crítica ao risco que se corre de falta de reflexão da prática nos dispositivos de cuidado criados a partir das experiências de reforma, ressaltando a importância dos espaços em que a pessoa se relaciona com a comunidade e com o trabalhador da saúde mental. Refletir, portanto, sobre a Desinstitucionalização num CEECONC é estratégico para construção do pensamento e de uma postura crítica inscrita em um novo lugar e pautada por novas relações com a loucura.

Há uma crítica recorrente que se faz em relação a PNSM, mais precisamente aos defensores da Reforma em Saúde Mental, que tem como lema a substituição do tratamento da loucura de forma asilar, manicomial, pela criação de espaços comunitários que funcionem sob a lógica antimanicomial. Essa crítica gira em torno da ideia de que esses reformadores têm um discurso ideológico que pouco atende a necessidade prática na vida do “doente mental” em ser atendido e “curado”. Com este estudo, pretendemos demonstrar que o substrato filosófico e científico a que Nise da Silveira (2015) se refere e que sustenta a PNSM, se inscreve em práticas

organizadas que produzem resultados claros de melhoramento nas condições de vida dos sujeitos atendidos, tanto no campo físico-corporal quanto no campo psicológico, social e cultural.

Nessa justificativa está também a importância da qualificação do trabalho desenvolvido num CECONC, no sentido de identificar e transpor as armadilhas das “ideologias de recâmbio” (VENTURINI, 2016, p. 11), que Basaglia define como ideologias aplicadas a uma realidade sem levar em conta o contexto social e histórico local, e se tornam colonizadoras e alienantes como tem sido muitas propostas de reorganização da assistência psiquiátrica mundo afora.

Outro aspecto relevante é a questão de que o processo de Desinstitucionalização é complexo, principalmente quando pensarmos em termos práticos dos resultados. Delgado (2015) aponta uma baixa produção acadêmica sobre CECONCs. O autor ressalta ainda que falta reflexão sobre a importância que os espaços da psiquiatria manicomial tiveram na produção do sofrimento e do estigma (marginalização) e falta de uma reflexão análoga pode comprometer a propagação dos resultantes do processo de Desinstitucionalização. Sobre a relevância dos espaços criados pelos processos de reforma Venturini (2016, p. 18) complementa: “minha experiência ensina que o espaço pode ser um agente propulsor para a desinstitucionalização”. Ele defende que o rumo do processo da Desinstitucionalização é em direção a libertação humana, mas que esses eventos atravessados/tingidos pelo desemprego, desigualdade, confluência de questões sociais – degradação do meio ambiente, intolerância, imigração, guerras, etc. não afetam a Desinstitucionalização diretamente, mas alteram os contornos do processo, e isso exige leituras mais cuidadosas.

Nosso estudo vem nessa direção, para tentar contribuir para o debate sobre o assunto. Por isso escolhemos nos concentrar na relação entre experiência de um CECONC e o processo de Desinstitucionalização, no sentido de reunir elementos constitutivos nesse tipo de dispositivo. Fomos instigados a pensar como, ao longo destes anos de implementação da PNSM, vem se conformando o pensar desinstitucionalizatório como um pensar-agir para desconstrução do estigma da loucura e a proposição um outro lugar para o sujeito que sofre.

Partindo destes pressupostos pretendemos responder com esta tese as seguintes perguntas norteadoras: Qual é o contorno teórico-metodológico que tem pautado a práxis na Inverso? Quais elementos estão presentes nestas práxis que podem nos auxiliar a pensar possíveis parâmetros referenciais para o trabalho nesse tipo de dispositivo? Como a Desinstitucionalização é entendida no cotidiano de uma instituição de portas abertas?

OBJETIVO GERAL:

Analisar o processo de Desinstitucionalização desenvolvido num Centro de Convivência e Cultura no Distrito Federal, no sentido de identificar elementos norteadores do trabalho nesse tipo de dispositivo que compõem a Política Nacional de Saúde Mental.

Objetivos Específicos:

- a) Discutir sobre o papel dos Centros de Convivência e Cultura na PNSM Brasileira, no sentido de fornecer contornos teórico-metodológicos para este tipo de dispositivo;
- b) Refletir sobre o processo de Desinstitucionalização, como importante eixo da Política Nacional de Saúde Mental, na perspectiva do fortalecimento da cidadania e da produção de espaços orientados para emancipação dos sujeitos em sofrimento;
- c) Identificar os parâmetros referências presentes na prática de cuidado em um Centro de Convivência e Cultura em Saúde Mental no Distrito Federal, tendo como base os eixos da Desinstitucionalização;
- d) Analisar as contribuições da ação prática de um Centro de Convivência e Cultura para o processo de Desinstitucionalização, entendido como eixo norteador da Política Nacional de Saúde Mental.

MATERIAIS E MÉTODOS

O método é uma forma de captar a realidade no que diz respeito a maneira de apreendê-la. A criticidade deve imbuir esse processo e contribuir para que o pesquisador possa desvendar as relações que perpassam o seu objeto de estudo, sobre o que não é visível aos seus sentidos e descobrir as interseções entre teoria e prática. Esse “vir à tona” do objeto sob o qual nos debruçamos neste trabalho, que é em última instância a relação entre Desinstitucionalização e convivência no contexto da saúde mental, implica partir da premissa de que o processo de Desinstitucionalização não está tão claro assim, não é absoluto, está em construção. E que, por se tratar de um paradigma, de uma nova forma de pensar e agir nas relações de cuidado e abordagem da loucura, ele traz consigo uma teia de relações entre os padrões estabelecidos durante a institucionalização da loucura enquanto doença mental, bem como as possibilidades de um novo olhar e lugar para o louco em nossa sociedade, que não mais o do erro e do estigma.

Em virtude de tal complexidade das relações do objeto e, partindo de nossa visão de mundo, neste trabalho optaremos pelo método histórico dialético por entender que o nosso objeto tem natureza contraditória, que ao mesmo tempo em que desconstrói os padrões estabelecidos de “tratamento psiquiátrico” quando tenciona a lógica do capital ao questionar conceitos de loucura/doença/cura – ideias que dão sustentação à dinâmica de produção pela exploração do homem pelo homem – ele também encontra os limites nessa lógica, apresentando-se muitas vezes como estratégia de conformação a ela, isto é, ao mesmo tempo em que provoca uma ruptura importante no funcionamento dos serviços de saúde mental e da cultura sobre a loucura, permitindo suas expressões mais libertárias; na sua implementação ele encontra um sistema de saúde sucateado, impotente para cumprir diretrizes comunitárias, precário e desmantelado, e acaba por resumir-se muitas vezes em uma mudança de lugar/espço de cuidado. Dito de outra forma, sai do “tratamento clássico” realizado dentro dos hospitais psiquiátricos, para ser reduzido ao âmbito dos CAPS, não promovendo o cuidado ampliado e incentivador do exercício de cidadania como preconizado pelos movimentos de luta nesse campo.

Nesse contexto contraditório, estão presentes interesses em disputa: por um lado aqueles que defendem a reforma em saúde mental e fazem a crítica radical ao modelo manicomial e de outro, grupos que declaradamente defendem a centralidade da categoria médica sob as demais categorias profissionais e de sua hegemonia do saber sobre a loucura, tendo como foco principal a manutenção da centralidade na administração de medicamentos como principal forma de controle e “cura” da loucura.

Outro aspecto, não menos importante, da escolha desse método assenta-se na premissa de que a relação entre o processo desinstitucionalizatório e as experiências dos CECONCs é um eixo analítico importante que perpassa as relações sociais capitalistas e aquelas cujo projeto assenta a perspectiva da transformação e justiça social.

Nossa decisão metodológica está assentada na premissa de que as determinações históricas e estruturais que conformam a relação entre o processo de Desinstitucionalização e as estratégias de cuidado desenvolvidas num CECONC são resultado das ações dos sujeitos sociais e é pela pesquisa que podemos revelar um pouco mais sobre como estão dispostas na realidade, apontando seus limites e possibilidades. Nesse sentido, o método histórico dialético nos ajudará a fazer uma aproximação sucessiva, pois considera a historicidade dos processos sociais, bem como as condicionantes inscritas nas relações de produção de nossa sociedade,

além de enfatizar as contradições e as múltiplas determinações dos fenômenos, isto é, sua totalidade (MINAYO, 2010).

Nossa pesquisa, natureza exploratória, pretende descobrir as relações entre estes dois fenômenos: a desinstitucionalização e a convivência. O método serve assim, como telescópio, como lente para abertura e diminuição das distâncias. O método que escolhemos para pensar essas e outras questões já apontadas na problematização desse projeto, nos ajuda a compreender a realidade que vamos estudar, que se apresenta dialeticamente recortada por contradições e tensões. A pesquisa é entendida então, enquanto uma necessidade de se chegar a essência do fenômeno, descobrir as leis internas, as tendências, que atravessam o processo de Desinstitucionalização em um CEECOP.

Para responder às questões norteadoras desta pesquisa adotamos como procedimentos metodológicos a Revisão Narrativa de Literatura, a Observação Participante, a Entrevista Semiestruturada e o Grupo Focal.

A. Coleta de Dados

Os procedimentos metodológicos adotados para esse estudo correspondem ao nosso entendimento e inserção no campo. Assim sendo, nossa pesquisa se deu em dois movimentos: o teórico e o prático. Compreendemos aqui nosso desafio em articular o processo de Desinstitucionalização que ocorre num CEECOP em saúde mental, enquanto ação que traz à tona a dimensão subjetiva dos sujeitos na relação com as condições objetivas da realidade social, onde se inscrevem as políticas públicas e suas estratégias, neste caso, a PNSM e a estratégia da Desinstitucionalização.

O procedimento metodológico que adotamos para a revisão bibliográfica utilizada na fundamentação teórica desta tese foi a Revisão Narrativa de Literatura. Nesta modalidade de revisão de literatura não é necessário descrever detalhadamente o processo de localização das fontes nem de estabelecer critérios de inclusão e exclusão.

O processo de trabalho foi desenvolvido de através de leitura prévia, leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura reflexiva.

Na etapa inicial, a da leitura prévia, organizamos o acervo pessoal reunido nas leituras realizadas ao cursar as disciplinas do curso de doutoramento. A seguir realizamos uma busca na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “Centros de Convivência” e “saúde mental”. A etapa de leitura exploratória consistiu na classificação dos documentos em

4 categorias: documentos oficiais, fundamentação teórica, método, fonte de pesquisa. Na etapa seletiva identificamos os autores que compõe a base do pensamento italiano sobre a psiquiatria democrática, e aqueles que versam sobre a realidade brasileira com inspiração na experiência italiana, além de reunir as publicações específicas sobre CEECONC. A etapa analítica consistiu no fichamento e sumarização das obras selecionadas na etapa anterior e por último a leitura interpretativa que coincide com a elaboração desta tese.

As obras utilizadas nas referências bibliográficas do presente estudo foram organizadas numa Biblioteca Virtual e será disponibilizada pela rede mundial de computadores no sítio <http://www.inverso.org.br/> como contribuição desta pesquisadora àquela instituição (APÊNDICE A).

A Observação Participante é um método para coleta de dados que não supõe a criação de um instrumento específico, mas que requer uma implicação do pesquisador no que está sendo observado e na qual é fundamental a integração do pesquisador com o campo de observação. Ela pode ser considerada:

[...] um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (MINAYO, 2013, p. 70).

Assim sendo, para conhecer de perto a experiência do cotidiano numa instituição de portas abertas, no período entre 2014 a 2016, participei como frequentadora-colaboradora coordenando a oficina de Corpo e Expressão. As notas produzidas para registrar a atividade neste período serão também nossa fonte de pesquisa.

Outro instrumento de coleta de dados que adotamos foi a entrevista semi-estruturada. Realizamos entrevistas com todos os frequentadores-colaboradores da instituição em outubro de 2017. O roteiro de entrevista (APÊNDICE B) tem 3 eixos: o projeto político pedagógico, a desinstitucionalização no contexto institucional, os desafios para o processo desinstitucionalizatório.

Ainda como procedimentos adotados para realização da pesquisa, apresentamos para assinatura os termos de Aceite Institucional (APÊNDICE C) e de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE D).

O grupo focal foi realizado em 22 de novembro de 2017 durante uma das oficinas, como forma de facilitar a participação de todos os frequentadores (colaboradores, extensionistas e usuários). A escolha dessa técnica se dá pelo fato de que é um importante recurso de coleta de dados e “atende invariavelmente ao objetivo de apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um tema determinado num ambiente de interação” (TRAD, 2009, p. 77). Prevedemos aí um debate sobre esse dispositivo da PNSM, bem como de sua efetividade. É importante ressaltar que a técnica de Grupo Focal realça e explicita as diferentes visões dos sujeitos sobre o processo em análise e ainda considera os contextos sociais em que eles estão inseridos. (TANAKA; MELO, 2004). O grupo focal foi registrado em áudio e o conteúdo posteriormente transcrito para facilitar o processo de sistematização e análise das informações.

Salientamos que incluímos como fonte de pesquisa documental o livro publicado pela Inverso chamado “*Portas Abertas à Loucura*” (FALEIROS, E.; CAMPOS; FALEIROS, V. P., 2017) que reúne o relato de experiências, análise e resultados de pesquisas que aconteceram na Inverso durante estes anos de atuação.

B. Sistematização e Análise dos Dados

Para sistematização e análise dos dados coletados nossa opção foi pela Análise de Conteúdo de Bardin (2009), que é uma estratégia de análise por intermédio da qual é possível cruzar conteúdos categoriais depreendidos da fala dos participantes das Entrevistas e do Grupo Focal com o nosso posicionamento teórico sobre o tema.

Esse processo teve três momentos distintos: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados.

1º) Pré-análise. Nesta fase sistematizamos os dados que correspondem à nossa discussão sobre Centro de Convivência e Desinstitucionalização. Aqui organizamos as informações colhidas durante a observação participante, nas entrevistas, no grupo focal e na fonte documental a partir do objetivo geral da pesquisa que é o de pensar sobre o processo de Desinstitucionalização num CECONC, e depreender, dessa análise, alguns parâmetros teórico-metodológicos que possam contribuir para o trabalho nesse tipo de serviço no campo da PNSM. Então, a partir de palavras ou expressões que descrevem o significado da Desinstitucionalização para os participantes da pesquisa os dados foram organizados em dois eixos: a) Elementos que demonstram como a Desinstitucionalização ocorre na prática da Inverso, no sentido de pensarmos sobre as possibilidades desse processo; b) Desafios que a Inverso enfrenta nesse campo, e que refletem os limites do processo desinstitucionalizatório.

2º) Exploração do material, que “consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas” (SILVA; FOSSÁ, 2013, p. 4). Nessa fase aceitamos a sugestão das 5 chaves de leitura para a compreensão do processo de desinstitucionalização entendidas pela PNSM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) como fundamentais para a superação do modelo asilar. No Quadro 1 apresentamos as categorias relacionadas às unidades/temas que dão o contorno ao conteúdo analisado e descrevemos suas respectivas definições com o objetivo de promover um alinhamento conceitual a respeito das categorias de análise utilizadas.

Quadro 1 - Dimensões da Desinstitucionalização

Dimensão	Alinhamento conceitual
Circuito de Controle	Descentralização do hospital psiquiátrico; Espaço articulador de outros setores que transponham o atendimento do campo de exclusividade da saúde mental e que não impõe a normalização impositiva.
Instituição Aberta e Instituição Fechada	Dinâmica institucional que facilite o exercício dialógico, participação, protagonismo e consenso, na produção de normas e regras de conduta.
Exercício do Poder	Relações institucionais menos hierarquizadas, mudanças nas relações cotidianas entres os membros e abertura institucional.
Manter Contradições Abertas	Dinâmica das respostas institucionais quanto aos acontecimentos cotidianos e/ou das atividades propostas. Como a equipe se organiza: reuniões, assembleias, outros.
Ação Prática	Da ação prática dos sujeitos, como eles participam, transitam. Implica no exercício da cidadania e autonomia.

Fonte: sistematizado pela autora.

É mister ressaltar, contudo, que as unidades/temas possuem variantes conceituais que atravessam todas as categorias de análise. Nosso exercício foi tentar aprofundar cada tema dialogando com a definição de cada categoria. Tal divisão se fez necessária, por entendermos que assim poderemos responder sobre as possibilidades da concretização do projeto desinstitucionalizatório num CEEC, ao mesmo tempo em que poderemos apontar os limites que esse tipo de dispositivo possui, segundo seus frequentadores, sejam eles usuários, colaboradores, extensionistas. Adotaremos neste estudo o termo “frequentador” para todos os participantes da pesquisa, pois na Inverso há diversas formas de frequentar o espaço, quer seja como frequentador-oficineiro, frequentador-estagiário, frequentador-extensionista ou frequentador-usuário. Pela mesma razão, não identificaremos a fonte de coleta de informação

para que as informações sejam também tratadas dentro do espírito ético da Desinstitucionalização, alicerce desta pesquisa.

Para organização das falas por categoria trabalhada, organizamos uma tabela para cada registro (APÊNDICE E).

3º) Análise dos dados, que é uma “análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes” (SILVA; FOSSÁ, 2013, p. 4). Nesta fase, extraímos as frases contendo as palavras que surgiram em cada categoria de análise, que foram então organizadas em tabelas. Todas as informações catalogadas podem ser consultadas no Apêndice B, onde as frases completas estão organizadas por categoria.

Para essa investigação concordamos com Cavalcanti, Calixto e Pinheiro (2014, p. 13) que “a análise de conteúdo, neste cenário, emerge como técnica que se propõe à apreensão de uma realidade visível, mas também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados”. Tal entendimento aproxima esta técnica com nosso objetivo de compreender como se dá o processo de Desinstitucionalização em um CECONC, apontando os limites e possibilidades. Em seguida, aprofundamos a discussão das Unidades/Temas, sempre partindo da questão de como cada uma se expressa da prática da Inverso. Para isso tomamos como referência o conteúdo das entrevistas, associado às nossas observações durante o período em que estivemos presentes no cotidiano do Centro de Convivência.

CAPÍTULO 1 – Conviver com a Loucura: a Política Nacional de Saúde Mental e os Dispositivos de Convivência

A política social é uma importante dimensão no processo contraditório de tensionamento do Estado Capitalista. Sua consolidação ao mesmo tempo em que pode servir para atender aos interesses de classes dominantes, também pode atuar impondo limites aos ganhos do capital. Esta ideia compartilhada por Boscheti (2009) e Pereira (2001), nos leva para o ponto de partida deste trabalho, isto é, de que para pensarmos a PNSM é necessário compreendê-la inscrita num contexto político-econômico-social e cultural extremamente conflituoso. Em primeiro lugar, porque entendemos que se trata de uma política social que garante o direito a saúde; em segundo, porque estamos falando do atendimento a uma parcela da população, pessoas acometidas por sofrimento psíquico, sobre a qual ao longo da história da humanidade, pesa o estigma de incapaz para vida comunitária e para o trabalho, o que gera a condenação ao afastamento do convívio social indefinidamente.

Basaglia (2005), Foucault (1989), dentre outros autores, descrevem a crise do paradigma psiquiátrico deflagrado pela incapacidade da psiquiatria em cumprir as promessas de cura dos chamados doentes mentais, que resultou num processo de internação de centenas de milhares de pessoas, das quais, a grande maioria que adentrava ao hospital psiquiátrico nunca mais retornava ao convívio social. E aquelas que o conseguia, nem sempre se adaptavam ao modo de vida em sociedade considerado normal e produtivo.

A nova PNSM nasce assim, como resultado de uma tensa luta entre os trabalhadores do campo da assistência psiquiátrica, familiares e pessoas em situação de sofrimento mental, em contraponto ao modelo segregador e privatista dos grandes hospitais psiquiátricos, que lucravam com o número de internos em suas unidades por todo o Brasil. O marco legal para implementação desta nova política foi a Lei 10.216 de 2001. Contudo, é sabido que desde a década de 1990, já existiam registros de estados da federação que implantaram suas reformas na área, todos inspirados no projeto de Lei nº 3657-A/89 do Deputado Federal Paulo Delgado do PT/MG. O Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado a aprovar uma legislação que redireciona o cuidado em saúde mental, em 1992. Este arcabouço legal com pontos em comum, ao que nos interessa: a perspectiva de substituir o modelo do hospital psiquiátrico, também denominado “hospitalocêntrico”, por centros ou núcleos de atenção diária e de caráter comunitário, que garantam a promoção de direitos de cidadania por meio do cuidado em liberdade. Dentre esses Serviços substitutivos estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Centros de Convivência e Cultura (CECONCs); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); somados

às Unidades de Acolhimento, leitos hospitalares e Unidades de Saúde que formam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Desde sua implantação, os CAPS têm sido a principal estratégia da PNSM. A partir deles vai se tecendo a rede:

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

Descentralização do hospital, atuação no território, acolhimento às famílias e inserção na cultura, são os focos dessa nova Política e dando forma ao que chamamos de dispositivos de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2014).

Desde a promulgação da Lei 10.216, o Brasil vive um franco avanço do projeto de reforma da assistência em saúde mental, ainda que sofrendo as interferências da lógica capitalista apontadas anteriormente. Isso se reflete principalmente na expansão da RAPS, criada em 2011 por meio da Portaria GM nº 3.088/2011 que institui a ampliação e articulação dos serviços de atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de drogas no âmbito do SUS. Ao regulamentar a RAPS, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CNSMAD/MS), pode consolidar o trabalho que já vinha sendo implementado desde 2001. Nesse percurso, foi definida a equipe mínima de profissionais especializados para atuarem em saúde mental (Portaria GM 175/01); e instituído o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) pela Portaria GM 251/02, que ajudou a reduzir mais 6.832 leitos em hospitais psiquiátricos e fechar os macro hospitais (aqueles com capacidade acima de 600 leitos): dos sete hospitais desse porte existentes em 2002, até 2010 existia somente um, segundo Relatório de Gestão da CNSMAD/MS 2007-2010.

O primeiro CAPS foi criado em São Paulo em 1986, contudo, em outros estados estes dispositivos comunitários receberam outros nomes, como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), por exemplo. Vale ressaltar também, que todo esse processo de redirecionamento do campo da assistência em saúde mental no Brasil se iniciou em um momento histórico bastante propício, em que eclodiam manifestações pela redemocratização, e umas delas foi a do Movimento dos Trabalhadores em

Saúde Mental (MTSM), que deflagrou greves e paralisações em várias capitais brasileiras, como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre, entre outras, no final dos anos 80.

Quanto aos Centros de Convivência, sua criação vem pouco tempo depois, na década de 90 nas regiões sul e sudeste. Na época foram chamados de Centros de Convivência e Cooperativa, numa clara tentativa de reproduzir o modelo italiano de Trieste, no qual privilegia o ingresso dos sujeitos atendidos em cooperativas de trabalho para estágios e futura geração de renda. Somente em 2005, com a Portaria nº 396, é que esses dispositivos ganharam o nome de Centros de Convivência e Cultura (CCCs), definidos como “dispositivos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No ano de 2011, essa Portaria foi suspensa e os Centros de Convivência não seguiram no mesmo ritmo de criação dos CAPS. Hoje, em termos totais, tomando como base os dados colhidos no Relatório Anual da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), referente ao exercício do ano de 2016 (último encontrado), os números que compõem a RAPS são: 2.457 mil CAPS; 532 RTs; 1.163 leitos psiquiátricos em funcionamento; 59 Unidade de Acolhimento; 4.445 beneficiários do Programa de Volta pra Casa (PVC). O Relatório não menciona o número de Centros de Convivência e Cultura. O último dado registrado está no Relatório de Gestão da CNSMAD/MS do ano de 2006, onde constam 60 Centros de Convivência concentrados na região sudeste do país. Acreditamos que a suspensão da Portaria dos Centros de Convivência mencionada acima, pode ser um dos fatores que prejudicam a contabilização desse tipo de dispositivo nos documentos oficiais, além do fomento e incentivo a sua criação.

As Residências Terapêuticas, outro dispositivo importante, até julho de 2012 eram 625 com um total 3.470 moradores, na sua maioria de pessoas que foram abandonadas por suas famílias ou que, devido ao longo período de internação não foram aceitas de volta ou não conseguiram se adaptar a vida em família, vivem hoje assistidas em dispositivos residenciais e convivendo com outras pessoas na mesma situação. Além disso, o PVC (Lei Federal nº 10.708 e Portaria GM nº 3088 de 2003) institui um auxílio reabilitação no valor fixado em R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais).

A concretização desses espaços aconteceu ao longo desses 17 anos. Recentemente, essa política sofreu alguns duros golpes, entre eles a aprovação do financiamento federal em 2013/2014 de Comunidades Terapêuticas, que funcionam na sua grande maioria sob a lógica religiosa, punitiva e segregadora; e em dezembro de 2017, a volta dos recursos públicos para

hospitais psiquiátricos proibidos na Lei nº 10.216, este último como resultado do golpe político-parlamentar sofrido pela presidenta Dilma Rousseff. Nessa conjuntura, soma-se as investidas neoliberais ao Estado brasileiro, a precarização do trabalho na saúde pública e o falho controle social democrático.

Todos esses fatores agravam a incipiente PNSM, afetando seu eixo mais central que é estratégia de Desinstitucionalização, pois ela implica na abertura dos serviços comunitários ao mesmo tempo em que requer investimento no modus operandi desses espaços, sob a ameaça de que eles ainda reproduzam a lógica manicomial. Dito de outra forma, a Desinstitucionalização ocorre em termos práticos de abertura de espaços ao mesmo tempo que significa a crítica continuada das práticas desenvolvidas tanto nos serviços quanto na relação entre a pessoa que sofre com a comunidade.

Vale ressaltar que esses novos serviços de saúde mental não são somente um lugar para o “tratamento”, mas, um espaço para o cuidado, cuidado este que deve ser interdisciplinar e com a perspectiva voltada para vida cotidiana do sujeito na comunidade em que vive, e não só do sujeito atendido, mas do sujeito-trabalhador que recebe o cuidado, bem como o profissional-trabalhador que presta o serviço. Isto requer um novo modo de atuação, ou seja, um constante repensar das práxis cotidianas. Netto e Carvalho (2012) ressaltam a importância do fazer cotidiano como sustentação da prática social transformadora. Ora, se a proposta desses serviços é transformar o modelo de cuidado em saúde mental, e isto incide sobre a necessidade dos profissionais estarem comprometidos com a proposta, então a reflexão sobre o cotidiano desses serviços é fundamental para consolidar a RAPS, como um importante mecanismo para o projeto do antimanicômio.

De acordo com Netto e Carvalho (2012), é no cotidiano que o Estado focaliza sua gestão, e onde está o “centro de atenção como “uma base de rentabilidade econômica inesgotável” (p. 18). Em um outro trecho, afirmam: “Vista sob um certo ângulo, a vida cotidiana é em sim o espaço modelado (pelo Estado e pela produção capitalista) para erigir o homem em robô: um robô capaz de consumismo dócil e voraz, de eficiência produtiva e que abdicou de sua condição de sujeito, cidadão” (p. 19). Assim é possível afirmar que é no cotidiano de trabalho em saúde mental, que o modelo antimanicomial se sustenta, pois é também no cotidiano que práticas manicomiais se reproduzem contraditoriamente a ele. Os serviços comunitários, enquanto pensados para substituir o hospital psiquiátrico, servem para quebrar a lógica de reprodução racional que justificou séculos de exclusão do louco.

Essa reflexão está baseada em uma grande estratégia paradigmática que é a Desinstitucionalização, que aprofundaremos no próximo capítulo. Por enquanto, faremos uma breve introdução ao assunto, relacionando-o com o dispositivo “ético-político-clínico” da Convivência (RESENDE, 2017).

1.1. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E CONVIVÊNCIA: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

A institucionalização da loucura foi uma consequência do processo de consolidação do projeto capitalista. Foi uma resposta ao grande processo de pauperização que se alastrava por toda Europa Ocidental (NETTO, 2001). A psiquiatria, assim como as demais ciências nascidas no seio da modernidade, foi a estruturação dos argumentos teórico-práticos que aquele projeto necessitava para sua expansão, ou seja, surge para justificar e fundamentar ideologicamente a aplicação de princípios capitalistas engendrados no campo do trabalho, tais como o individualismo e a reificação das relações sociais que irão perpassar o campo da atenção à saúde mental. Foi necessário a produção de um conhecimento específico que pudesse atender ao chamado do controle social da mendicância e de todos aqueles que não atendiam as expectativas do novo modo de produção econômica (FOUCAULT, 1989).

A psiquiatria foi se tornando a principal área do conhecimento científico a dar respostas ao fenômeno da loucura. Nasce no final do século XVIII, com a experiência de Philippe Pinel em Bicêtre, França, que diante do grande número de desvalidos internados nos hospitais daquela época, resolveu desacorrentar alguns que não conseguiam “aderir” ao tratamento e que apresentavam um quadro de alienação mental. Desde então o procedimento de internar pessoas que se encontram nessa situação foi se consolidando como a principal prática médica. O próprio Pinel afirmava em seus tratados que a segregação – a internação – era em si o tratamento, e a loucura passou a ser um objeto de estudo e o louco levado a um profundo processo de institucionalização.

Objetificação que, desde então, impeliu o doente a identificar-se gradativamente com as regras e com o esquema da instituição, ou seja: a institucionalizar-se. Despojado de qualquer elemento pessoal, dominado pelos outros, presa de seus próprios medos, o doente devia se isolado num mundo fechado, onde, mediante o gradativo aniquilamento de qualquer possibilidade pessoal, sua loucura já não tivesse força. A imagem do institucionalizado corresponde, portanto, ao homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para qual apontar (BASAGLIA, 2005, p. 27).

Muito embora a intenção fosse curar os “doentes mentais” e reintegrá-los a sociedade, a psiquiatria foi demonstrando ao longo dos anos, a fragilidade de suas respostas para aquele fenômeno, como bem nos descreve Basaglia no trecho acima. Os hospitais foram se tornando verdadeiros depósitos humanos, espaços utilizados de segregação social e punição. Esse quadro foi deflagrando no final do século XIX e início do século XX, duras críticas e diversas tentativas de reformulação (AMARANTE, 2016). Nesse período um fato já estava claro: o de que o modelo manicomial, que tinha como função central segregar para tratar e curar a loucura vinha em franca falência, causando tanto a insatisfação por parte dos familiares dos pacientes internados nos hospitais, quanto recebendo duras críticas dos setores progressistas da comunidade mundial que apontavam para a necessidade de transformar aquele modelo e para garantia de direitos humanos.

Nessa direção surgiram diversas experiências na tentativa de reformar a psiquiatria e até mesmo de romper definitivamente com ela, entre elas destacamos: psiquiatria de setor, psiquiatria institucional, psiquiatria preventiva, comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria. Esta última, a única de caráter de ruptura radical com a psiquiatria, foi abraçada inclusive pela brasileira Nise da Silveira, que já na década de 1930 no Rio de Janeiro, se recusava a cuidar dos chamados doentes mentais pela via das estratégias clássicas da medicina psiquiátrica, como uso de medicamentos e eletrochoques por exemplo. O exemplo dessa brasileira reflete a necessidade de transformações no campo da saúde mental que vinha se consolidando num processo de críticas radicais ao modelo manicomial e médico.

Esta linha de pensamento também influenciou por um tempo os médicos italianos, que ao abandonar o fundamentalismo dessa perspectiva, construíram aquela que vai influenciar diretamente a experiência de crítica ao paradigma psiquiátrico brasileiro.

O principal expoente do movimento na Itália foi o médico psiquiatra Franco Basaglia, que desenvolveu a Psiquiatria Democrática. Esta proposta se diferenciou das outras na essência do fazer psiquiátrico, diríamos até mesmo, fazer profissional. Basaglia defendia que era insuficiente reformar o hospital psiquiátrico, pois o cerne da relação de abandono e segregação do louco estava estruturado no saber médico-psiquiátrico, isto é, partia do pressuposto de que era um saber acima da verdade do sujeito que sofre, de um saber que é superior e detentor da “única verdade” sobre a loucura. A relação entre médico e paciente foi posta em xeque e sua condição fundamental, a detenção da verdade, foi desconstruída.

Para definir melhor essa proposta, Basaglia cunhou o termo Psiquiatria Democrática, pois partiu do princípio de que numa relação, o poder deveria ser compartilhado, não poderia

estar concentrado apenas na figura do médico, mas a pessoa acometida por transtorno mental também teria condições de falar de si e de seu sofrimento. Isto não implicava em somente opinar sobre seu estado ou sobre os rumos de sua terapia, mas de ser reconhecida como sujeito com um saber de si e de sua condição de sofrimento e principalmente um sujeito de direitos, fazendo da figura do médico (ou técnico responsável) como um aliado na busca pela estabilidade necessária, ambos com a reconhecida capacidade de estabelecer trocas sociais (SARACENO, 2001).

A palavra de ordem da Psiquiatria Democrática é cidadania. Basaglia entendia que para garantir a reintegração social, a pessoa acometida por transtorno mental deveria ser vista como um cidadão. Para dar condições a esse projeto, foram desenvolvidos alguns conceitos fundamentais, como por exemplo: doença mental entre parêntese, que apontava para necessidade de olhar para pessoa que sofre na sua condição total de existência, já que antes o que ocorria era a pessoa ficar entre parênteses e a doença em evidencia; duplo da doença, isto é, o processo de produzir doença não pela natureza do transtorno em si, mas pelo processo de institucionalização; deste último advém o termo Desinstitucionalização, que é o processo reverso de institucionalização, é a tentativa de trazer à tona o sujeito subjugado e corroído pelas relações estabelecidas entre sua condição de sofrimento e as expectativas sociais dentro e fora do hospital (BASAGLIA, 2005).

É nesse contexto em que os dispositivos de Atenção Psicossocial foram pensados. Por isso é fundamental compreender que seu surgimento faz parte de um processo histórico onde se inscrevem um conjunto de reivindicações e incômodos vividos pelos internos dos hospitais e seus familiares, bem como pelos trabalhadores do sistema psiquiátrico, que denunciaram a perversa teia de relações naturalizadas pela dinâmica hospitalocêntrica.

Neste sentido, toda análise ou reflexão sobre os dispositivos de Atenção Psicossocial, deve de antemão ter como norte o princípio da Desinstitucionalização, para não correr o risco de se tornar uma outra forma de institucionalizar pessoas, isto é, uma outra maneira de mecanizar as relações sociais a tal ponto que elas produzam relações coisificadas, objetualizantes, que distorcem as práticas de cuidado e prejudicam o efetivo processo de garantia de direitos. Alguns estudos sinalizam o risco que os serviços substitutivos podem correr ao perder de vista a crítica à lógica manicomial, que pode penetrar sorrateiramente, disfarçada em alguns discursos de cuidado e intervenção em saúde mental (LOBOSQUE, 2004).

Sem dúvida, para quem atua na área, reconhece bem essas denúncias e pode até concordar, mas, o nosso trabalho é o de tentar entrever o que pode estar ainda obscuro nessas críticas. Assim, é importante lembrarmos que essas tais suposições apontam para algumas situações que incidem no processo de implementação da PNSM e que nem sempre estão tão claras. A primeira é talvez a mais fundamental, e já descrita de certa forma anteriormente, que é a relação da sociedade capitalista com o fenômeno da loucura. Tal relação é uma reprodução da lógica do capital, é uma consequência do modo da sociedade operar, a qual se centra na questão do trabalho, e que classifica o louco de incapaz para vida produtiva, portanto um não-sujeito de direitos. Isto leva a questão da saúde mental, apesar de todos se mostrarem “sensíveis” para esse assunto, ser posta na periferia das políticas sociais, afinal, do louco não se compreende muita coisa e do adicto, a culpa é dele por ter sido irresponsável com sua vida e ter adentrado no mundo das drogas. É essa a ideia que prevalece na sociedade. “Louco não vota”, diz um ditado.

A segunda situação consiste no fato de que as primeiras experiências de Psiquiatria Democrática no Brasil nos anos noventa, ocorreu concomitante a expansão do projeto neoliberal iniciado no final da década de 1980. Existem dois projetos políticos que se confluem perversamente no campo das lutas por democracia no Brasil. Um diz respeito àquele que emerge das lutas contra o regime militar, empreendidas fundamentalmente pelos movimentos sociais e consagradas na Constituição de 1988, que prevê a participação da sociedade civil na política nacional. O segundo surge com o ajuste neoliberal implementado pelo Governo de Fernando Collor com um “projeto de Estado mínimo que se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e sua transferência para sociedade civil” (DAGNINO, 2004, p. 96).

A configuração do Estado brasileiro nos moldes do neoliberalismo traz sérias consequências para as conquistas sociais e vem conformando as Políticas Sociais no país, mais fortemente nos últimos anos, em que se apresenta cada vez mais focalizadas (PEREIRA, 2008). As lutas sociais sofrem também o mesmo efeito e se tornam segmentadas e desarticuladas. Isto incide sobre os dispositivos de Atenção Psicossocial, que se tornam serviços isolados e com dificuldades em trabalhar em rede, além de um significativo processo de desinvestimento público e sucateamento da saúde, levando a privatizações nesse campo, como é o caso recente do processo de regulamentação das comunidades terapêuticas que têm caráter privado e religioso, e atuam numa perspectiva abstencionista e manicomial.

Uma terceira situação, nessa mesma linha de raciocínio, diz respeito aos trabalhadores dos dispositivos de Atenção Psicossocial. Com o desinvestimento, ou investimento insuficiente, na saúde, as atividades realizadas nesses centros ficam comprometidas: os trabalhadores ficam sobrecarregados de trabalho, adoecidos, gerando cada vez mais insatisfação das famílias com o atendimento e de parte da sociedade civil; a falta de condições de trabalho evidente fica ainda mais grave quando esses trabalhadores desconhecem a filosofia de trabalho desses dispositivos, e os princípios da reforma em saúde mental, não recebem formação necessária e o programa de supervisão clínico institucional do Ministério da Saúde também não consegue atender plenamente as necessidades dos profissionais.

Estas são só algumas situações que podem nos ajudar a refletir sobre os limites e desafios dos CECONC. Infelizmente, existem ainda outras que perpassam o espectro da saúde mental, como a desinformação, preconceito, inúmeras denúncias de violação de direitos em clínicas públicas e privadas, a questão dos manicômios judiciais, entre outras. De toda forma, as três situações descritas acima, julgamos serem elementares para pensar a relação entre Desinstitucionalização nos CECONC, como um dispositivo importante e fundamental na implementação da reforma em saúde mental. Essa descrição é apenas uma dimensão da totalidade em que o processo de Desinstitucionalização está inscrito. A reforma precisa assim, ser entendida como um conjunto de medidas teórico-práticas, político-econômicas e socioculturais articuladas entre si.

Em nossa opinião, as críticas tecidas acima sobre alguns limites da PNSM, resgatam o ponto que para nós é fundamental que é a necessidade de se discutir um outro modo de sociabilidade para além do capitalismo, que parte do princípio de que não se trata de uma crise ética ou de valores humanos, mas de uma crise econômica (TONET)¹ que incide diretamente nas relações de trabalho, portanto, no cotidiano dos CECONCs. Identificar e ter muito claro isso é central para debatermos as possibilidades em avançarmos nesse campo.

Em outras palavras, o problema não é a loucura, ou no modo de se intervir sobre ela: se se interna ou não o “louco”. O problema, ou a questão central nesse debate, ainda como nos diz Tonet (2018), é o rebaixamento do horizonte revolucionário, pois ficamos no debate político e não discutimos mais o projeto de sociedade; reduzimos as alternativas em propostas reformistas que, por melhor intencionadas que sejam, irão cair sempre no problema da falta de verbas; do mal uso da coisa pública; da inoperância do controle democrático; da precarização das relações

¹ Nota fornecida por Ivo Tonet no Curso “*Emancipação, Cultura e Linguagem*”, ocorrido de 24 a 27 de novembro de 2017, em Brasília, pelo Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – IP/Unb.

de trabalho; no mal atendimento (quando tem) nos serviços públicos sucateados; no fortalecimento do chamado terceiro setor e na finalística resolução *deus ex machina* da privatização da saúde.

Pensar a Desinstitucionalização é um caminho que podemos percorrer e não perder o norte. É um processo que aponta um outro projeto de sociedade. Apesar do caráter reformista, é mister que mantenhamos a crítica ao modelo manicomial e todas as suas sutis expressões.

Portanto, é possível afirmar que os limites dos Centros de Convivência são expressões dos próprios limites do capitalismo, ou seja, da propriedade privada. Os CECONCs nessa conjuntura, poderão servir contraditoriamente para manter o estigma, não o preconceito, mas a ideia do erro e da incapacidade, e então não provocar a ruptura necessária, que para nós se baseia em axiomas inspiradores: a desnaturalização da relação entre loucura e sociedade; a perspectiva da transformação social e a ideia de uma luta social universalizada pelo fator trabalho. O primeiro axioma se inscreve na perspectiva da crítica que o modelo antimanicomial faz ao modo como a sociedade capitalista foi construindo a relação do louco e com a loucura, pautado nas relações de consumo, acumulação de riquezas, na propriedade privada e na produção de mais valia dos operários das indústrias de medicamentos, por exemplo. O segundo está no potencial mobilizatório que o movimento antimanicomial possui, pois ele conseguiu minar fortemente o projeto médico higienista e hospitalocêntrico, e ainda pautar a questão dos direitos humanos para uma população nem mesmo considerada humana.

Vale ressaltar que não defendemos a ideia de que garantir direitos humanos implica em automaticamente garantir o processo de emancipação do ser social, pelo contrário, na nossa concepção, infelizmente essa luta vem se conformando cada vez mais a lógica capitalista de exploração. O que destacamos nessa assertiva, sobre a pauta dos direitos humanos, é o reconhecimento preliminar de que o louco, que antes nem se quer era considerado humano, pois a dimensão do trabalho foi destituída de sentido no seu projeto de vida dentro do hospital psiquiátrico, passa a ter a possibilidade de ser visto como um sujeito com necessidades humanas, no caso o trabalho em sua “forma social” (MARX, 2013, p. 147). Reconhecemos que o limite dessa perspectiva é, contraditoriamente, sua distorção para manutenção da ordem que aprisionou esse sujeito durante séculos. Dito de outra forma, partimos da premissa de que a garantia de direitos humanos, isto é, a condição *sine qua non* para o homem se tornar Ser Social é o trabalho, então o louco, considerado historicamente incapaz para o trabalho, foi classificado, uma vez naturalizada essa incapacidade, esse estigma, um não-ser, um não-humano.

O terceiro está inscrito na luta pelo reconhecimento de cidadania descrita acima, pois se considerarmos cidadãos, na sociedade capitalista, aquele que tem uma renda e que consome bens e serviços, ao reivindicar a cidadania do louco, estamos potencialmente, mas não necessariamente, tensionando para introdução da pessoa acometida por transtornos mentais no campo do trabalho. E ainda, considerando que foram nas transformações advindas no mundo do trabalho no capitalismo que a loucura/louco atingiu o maior grau de distanciamento da vida em sociedade. Então, deve ser pelo trabalho e na unificação com as lutas sociais nesse campo, na luta de classes, que a reivindicação por cidadania pode tomar uma dimensão concretamente transformadora.

É claro que para que isso aconteça, e que esses axiomas se constituam concretamente num projeto de ruptura; trabalhadores, pessoas atendidas pelo sistema, familiares e outros simpatizantes da causa devem tomar consciência da totalidade em que essa luta, a antimanicomial, está inserida. É preciso ser capaz de perceber as relações que atravessam esse campo, bem como a importância da retomada revolucionária de que nos fala Tonet (2018). Nesse sentido, esta nossa incipiente análise se presta a fazer uma crítica radical do mundo para uma ruptura radical, e para tanto, nos colocamos no campo do exercício teórico-filosófico. Nesse quesito, o documentário *“Nise da Silveira – Posfácio: imagens do inconsciente”* (2015) chama atenção para a importância do “substrato científico” e o “substrato filosófico” que devemos ter ao fazer a práxis de nossas condutas.

É sabido que a vida cotidiana do trabalho nos espera, mas o importante nesse momento é se permitir pensar, alargar o horizonte. Aqui vale ressaltar o incansável trabalho dos profissionais dos serviços de Atenção Psicossocial e de diversos trabalhadores da rede de saúde, que com criatividade tentam responder as demandas imediatas da população. É mister também reconhecer que mesmo diante dos limites estruturais e objetivos de nossa sociedade, a luta cotidiana é fundamental, e ela pode e deve ser alimentada por momentos de reflexão sobre esse horizonte, por meio do qual é possível pensar para além desses limites.

Neto e Carvalho (2012) alertam para o fato de que é no cotidiano que o indivíduo reproduz a totalidade e que portanto é nele que reproduzimos também a lógica que nos oprime, por isso, ressaltam os autores, que é preciso reconhecer a importância da vida cotidiana e encontrar espaços para o que ele chama de “suspensão do cotidiano”. Eles lembram que “não existe vida humana sem o cotidiano e a cotidianidade” (p.24). Em outro momento salienta a necessidade de suspender o cotidiano pois “é característica da vida cotidiana a sua imediatividade e o pensamento manipulador. No plano da cotidianidade o útil é o verdadeiro,

porque é este o critério de eficácia. O critério de validade no cotidiano é o da funcionalidade” (p.25). Portanto, pensar os CECONCs e as práxis inseridas no seu contexto, pode ajudar a combater possíveis distorções e fortalecer por outro lado, a sua natureza subversiva e singularizante/universalizante, que retira do sujeito a concepção de erro ou deslocamento atribuído em virtude de seu sofrimento, coloca a loucura num patamar de condição humana.

1.2. CENTROS DE CONVIVÊNCIA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO POSSÍVEL

A PNSM é o resultado de um processo histórico multicausal, no qual diversos fatores de natureza econômica, política, social e cultural corroboraram para que essa política pudesse ser implantada: Crise do paradigma psiquiátrico, desenvolvimento e ampliação do campo de atuação das ciências humanas e sociais, aprimoramento da psicofarmacologia, projeção de novas tecnologias e técnicas psicoterápicas, como a psicanálise por exemplo, e lutas por redemocratização que no Brasil de modo especial, contribuíram para sustentação do projeto de uma política de saúde e de saúde mental.

O CECONCs são importantes dispositivos para implementação da Reforma em Saúde Mental, mas ao compreendê-los dentro de uma dinâmica contraditória à luz da crítica marxista, percebemos que ao mesmo tempo em que eles podem servir como espaços de novas formas de constituição de subjetividades, de uma outra forma de sociabilidade entre loucura/louco e a sociedade, bem como um serviço para garantia de direitos de pessoas com sofrimento mental; também correm o risco de se tornarem uma outra forma de institucionalização. Esse limite pode se manifestar numa outra forma de cuidar, ainda que não mais com a violência explícita, típica dos manicômios, mas com atributos que criam a ilusão de que pessoas estão sendo cuidadas porque estão se inserindo na sociedade. É preciso atentar que esta inserção pode ser na maioria dos casos, pautada pelo potencial de consumo, fazendo com que o discurso da cidadania possa servir para ratificar a ideia de “favor” do Estado e não como uma conquista político-social: o bom Estado que concede aos desvalidos de razão a possibilidade de conviverem no mundo dos normais.

Essa reflexão serve ainda para perceber como o trabalho num CECONC é desafiante e complexo, e a ênfase no espectro de limites que o contextualiza, deve servir para refletirmos sobre a condução dos procedimentos dentro dos CAPS. Investir na supervisão clínico-institucional é fundamental nesse processo, mas uma supervisão que seja capaz de apontar as contradições e construir estratégias para sua superação.

Vale ressaltar por último que se trata de uma política incipiente se considerarmos os séculos de segregação da loucura e ainda de certa forma estagnada se comparada a política de criação dos CAPS. Os CECONCs se constituem um dispositivo que traz o ineditismo da convivência para o campo da saúde mental, tanto enquanto dispositivo clínico, como dispositivo político-social que provoca a comunidade para novas possibilidades de relação cotidiana com a loucura. A convivência produz uma nova forma de cuidar; uma oportunidade diferenciada para acolher demandas e não apenas para gerenciar necessidades, sem implicar necessariamente num nivelamento pela igualdade absoluta já que a convivência implica na relação entre pessoas diferentes e com demandas que podem conflitar eventualmente. Ressaltamos que:

A atividade da convivência define-se fundamentalmente pela disponibilidade (...) de estar com os usuários e fazer junto sem agenda definida. Estar disponível quando e para o que o usuário precisar (...) disponibilidade do cuidado que se faz na justa medida cuidar sem tutelar, mas também sem desassistir (...) de modo que o profissional deixa de ser o centro e se disponibiliza para colocar-se na mesma paisagem (...) fazer vínculos, desburocratizando o cuidado (RESENDE, 2017, p. 178).

Resende (2017) ainda chama atenção de que a convivência requer uma atuação em três dimensões: ética, política e clínica. A primeira corresponde ao campo da disponibilidade, inclusive afetiva, de estar e fazer junto, o que implica uma escuta diferenciada, um olhar desestigmatizador: “Nossas teorias e técnicas precisam ser invadidas pelo afeto que se constrói em uma convivência igualitária entre iguais e diferentes, exigindo uma combinação de confronto e solidariedade” (p. 101). Isso nos remete a discussão de Demo (2005), quando o autor defende o uso do termo “éticas” no plural para demarcar o campo da multiculturalidade em que a convivência humana se inscreve. Então podemos pensar que num CECONC existem éticas que se encontram direcionadas para pensar o cuidado em saúde mental.

A segunda dimensão diz respeito ao plano político em que se sustenta a proposta da convivência. Este plano é recortado por elementos do contexto social que interferem no exercício da cidadania: a desigualdade e exclusão social segundo Resende (2017). Portanto, o trabalho num espaço que privilegia a convivência, como é o CECONC, deve ser atuante na crítica e no combate as formas de opressão presentes na sociedade. Deve compreender a transcendência das ações além da clínica restrita, centrada na pessoa e no seu diagnóstico, e se expandir para as relações sociais na comunidade. E isso se dá pelo questionamento e autoquestionamento (DEMO, 2005) com relação as estratégias que não põem em xeque as desigualdades sociais e reproduzem a lógica individualista. Nessa perspectiva política, um

CECONC deve, pois, promover a convivência igualitária, na qual as igualdades e diferenças sejam respeitadas, onde as singularidades encontrem espaço-lugar de expressão (RESENDE, 2017).

A terceira dimensão é exatamente essa clínica ampliada; um cuidar ampliado. Clínica tem a ver com se debruçar sobre algo, cuidar, se dedicar. A convivência produz então uma nova forma de cuidar, um cuidado emancipador onde as relações sejam pautadas pela assimetria do poder e pela alteridade como traço fundamental do laço fraterno (RESENDE, 2017). Para nós, essa é a clínica do afeto, do reconhecimento da interferência mútua, da recusa do mandado social do técnico, da doença entre parêntese (BASAGLIA, 2001) e da transformação do estigma (VASCONCELOS, 2003).

Ética, política e clínica do afeto, são os eixos regentes para os espaços de convivência desinstitucionalizatórios. Eles qualificam os encontros e se diferenciam daqueles reproduzidos sob a égide manicomial. Nesses conhecidos espaços de segregação, a convivência é restrita, tutelada, assistida, resultante do processo de institucionalização da loucura. Daí a importância desse dispositivo para reafirmarmos o potencial revolucionário presentes nesse campo.

Ampliar o entendimento do que é saúde mental e compreender a convivência como conjunto de práticas e saberes que mediam as relações entre o mundo dos sãos e o mundo dos loucos, pode nos ajudar a fortalecer a luta real por uma sociedade sem manicômios. A necessidade da reflexão, do repensar as relações cotidianas onde os limites das utopias se refletem, se manifestam, é fundamental. Atuar no sentido de tentar superar as contradições é o caminho para possibilidade real, concreta de um novo projeto de sociedade no qual as singularidades possam ser reconhecidas e respeitadas.

Desinstitucionalizar implica em desenvolver ações estratégicas não somente no campo das Políticas Públicas, como resposta do Estado às demandas sociais, mas em atuar no cotidiano, no campo do privado, das relações humanas, da convivência. Os novos dispositivos de saúde mental carregam consigo esse referencial, desde sua concepção até suas práticas, procedimentos e recursos institucionais de avaliação e controle.

Pensar sobre eles, em especial sobre os CECONCs, é um convite a práxis e ao aperfeiçoamento, um movimento de resistência e vigília para que outras formas de opressão não ganhem espaço. Na atual conjuntura brasileira e mundial, esse exercício pode nos ajudar a manter uma certa lucidez revolucionária e nos lembrar de que as grandes transformações ocorrem dialeticamente no curso das pequenas ações.

CAPÍTULO 2 – A Serpente à Espreita: da Institucionalização da Loucura às Expressões da Desinstitucionalização em Saúde Mental

O Homem e a serpente

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca enquanto dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava a mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então, dá-se conta de que não sabe o que fazer com sua liberdade. No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente. Em vez de liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.

(BASAGLIA, 1991, p. 132)

Ao nos apresentar essa pequena fábula oriental, Franco Basaglia ilustra bem o que foi, e ainda é, o processo de institucionalização da loucura e o desafio que se torna para os sujeitos estigmatizados com problemas de saúde mental retomarem a uma vida “normal” em sociedade. Neste trabalho, nos dedicamos a esmiuçar o debate sobre essa retomada refletindo sobre o conceito de Desinstitucionalização, que se configura como um dos principais eixos estratégicos da PNSM.

Reafirmamos, que os últimos anos, com o aprofundamento da crise estrutural do capital, as Políticas Sociais têm sofrido interferências do modelo neoliberal que transfere para sociedade civil responsabilidades que deveriam ser do Estado, tais como saúde, educação e segurança. No campo da saúde mental esse atravessamento se reflete no processo de Desinstitucionalização que possui como fundamentos a crítica a instituição psiquiátrica e a proposta de construção de um modelo substitutivo de cuidado, aberto e comunitário. O que percebemos é uma distorção deste projeto, reduzido na maioria das vezes a desospitalização e/ou a transferência de indivíduos para os serviços territoriais sem levar em conta as dimensões sociais, culturais e econômicas em que eles se encontram.

Neste capítulo, apresentaremos algumas reflexões feitas no período de doutoramento. Nelas, relacionamos o processo de institucionalização da loucura a luz da crítica dialética, com o surgimento da Questão Social e as origens do pensamento antimanicomial, engendrado na proposta triestina de Franco Basaglia. Por fim, apresentaremos algumas ideias contemporâneas de autores, que seguindo a linha da crítica basagliana, aprofundam o debate sobre o assunto.

2.1. A CRÍTICA À LOUCURA INSTITUCIONALIZADA

2.1.1. Loucura e a Questão Social: Uma Reflexão Sobre o Processo de Institucionalização da Loucura e sua Relação com o Surgimento da Questão Social

O fechamento do último macro hospital da região de Sorocaba em 2018 é o resultado de um processo de profundas transformações no campo da saúde mental. Desde a implantação da Reforma em Saúde Mental brasileira com a promulgação da Lei nº 10.216/01, a chamada assistência psiquiátrica pública vem passando por mudanças na perspectiva do cuidado, antes manicomial, segregadora e punitiva para um modelo comunitário, participativo e aberto. Entretanto, a história da loucura é marcada por diversos aspectos que impuseram a pessoa em sofrimento mental e seus familiares um lugar de exclusão e estigmatização, e até hoje a luta pela implementação desse novo modelo não se resume ao redirecionamento dos serviços, mas compreende um espectro bastante complexo no qual a questão do trabalho e as formas de sociabilidade advindas dele influenciam e até determinam as relações de produção.

Nesse momento, nossa tentativa é a de estabelecer uma relação entre o surgimento da Questão Social e o processo de Institucionalização da Loucura. Partimos da premissa inicial de que com a consolidação do capitalismo na sua forma burguesa, a relação entre louco e sociedade ganhou um recorte científico que coloca a loucura como um objeto de intervenção por ser considerada incompatível com o projeto de acumulação de riqueza, vista como uma ameaça a propriedade privada pois põe em cheque a lógica da razão, isto é, do domínio humano sobre a natureza.

Assim, partiremos de pontos que julgamos ser importantes para compreender essa relação: a) resgatar alguns fatos que marcaram a história da loucura desde a antiguidade até a idade média e relacionar com as características das sociedades pré-capitalistas; e b) descrever o fenômeno do surgimento da Questão Social na sociedade capitalista e o papel da ciência psiquiátrica na consolidação do processo de institucionalização da loucura. Nos dois momentos tentaremos fazer a relação entre as mudanças no campo do trabalho, o papel das instituições e a relação com o fenômeno da loucura, por entender que este, o trabalho, é condição *sine qua non* para a formação do ser humano e as instituições, já desde o pré-capitalismo, exercem um papel central na propagação do ideário destas sociedades.

Vale ressaltar que o que apresentaremos é mais um resumo das principais ideias que concordamos sobre a origem e delimitação da Questão Social, bem como sobre o papel das instituições no processo de consolidação do modo de produção capitalista.

A. Sociedades Pré-Capitalistas e a Loucura:

A loucura é sem dúvida um fenômeno humano desafiador. Na antiguidade representa a liberdade e destempero. Conta-se que depois de lutar com a deusa do amor e cegá-la, a loucura recebeu como castigo de Zeus, a sina de guiar a deusa por toda eternidade, daí vem a ideia da passionalidade relacionada a loucura. Nos primórdios da psiquiatria, Phillipe Pinel irá instituir o que chamou de tratamento moral, em resposta ao descontrole das paixões que explicava a loucura. Assim, a loucura nesse período fazia parte do imaginário social e os loucos e suas expressões relacionadas a uma relação com a dimensão divina. Com o advento do Cristianismo, a loucura passa a receber uma conotação pejorativa, ligada a possessões demoníacas, ao comportamento imoral e pecaminoso.

Na idade média, com o desaparecimento da lepra, a loucura vai se conformando em um grande desafio para sociedade, período em que o louco tinha um caráter errante e ocupava os campos fora dos limites das cidades, quando ultrapassavam esses limites eram trancafiados, “mas não eram tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão” e algumas vezes levados por mercadores e marinheiros (FOUCAULT, 1989, p. 11). A preocupação era com a ordem nas cidades, a cura e a exclusão faziam parte de uma mesma estratégia, ou seja, a espera do milagre. A relação com o trabalho nesses dois períodos era marcada pelo modo de produção escravista e pela servidão, respectivamente. Para Lessa e Tonet (2012), essas duas versões de sociabilidade apresentam alguns pontos em comum. O Estado gerenciava a aplicação da violência, imprescindível para exploração dos trabalhadores: família monogâmica e a submissão da mulher; períodos marcados pela revolta dos explorados; divisão da sociedade em classes e divisão social do trabalho. Todos estes aspectos fundados na propriedade privada. Os autores chamam atenção, entretanto, para as diferenças desses períodos pois cada um deles estava alicerçado em “intercâmbios material com a natureza” distintos.

No trabalho escravista a violência era explícita e justificada, a produção de riquezas estava relacionada ao aumento do número de escravos e para garantir esse aumento, veio a necessidade de conquistar nossos territórios e, por conseguinte, novos escravos. Daí as expansões militares nesse período. No trabalho dos servos havia a centralidade da terra e um certo controle destes sobre suas ferramentas de trabalho, ainda que não fossem os proprietários daquelas terras, o que possibilitou uma nova relação de produção:

A nova relação de produção que surgiu com o trabalho servil possibilitou um desenvolvimento das forças produtivas muito mais acelerado do que no passado, E,

como consequência o modo de produção feudal assistiu a um desenvolvimento de toda a sociedade muito mais rápido que no escravismo. Em poucos séculos, este rápido desenvolvimento levou ao crescimento dos feudos e a melhoria das defesas militares (os castelos medievais sobretudo) fez as invasões cessarem. Ao redor dos castelos cresceram as vilas. Estradas e pontes facilitaram o desenvolvimento do comércio (LESSA e TONET, 2012, p. 20).

Ainda segundo os autores, a crise deste sistema veio com o aumento da produção em relação ao consumo, que levou a expulsão do excedente de servos que rompeu com a tradição da relação de proteção do senhor feudal e seu servo. Assim, ao redor dos feudos, foram surgindo os burgos, nos quais o que predominava era o parâmetro da lucratividade e não mais da utilidade dos produtos.

Toda essa recapitulação é importante para pensarmos na relação da sociedade com a loucura descrita incipientemente no início do texto. No escravismo, o excedente de pessoas era importante para garantir as novas conquistas, podemos inferir que os loucos tinham, ainda que de forma restrita, um papel na produção de riquezas. A condição de errante também ajudava essas pessoas nos períodos em que o surto de loucura se abrandava, nesses momentos muito provavelmente esses sujeitos poderiam desenvolver algum tipo de atividade. No feudalismo, a relação de servidão também apresentava algum tipo de proteção a loucura, que, com a centralidade do pensamento religioso é entendida como possessão demoníaca, a solução não cabia aos homens somente, mas principalmente a Deus. Contudo, neste período, já se registra iniciativas de controle pelo aprisionamento dos loucos, ainda que não fosse com a intenção de curar como dito anteriormente.

Outro aspecto importante é que nesse breve levantamento histórico é possível perceber que as transformações nas relações de trabalho, escravista e servil, determinam muito fortemente as relações sociais e conseqüentemente as relações com o fenômeno da loucura. Mas é com a complexificação dessas relações de produção é que a loucura vai ganhar um outro status e um mecanismo de controle ainda mais potente, que vai retirar do indivíduo a condição de humanidade e transformá-lo em um objeto.

B. Questão Social e a Institucionalização da Loucura:

A partir de todo esse movimento de mudanças nas relações de trabalho e de questionamento da ordem religiosa que impregnava o campo do conhecimento e impunha limites na produção de riquezas, ocorre no final da idade média um movimento que solidificará a nova concepção de mundo em desenvolvimento: o iluminismo. É sempre bom lembrar que

nesse período de hegemonia da Igreja Católica, as condições de pobreza vinham se agravando e com a ascensão da burguesia não só no campo da produção, mas também no campo do conhecimento, a naturalização da pobreza e sua justificação divina já não respondiam as necessidades de melhoramento das condições de vida. Lessa e Tonet (2012) ressaltam que do escravismo para o feudalismo houveram mudanças importantes no cotidiano das pessoas, como por exemplo, o desenvolvimento do artesanato, a ampliação da energia eólica (moinhos de vento) e a criação de novas tecnologias para facilitar a produção de mercadorias. Isto é, grande parte da sociedade já vinha vivenciando mudanças, advindas das transformações do trabalho, que exigiam uma outra sociabilidade, não mais com franca violência e controle, mas de forma sutil e alienada.

As ideias iluministas do século XVIII articularam ideias progressistas com a valorização das experiências individuais. A ciência moderna teve um papel fundamental nesse processo e o pensamento descartiano foi decisivo para a propagação da racionalidade científica. Dito de outra forma, a explicação divina questionada deu lugar a “verdade” científica e o que antes não poderia ser comprovado, a não ser pela fé, agora encontrou um caminho “seguro” para confirmação: o método científico.

Um outro aspecto central desse debate é a questão da dimensão subjetiva. Para isso, recorreremos às contribuições de Figueiredo (2008) que ao recontar a história destaca a subjetividade nesse processo. O autor constrói seus argumentos com o objetivo de compreender o desenvolvimento da psicologia e defende a tese de que essa ciência está pautada na “crise da subjetividade privatizada”, ou seja, acredita que com os movimentos filosóficos e artísticos, o homem e a mulher daquele período, de transição do feudalismo para o capitalismo burguês, experimentavam uma crise de dimensões subjetivas devido a perda do referencial. Como se sabe, com o iluminismo, a humanidade passa da perspectiva do teocentrismo para antropocentrismo, isso segundo o autor, incide sobre a forma de sentir e desejar das pessoas da época:

Ao lermos com atenção as obras de historiadores, veremos que as grandes irrupções da experiência subjetiva privatizada ocorrem em situações de crise social, quando uma tradição cultural (valores, normas e costumes) é contestada e surgem novas formas de vida. Em situações como estas, os homens se veem obrigados a tomar decisões para as quais não conseguem apoio na sociedade. Nessas épocas, as artes e a literatura revelam a existência de homens mais solitários e indecisos do que em épocas nas quais dominam as velhas tradições e não existem graves conflitos. Quando há uma desagregação das velhas tradições e uma proliferação de novas alternativas, cada homem se vê obrigado a recorrer com maior constância ao seu "foro íntimo" - aos seus sentimentos (que nem sempre condizem com o sentimento geral), aos seus critérios do que é certo e do que é errado (e na sociedade em crise há vários critérios

disponíveis, mas incompatíveis). A perda de referências coletivas, como a religião, a "raça", o "povo", a família ou uma lei confiável obriga o homem a construir referências internas. Surge um espaço para a experiência da subjetividade privatizada: quem sou eu, como sinto, o que desejo, o que considero justo e adequado? Nessa situação, o homem descobre que é capaz de tomar suas próprias decisões e que é responsável por elas. A consequência desses contextos é o desenvolvimento da reflexão moral e do sentido da tragédia. (FIGUEIREDO, 2008, p. 21)

Figueiredo (2008) afirma que essa experiência não é fruto de um processo linear, e ao longo dos séculos foi se tornando cada vez mais determinante para a consciência do homem a respeito de sua própria existência. Toda essa experiência é resultado da relação com uma nova forma de atuar sobre o mundo e sobre a natureza, de produzir riquezas: o trabalho assalariado. Assim, junto com o iluminismo e o avanço da ciência moderna, essa nova forma de trabalho cria no homem a ilusão da liberdade. O trabalhador livre vende sua força de trabalho, já não é mais escravo ou servo, mas um homem livre (MARX, 2013).

Todo esse avanço da ciência, entretanto, não será suficiente para solucionar os problemas que hão de vir com a consolidação do capitalismo. A ciência moderna não conseguirá atender as demandas da grande parcela da população historicamente pauperizada, que acredita que o avanço científico e o trabalho "livre" irão atender as expectativas de melhoramento de vida. A ciência até avançou bastante no que diz respeito a esse último aspecto, mas inscrita numa sociedade de capitalismo avançado, essa "missão" estará longe de ser cumprida, já que ela se transforma numa via de reprodução ideológica importante.

O progresso econômico vai tomando a sociedade ocidental e tem seu apogeu com a Revolução Industrial. Polanyi (1980, p. 58) chama atenção para as mudanças nas relações sociais e alerta: "Na verdade, a produção das máquinas numa sociedade comercial envolve uma transformação que é a da substância natural e humana da sociedade em mercadorias". Hobsbawm (2005) enumera alguns fatores que contribuíram para a revolução industrial: pensamento inovador; avanço científico (iluminismo) e tecnológico; estrutura político-econômica que favorecia as atividades mercantis; possibilidade de lucro com o consumo de massa; descoberta do mundo externo como fonte de gerar dividendos; e, o aprimoramento dos transportes aumenta a comunicação e comércio. É nesse contexto que o surgimento da Questão Social se cruza com a institucionalização da loucura, que utilizará a ciência moderna como justificativa para seus experimentos.

Como sabemos, a Questão Social é um fenômeno complexo e está longe de ser unívoco. O termo passou a ser utilizado na terceira década do século XIX e refere-se a um contexto que já vinha se desenhando desde a primeira onda industrializante da Europa Ocidental no século

XVIII, o pauperismo. O capitalismo burguês em ascensão não conseguia atender a questão da pobreza, que segundo Netto (2001), crescia num patamar diretamente proporcional com o desenvolvimento da produção de riquezas. As instituições, neste processo, passaram a se adequar a essa nova roupagem do modo de produção e a garantir a reprodução da propriedade privada por meio da exploração da força de trabalho.

O divisor de águas foi a Revolução de 1848, que deu início a sedimentação da luta entre burguesia e proletariado e abalou as estruturas de classes e trouxe à tona a conflituosa e contraditória relação Capital-Trabalho, que se aprofundou e se intensificou com a consolidação do movimento dos trabalhadores, categoria fundamental para as transformações no campo do cuidado em saúde mental, como veremos adiante. De acordo com Netto (2001):

Mas a explosão de 1848 não afetou somente as expressões ideais (culturais, teóricas, ideológicas) do campo burguês. Ela feriu substantivamente as bases da cultura política que calçava até então o movimento dos trabalhadores: 1848, trazendo à luz o caráter antagônico dos interesses sociais das classes fundamentais, acarretou a dissolução do ideário formulado pelo utopismo. Dessa dissolução resultou a clareza de que a resolução efetiva do conjunto problemático designado pela expressão "Questão Social" seria função da reversão completa da ordem burguesa, num processo do qual estaria excluída qualquer colaboração de classes? - uma das resultantes de 1848 foi a passagem, em nível histórico-universal, do proletariado da condição de classe em si a classe para si. As vanguardas trabalhadoras acederam, no seu processo de luta, à consciência política de que a "Questão Social" está necessariamente colada à sociedade burguesa: somente a supressão desta conduz à supressão daquela (p. 44).

A Questão Social não tem a ver com os desdobramentos dos problemas sociais, mas com a sociabilidade erguida sob a lógica do capital. Sendo assim, podemos afirmar que a Questão Social, como compreendemos hoje, não é só uma resultante de uma matemática exata entre capital e trabalho, mas ela se torna uma pauta central quando a classe trabalhadora a revela, quando ao tomar consciência inicia um movimento para mudar isso (PEREIRA, 2001). Ou seja, é uma dimensão engendrada no conflito de classes, parte estruturante do sistema capitalista, agudizado no final do século XIX, mas que já vinha se desenhando desde as revoluções burguesas, em especial na França e Inglaterra. Dito de outra forma, apesar da Questão Social se revelar no aprofundamento da contradição da sociedade capitalista do século XIX, podemos inferir que, dado o caráter das revoluções na era moderna, o ideário de desenvolvimento social pôde continuar sendo propagado, mas sem abalar as regras da propriedade privada. Netto (2001) alerta para os desdobramentos e as saídas reformistas que respondem a Questão Social de forma limitada, na perspectiva de diminuir os agravantes advindos das relações de exploração.

Além da tentativa de tomar o discurso da Questão Social, a burguesia e seus intelectuais como fazem ainda nos dias de hoje, dispunham das instituições como mecanismos de projeção das suas perspectivas de ordem e conservação do modo capitalista. Na verdade, a história da humanidade demonstra que as instituições têm servido a propagação de ideias e modelos de comportamento defendidos por uma parcela da população economicamente mais favorecida, e, com o advento do capitalismo, essas instituições ganham força e fundamentos ideológicos uníssonos, como feitas em uma rede interdependente de regras, normas e lemas, isto é, dançando a mesma música, com melodia que sai da propriedade privada, com ritmo ditado pela dinâmica da exploração, na cadência da acumulação de riquezas.

Faleiros (2013) afirma que “as instituições sociais são organizações específicas de política social (...) ocupam um espaço político nos meandros das relações entre o Estado e a sociedade civil” (p. 31), como uma estratégia das classes dominantes para amealhar o conjunto da sociedade. Elas são mecanismos reguladores das crises do capitalismo, existem para compensar desequilíbrios do processo produtivo (processo de acumulação do capital). Possuem, contudo, uma face humanista para esconder a violência e para ter o aceite das classes dominadas, assim são espaços de reprodução ideológica e exercem a coerção pela autoridade, disciplina e conhecimento, “patrulha ideológica”. Segundo Faleiros (1997, p. 33), se caracterizam também como sendo “veículos de mercantilização de bens e serviços, transformando as relações sociais em relação de compra e venda”. Desta forma os problemas são parcializados e aprofundam a fragmentação das classes. As classificações diagnósticas, por exemplo, servem para ratificar a incapacidade para o trabalho.

Pereira (2001) defende que a velha dominação capitalista subordina parcelas da população mundial a condição de desigual devido a divisão social de classes próprias desse modo de produção. A Questão Social traz para dentro da sociedade pessoas que estavam a margem, sujeitos incapazes para o trabalho. O trabalho aparece mais uma vez como aspecto central nesse debate, em primeiro lugar porque é ontológico e estruturante do ser humano (LESSA; TONET, 2012), em segundo remete a justificativa de internação ligada ao trabalho, isto é, o louco é considerado uma pessoa incapaz para o trabalho e, portanto, para o consumo. Castel (1998) chama de “homogeneização das condições de trabalho” (p. 426), que por intermédio do salário faz o operário moderno ter acesso ao “estatuto de consumidor” (p. 429). Neste cenário não há lugar para desvalidos de razão, para os inadaptados, para os desfilados inúteis ao capitalismo como nos fala o autor. Até o século XVII o louco ainda podia ser confundido com um mendigo ou com um deficiente que viva nas ruas, e sofreu da mesma forma

o que Foucault (1989) chamou de “A Grande Internação”. Segundo o autor foi um período de higienização das cidades e de combate à mendicância. Sob o domínio da razão, sustentada pelas novas relações de trabalho, a razão passou a ditar as regras de sociabilidade, o louco estava fora desse domínio. Se para Descartes o pensamento é a condição do existir, o louco, sob a condição de impossibilidade do pensamento, não existia.

No século XIX, com a Revolução Industrial, o lugar para esse sujeito parecia ainda mais distante, e é nesse período que a psiquiatria se consolida como a ciência capaz de dar respostas ao fenômeno da loucura. Vale lembrar que no século anterior, a psiquiatria nasce com o que ficou conhecido como “gesto de Pinel”, que ao assumir a diretoria do Hospital em Bicêtre, na França, encontrou uma população de homens e mulheres banidos das cidades e também observou que outros tantos receberam “tratamento” ainda mais liquidante: eram trancafiados em celas escuras e presos a correntes. Seguindo a tradição médica da época, Pinel observou uma diferença entre estes últimos e aqueles que cumpriam as tarefas dentro do hospital. Denominou essa diferença de alienação mental e deslocou-os para uma ala restrita onde pudessem ser observados e tratados. O gesto de desacorrentar os loucos é considerado o fato que demarca o nascimento da psiquiatria, e o hospital passa a ser, portanto, o lugar da loucura, a “terra de internamentos” seu “local natural” (FOUCAULT, 1989). E, com a consolidação da razão burguesa, a psiquiatria, assim como outras ciências vão se afirmando como estratégias de predição e controle de comportamentos, com a finalidade de adaptá-los à lógica de produção capitalista.

O que irá caracterizar a institucionalização da loucura é principalmente a individualização do sofrimento e a necessidade de reintegrar a pessoa ao trabalho, mas não o trabalho estruturante do homem, mas o trabalho assalariado, alienado. Para tanto, o sujeito e seus desejos e emoções devem morrer, a loucura que tirou a razão de ser e estar no mundo precisa deixar o corpo adoecido. O diagnóstico, a subjugação do sujeito, a estigmatização, a medicalização, a perspectiva de cura (solução) são outros aspectos característicos desse processo. E assim como a ciência moderna serviu para potencializar os processos de produção, com a chamada administração científica, a ciência psiquiátrica serviu, e ainda serve, para impor limites para desrazão, capaz de ameaçar a lógica da produção e da acumulação de riquezas. Em outras palavras, a institucionalização da loucura foi um longo processo de internalização das regras e normas da sociedade capitalista, propagadas por suas instituições, que surgem principalmente para atender a ordem burguesa em franca expansão.

Desta forma, sendo a Questão Social a emergência da contradição da relação entre capital e trabalho, uma vez que está relacionada com a consciência de classe dos trabalhadores que a partir de então tencionam o Estado Capitalista e que assume na contemporaneidade diversas expressões (IAMAMOTO, 2001), podemos afirmar que a institucionalização da loucura é uma dessas expressões, pois está conformada ao processo de subalternização dos sujeitos a dinâmica das relações de trabalho assalariado. Isto é, ao estudarmos a história da loucura, vamos perceber que o processo que subordina a loucura a ordem médica é antes de tudo um processo econômico e político. Nesse sentido, na tentativa de consolidar essa tese, sistematizamos no Quadro 2 a discussão que abarcamos em essa discussão inicial

Quadro 2 - A loucura através dos tempos

Período	Trabalho/características	Compreensão da loucura/modos de vida dos sujeitos
Pré-Capitalismo (Antiguidade)	Trabalho escravo (Impérios); No campo e artesanato;	Loucura como fenômeno atribuído a relação com os deuses; convívio social mantido; explicação pela mitologia;
Pré-Capitalismo (Idade Média)	Trabalho servil (Feudalismo); No campo e artesanato	Loucura como um castigo; possessão demoníaca; louco errante, banido das cidades; explicação pela fé (religião)
Capitalismo Burguês	Trabalho assalariado	Loucura como doença; necessidade de controle e adequação dos sujeitos ao modo de produção; objeto de conhecimento da psiquiatria; louco segregado, incapaz para trabalho produtivo e a vida em sociedade.

Fonte: sistematizado pela autora.

A institucionalização é portanto um conjunto de aparatos que reforçam a condição da pessoa acometida por transtorno mental de incapaz: científicos, aqueles que aportam suas premissas e verdades sobre o pseudo entendimento sobre a loucura; administrativos, o estabelecimento de regras e normas que devem ser seguidas à risca em detrimento do desejo e das necessidades dos sujeitos; e legislativos, por meio do qual a ordem médica se legitima. Aqui valem duas observações: a) a ordem médica impregna o campo das ciências médicas e humanas, não conseguem se contrapor à altura, dito de outro jeito, o trabalho nas instituições de cuidado em saúde mental, é um campo em disputa mas com predomínio da figura do médico; b) a psiquiatria tornou-se um saber inquestionável e quase que inabalável, contudo ficou restrita a

questões biológicas e medicamentosas e sendo incapaz de dar as respostas a que se propôs, é a chamada crise de paradigma que descreve Amarante (2016).

A produção da loucura, numa analogia com a produção de riquezas, é própria da economia psiquiátrica-manicomial, e tem se mostrado uma verdadeira indústria de morte. A sua história corresponde, como já vimos, a necessidade de controle, poder e separação dos incômodos. No século XIX vemos o fenômeno da industrialização e da consolidação do capitalismo criando novos modos de sociabilidade, no qual os loucos não têm lugar, e nesse processo de acumulação de riquezas via produção de mercadorias por meio da exploração da natureza e da força de trabalho, são inúmeras as histórias de médicos psiquiatras que enriqueceram com a construção e administração de manicômios, e assim o hospital psiquiátrico se assemelha mais a uma ideia de ordem e repressão da pobreza do que uma perspectiva do cuidado.

O processo de institucionalização da loucura serve ao capital na medida em que homogeniza os sujeitos, reprime a expressão subjetiva, individualiza o sofrimento e auxilia cultura de massas, necessária para propagação ideológica dos princípios do mercado.

2.1.2. Desinstitucionalização e Saúde Mental: a Questão Social hoje

Como já mencionado anteriormente, o campo da saúde mental passa hoje por profundas mudanças em especial no que diz respeito ao processo de institucionalização. Com a crise do paradigma psiquiátrico, também mencionado acima, a assistência psiquiátrica experimenta diversas alternativas em seu processo de reforma inspirada na experiência de Franco Basaglia em Trieste. O desafio basagliano, e as reflexões de seus principais parceiros na empreitada de reinventar o cuidado em saúde mental, apontaram como estratégia a Desinstitucionalização. Nesse percurso levaram em consideração que as instituições são contraditórias, pois ao mesmo tempo em que servem para organizar e mediar a vida coletiva, elas aprofundam o individualismo, próprio da lógica do capital. Daí então propuseram um processo de Desinstitucionalização que tem como princípio básico a reconstrução das relações estabelecidas dentro e fora do espaço do hospital que, com a institucionalização da loucura, ultrapassou seus muros e chegou até as relações cotidianas de afeto, trabalho e família (AMARANTE, 2001). É a alternativa de ir contra ao que foi instituído com a institucionalização. Nasce da necessidade de superar as contradições dentro do hospital e proporciona à pessoa que sofre vivenciar um novo papel de retomada de seu poder contratual, abstraído na relação objetual estabelecida.

Desinstitucionalizar significa criar um novo espaço de cuidado da pessoa que sofre, de maneira que aconteça uma progressiva superação das condições de dependência das pessoas que internadas em instituições psiquiátricas, ou não, e conseqüentemente contribuir para a sua reabilitação. Segundo Saraceno (2001, p. 33), reabilitação é um “conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos”, que abre espaços de negociação entre a pessoa que sofre, sua família e com a comunidade em que vive. Não implica em habilitação ou em adaptação da pessoa ao meio em que vive simplesmente, mas sim, num processo de ampliação do poder de negociação e realização de seus projetos, desejos e formas de se expressar no mundo.

E, precisamos estar atentos para pensar a práxis e a fazer a suspensão do cotidiano como nos aconselha Netto e Carvalho (2012), pois, esse cotidiano é adoecedor e alienante, ao mesmo em que pode apontar, na dimensão coletiva e individual, estratégias/possibilidades de superação das contradições em que vivemos, de modo especial nas relações de trabalho. Assim, o estabelecimento dessa relação, entre a institucionalização da loucura e o surgimento da Questão Social na sociedade capitalista, deve nos ajudar a compreender que as reais mudanças que pretendemos nesse campo, precisam ser encaradas como inscritas nessas relações, bem como na luta de classes. Isto ajuda a pôr em cheque a lógica do controle e reificação das relações sociais a partir do questionamento da lógica manicomial, estruturada inteiramente para atender às exigências do mundo do trabalho assalariado. Trazer à tona a institucionalização da loucura como uma expressão da Questão Social deve servir para iluminar nossas práticas ingênuas e construir uma atuação verdadeiramente coletiva e crítica.

A perspectiva da PNSM e da atuação do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) precisa ampliar o foco, não só na questão do sofrimento mental ou o que fazer com as pessoas que sofrem, mas como parte integrante do complexo fenômeno da Questão Social. É preciso tencionar a lógica como nossa sociedade ainda lida com a loucura, caso contrário não superaremos a institucionalização da loucura nas suas faces mais sutis e confortáveis, e estaremos sujeitos a reproduzir novas formas de institucionalização para um número ainda maior de sujeitos.

2.2. AS EXPRESSÕES DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Nesse debate sobre Desinstitucionalização, apresentamos aqui uma análise crítica da sua concepção enquanto categoria chave das transformações no campo da saúde mental, e de

sua perspectiva de ação, no sentido de ser uma estratégia de trabalho e de cuidado emancipador. Procuramos demonstrar ainda, alguns limites de sua aplicabilidade no contexto da sociedade capitalista contemporânea. Para tanto, apontamos como perspectiva teórica, o debate sobre emancipação política travado no campo do debate marxista, a fim de contribuir para elucidação sobre qual Desinstitucionalização estamos falando e qual queremos.

Nossa escolha teórica é um exercício intelectual de aproximação entre os saberes produzidos nessa linha teórica e aqueles produzidos em saúde mental. Sabemos que uma discussão sobre emancipação ou sobre Desinstitucionalização não se esgota nessa perspectiva. Contudo, para efeito introdutório na temática, nossa opção se pauta num posicionamento político-ideológico, partindo do pressuposto de que vivemos em uma sociedade capitalista, a qual produz, por sua natureza, a desigualdade social, a segregação e a estigmatização de sujeitos e grupos historicamente oprimidos.

Nossa proposta é tentar sair do binômio institucionalização/ Desinstitucionalização, e convidar o leitor a pensar o processo de Desinstitucionalização que tenha como horizonte a emancipação política. Nossa crença é de que essa perspectiva dialoga profundamente com os princípios do MLA.

2.2.1. Desinstitucionalização, Sentidos e Perspectivas

Desde sua concepção, o projeto de reformulação da assistência em saúde mental nos colocou a importância da análise e da necessidade em dar início à Desinstitucionalização.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) nos alertam sobre os diversos sentidos e perspectivas que pode assumir uma proposta desinstitucionalizante. De antemão, os autores nos apresentam a Desinstitucionalização como um processo social complexo que se inicia ainda sob a lógica predominante da institucionalização até se concretizar numa realidade verdadeiramente tencionadora.

Entendemos por institucionalização o processo pelo qual seres humanos são submetidos a uma segregação assistida e regida por regras estabelecidas para manutenção de uma ordem social imposta por um grupo dominante. Neste sentido, nos alinhamos ao pensamento basagliano de que este processo é resultado da dialética indivíduo e grupo, entre subjetividade e coletividade, corpo e instituições, uma vez que:

A norma é o limite imposto à individualidade pela coletividade, pela organização. Se o indivíduo participa da definição dessa norma, como expressão de seus desejos

próprios e dos alheios, o limite para a expressão de sua subjetividade será dado apenas pela existência do outro (...), e para o homem, já é bastante pesado ter de aceitar esse limite. Mas, se for uma regra imposta para defesa do grupo dominante, a norma impede aos dominados qualquer expressão subjetiva, reduzindo o indivíduo a condição de corpo dominado, corpo alienando e explorado por aquilo que o organiza (BASAGLIA, 2005, p. 278).

O corpo, para Basaglia (2005), está inserido no corpo social que por sua vez está submetido ao corpo econômico (sistema produtivo). A subjetividade é assim, reduzida a esse corpo que será objeto de controle e exploração: “a clínica impõe ao corpo o manequim fabricado à imagem dos seus conhecimentos” (p.279), no caso, o status de doente concebido pela ciência médica, que nunca tem a ver só com a pessoa e suas experiências, mas com a forma de como a sociedade vai constituindo as relações sociais a partir de uma organização do trabalho que não produz para o ser humano, mas para si mesma. A pessoa é assim reduzida a um corpo passível do controle para produção e para manutenção do sistema (corpo econômico). Uma vez reduzida a dialética sujeito-coletividade a corpo-corpo econômico “as necessidades de um são absorvidas nas do outro” (idem), como no conto do “*Homem e a Serpente*” apresentado no início desse capítulo, e, a diversidade das necessidades é homogeneizada, restando somente a relação médico e paciente como uma ordem “natural” de existência.

Essa naturalização em nossa opinião, compõe o conjunto de naturalizações petrificadas pela sociabilidade capitalista, como a naturalização da pobreza e da violência. Isto nos leva a conclusão de que o processo de institucionalização ao qual são submetidos os chamados “loucos”, é um reflexo da ordem econômica e social que impõe suas normas de funcionamento para garantir a acumulação e salvaguardar a propriedade privada. Debruçados ainda na obra de Basaglia e seus colaboradores, que reúne escritos e conferências, é possível compreender como associam a ordem burguesa industrial que, com auxílio da ciência, constrói mecanismos para sua manutenção e expansão. O importante é deixar claro de que para nós, o encadeamento das ideias de Basaglia faz sentido e permite estabelecer a correspondência entre o que significou a ordem médica-psiquiátrica e a conformação do funcionamento social às normas de efetividade e produtividade do capitalismo burguês, e ainda, como esta relação refletiu na criação dos manicômios e de tudo o que deriva dele.

De volta ao debate sobre Desinstitucionalização, estamos falando de uma contraordem, de uma proposta de transformação em última instância da lógica capitalista. Para Rotelli et al. (1990), Desinstitucionalização é a desconstrução de todo aparato teórico- institucional que faz do manicômio um “lugar zero de troca” (p.61), objetiva “transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos” (p.32) até a reconstrução das relações sociais inscritas naquele espaço

e fora dele, por meio da restituição do direito a palavra e a cidadania. Desinstitucionalizar não é a mesma coisa de desospitalizar, que seria um estágio necessário e importante, mas que não pode ser reduzido a estratégia de contenção de gastos ou até de desassistência.

Essas distorções acontecem em função da dinâmica de interesses em jogo na sociedade capitalista, por isso, é preciso ter claro sobre que Desinstitucionalização estamos falando e o que queremos alcançar com ela. Hoje, por exemplo, presenciamos uma preocupação com a abertura dos CAPS e/ou de SRTs, dispositivos alternativos ao modelo manicomial como se por si só garantissem a Desinstitucionalização. Esse debate, porém, não tem avançado muito e a impressão é que estamos presenciando uma nova institucionalização, não mais hospitalocêntrica, mas “capscêntrica” ou “encapsulação” como dizem alguns. A criação de CAPS, SRTs ou Centros de Convivência, é apenas um estágio bem inicial de Desinstitucionalização. Venturini (2016) chama atenção para os temas que atravessam esse debate e que por vezes, diminui a importância sobre Desinstitucionalização.

Além desses sentidos que esse processo pode assumir, há o que estamos chamando de perspectivas. Descrevemos a seguir quatro caminhos interdependentes que identificamos nesse processo.

No primeiro, Desinstitucionalização se confunde com humanização, entendida aqui como um projeto de aprimoramento do atendimento aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, reconhecimento de seus direitos, deveres e necessidades de afeto e atenção. Esses aspectos devem compor sem dúvida uma estratégia desinstitucionalizatória, entretanto Basaglia (2005) alerta que humanizar é um princípio básico de sobrevivência da espécie e deve estar presente em todos os níveis das relações sociais, um compromisso ético de todo ser vivente da espécie humana, e nos lembra que Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, ficou conhecido pelo seu gesto humanitário de libertar os loucos das correntes e destiná-los a um espaço no qual poderiam ser tratados, e nós já sabemos onde essa história vai chegar.

A proposta basagliana nos apresenta, contudo, a Desinstitucionalização como uma “ação revolucionária (um abalo simultâneo na consciência e na instituição)” (VENTURINI, 2016, p. 81). O autor ainda ressalta que não se trata de um humanismo e nem reformismo. Esse gesto foi importante naquela época, porém, não perturbou a relação com a miséria intimamente ligada a condição daqueles loucos acorrentados, bem como não abalou a ordem social responsável por acorrentar aqueles sujeitos, pelo contrário, se constitui no nascimento de uma ciência que justificaria mais tarde a segregação. Basaglia (2005, p. 268) faz questão de frisar ainda que a doença mental e a ciência passam a ocupar um papel central na racionalidade

burguesa, conforme descreve: “traduzem-se num dos instrumentos essenciais mediante os quais a razão burguesa, tornada ideologia dominante, consegue enfrentar aquilo que a desmente, iniciando a lenta separação entre os comportamentos normais (...) e os anormais” e para os quais é destinado um espaço separado para reprimi-los. A doença torna-se mediação entre razão (dominante) e miséria. Em outro trecho:

A doença torna-se então a mediação entre a nova racionalidade do poder e uma miséria que deve ser organizada, subdividida, fracionada em tantos setores quantas forem as respostas técnicas preparadas, a fim de que não sejam alterados o equilíbrio entre penúria e abundância e, sobretudo, sua distribuição (BASAGLIA, 2005, p. 270).

E o nosso processo desinstitucionalizatório corre o risco de enveredar pelo mesmo caminho. Por isso o ato de questionar o aparato teórico-metodológico, a razão científica, sob o qual foi sendo construído o manicômio e tudo o que isso significa, é um ponto nevrálgico para o debate sobre Desinstitucionalização e ainda nos coloca em movimento para além de uma nova institucionalidade, mas para uma ruptura total com tais referências.

Outra perspectiva que a Desinstitucionalização assume é o da reinserção pelo trabalho. Em Trieste se investe fortemente nessa estratégia. Lá, ao iniciar o “tratamento” a pessoa é estimulada a participar de uma das cooperativas de trabalho existentes e o resultado para muitos é a retomada da vida produtiva. Esta é uma saída extremamente importante e deve ser o carro-chefe da PNSM, pois o trabalho como nos sinaliza Marx (2013), é ontológico, constituidor do ser social, é através dele que o homem transforma a natureza ao mesmo tempo em que se transforma. Ora, se Desinstitucionalização é um processo de tensionamento nas bases da sociedade capitalista, e, neste caso, suas instituições, então é preciso atentar para a questão da alienação no trabalho, que se inscreve na lógica da acumulação e da propriedade privada. Além disso, ainda existe a armadilha de reduzirmos essa estratégia numa busca de bem-estar em troca de trabalho, as chamadas políticas de *workfare* (PEREIRA, 2008), ou de criar um ambiente de trabalho hostil e adoecedor (DEJOURS, 2001).

Uma terceira via é a do empoderamento. Nesse aspecto, existem iniciativas que contribuem significativamente para pensarmos formas de superação do estigma e transformação no campo da Saúde Mental. Vasconcelos (2003) alerta sobre a necessidade de enfrentar os limites que esse termo apresenta, ressaltando alguns aspectos que um trabalho que objetive empoderar os sujeitos precisa envolver: a) recuperação, que propõe um novo sentido para o processo de “cura” em saúde mental que não mais aquele construído pelo modelo biomédico; b) cuidado se si, que implica num incentivo para que a pessoa que sofre reelabore

gradativamente suas experiências catastróficas; c) ajuda mútua, baseado na técnica utilizada pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e similares a qual consiste em realizar trocas de experiência e construção de estratégias para lidar com problemas comuns; d) suporte mútuo, é a estrutura de apoio institucional e familiar que possam desenvolver atividades de cuidado e suporte no cotidiano; e) *advocacy* que é a atuação pela garantia de direitos de cidadania informal ou formal; f) mobilização, participação e militância política; g) transformação do estigma, que compreende iniciativas individuais e coletivas de caráter social, cultural e artístico que visem mudar a relação entre a sociedade e a loucura; e finalmente h) as narrativas pessoais de vida que é um processo de incentivo ao compartilhamento público de experiências por meio do registro de depoimentos em várias expressões: audiovisual, escrita, palestras etc., tudo com o objetivo de sensibilizar usuários, familiares e comunidade em geral para o desafio de viver com um transtorno mental.

Contudo, em muitas ações esses aspectos nem sempre são aprofundados durante o processo de cuidado, seja por falta de estrutura do serviço quer seja pela inabilidade da família e da comunidade darem sustentação a esse projeto, e assim, corre-se o risco de cair na individualização, isto é, de se focalizar nas potencialidades estritamente pessoais; de negligenciar a necessidade de atuação coletiva que verdadeiramente tencionem a ordem institucionalizante. De toda forma, é mister ressaltar que embora a proposta de trabalho nesta linha seja de ultrapassar a dimensão meramente individual, parece que sua prática esbarra nos limites da sociabilidade capitalista que reproduz o “mito do herói”, isto é, elege uma experiência de sucesso e a massifica dando a impressão de que independente da correlação de forças econômicas, sociais e culturais, se o sujeito se esforçar ele vai melhorar de vida, no caso, se empoderar. Neste sentido, empoderamento pode ser uma perspectiva de trabalho satisfatória em saúde mental, mas ainda frágil por não tencionar suficientemente as estruturas que produzem a institucionalização.

Pois bem, as perspectivas apresentadas até agora parecem compor um cenário que se encerra em seus limites político-institucionais da sociedade. Neste sentido, propomos pensar para além do binômio institucionalização/Desinstitucionalização, o que implica adotar uma perspectiva que reúna condições teórico-políticas capazes de nos pôr em um movimento que se aproxime da crítica à lógica capitalista sob a qual a Desinstitucionalização se sustenta. Esse caminho é o da Emancipação Política.

Partimos do pressuposto que as transformações em saúde mental ocorridas no mundo nas últimas décadas são parte de um projeto revolucionário que não se limita em apenas

reformular a psiquiatria, mas em romper com toda a lógica de sociabilidade que a constituiu e a sustenta até hoje, que é, em última análise a lógica capitalista. Esse horizonte se aproxima consubstancialmente das análises realizadas por Marx e Engels ainda no século XIX sobre a maneira pela qual a sociedade capitalista vai ganhando forma material e de como superar a alienação. Estes estudos podem nos ajudar a pensar Desinstitucionalização para além do que está posto e arriscar dizer que a superação do manicômio é um movimento de superação de uma das questões mais enraizadas do capitalismo: o estabelecimento de uma fronteira entre o normal e o patológico, entre o apto e o inapto para o trabalho. Tal assertiva se baseia no fato de que ao propor um novo projeto em saúde mental, os italianos partem da crítica ao que foi, e ainda é, determinante para justificação do manicômio: a concepção de loucura/doença mental e sua funcionalidade na ordem burguesa, que elegeu a psiquiatria como sua principal auxiliar. Desta forma, um projeto que intencione romper com essa dinâmica precisa eleger uma perspectiva que abarque aspectos subjetivos e objetivos, nessa luta, que para nós, é o caminho da Emancipação Política.

Nessa direção, nosso argumento é de que esse debate é central pois possibilita inferir a importância da Desinstitucionalização em assumir essa perspectiva de atuação consciente, para ser capaz de tencionar as estruturas que reforçam o estigma e comprometem o exercício de cidadania dos sujeitos em situação de sofrimento mental. É importante frisar que não é somente a Emancipação Política destes sujeitos que está em jogo, mas dos trabalhadores e de seus familiares. A Emancipação Política é um processo que envolve relações sociais mais qualificadas e no caso da saúde mental, relação entre trabalhadores/usuários/familiares. Neste sentido, chamamos atenção para necessidade da criação de uma rede de cuidado emancipador que deve aproximar esses grupos para a implementação do projeto de Desinstitucionalização e assim superar o modelo institucional hegemônico nesse campo.

Um cuidado emancipador precisa alinhar atenção ao sujeito na sua singularidade e envolvê-lo num projeto de ação política para além da clínica individualizante. Passos (2009), ao comparar experiências em saúde mental entre França e Itália, concluiu que tais ênfases de cuidado, clínica e/ou política, ainda parecem ocorrer sem um ponto de intercessão bem definido, o que dificulta a prática no campo. A compreensão de que as transformações pelas quais lutamos no campo da saúde mental, passam necessariamente pelo tensionamento das estruturas que compõem a sociedade capitalista, por meio de uma atuação que vá além das relações institucionais cristalizadas na prática assistencial e de que é preciso dar voz aos sujeitos

e às suas necessidades mais particulares, dada sua história de vida e singularidade, ainda parece ser um desafio para os trabalhadores em saúde mental. Desinstitucionalizar é:

[...] é um processo individual e coletivo de emancipação e de libertação que parte do sofrimento individual, mas que não se refere só aos pacientes. É um processo que envolve criticamente trabalhadores, administradores públicos, políticos, cidadãos comuns na busca utópica de uma sociedade sem manicômios (VENTURINI, 2016, p. 15).

Assim sendo, ter a Emancipação Política como horizonte pode ser um ponto de convergência entre essas duas dimensões, a do sujeito e a da sociedade. Dito de outra forma, pensar a perspectiva da Emancipação Política, pode nos ajudar na superação da dicotomia Institucionalização/Desinstitucionalização e construir um novo momento na vida e no trabalho de todos os envolvidos que atuam pela Reforma em Saúde Mental.

2.2.2. A Serpente à Espreita

Assim como na fábula que abre nossas reflexões sobre este assunto, é preciso lembrar que não estamos livres de cair no sono novamente. Algumas batalhas foram ganhas mas estas não garantem a manutenção das conquistas em saúde mental alcançadas pelo movimento social até aqui, dada a crise estrutural do capital que provoca um refluxo dos movimentos sociais; um avanço do modelo neoliberal, que se reflete em privatizações e focalização das Políticas Sociais, fazendo do exercício de garantias de direito de cidadania um caminho tenso, contraditório e dinâmico; e que requer constantes revisitações aos nossos princípios epistemológicos e utópicos.

A PNSM em seu projeto de Desinstitucionalização deve procurar construir critérios a partir da cooperação entre todos os sujeitos envolvidos, subsidiada por parâmetros advindos de um conjunto de práxis, isto é, de um processo de formação e reflexão crítica sobre as relações que se estabelecem a partir da delimitação do cuidado em saúde mental. Compreendemos que isso nos remete a complexidade que é a vida coletiva, mas, ao mesmo tempo nos dá pistas de que a disponibilidade é um dos aspectos que precisamos desenvolver sempre que nos aventuramos nos caminhos percorridos em grupo.

A Desinstitucionalização é meio e não objetivo final, é um modo de atuar, ou até uma outra forma de nos relacionarmos com os limites da vida coletiva. Assim é o caminho da Desinstitucionalização numa perspectiva emancipadora: trabalhoso, dispendioso, oneroso, mas que pode nos render bons frutos. Sabemos que Desinstitucionalização é um desafio para toda a

sociedade por isso é importante saber onde queremos chegar. É possível emancipar “loucos”? Qual é o sentido de nosso trabalho?

Apresentamos um novo mundo, novas possibilidades de vida, mas que são inacessíveis, irreais, onde espaços que são pensados para participação política, mas que não são “adaptados” para eles, e onde é fácil perceber o predomínio da tutela. Como se apresentássemos a porta de saída que mostra inúmeras possibilidades, mas, que passam por seus olhos como um filme numa tela de cinema. Talvez o mais essencial dos pressupostos que Basaglia nos deixou foi a proposta de recusa do mandato social, esta recusa que muitos se recusam a fazer, pois ela implica em disposição para algo novo, revolucionário.

A serpente da fábula que partiu, parece estar sempre à espreita, rondando os serviços, sempre disposta a nos fazer uma visitinha. Pensar numa perspectiva da emancipação política pode nos ajudar a sair da crítica à instituição em si, e superar a dicotomia Institucionalização/Desinstitucionalização para construir um movimento para si. Sabemos que ao se configurar uma resposta do Estado capitalista, a natureza contraditória das políticas públicas nos apresenta desafios importantes, daí a necessidade de assumir uma perspectiva capaz de reunir princípios que fortaleçam nosso projeto político.

É sempre bom lembrar que Desinstitucionalização implica em práticas de ruptura: que permitem emergir a subjetividade abstraída, capturada na institucionalização, “é preciso Desinstitucionalizar uma determinada maneira de conceber a Desinstitucionalização” (VENTURINI, 2016, p. 67). Desinstitucionalizar é, pois, um movimento dialético de idas e vindas, não linear, ainda em curso, de revitalização de velhas práticas e descobertas de novas. É preciso radicalizar a Desinstitucionalização (LANCETTI, 2001).

CAPÍTULO 3 – Da Lama ao Caos do Caos à Luta Antimanicomial : Um Homem Internado Nunca se Engana

*Posso sair daqui para me organizar
Posso sair daqui para desorganizar
Posso sair daqui para me organizar
Posso sair daqui para desorganizar*

*Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana
Da lama ao caos, do caos à lama
Um homem roubado nunca se engana*

(Nação Zumbi).

Iniciamos esse capítulo com o trecho de uma música que ficou eternizada na voz de Chico Science e Nação Zumbi, e que representou um dos lemas do Movimento Manguebeat, que começou como movimento musical misturando ritmos e rimas, e depois se expandiu para cena político-cultural brasileira com letras de denúncia contra a especulação imobiliária no Recife que avançava na época destruindo o rico ecossistema no mangue:

Emergência! Um choque rápido ou o Recife morre de infarto! Não é preciso ser médico para saber que a maneira mais simples de parar o coração de um sujeito é obstruindo as suas veias. O modo mais rápido, também, de infartar e esvaziar a alma de uma cidade como o Recife é matar os seus rios e aterrar os seus estuários. O que fazer para não afundar na depressão crônica que paralisa os cidadãos? Como devolver o ânimo, deslobotomizar e recarregar as baterias da cidade? Simples! Basta injetar um pouco de energia na lama e estimular o que ainda resta de fertilidade nas veias do Recife (ZERO, 2000).

As denúncias presentes no trecho da música inspiram nossa comparação com o MLA. Essa comparação nasce em função do termo lama, que na música ressalta a importância que ela tem como principal característica de um mangue, mas no contexto da saúde mental, é o termo utilizado pejorativamente por alguns críticos ao MLA, que representam os setores conservadores da assistência psiquiátrica no Brasil, em contraposição ao termo “MLA”, sigla utilizada pelos militantes dessa causa. Contudo, estudando um pouco mais sobre o Manguebeat, percebemos algumas semelhanças deste movimento político-cultural com a Luta Antimanicomial. Uma delas, (e não pretendemos nos aprofundar sobre isso aqui), é que enquanto movimento musical, o Manguebeat misturou ritmos até então nunca feito antes; e como movimento político-cultural, denunciava os desmandos da indústria imobiliária. Para nós, a aproximação no campo da saúde mental se dá por nossa crença de que ao romper com o

modelo manicomial, misturamos loucos e normais na mesma cidade e denunciemos a chamada “indústria da loucura” responsável pelo confinamento indevido de milhares de pessoas (AMARANTE, 2016).

Então, nossa ironia é deixar claro para esses críticos que sim, somos a “lama”, e como dito nas últimas mobilizações da Saúde Mental, “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais”. Nosso projeto e história, carrega consigo a experiência de pessoas que sofreram com o tratamento segregador e opressor do hospital psiquiátrico, com a internação perpétua como solução, com a prisão de sujeitos em sofrimento e repercussão disso na vida de familiares e trabalhadores. Por isso, nessa breve introdução comparativa, afirmamos nossa implicação com a causa e defendemos a liberdade como cura.

3.1. LUTA ANTIMANICOMIAL, HISTÓRIA E O HORIZONTE EMANCIPATÓRIO

Nosso objetivo aqui é refletir sobre o conceito de emancipação e a perspectiva que ela traz para o Movimento de luta antimanicomial no Brasil. Faremos o exercício teórico de, à luz da teoria marxista, aprofundar as adjetivações que esse termo ganha como Emancipação Política e Emancipação Humana. Em segundo lugar, apresentar uma conexão com os princípios do antimanicômio, na tentativa de qualificar desafios e reconhecer os limites a serem ultrapassados enquanto movimento social inscritos numa sociedade capitalista.

O problema que move esse nosso debate é a necessidade em qualificar a questão da Emancipação Humana associada a uma compreensão crítica sobre o fenômeno da loucura. Como norte teórico, a Emancipação Humana aqui é entendida no contexto contraditório da política pública de saúde na sua intercessão com o Movimento Social da Luta Antimanicomial. Para tanto, entendemos, de antemão que Emancipação Humana é uma dimensão do sujeito individual-coletivo, do ser social, que acontece na mediação dialética com a natureza; e que para alcançá-la se deve partir do pressuposto da necessidade de superação da condição de alienação em que se encontram os seres humanos nas relações capitalistas de produção. Utilizamos aqui o referencial marxista que estabelece a diferenciação entre Emancipação Humana e Política, que atribui para esta última ideia de um processo que antecede a primeira, e que advém das conquistas no campo luta pelos direitos civis, políticos e sociais.

Ainda como ponto de partida, é mister salientar que a nossa opção pelo termo “Reforma em Saúde Mental” ao invés de “Reforma Psiquiátrica” se dá por dois motivos relevantes. O primeiro refere-se a questão do caráter reducionista do termo “psiquiátrica”, que restringe ao

campo de atuação da medicina psiquiátrica as transformações que se referem ao cuidado interdisciplinar que envolve ciências biológicas, humanas e sociais, isto é, trata-se de transformações que provocaram revisão de práticas e conceitos não só da medicina psiquiátrica, mas da enfermagem, da farmacologia, da psicologia, do serviço social, do direito e de outras áreas que atuam no contexto da saúde mental. O segundo motivo para utilização de outro termo que reflita mais de perto a dimensão dessas transformações, é a intenção de trazer à tona o debate sobre a Política de Saúde na sua interface com os diversos campos de intervenção: saúde mental, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, entre outras; ou seja, saúde mental incluída no contexto da saúde coletiva, saúde mental como saúde.

A intenção é compreender que ao se discutir saúde mental privilegamos a perspectiva da Política Pública de Saúde, entendendo que se trata de um terreno conflituoso e contraditório, como dito anteriormente. Conflituoso no sentido que o Estado, sendo um Estado Capitalista, é chamando a mediar conflitos de interesses de classes; e contraditório, no que se refere à natureza das Políticas Sociais inscritas na intersecção da manutenção da ordem do capital ao mesmo tempo em que podem nortear a constituição de possibilidades para superação dessa ordem (PEREIRA, 2008). A ideia é relacionar aqui esse debate teórico com as conquistas alcançadas pela Reforma em Saúde Mental no Brasil a partir da Lei nº 10.216 de 2001, que instituiu o cuidado interdisciplinar e comunitário nesse campo e a substituição gradativa do modelo hospitalocêntrico para o modelo territorial de atendimento em saúde.

A Reforma em Saúde Mental se encontra no campo da Política Pública de Saúde e, juntamente com o movimento da Reforma Sanitária, deu origem ao debate sobre o SUS e sua regulamentação com a Carta de 1988. Em outras palavras, nasceu em meio a um processo de mudança política e reflete a necessidade que vinha se desenhando desde a década de 1970 no Brasil, quando um grupo de trabalhadores de saúde mental do Rio de Janeiro iniciou o MTSM. A partir da organização deste grupo, emergiram importantes propostas de reformulação do sistema de assistência psiquiátrica brasileira que influenciaram, e foram influenciadas por outros movimentos sociais (AMARANTE, 2001). Tais propostas, fortaleceram a participação política no período constituinte e culminaram com a aprovação, no ano de 2001, da Lei Federal nº 10.216.

Vale relembrar aqui que esse movimento tomou forma com o que se denominou a "Crise do DINSAM" - Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas no campo da saúde mental. Em 1978, os profissionais deflagraram uma greve

reivindicando melhores condições de trabalho e de atenção aos pacientes, e receberam apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e da divisão de saúde mental do Centro de Estudos da Saúde (CEBES). As principais reivindicações giravam em torno da questão salarial; da formação profissional; das relações hierarquizadas de trabalho, com crítica ao autoritarismo das instituições; da necessidade de revisão do modelo médico-assistencial, no que diz respeito à possibilidade da utilização de outros recursos terapêuticos e, finalmente, às condições de atendimento, desde a falta de conforto para pessoas internadas até às condições mínimas de higiene (AMARANTE, 2001).

Em outubro daquele mesmo ano, os vários grupos de profissionais em saúde mental favoráveis às reivindicações se encontraram no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, e estabeleceram uma frente ampla em prol das mudanças na PNSM. Os militantes presentes aproveitaram a oportunidade para se articularem e transformarem o espaço que seria, a princípio, dos setores conservadores da comunidade médica, em um campo de validação do projeto político do MTSM, que surgia fortalecendo as críticas ao regime político brasileiro da época. Ainda em 1978, acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no qual reúnem-se os principais mentores do pensamento crítico em saúde mental para criação de uma rede de alternativa à psiquiatria, provindos do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana e da Antipsiquiatria, entre eles estavam Robert Castel, Felix Guattari, Erwing Goffman e Franco Basaglia.

Após essa oportunidade de articulação e debate sobre a saúde mental, o MTSM realizou em São Paulo no ano de 1979, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (I CNTSM). Não obstante, este grupo traz para a arena política a reflexão sobre uma “nova identidade profissional”, bem como a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos; e somente em 1987 no II Congresso, realizado em Bauru é que se elegeu o termo antimanicomial que serviria de referência para o movimento nacional. O evento se orientou em três eixos de discussão: 1º) Organização dos trabalhadores de saúde mental; 2º) A análise e reflexão das práticas terapêuticas; e 3º) A busca por uma sociedade sem manicômios. Este último significou, o rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial e demarca o campo das críticas às propostas assistenciais da época (AMARANTE, 2001).

É importante ressaltar que no contexto desses acontecimentos estão os grupos de luta pelos direitos humanos, pela redemocratização do país, pela liberdade, pela organização e participação políticas, como também, pela diminuição da desigualdade social. Assim sendo,

nessa teia de articulações e movimentos sociais, o MTSM se caracterizou pela resistência à institucionalização, a luta pela Desinstitucionalização e pela participação popular de vários setores da saúde. Essa época representa também a efervescência das organizações de trabalhadores, estudantes e da sociedade civil, que reivindicavam melhorias nos vários campos da vida (trabalho, social, saúde, educação, habitação, etc.) e foi sem dúvida, uma época em que as lutas contra a ditadura foram fortalecidas, com esforços na construção da democracia que edificaram as propostas de participação democrática nos processos decisórios das políticas públicas.

É nesse contexto que a definição de saúde começa a ser vista como direito social, uma questão amplamente discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada um ano antes e fortemente defendida pelas tendências sanitaristas da época. Para Teixeira (1989), na VIII CNS houve um processo político coletivo de construção do saber sobre a concepção de saúde, enquanto totalidade concreta, síntese de múltiplas determinações, ou seja, só pode ser pensada a partir das condições necessárias ao processo de democratização da saúde.

Todo esse debate no âmbito da saúde é consequência do Movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 no Brasil, que se caracterizou por se inserir num contexto de democratização e associar-se à emergência das classes populares e de sujeitos políticos. A Reforma Sanitária foi “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos” (TEIXEIRA, 1989, p. 39). Isto significa o desejo de um deslocamento do poder político para as camadas populares e uma maior participação do Estado na promoção e garantia dos direitos. É essa concepção de saúde, como conquista social, que irá inspirar o MTSM, no entanto, é somente com as discussões do II CNTSM que o movimento no campo da saúde mental vai se diferenciando do movimento sanitarista. Para os seus militantes, o desejo de reforma psiquiátrica era muito mais que uma transformação no campo assistencial. Envolveia propostas de transformação do modelo médico clássico e do paradigma da psiquiatria moderna. Assim, na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) ergue-se a bandeira da luta antimanicomial e rompe-se com a trajetória sanitarista, que não conseguiu quebrar o paradigma do controle e normatização próprios da medicina como instituição social. A Reforma Psiquiátrica amplia o campo da saúde mental, antes técnico-assistencial, para níveis político-jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural (AMARANTE, 2007).

Vasconcelos (2003) sintetiza a trajetória da Reforma em Saúde Mental em cinco períodos entre os anos de 1970 a 2002. O primeiro foi a mobilização da sociedade civil contra

o asilamento e a mercantilização da loucura; em seguida, nota-se uma expansão do modelo sanitarista e ações integradas em saúde, marcado pelo multiprofissionalismo e a humanização dos serviços; o terceiro foi o da luta antimanicomial propriamente dita, que inspirados na experiência italiana, assume o modelo da Desinstitucionalização psiquiátrica; num quarto momento, percebe-se uma consolidação desse modelo e a implantação da rede de serviços abertos; e, por fim, vive-se nos últimos anos, a dificuldade da implementação da rede alternativa de assistência psiquiátrica no contexto sócio-político-econômico, marcado pelo crescimento das desigualdades sociais, desemprego estrutural, situações de miséria e violência em que se encontra boa parte da população. Mais de dez anos se passaram dessa periodização traçada pelo autor e pode-se dizer que o desafio ainda é a implementação dessa rede, hoje denominada Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS.

É nesse contexto que pensamos a relação entre emancipação política às conquistas alcançadas com a Reforma em Saúde Mental no Brasil. Os relatórios da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CNSM/MS) tem se concentrado em desenvolver estratégias de avaliação da PNSM direcionadas principalmente para redução de leitos em hospitais psiquiátricos e cobertura de CAPS, e fica claro no Relatório o aumento no financiamento desses dispositivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; 2011; 2016). Segundo esses dados, nos últimos anos a rede CAPS atingiu 66% de sua cobertura em contraposição de 1.700 leitos psiquiátricos fechados ao ano, entretanto, mesmo com o avanço da rede CAPS, a oferta desses serviços ainda se mostra insuficiente. A inclusão no mundo do trabalho tem recebido apoio da Política de Economia Solidária e mostra-se uma estratégia importante nesse campo.

Hoje são cerca de 640 empreendimentos econômicos solidários, inscritos numa rede de incubadoras, gestores e associações de usuários e familiares de saúde mental. Outra questão ainda na pauta da agenda pública é a questão de uma aparente epidemia de crack, que ganhou estratégia de enfrentamento por meio do *“Plano Nacional Crack é Possível Vencer”*, ao qual resultados de redução e atendimento dessa parte da população têm sido qualificados como positivos; mas ainda existem controvérsias importantes nesse aspecto que não serão aprofundadas no presente trabalho. E finalmente o Relatório da IV CNS de 2011 aponta um “calcanhar de Aquiles” para reforma em saúde mental, que é a questão da produção e transmissão do conhecimento em saúde mental por parte da rede de saúde pública e da sociedade, na qual pode-se notar posicionamentos teóricos e metodológicos em certos termos

divergentes entre as entidades médicas, parlamentares e profissionais da imprensa com os trabalhadores militantes da luta antimanicomial.

Em saúde mental fala-se muito em sujeito de direitos, em autonomia desses sujeitos, em inclusão por meio do trabalho, em empoderamento, emancipação, etc. No entanto são termos que parecem estar ainda distantes da realidade da vida de algumas pessoas, tanto aquelas que sofrem, quanto seus familiares e os trabalhadores que são referências na assistência a essas pessoas, e precisariam avançar no debate de algumas questões estruturais da sociedade. É notório, porém, que há uma quantidade maior de pessoas que vivem com transtornos mentais e que foram beneficiadas pelos serviços e pela legislação em saúde mental que as reconhecem como cidadãos. Mas como essas conquistas no campo da reforma em saúde mental privilegiam o trabalho em direção a uma emancipação verdadeiramente humana? Ou tomando como referência a provocação de Marx em sua obra *Sobre a Questão Judaica*: que emancipação é essa que estamos falando? Emancipação de quem?

Para Marx (2010) o ponto central nessa discussão entre Emancipação Política e Emancipação Humana é o fato de que se trata da luta pela emancipação de todos os seres sociais. A Emancipação Política é um estágio para esse fim, ela não é a emancipação final do homem, ela deve se dar na realidade concreta, e para Marx, esta realidade continua sendo mediada pelo Estado Capitalista, que privilegia a proteção e manutenção da propriedade privada. Nesta obra, o autor ressalta ainda que a questão judaica não é uma questão religiosa, é uma Questão Social, isto é, é preciso entender a relação entre os judeus, principais sujeitos nesse debate, com a sociedade; e pensar na emancipação apenas na dimensão política não fornece respostas a essa questão. Nesse aspecto o autor se pergunta sobre o que justifica a perseguição a eles.

Trazendo para o contexto deste estudo, a pergunta poderia ser: o que justificou e ainda justifica a perseguição aos loucos, a estigmatização e segregação social a que são submetidos até hoje? Para Marx (2010) a perseguição aos judeus revela mais da sociedade do que sobre os próprios judeus, no nosso caso, a premissa de que a loucura é algo incompreensível, que precisa ser “tratada” pois é inaceitável já que não se encaixa na dinâmica produtiva, revela que a sociedade é quem precisa ser compreendida, no sentido de revisão dessa sua dinâmica produtiva imposta a vida dos indivíduos. Dito de outra forma, emancipação política mantém o estado de coisas, possui uma tendência a reprodução a ideia de liberdade liberal associada a ausência de interferência, fica em grande parte condicionada ao egoísmo e a propriedade privada, ou seja, de uma falsa liberdade. Na concepção marxista, liberdade está intimamente ligada a ação coletiva; é um movimento de autodeterminação que corresponde ao desenvolvimento das

possibilidades humanas, com “criação de uma forma de associação digna da condição humana” (MARX, 2010, p. 124); liberdade como eliminação dos obstáculos à Emancipação Humana.

Nessa linha de raciocínio, o principal obstáculo é alienação do trabalho, na qual o indivíduo não tem controle sobre suas condições de existência, pois precisa vender sua força de trabalho, produzindo a mais valia, reproduzindo todo ciclo do capital: O trabalhador é constrangido a vender sua força de trabalho “livremente” (MARX, 2013). O caminho não é negar as liberdades burguesas, mas superá-las e não suprimi-las, denuncia. Essa discussão foi aprofundada por Mészáros (2006, p. 10) em sua obra sobre “*A Teoria da Alienação em Marx*”, e afirma que a “alienação do trabalho é raiz causal de todo complexo de alienações”.

Partindo do conceito de *Aufhebung*, que significa transcendência, Mészáros (2006) vai desenvolver o conceito de mediações de 1ª ordem, atividade produtiva como fator ontológico absoluto da condição humana; e mediações de 2ª ordem, aquelas atividades decorrentes da produção alienada, reforçadoras da propriedade privada e da divisão do trabalho. Nesta última é onde se reproduz a alienação, que ele significa perda do controle:

Corporificada numa força externa que confronta os indivíduos como um poder hostil e potencialmente destrutivo, e ressalta que tal processo de auto alienação é resultado de um desenvolvimento histórico que pode ser positivamente alterado pela intervenção consciente no processo histórico (MÉSZÁROS, 2006, p. 14)

E chama atenção para o fato de que essa possibilidade de intervenção é uma “urgência histórica da crítica da alienação no espírito marxiano não poderia ser maior” (idem), e, em nosso ponto de vista, mais atual do que nunca. O autor acrescenta ainda nessa reflexão que é preciso lidar com a complexidade do problema consciência/alienação no nível dialético e que para sair do lugar comum é preciso assumir a natureza complexa dos fenômenos.

Retomando as questões feitas anteriormente sobre a que tipo de emancipação estamos nos referindo e emancipação de quem, o fato é que não é tão simples a compreensão das respostas a essas perguntas, pois quando nos referimos ao campo da saúde mental estamos falando de pessoas que sofrem por viverem com transtornos mentais; pessoas que vivem com familiares com transtornos mentais e pessoas que cuidam, trabalham, atendendo a esses dois grupos de indivíduos. Transversalmente a elas está a questão do trabalho alienado, permeando e qualificando suas relações. Também é fato que a Reforma em Saúde Mental trouxe conquistas de garantia de direitos importantes para os indivíduos em sofrimento mental e suas famílias, trouxe a possibilidade de Emancipação Política aos indivíduos. Existem diversos exemplos de pessoas que se encontravam em total abandono nos manicômios e que superaram sua condição

de loucos incapazes e se tornaram trabalhadores, reconstituíram famílias, grupos sociais e que estão “adaptados” ao convívio social, mas que infelizmente esses exemplos não são a maioria dos casos.

Como vimos anteriormente, Emancipação Política ainda é um estágio para emancipação compreendida na totalidade de sua perspectiva, isto é, Emancipação Humana. Podemos afirmar que para pensarmos transformações mais profundas na relação entre loucura e sociedade, precisamos nos aventurar a refletir sobre a Emancipação Humana em saúde mental. Resumidamente, Emancipação Humana pode ser compreendida neste sentido, como superação da alienação, pela tomada de consciência dos seres sociais em relação a sua condição de existência (trabalho e vida), e neste caso, são pessoas em sofrimento, familiares e trabalhadores da saúde.

Partindo da premissa de Mészáros (2006, p. 10) que “a alienação do trabalho é raiz causal de todo complexo de alienação”, e o que caracteriza essa alienação para Marx é o “estranhamento do homem em relação à natureza e a si mesmo”, o problema da consciência/alienação não pode ser examinado isoladamente, mas “ocupa um lugar no sistema das atividades humanas, apoiado e em relação consistente de interação com base econômica” (p. 21). Isto é, o processo de conscientização/alienação só pode ser pensado a partir das relações objetivas entre os indivíduos, entendidas na sua complexidade, na dialética relação entre opostos. Para Marx (2010), a oposição antagônica estática entre opostos (consciência e alienação, teoria e prática, etc.) é força motriz do processo de alienação. Por isso propõe a dialética das relações concretas como importantes para a compreensão do processo histórico, opondo-se a dialética hegelina de perspectiva abstrata. No nosso caso, entender a oposição dialética entre manicômio e antimanicômio, razão e desrazão, pode ser um caminho para compreensão do papel da Reforma em Saúde Mental.

Sendo o antagonismo estático alienado, isto é, não reconhece a complementariedade e a potência de transformação e superação; no campo da Reforma em Saúde Mental é preciso reconhecer a tendência de algumas posturas diante da relação loucura e sociedade. A principal delas é aquela que toma o sofrimento como objeto de pesquisa e intervenção desconsiderando a teia de relações materiais complexas entre a pessoa que sofre, seus familiares e os trabalhadores da área, que traz o discurso abstrato e até certo ponto ingênuo de superação do primeiro sem considerar as condições objetivas da sociedade capitalista. Falar em Reforma em Saúde Mental é referir-se à intenção de transformar as práticas de cuidado, superar o maniqueísmo entre manicômio e loucura, pois a superação do primeiro só é possível pela

existência dele, ou seja, a dinâmica manicomial é parte integrante do processo de transcendência, para referir a ideia de Marx (2010), de conscientização.

O cuidado em Saúde Mental ainda está centralizado no diagnóstico e na autonomia individualizante do sujeito que sofre, numa perspectiva atomizada, individualizada e medicalizadora que enfraquece a perspectiva coletiva. A questão do trabalho assume um viés produtivista e alienado, partindo da classificação dos sujeitos em aptos e não aptos para o trabalho (ou orientados suficientemente para produção com disciplina e responsabilidade), meramente tarefa, entretenedora, pouco afirmadora das diferenças e singularidades, e ratificadora das particularidades voltadas para o consumo (o que cada um precisa para ficar bem). Por isso é preciso pensar cotidianamente esse cuidado e o que ele produz nas relações concretas de produção: o estigma, isto é, a classificação de o que é loucura e o que é sanidade, que serve a dinâmica do capital e da reificação das relações sociais.

Ainda é bom lembrar mais uma vez que a ideia de Reforma em Saúde Mental se inscreve no contraditório terreno das Políticas Públicas, e por isso, é preciso entender que existem projetos político-econômicos confluentes, como nos apontou Dagnino (2004), já mencionado na contextualização de nosso problema de pesquisa. O que é relevante destacar aqui, é que é no projeto democrático que a emancipação política é pensada, e no qual, saúde é definida como uma resultante das condições sociais dos sujeitos, ou seja, saúde como direito social. A democracia numa perspectiva crítica, compreende que as transformações no campo da saúde exigem um Estado ampliado, diferentemente do projeto neoliberal, e ainda, o estabelecimento do regime democrático e o combate às desigualdades sociais, a saúde aparece como o resultado da consciência sanitária, que vai além da modernização do setor (TEIXEIRA, 1989).

É importante compreender que a PNSM, enquanto uma política pública que está inscrita numa sociedade capitalista, reflete contradições próprias de sua natureza. Aqui, nossa tese é de que avançamos na questão dos serviços substitutivos ao manicômio, diminuição de leitos em grandes hospitais tradicionalmente manicomiais, na conquista do reconhecimento de direitos, embora muitos ainda sem garantia, como o cuidado a dependentes químicos que vivem nas ruas e que sofrem internações compulsórias em Comunidades Terapêuticas com motivação higienicista, por exemplo.

Mas a Reforma não deve ser somente assistencial, ela é também uma reforma cultural, política e econômica, pois a relação entre a sociedade capitalista e a loucura, desde as primeiras estratégias de cuidado, constitui como uma expressão da exploração do homem pelo homem dada pelas relações capitalistas de produção. Dito de outra forma, o encarceramento,

cerceamento da liberdade, segregação social, serviram a ordem capitalista de exploração da força de trabalho e de reificação das relações sociais, fenômenos em ascensão do século XVIII, quando iniciou-se o processo de institucionalização da loucura (FOUCAULT, 1989; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990; BASAGLIA, 2001), numa perspectiva higienista, criminalizadora e segregadora, que foi se consolidando ao longo dos séculos seguintes como um mecanismo pelo qual se oferecia uma resposta para manter a segurança e a ordem da sociedade sob a lógica da defesa da propriedade privada, da moral e dos bons costumes.

Tal ordem de tratamento sobreviveu às transformações do final do século XIX e às crises do capital subsequentes. Somente após a crise do *Welfare State* em 1970, quando surgiram as ofensivas neoliberais e as lutas democráticas na América Latina, o campo da saúde mental é mobilizado a se reestruturar profundamente. Antes disso, podemos dizer que as reformas na psiquiatria não ultrapassaram os muros dos hospitais e não abalaram a hegemonia do mandato terapêutico do médico, justificado pela necessidade controle e pelo antagonismo razão-desrazão (AMARANTE, 2007).

A contradição está presente em diversas dimensões da Reforma em Saúde Mental, pois ao mesmo tempo em que desenvolvemos teorias e práticas de cuidado na tentativa de explicar ou compreender o fenômeno da loucura, nos distanciamos cada vez mais das pessoas que a experimentam quando insistimos em posturas segregatórias e estigmatizadoras; ou seja, reduzindo-as a meros objetos de estudo, sem compreender a totalidade do contexto político, histórico e econômico em que tais posturas foram construídas. É claro que não se pode negar a contribuição de diversas teorias, pesquisas e estudos em esclarecer o que se passa com uma pessoa em experiência de sofrimento mental. O alerta aqui é no sentido de que existe uma conjuntura social em que as pessoas com ou sem sofrimento vivem, reforçada por um modo de vida centralizado no consumo de mercadorias, na produção capitalista, na exploração dos seres humanos por outros seres humanos, na reificação das relações sociais. E esse metabolismo do capital que limita das necessidades humanas aos custos de produção (MÉSZÁROS, 2006), precisa ser levado em consideração ao pensarmos a operacionalização da PNSM: como podemos superar práticas segregatórias se ao mesmo tempo a dinâmica das relações no capitalismo são de natureza mercadorizantes? Ou melhor, em que medida reproduzimos em nossas atividades de cuidado posturas que alimentam esse metabolismo, essa forma da sociedade funcionar?

Neste sentido, parece que a principal dicotomia que precisamos superar ainda, e que está na raiz da Luta Antimanicomial é a dicotomia loucura/razão, pois é na separação estática

desses dois fenômenos que se perpetua a existência do manicômio, ainda que sejam os manicômios mentais (PELBART, 2000). É na superação, na transcendência dessa contradição, e não somente da negação de uma (loucura) ou de outra (razão), que podemos compreender a proposta do antimanicômio; dado não somente como a extinção do manicômio, mas a superação dele. Enquanto restringirmos a prática antimanicomial a dimensão dos serviços e das resoluções no campo da regulamentação da Reforma em Saúde Mental, estaremos reproduzindo a lógica da reificação das relações sociais, estaremos perpetuando a propriedade privada e agudizando a divisão de classes. Neste momento, é preciso avançar na Emancipação Política e retomar o conceito de Emancipação Humana, que em nossa opinião, se funde aos princípios originais do Movimento de luta antimanicomial.

Como já mencionado acima, esse movimento surge a partir da organização dos trabalhadores de saúde mental inspirados na experiência de Franco Basaglia que dirigiu na década 1970 Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia na Itália, onde iniciou um projeto de desconstrução do saber psiquiátrico, criticou a função da instituição psiquiátrica e propôs uma releitura da doença mental. Foram os primeiros passos para a transformação de uma psiquiatria antes segregadora e asilar para uma psiquiatria verdadeiramente humanitária. A Nova Psiquiatria, representa um conjunto de técnicas de modernização do saber psiquiátrico, fundado na abordagem terapêutica e nas relações sociais, compreende um questionamento do sistema institucional e atinge as estruturas sociais que o sustentam (AMARANTE, 1998).

Mudar a psiquiatria é mudar a instituição e suas práticas, o que implica em mudar também o saber psiquiátrico (BASAGLIA, 2001), o objetivo foi mudar o caráter antiterapêutico do hospital, e para tanto, foi necessária uma reorganização da dinâmica institucional. A experiência triestina teve influência de outras que já estavam sendo vivenciadas em outras partes da Europa, como as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a psiquiatria de setor na França, que tinham como princípio a transformação das relações interpessoais entre aqueles que atuam nesse campo e um caráter de contestação dos procedimentos médicos em relação ao paciente. Houve também a corrente da antipsiquiatria que tinha como pressuposto principal romper radicalmente com a psiquiatria tradicional e sugerir uma nova prática sem a figura do médico psiquiatra. Os militantes foram além das mudanças propostas por essas experiências, pois o nível de contestação que propunham, no ponto de vista de Basaglia e sua equipe, não rompia com alguns aspectos da relação médico-paciente, onde o primeiro ainda era detentor de um saber exclusivo. Daí surge a proposta de uma desconstrução do saber médico e um novo olhar para a pessoa que sofre, aspecto fundamental para a Desinstitucionalização.

Nessa nova proposta, está implícita a exigência de uma nova postura, tanto dos profissionais que trabalham nessa área, quanto do próprio sujeito que recebe o tratamento, que não pode ser mantida dentro dos muros do hospital ou restrito a uma ciência, a psiquiatria. É uma postura que deve ter um caráter político, onde se insere a relação entre a pessoa que sofre e a sociedade. É uma postura que propõe colocar a doença mental entre parênteses, isto é, o médico e sua equipe passam a se preocupar também com tudo o que gira em torno do indivíduo: sua história, família, situação econômica, cultura, momento histórico, enfim “é uma recusa a aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2016, p. 84).

Isto implica, de certa maneira, em uma diminuição do poder médico, que deve reconstruir as relações e repensar, inclusive, a terapia farmacológica que, antes considerada benéfica, nessa nova postura é questionada, já que na maioria das vezes é utilizada como reforçadora da institucionalização², e lança o desafio ao modelo terapêutico estabelecido nos primórdios da psiquiatria: o de estabelecer um novo diálogo entre médico e paciente, ou seja, entre a sociedade com a parte daqueles postos à margem dela.

Longe de se tornar apenas um novo modelo institucional e um aperfeiçoamento técnico do sistema psiquiátrico, como o exemplo da comunidade terapêutica, ou ainda de se basear na radicalidade da antipsiquiatria, Basaglia propõe a negação desse sistema e questiona o papel de cada um dentro do hospital. Neste sentido, todos passam a se ver como prisioneiros, que é a relação objetual entre técnico e pacientes. Trata-se de uma proposta que não pretende se direcionar a resolver os conflitos advindos dessa relação, pelo contrário, deixa que venham à tona para poder superá-los.

Tal contextualização é importante para se entender a Luta Antimanicomial também como uma atitude antimanicomial que denota uma ruptura com o antigo sistema, o qual tem no manicômio sua forma institucionalizada, para propor uma outra forma de lidar com o sofrimento psíquico, fazendo com que a saúde mental deixe de ser exclusiva do saber médico e técnico, para alcançar os espaços das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos . As antigas formas de lidar com a loucura estão marcadas por uma aceitação do discurso médico e uma passividade diante do processo histórico de exclusão dos loucos (LOBOSQUE, 2001), que tem raízes numa cultura que acredita cegamente em sua própria razão, e não considera as características inerentes ao sujeito que sofre, ou seja, não é a situação de loucura em que vive

² A terapia farmacológica teve resultados surpreendentes e ao mesmo tempo desconcertantes.

o sujeito que o excluí, mas a forma que a sociedade histórica e culturalmente se coloca diante dela.

Assim, a luta antimanicomial ou o posicionamento antimanicomial, assume princípios básicos que implicam numa mudança cultural do paradigma sobre a loucura. Ainda segundo Lobosque (2001), são cinco os princípios que dão forma à luta: 1) consideração da dimensão subjetiva da experiência da loucura; 2) substituição do modelo manicomial por um alternativo; 3) transformação da cultura; 4) organização e mobilização de todos os envolvidos direta ou indiretamente com a experiência da loucura (trabalhadores, familiares, pessoas assistidas e comunidade em geral) e finalmente, 5) comprometimento com outras lutas políticas que visam uma transformação estrutural da sociedade. Destarte, é nessa ideia de luta antimanicomial que se baseia este trabalho: como uma luta que deve ultrapassar os muros do manicômio, uma vez que a concepção de loucura por meio de um saber médico normalizador também transpôs estes muros e influencia até hoje as formas de olhar e cuidar das pessoas acometidas por transtornos mentais. É aí que entra o Movimento de Luta Antimanicomial como elemento importante para superação das contradições do capital, ao mesmo tempo em que é desafiado a pensar para além da Emancipação Política, em direção a Emancipação Humana.

Neste sentido, a PNSM Mental pode se configurar como uma estratégia de superação do antagonismo estrutural destrutivo do capital enquanto modo global de controle do metabolismo social (MÉSZÁROS, 2006). Os princípios antimanicomiais trazem pressupostos importantes que podem tencionar o capital, o primeiro por exemplo traz a irracionalidade e incontrolabilidade da loucura que põe em cheque a lógica da acumulação. As forças tradicionalmente hegemônicas no campo da saúde mental, como a psiquiatria, se perderam do traço fundamental do sofrimento mental enquanto condição humana, servem de reforço para o modelo do erro, da ótica de desrazão, classificação essa que diz muito mais sobre a forma como a sociedade lida com o sofrimento do que da natureza desse sofrimento.

O segundo princípio, de criar modelos alternativos de cuidado, parte de duas perspectivas: da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial (clínica ampliada). A Desinstitucionalização é a tentativa de combater a institucionalização do sofrimento mental, que consiste em um conjunto de práticas medicalizantes e de exclusão social que atravessa toda a história da sociedade ocidental e vem até os dias de hoje. Constrói no nosso imaginário a barreira entre os “normais” e “anormais”, entre os que ficam do lado de fora do manicômio e os que ficam dentro. Assim, é no hospital que ocorre a internalização do corpo institucionalizado com o qual a pessoa que sofre, além da doença, da perda da liberdade, adere

a um novo corpo: o da instituição. E com isso, nega seus desejos, ações e aspirações autônomos, e impede seu próprio reconhecimento como um ser vivente, sendo apenas “um corpo vivo na instituição, pela instituição, a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas” (BASAGLIA, 2001, p. 121).

O processo de Desinstitucionalização é, portanto, aquele que tem como princípio básico a reconstrução das relações estabelecidas dentro e fora do espaço do hospital psiquiátrico que, com a institucionalização da loucura, ultrapassou seus muros e chegou até as relações cotidianas de afeto e trabalho. É a alternativa de ir contra ao que foi instituído com a institucionalização (FALEIROS, 1997). Nasce da necessidade de superar as contradições dentro e fora do hospital psiquiátrico, que proporciona à pessoa que sofre vivenciar um novo papel de retomada de seu poder contratual, abstraído na relação objetual estabelecida.

Desinstitucionalizar deve ser entendido de forma mais ampla, envolvendo não só as pessoas em sofrimento, mas seus familiares, trabalhadores, administradores públicos, políticos e cidadãos. Isso implica num projeto emancipatório: “[...]o termo tem dentro do movimento um significado de emancipação, mas fora dele mantém uma forte ambiguidade ou ‘acepção negativa’ reduzida ao simples fechamento do hospital psiquiátrico” (VENTURINI, 2016, p. 71).

O autor chama a atenção, ainda, para aquelas práticas que se dizem reabilitadoras, mas que reproduzem a dependência do sujeito à terapia mesmo sendo de caráter aberto e extra-clínica por meio de atividades que têm um efeito de entretenimento, principal característica da psiquiatria, este tipo de “reabilitação” pode prejudicar a construção e o exercício da cidadania da pessoa que sofre.

Todo esse processo contribui para o terceiro princípio proposto por Lobosque (2004) que é a transformação cultural, da mudança na condição de louco-incapaz para sujeito de direitos. Este princípio se aplica no cotidiano das práticas em saúde mental, nas quais o trabalhador é desafiado a desenvolver uma prática centrada na pessoa que sofre, e não no seu sofrimento, o que significa colocar a doença mental entre parênteses e estabelecer um outro olhar para a pessoa diferente daquele estigmatizador, que reforça a condição de subalternidade e passividade diante do sofrimento, ou seja, negar a objetualização da pessoa que sofre e abrir-se para possibilidade de agir em um território não codificado ou definido (BASAGLIA, 2005). Esse território, ainda segundo Basaglia, é a própria pessoa que sofre, ou seja, desde as primeiras intervenções neste campo, a loucura foi sendo codificada e interpretada, e a pessoa sofreu, de certa forma, um processo de objetualização que não leva em consideração, ou pelo menos não

é o foco de intervenção, sua subjetividade, desejos e projetos. Assim, esse princípio diz respeito à postura diante do sujeito que experiencia o transtorno mental, pois implica também na negação do mandato social herdado do saber médico positivista, no qual o médico, ou técnico, detém o poder sobre a direção do cuidado e a pessoa que sofre não é senão um mero objeto de análise e intervenção:

O quarto e quinto princípios dizem respeito a organização política das pessoas que sofrem, ao envolvimento de seus familiares no processo de transformação social e o comprometimento dos trabalhadores no processo de mudança em saúde mental. Consiste na perspectiva da garantia de direitos e nas relações democráticas no campo da saúde mental, que dão forma ao projeto político que sustenta o Movimento de Luta Antimanicomial, ou seja, a bandeira da luta por uma sociedade sem manicômios, na qual a pessoa que sofre é reconhecida como um sujeito de direitos, está intimamente ligada a outras lutas sociais que pretendem a transformação social. A Emancipação Política, contudo, é uma condição importante para Emancipação Humana, uma vez que ela é uma parcialidade que sozinha não realiza a transcendência (a superação da alienação, a Emancipação Humana): “toda política está ligada em maior ou menor medida a parcialidade. Esperar, portanto, que a parcialidade realize a universalidade da transcendência positiva seria, como atitude prática, no mínimo ingênuo” (MÉSZÁROS, 2006, p. 148).

Importante frisar que este princípio da democracia é central para a luta antimanicomial, pois ele reúne todos os princípios citados anteriormente e carrega consigo a perspectiva da Emancipação Política e da possibilidade da Emancipação Humana. Democracia, nesse sentido, não é só uma categoria política, mas social, cultural e econômica. A luta política e a luta econômica são indissociáveis, o econômico não está separado do social (WOOD, 2010), pois a realidade material é construída nas relações sociais, e é nessa perspectiva que o Movimento de Luta Antimanicomial é um movimento de luta de classes, pois intenciona transformar relações sociais, as relações que reduzem a loucura a uma condição médica, individualizante, produzida e ratificada enquanto condição incapacitante na sociedade capitalista moderna, a qual se utiliza da ciência para subsidiar seus processos de mercadorização dos indivíduos e divisão social de classes.

Em outras palavras, a loucura é um fenômeno social que ao ser classificada, ou diagnosticada, reforça o estranhamento do Homem com ele mesmo, do Homem e a natureza e dele com os outros Homens, isto é, produz alienação que compromete os processos emancipatórios em sua plenitude, portanto a Emancipação Humana. A natureza humana em Marx não é fixa, é processual, isto é, o homem se torna por sua atividade aquilo que é em um determinado momento. O louco – incapaz assim – é por consequência da relação que a sociedade estabeleceu com ele, com sua condição de sofrimento. Ainda seguindo na linha da reflexão alienação/emancipação, para (MÉSZÁROS, 2006, p. 137), a “propriedade privada é

trazida a existência pela atividade alienada e se torna um fundamento do estranhamento”. A Emancipação Humana, portanto, deve ser formulada na forma política da emancipação dos trabalhadores, e a loucura como parte da natureza humana e posta como estranha ao Homem precisa ser revista na sua relação de produção, ou seja, a loucura produzida pela sociedade capitalista precisa ser compreendida nessa teia de relação entre capital – trabalho que se configura como força centrífuga de naturalização da propriedade privada, da divisão de classes, da atividade alienada, no nosso caso, da loucura como erro, como fenômeno que incapacita a pessoa para o trabalho, da concepção do ser social como um não-ser, fato que justifica a segregação e a estigmatização.

A loucura quando diagnosticada (ou nomeada, classificada) se torna alheia a quem sofre, causa estranhamento, aliena o indivíduo de si mesmo, porque não é mais algo que pertence a ele, mas um objeto de estudo. O discurso sobre a descrição e classificação das doenças é contraditório pois, ao mesmo tempo em que ajuda a compreender o que sente e vive, aliena. A negação do mandato terapêutico, é uma forma de mediação da negação da existência de uma incapacidade para a vida e a afirmação das diferenças individuais como singularidade própria da essência humana, mas que fica restrito ao âmbito privado. Por outro lado, a afirmação do mandato terapêutico, ao invés de sua negação, é também afirmação da propriedade privada, ou seja, da loucura como propriedade de conhecimento de uma determinada parcela da sociedade, no caso, os técnicos, a ciência positivista.

Portanto, o movimento de luta antimanicomial carrega consigo o lema de uma sociedade sem manicômios numa dinâmica de negação da negação, isto é, negar o manicômio para superá-lo, para construir possibilidade de mediação para transcendência, ou seja, como etapa necessária para “transcendência positiva”, “um estágio para um futuro próximo” (MÉSZÁROS, 2006, p. 147). Neste sentido, o desafio da Luta Antimanicomial é contribuir para o desenvolvimento de pessoas para além da perspectiva do indivíduo-consumidor, mas para seres sociais conscientes, transformadores. Nessa altura, esta luta se funde com outros movimentos sociais na luta contra a redução do indivíduo como mercadoria, indivíduo explorado.

Essa intercessão é salutar para a continuidade do Movimento de Luta Antimanicomial, pois não estamos buscando apenas implementar a Reforma em Saúde Mental, para extinção dos manicômios ou para inaugurar práticas de cuidados humanizados, isso é importante. Mas nossa luta deve ser mais profunda, no sentido de abalar os mecanismos que desumanizam e reificam as relações sociais, isto é, transcender a engrenagem que rege o modo de vida capitalista em suas expressões mais sutis, as quais reduzem as necessidades humanas genuínas a meras

mercadorias. Nossa luta deve ser contra a mercadorização do ser social e o lema “sem manicômios” é um mote catalizador do discurso libertador da luta antimanicomial.

Nas mediações de 2ª ordem a que Mészáros (2006) se refere, o discurso sobre liberdade não pode ser abstrato pois assim, não romperia com a lógica do capital. Por isso, liberdade deve estar associada a satisfação humana própria da natureza do homem enquanto ser histórico e nunca divorciada da realidade objetiva, de suas atividades sociais, de seu trabalho, sob as quais se materializam as relações sociais, uma vez que a transcendência da alienação (superação) se dá na prática social e não na imaginação: “o único poder capaz de superar a alienação humana é a própria atividade humana autoconsciente” (p. 165). E, quando a atividade humana é meramente um meio para um fim, não se pode falar em liberdade, em Emancipação Humana, porque “potências humanas estão dominadas por necessidades exteriores a elas” (p.170), quando a força de trabalho do homem se torna mercadoria, a atividade vital é transformada em simples meio de sobrevivência, o trabalho se torna algo exterior ao homem e alienado dele o seu sentido. Assim sendo, a questão alienação deve ser o fio condutor para pensarmos Emancipação Humana em saúde mental.

O Movimento de Luta Antimanicomial, enquanto expressão da vida coletiva, deve buscar restituir ao sujeito, seja a pessoa em sofrimento, quer seja seu familiar ou inclusive o trabalhador de saúde mental, o controle consciente sobre sua vida para que sejam capazes de quiçá desejarem a liberdade. E isto só será possível, quando superarmos a ideia da loucura como um erro, como doença, como ausência de razão. Para tanto, a vida social concreta em que se encontram estes sujeitos, deve ser revelada, esmiuçada a dinâmica perversa da lógica do capital. Sem esse discurso não poderemos pensar em avançar na emancipação política para uma possível futura (utópica) emancipação humana (NICÁCIO, 2007).

Em outras palavras, no debate interno da luta, a perspectiva da Emancipação Humana precisa ser afinada aos princípios antimanicomiais originais de superação da dicotomia loucura e desrazão; de recusa do mandato social do técnico e de luta política organizada, pois numa realidade onde se apresenta o desmantelamento das políticas sociais e uma crise de referência ideológica, é preciso alimentarmos nossa posição radical diante do que está posto como absoluto, o capital e seus sistemas de funcionamento. Nesse sentido, é um movimento que precisa se revigorar nesse processo e ter claro que está inscrito numa sociedade de classes, ao mesmo tempo em que se mantém firme questionando todas as formas de manicômios.

Assim como no trecho da música, acreditamos que somente pela organização coletiva e suas variadas expressões, os homens e mulheres, roubados de sua liberdade e subjetividade, não se enganarão mais.

CAPÍTULO 4 - A Inverso Com-Verso: Análise da Desinstitucionalização na Expressão do Cotidiano de um Centro de Convivência

Inverso

*Colhendo pensamentos
De universos submersos
Delírios, sublime loucura
Abrindo meus mundos diversos
Prazer de estar bem
No contato
Contando que seja pros versos
Falar que sou grato em sorrisos
É tudo que sempre converso.*

Henrique Aranha
(Poeta e Frequentador da Inverso).

Nossa análise inicia assumindo-se como uma versão da realidade, e como uma versão, deixa aberta a possibilidade para outras mais versões. Nesta então, “colhemos pensamentos”, como nos diz Aranha, expressos nas conversas de subsolo. Procuramos organizar as falas em palavras com sentidos, que se encaixam nas dimensões que escolhemos para referenciar nosso estudo, com base nas reflexões teóricas feitas por Nise da Silveira, Basaglia, Rotelli, Amarante, Venturini, Lancetti, e tantos outros que fundamentam este estudo.

Percorremos, segundo consta no nosso procedimento de análise do conteúdo, as fases da: 1^a) Pré-análise: aqui organizamos as respostas a partir do objetivo geral da pesquisa que é o de pensar sobre o processo de desinstitucionalização num Centro de Convivência, e depreender, dessa análise, alguns parâmetros teórico-metodológicos que possam contribuir para o desenvolvimento das atividades nesse tipo de serviço no campo da Política de Saúde Mental. Então, reunimos as informações colhidas durante a observação participante, as entrevistas e o grupo focal em três eixos: a) A definição sobre Desinstitucionalização e palavras ou expressões que descrevem o significado desse processo para os entrevistados e participantes da pesquisa; b) Elementos que demonstram como a Desinstitucionalização ocorre na prática da Inverso, no sentido de pensarmos sobre as possibilidades desse processo; c) Desafios que a Inverso enfrenta nesse campo, e que refletem os limites do o projeto desinstitucionalizatório. 2^a) Codificação: Nessa segunda fase, tomamos como referência o texto da CNSMAD do Ministério da Saúde, o qual apresenta cinco dimensões para compreendermos o processo de desinstitucionalização, descritas no quadro abaixo com a sua respectiva definição segundo o documento:

Quadro 3 – Dimensão e definição

Dimensão segundo MS	Resumo da definição
Circuito de Controle	Descentralização do hospital psiquiátrico; Espaço articulador de outros setores que transponham o atendimento do campo de exclusividade da saúde mental e que não impõe a normalização impositiva.
Instituição Aberta e Instituição Fechada	Dinâmica institucional que facilite o exercício dialógico, participação, protagonismo e consenso, na produção de normas e regras de conduta.
Exercício do Poder	Relações institucionais menos hierarquizadas, mudanças nas relações cotidianas entres os membros e abertura institucional;
Manter Contradições Abertas	Dinâmica das respostas institucionais quanto aos acontecimentos cotidianos e/ou das atividades propostas. Como a equipe se organiza: reuniões, assembleias, outros.
Ação Prática	Da ação prática dos sujeitos, como eles participam, transitam. Implica no exercício da cidadania e autonomia.

Fonte: Ministério da Saúde (2016).

Nota: Sistematizado pela autora a partir dos dados do CNSMAD/MS.

O passo seguinte, ainda nessa segunda fase, foi transformar essas dimensões em categorias para organização do conteúdo, para então depreendermos as unidades ou temas de análise.

No próximo quadro, apresentamos as categorias relacionadas às unidades/temas que dão o contorno ao conteúdo analisado. É mister ressaltar, contudo, que as unidades/temas possuem variantes conceituais que atravessam todas as categorias de referência, por exemplo, quando descrevemos como acontece a Liberdade de Expressão, é notório apontarmos aspectos que definem a Práxis Democrática e vice-versa. Nosso exercício aqui foi tentar aprofundar cada tema dialogando com a definição de cada categoria.

Quadro 4 - Dimensões de Referência e Categorias para Análise e Discussão

Dimensão/Categoria	Unidades de Análise /Temas
Circuito de Controle/liberdade	Liberdade de Expressão
Abertura Institucional	Transdisciplinaridade
Exercício Democrático do Poder	Práxis Democrática
Contradição Aberta	Institucionalidade x Desinstitucionalização
Ação Prática	Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade

Fonte: sistematizado pela autora.

Até aqui estão reunidas informações inscritas nos dois primeiros eixos organizativos: eixo da Desinstitucionalização e o eixo das Possibilidades. Para o terceiro eixo, sobre os limites do processo desinstitucionalizatório, elaboramos um item específico que trata sobre o assunto “Desafios”, que compõe a terceira fase do procedimento de análise do conteúdo. Tal divisão se fez necessária, por entendermos que assim poderemos responder sobre as possibilidades da concretização do projeto desinstitucionalizatório num Centro de Convivência, ao mesmo tempo em que poderemos apontar os limites que esse tipo de dispositivo possui, segundo seus frequentadores e trabalhadores.

Para apresentação das falas transcritas referentes às “Entrevistas” e ao “Grupo Focal”, definimos, conforme a própria orientação das pessoas que participam das atividades na Inverso, que o termo “usuário”, comumente utilizado nas Políticas Sociais, que diz respeito a pessoa atendida pelo serviço em questão, fica substituído por “Frequentador”. Outra orientação, é a de que na Inverso, todos são frequentadores e há diversas formas de frequentar o espaço, quer seja como frequentador-oficineiro, frequentador-estagiário, frequentador-extensionista ou frequentador-usuário. Para facilitar nossa comunicação, optamos por identificarmos resumidamente como: Oficineiros (OF), Estagiários, Extensionistas, Frequentadores e Visitantes, e enumeramos conforme a ordem da fala e transcrição.

Para delimitar a origem da fala, se ela ocorreu na Entrevista ou no Grupo Focal (GF), definimos que quando retirada das entrevistas, e por elas terem sido feitas somente com os oficinairos, mantivemos a sigla OF seguida da numeração que cada entrevista recebeu aleatoriamente para transcrição: OF - 1, OF - 2, e assim por diante. Somente na entrevista do OF-05 é que fizemos uma subdivisão por se tratar de uma entrevista realizada com a dupla de oficinairos responsáveis pela atividade do dia. Então atribuímos o código OF - 5/1 e OF - 5/2, números também definidos segundo a ordem da fala durante a entrevista.

3ª) Análise dos Dados: nesta fase, apresentamos a Inverso em termos de sua metodologia e dinâmica de trabalho, perfil dos profissionais que atuam nas atividades, número de frequentadores, estagiários e extensionistas. Em seguida, aprofundamos a discussão das Unidades/Temas, sempre partindo da questão de como cada uma se expressa na prática da Inverso. Para isso tomamos como referência o conteúdo das entrevistas, associado às nossas observações durante o período em que estivemos presentes no cotidiano do Centro de Convivência.

4.1. A INVERSO

A Inverso é uma Organização Não-Governamental criada para oferecer um espaço de convivência para pessoas com sofrimento mental. Sua origem se confunde com a história do Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (MPSMDF) e sua concepção inscrita no terreno ideológico e filosófico da luta antimanicomial. Abriu suas portas em 8 de março de 2001, pelas mãos de ex-alunos do Curso de Residência Multiprofissional, notadamente uma iniciativa de virada do século e de tentativa de continuidade das mudanças na Política de Saúde Mental local, mudanças essas que vinham ocorrendo desde 1995.

A Inverso nasce assim, na virada para virar, para inverter o lugar social e historicamente instituído para a Loucura. O grupo dos egressos projetou-a para ser um espaço-lugar de expressão e liberdade, radicalmente fundamentado no paradigma da desinstitucionalização (FALEIROS, E.; CAMPOS; FALEIROS, V. P., 2017). Um espaço para pôr em prática os aprendizados e sonhos compartilhados durante a formação, e demonstrarem sua insatisfação diante do quadro de retrocesso que o Distrito Federal passava na época com a nova gestão distrital, que pôs chão abaixo as conquistas anteriores (FALEIROS, E., 2017).

De lá pra cá, a Inverso foi se consolidando enquanto esse espaço, e hoje, ainda de portas abertas (FALEIROS, E. et al., 2017), funciona com a oferta de atividades, chamadas oficinas, nos moldes de um atelier, que acontecem durante o período da manhã e tarde, e compreendem temas como música, convivência, saúde, culinária, intervenção urbana e artesanato. Possui uma diretoria colegiada composta por três membros, um grupo de profissionais voluntários responsáveis pelas oficinas, os “Oficineiros”, como são chamados. Acompanhando a linhagem da formação militante-crítica e continuada, os Oficineiros que colaboram com esta pesquisa, iniciaram seu percurso na Inverso por meio de estágios e/ou participação em projetos de extensão. Hoje frequentam a Inverso aproximadamente quarenta pessoas entre frequentadores, profissionais das áreas da psicologia, serviço social e enfermagem (entrevistados), estagiários e extensionistas, sem contar com os visitantes, que são uma constante no dia-a-dia das oficinas.

A metodologia da Inverso é portas abertas, isso significa, além do termo literal, suas portas ficam abertas para qualquer pessoa que deseje conhecer ou participar das atividades sem o compromisso de ficar. Suas estratégias são o acolhimento afetivo; a escuta singularizada e a liberdade de expressão de movimentos, pensamentos e sentimentos, por meio do uso livre da palavra manifestada de forma oral ou em forma de poesia, desenhos, música ou pintura, ou tudo junto.

A dinâmica das Oficinas segue essas estratégias e advém da demanda dos Frequentadores, que participam desde a escolha dos nomes, datas das festas, lugares para visitação e passeios etc. Como fica claro no texto de Faleiros E. (2017):

A liberdade de expressão é extremamente valorizada pelos frequentadores e se expressa, por exemplo, na escolha por eles dos nomes de grupos, atividades, oficinas, como: o nome do primeiro grupo formado na Inverso (Ablex – Academia Brasileira da Livre Expressão), da Oficina de Artesanato (Rolinho da Livre Expressão), do Jornal (*O CabeSÃO*), da Oficina de Produção de Vídeos (TVSÃ), da Intervenção Urbana realizada pela Oficina de Mosaico (Esquina da Loucidez), do bloco carnavalesco (Bloco do Rivrotril), da publicação de poesias e desenhos dos frequentadores (em votação, o nome escolhido pelos frequentadores foi *O Cotidiano do Sucesso na Inverso*) (p. 38-39, destaques da autora).

O aparato institucional da Inverso se resume no espaço físico, endereço; no material de uso da coletividade, como móveis e material didático, por exemplo; na regularidade dos dias e horários das oficinas; nas reuniões entre osicineiros; supervisões clínico-institucionais; e recentemente, no relato sobre o que ocorre durante as oficinas via *Whatsapp*. Prontuários, fichas, uniformes, crachás de identificação, relatórios mensais e outras formalidades não existem na Inverso. Para participar basta o desejo, corpo presente e a expressão:

Na Inverso, ao colocamos *a doença entre parênteses*, funcionamos sem psiquiatras, sem terapias, sem medicalização, sem prontuários, sem jalecos, sem “doentes”. Nossos frequentadores não são “tratados como doentes” e analisados/classificados como entidades nosológicas, mas considerados sujeitos, abolindo-se os diagnósticos que já portam e com os quais se identificam. Não aceitamos que se definam por seu diagnóstico, como “SOU esquizofrênico, bipolar” ou outro CID (FALEIROS, E., 2017, p. 37, destaque da autora).

Enquanto espaço de formação, há seis anos a Inverso mantém acordo de cooperação com universidades, públicas e privadas, oferecendo campo de estágio e extensão, e recebe hoje cerca de 07 (sete) estagiários dos cursos de Serviço Social e de Psicologia, e 07 (sete) alunos extensionistas, que fazem parte de um projeto de extensão de uma das universidade conveniadas, nesse grupo fazem parte estudantes de psicologia, serviço social e direito.

4.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.2.1. Liberdade de Expressão

Quadro 5 – Liberdade e Expressão

Dimensão/Categoria	Unidade de Análise/Tema
Circuito de Controle/liberdade	Liberdade de Expressão

Fonte: Sistematizado pela autora.

Para apreendermos essa primeira dimensão, fazemos as seguintes perguntas sobre os dados coletados: Qual é o lugar que um Centro de Convivência e Cultura ocupa no circuito de controle/liberdade? Como devem funcionar os processos de normalização no seu cotidiano? Como é possível reverter o fluxo da exclusão?

Segundo os parâmetros da PNSM e conforme documentos oficiais de onde extraímos tais dimensões referenciais, os caminhos para a superação do circuito de controle são a produção de uma dinâmica de normatização democrática e articulação comunitária. Mas como isso acontece na Inverso?

Sobre a questão da normalização, num circuito clássico, que nesse campo da saúde mental é conhecido como manicomial, sabemos que é construída impositivamente, desconsiderando a opinião dos sujeitos atendidos, pois parte do princípio que tais indivíduos não têm capacidade de opinar sobre a vida em sociedade, já que o entendimento sobre a loucura se reduz a doença mental incapacitante e que, ainda que momentaneamente para alguns, torna os indivíduos disfuncionais, isto é, sem função nenhuma, ou pouca função social, gerando um conteúdo simbólico e prático de subalternidade que permeará as relações humanas em todas as esferas sociais. Como consequência, precisam da tutela para que outrem decidam por eles e zelem por sua segurança e dos demais indivíduos.

A liberdade é, pois, o elemento central para que o Circuito de Controle Manicomial seja quebrado. Se pensarmos em termos de liberdade para o louco, encontraremos o cruzamento necessário que carrega em si a crítica ao processo normatizador daquele Circuito: a liberdade da desrazão. Isto é, criar espaço propício para que o louco se expresse como ser livre.

A ideia de liberdade aqui, é entendida em termos de reconhecimento da capacidade do sujeito estabelecer trocas sociais e nessas trocas ser capaz de se identificar e ser identificado como sujeito singular (SARACENO, 2001). Em outros termos, a liberdade pensada como um

aspecto central na convivência diz respeito a essa capacidade de negociação do que cada um, envolvido numa relação, deseja e pensa.

Observamos assim, ainda que a cultura da normalização impositiva permeie hegemonicamente até hoje as relações sociais, que na Inverso existe o contraponto dessa liberdade que denominamos de “Liberdade de Expressão”. Esse termo poderia ser traduzido por participação, ou poder contratual dos sujeitos em se posicionar e expressar o que desejam, mas optamos pelo termo “liberdade”, porque foi uma palavra que apareceu em diversas falas nas entrevistas, nas nossas observações e na fundamentação da prática da Inverso, descrita em “*Portas Abertas à Loucura*”, primeiro livro do Centro de Convivência, que reúne o relato, a análise e os resultados de pesquisas realizadas pelos profissionais na Inverso. Além do que, remete ao nome do primeiro grupo de frequentadores que surgiu na Inverso em 2004, que se intitulou “*Academia Brasileira da Livre Expressão – Ablex*” (CARVALHO, 2017, p. 175). Liberdade também é uma palavra-conceito que se opõe ao termo “controle”, no sentido impositivo que sugere a dimensão na qual nos referenciamos, onde “A liberdade de se exprimir implica, obrigatoriamente, a ausência de controle e de censura dos temas expostos e discutidos e do vocabulário utilizado. Respeitamos, valorizamos e estimulamos a discussão de temas tabus ou reprimidos, dentre os quais se destaca a sexualidade” (FALEIROS, E., 2017, p.38).

Nesse sentido, pensando a desinstitucionalização como Liberdade de Expressão temos os seguintes depoimentos:

Quando eu vim pra cá eu sabia que era uma centro de convivência mas eu não tinha muita noção do que seria esse centro de convivência, então quando eu cheguei aqui foi meio que uma surpresa encontrar todo mundo aqui junto, conversando sobre assuntos diversos (...) aqui a gente tem muita liberdade, aqui não tem muita restrição. Então a gente está aqui pra escutar, pra falar sobre algum assunto que você traz de casa que está te incomodando (GF - Estagiária 2).

Tem algo diferente que ocorre, que permite as pessoas se expressarem, das pessoas serem quem elas são. Nem tudo são flores, o pessoal falou muito assim de brincar, de se divertir de sorrir, mas as vezes é mais tenso, é complicado. (...) As pessoas estão vindo aqui, trazendo suas questões, estão convivendo. E acontece alguma coisa de diferente que as pessoas não são mais internadas, as pessoas têm mais autonomia... (GF - OF 1).

Que eu acho que o mais importante é isso, não tem uma obrigatoriedade de participação nas oficinas, do tem que vir tal dia, tem que vir no outro. Acho que vai bem por aí. Essa possibilidade da pessoa vir porque ela quer vir, e não porque tem que vir (OF - 2).

[...] a gente está trabalhando, mas é a questão do direito né? Então, eu acho que, por exemplo, qual é o direito básico da Constituição? É o de ir e vir, então a questão de ser portas abertas (OF - 3).

Acho que essa coisa de se respeitar quando quer ou não participar. É uma coisa muito livre na Inverso: quer vir, não quer vir; entra, sai; quer sair pra fumar; quer participar da atividade; “hoje eu quero ir para o supermercado”; “não, hoje eu quero ficar aqui e cortar cebola”; “não, hoje eu não quero fazer nada”; “hoje eu lavo os pratos, lavo as panelas”. Isso é exemplo que dentro da oficina acontece. “Hoje não quero fazer nada, quero tocar violão” ou “não gosto disso” (OF - 1).

O diferencial daqui tem essa coisa deles serem livre para falar o que quiserem, contar piada (...) eles se sentem livres aqui. Não tem censura... (OF - 5/2).

Notamos nesse recorte, que “Liberdade de Expressão” está intimamente ligada a questão da autonomia. Sobre essa relação, Campo e Faleiros (2017) denominam de “autonomia relacional” (p. 61), como própria da práxis democrática presente na Inverso, autonomia esta que aparece implicada com a questão da independência e da normatização própria da sociedade em que vivemos. Isto é, o fato de se atestar uma certa autonomia numa relação, não significa afirmar que meu comportamento não impacta no do outro, pelo contrário, impacta, eu sou responsável pelo o que provoço também. Nesse sentido, a livre expressão na Inverso acontece e desconstrói por dentro o mecanismo que sustenta o Circuito de Controle Clássico Manicomial o qual o processo de desinstitucionalização pretende romper.

Nessa nova dinâmica, a Liberdade de expressão é entendida como possibilidade constante de manifestar desejos, projetos, expectativas, opiniões, queixas, delírios, sentimentos e emoções via o uso da linguagem-fala, expressa em palavras, poesias, músicas; ou pela linguagem-corpo, uso do espaço, escolha de onde sentar e ficar durante as oficinas, ficar em pé, deitado, participar ou não participar. Faleiros e Campos (2017) ressaltam a diversidade dos temas que são tratados no cotidiano da inverso e de como cada frequentador vai construindo outro entendimento para si e sobre si sobre o que deseja ser dali para frente:

Na Inverso, o trabalho de poesia, desenho, artesanato, mosaico, música é comunicação da emoção, da beleza e do sentimento compartilhado. Não há julgamento do que é feio ou bonito, mas expressão do enlevo, da singularidade e da diversidade. Estimula-se, no presente, a liberdade e a capacidade criativa para as realizações futuras, na medida em que a pessoa é um constante vir-a-ser. Por exemplo, os frequentadores C. e S. descobriram-se desenhistas; L. e T. mosaicistas; esta última também se tornou decoradora; H. e F. são poetas; S. e F. são agora ritmistas; cada um desenvolvendo sua própria forma de expressão e identidade. A arte, como criação e expressão de si e de comunicação de vida, é instituinte da Inverso (p. 63).

Na fala de um frequentador:

Então a Inverso é muito importante pra mim nesse sentido. Uma coisa que eu sempre digo: a Inverso me trata como adulto, diferentemente dos outros serviços, como o CAPS, que tendem a me infantilizar, infantilizar os pacientes. Aqui também não sou chamado de paciente, eu sou um frequentador. E sou tratado pelos profissionais de maneira é... como se eu fosse um igual, como igual melhor dizendo! Então tudo isso

pra mim tem um impacto, no meu relacionamento com o meu sofrimento. E um impacto positivo, porque eu comecei me perceber não com um doente, mas como um ser humano que tem muitas perspectivas producentes. Pode não ser na planta de uma fábrica, mas pode ser através da minha poesia, pode ser através dos meus desenhos, enfim, e do aprendizado que eu tenho aqui. Porque aqui na Inverso nós conversamos sobre psicologia, eu ouço, eu aprendo mais sobre os mecanismos mentais. Isso me ajuda a entender melhor como funciona esse sofrimento que eu tenho. Então, a Inverso é muito importante pra mim (GF - Frequentador 1).

Faleiros e Campos (2017) ainda chamam atenção para dois aspectos importantes nesse trabalho. O primeiro é a questão do uso da criatividade como via de expressão e não como esconderijo para o sofrimento ou para mascarar a crise e o estigma, mas como um caminho para compreensão do sentimento de dor ou alegria. A sexualidade também é um conteúdo tratado de forma aberta, buscando desconstruir o tabu em torno do tema. Durante as entrevistas podemos observar algumas falas que atestam o clima de liberdade e abertura:

E pode falar do que? Do que quiser. Não tem limitação de vocabulário, “isso não pode dizer, isso não pode dizer”, e conta piada e diz palavrão... Uma vez tinha uma senhora que frequentava a Inverso, e ela nem era usuária de serviço, mas era artesã e ia lá e dizia: “aqui criança não pode frequentar” (risos). E uma vez foi um cara arrumar o fogão e disse: “Ah, quando não tiver trabalho na minha oficina eu venho aqui que é muito divertido”. Então eu acho que isso é um espaço de palavra. Aí é tudo, é o vocabulário, é o tema. E vai aparecendo... “finalmente eu tenho um lugar, onde eu não sou doente, eu sou uma pessoa...” A singularidade! Que aí é do paradigma da desinstitucionalização, o objetivo é a singularidade... (OF - 3).

Eu não tenho problema de falar da minha namorada não! Mas eu sei que uma pessoa que está me ajudando muito é a K. Eu ligo pra ela e ela fala assim; “F. meu ...”, não vou falar as brincadeiras não! “Oi meu peixinho, como é que está lá na Inverso? Eu não te vejo nunca mais é?”. Aí eu falo, “não k, pelo telefone...”; “Ah, mas eu quero te ver”. E a gente está nisso há nove anos já, quase dez. E estamos felizes, estamos namorando, ninguém largou de ninguém. Eu sempre mando abraço pro pai dela, pra mãe, ela manda pra minha, então tá ótimo! (GF - Frequentador 2).

No processo de normalização precisamos considerar ainda a história e concepção da Inverso que se atrela intimamente à “Liberdade de Expressão” como elemento fundamental para convivência num Centro de Convivência. Em Faleiros, E. et al. (2017), a história da Inverso se mistura a história do MPSMDF e sua criação é um marco para história da assistência psiquiátrica do Distrito Federal. A Inverso nasce da comunhão dos ideais de um grupo de alunos e professores do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental que teve apenas duas edições, 1999-2000 e 2000-2001. Nesse movimento já é possível concluir como a luta política em prol das reformas no campo da saúde mental, inspiradas no paradigma desinstitucionalizatório, já estava inscrita na criação da Inverso.

Um dos grandes achados, ou perdidos, nesse estudo, e que nos coloca um questionamento importante, daí a necessidade de continuar a busca, é o: de como nesses dezesseis anos de existência a *Inverso* se mantém leal ao projeto antimanicomial e radicalmente envolvida ao modelo desinstitucionalizatório. Uma das respostas possíveis até aqui, é sem dúvida a “Liberdade de Expressão” posta como ponto de partida. Primeiro porque ela quebra com o circuito de controle clássico, quando quebra a fronteira que restringe o uso da palavra e a circulação do corpo com a livre expressão. Segundo que a “Liberdade de Expressão” não é dada, isto é, não se trata de permitir a livre expressão do louco. Ela é fruto de uma interação que parte do entendimento central de que a loucura faz parte da condição humana. Isto leva à posturas de recusa do mandato social do técnico e do olhar para pessoa que sofre colando a doença mental entre parêntese (BASAGLIA, 2001; 2005). Entretanto, tais posturas não se dão de forma automática. Acreditamos que carecem de uma disponibilidade para reflexão crítica e cotidiana.

A “Liberdade de Expressão” é, pois, uma metodologia, que reúne método e procedimentos, que imprimem sobre a prática do conviver uma nova normalização. Nesse sentido, ainda buscando responder aos questionamentos iniciais deste aspecto, sobre como a “Liberdade de Expressão” reverte o fluxo da exclusão incluindo. Incluindo a possibilidade mais fortemente negada com o manicômio, que é a possibilidade de existir, do louco existir, daí a necessidade de excluí-lo, segregá-lo do convívio social, destituindo dele: o corpo; a palavra; o afeto; a existência. Reduzindo-o ao erro, ao diagnóstico, a um problema social, a um peso familiar:

[...] a *Inverso* apropria-se dessa crítica, postulando a condição de possibilidade de se construir uma convivência que seja aberta à diversidade de relações e formas de ser, aberta à expressão da necessidade existencial e da liberdade, e ao mesmo tempo criticando a normalidade imposta pelo poder hegemônico em sua estruturação capitalista, consumista e individualista (FALEIROS; CAMPOS, 2017, p. 58, destaque dos autores).

Nesse processo de crítica ao modelo manicomial e exercício desinstitucionalizatório cotidiano, podemos afirmar que a “Liberdade de Expressão” carrega em si uma outra e possível ética. Uma ética da liberdade que se contrapõe a ética do aprisionamento sob o julgo da manutenção da ordem e do controle. Sobre isso, Costa-Rosa (2014), defende uma “ética da Atenção Psicossocial”, que se reflete na prática do cuidar-se e não do cuidar de; na coadjuvância do técnico; na centralidade do sujeito como agente, sábio, demandante, objeto e desejante;

expressa na política baseada no carecimento e no desejo; inscrita na mediação da relação pela linguagem, capaz de perceber o entre.

Todos esses sentidos éticos, são o inverso do que Costa-Rosa (2014) chama de “ética da tutela”, que sustenta o olhar manicomial, operando na exclusão da subjetividade, na objetivação e objetificação do sujeito, visto nessa relação como ser desprovido de razão ou vontade.

A intersetorialidade é um elemento que aparece como articulador de um outro circuito que faz o contraponto com o Circuito de Controle. Mas optamos por colocá-la como um desafio na prática da Inverso, ainda que concordamos com Faleiros e Campos (2017), de que a Inverso se articula a comunidade por meio da liberdade de ir e vir; da circulação na cidade; passeios e visitas em espaços de arte e cultura; do acesso ao comércio local e a integração a esses espaços. Os frequentadores da Inverso são conhecidos pelos comerciantes próximos e estão presentes no cotidiano daquela região onde a ONG funciona:

Os profissionais e frequentadores, usufruindo de sua liberdade, estão presentes nas manifestações públicas da luta antimanicomial, bem como nas festas e intervenções urbanas e culturais. As manifestações do dia 18 de maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial), na cidade de Brasília, são discutidas com os frequentadores, inclusive sua programação e as formas de expressão. Busca-se transmutar o sofrimento psíquico individual numa luta coletiva, na busca de direitos, de qualidade de vida e bem-estar social (p. 67).

A liberdade de Expressão também compõe as atividades da Inverso que articulam outros setores da vida dos sujeitos, como o Bloco do Rivotrio, a oficina de Intervenção Urbana, festas juninas, festas de comemoração de aniversários, participação em audiências públicas, encontros e eventos que afirmam a da Luta Antimanicomial. Enfim, intersetorialidade é movimento, é comunicação, e articulação a setores clássicos e institucionalmente instituídos, como serviços da rede, como também a setores da vida comum, da mesma forma importantes quanto pensamos no cuidado em saúde mental.

4.2.2. Transdisciplinaridade

Quadro 6 - Transdisciplinaridade

Dimensão/Categoria	Unidade de Análise/Tema
Abertura Institucional	Transdisciplinaridade

Fonte: Sistematizado pela autora.

Desinstitucionalizar implica em abrir o espaço institucional a novos modos de produzir normas e regras. Tais processos fazem parte de qualquer instituição, e a maneira de como são construídos vão apontar para possibilidade ou não de se criar um outro lugar para a loucura. Mas então, como acontece a abertura Institucional na Inverso? Quais fatores estão envolvidos?

Pensando na “Abertura Institucional”, observamos que na Inverso, o fato de ser um espaço de militância, desde sua concepção, e de formação profissional, a “Transdisciplinaridade” é um elemento constituinte, que marca o Centro de Convivência como um espaço desinstitucionalizatório.

Segundo o Relatório da CNSMAD/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), a questão do desafio do fechamento dos espaços hospitalares manicomial diz respeito a normalização necessária e importante, contudo é um processo que irá apontar para qual projeto uma dada instituição caminha:

A normatização não pode vir formatada, alheia às relações próprias de cada instituição. Essa noção de abertura ou não de uma instituição vincula-se aos movimentos dinâmicos das relações de poder envolvidas: as relações institucionais abrem e fecham constantemente. As instituições, portanto, dificilmente são inteiramente abertas, mas o desafio é mantê-las abertas pelo maior tempo possível. A participação na produção das normas sempre envolve o exercício do poder. Este, contudo, não deve ser unidirecional, mas dialógico. Na relação com o usuário esse exercício dialógico deve se dar em ato, produzindo abertura (p. 03).

Já vimos que partindo do lugar que a Inverso ocupa no Circuito do Controle, a “Liberdade de Expressão” aparece como metodologia de trabalho que pode se opor ao controle clássico excludente e estigmatizador do manicômio. No que diz respeito a “Abertura Institucional”, entendida como a forma de produção de normas e condutas que nortearão a convivência entre os sujeitos, é importante ressaltar que ainda segundo o Relatório, tais normas e regras tem o desafio de serem construídas a partir do consenso, da participação e do protagonismo dos usuários.

Em sua dinâmica institucional, a Inverso possui uma diretoria colegiada, composta por três membros. As decisões que dizem respeito a limpeza e manutenção do local em geral são tomadas pelo colegiado, como compra de material, conserto de móveis, computadores, pagamento de contas, etc. As decisões que dizem mais diretamente ao coletivo são levadas para as oficinas e dialogadas com todos os frequentadores da Inverso, entre eles oficinairos, estagiários, extensionistas e usuários, como datas de festas, organização de passeios, oficinas que desejam que aconteçam, nomes das oficinas, sobre o que comer e beber.

Observamos na construção dessa dinâmica de normalização e regras que existem na Inverso, como por exemplo, a oficina começa, uma certa hora algumas pessoas providenciam o lanche, depois fazem o fechamento da oficina e ao final retornam para casa; que todos aderem espontaneamente e se sentem à vontade para contribuir.

Nas oficinas por exemplo, não há uma regulação da avaliação sistemática ou rígida no que diz respeito a critérios avaliativos. De modo geral, quando questionados sobre avaliação das oficinas, os responsáveis apontavam para um processo empírico, baseado na escuta sobre satisfação ou insatisfação, e sobre o desejo em realizar ou dizer algo.

Nesse processo de avaliação sobre o cotidiano da Inverso, registramos também duas situações, ambas vivenciadas pela pesquisadora no processo de observação participante, uma registrada no livro *“Portas Abertas à Loucura”* (2017) e outra mencionada durante o Grupo Focal.

A primeira situação é com relação a chave do local onde funciona o Centro de Convivência. Durante um tempo alguns frequentadores-usuários tinham a posse da chave da Inverso. Sabemos que o ato de dar a chave de um espaço para alguém representa no mínimo uma relação de confiança. Faleiros, E. (2017) é enfática ao afirmar que a posse da chave por parte dos frequentadores é a expressão máxima e a radicalidade do exercício do poder democrático na Inverso. Esse processo se deu gradativamente de acordo com a necessidade de um ou outro frequentador. As normas e regras quanto ao uso foram sendo construídas na medida em que a cópia da chave se espalhava para um número maior de frequentadores:

Foram definidos limites: a quais frequentadores seriam concedidas chaves, a utilização do local por frequentadores com a presença de profissionais ou na ausência desses, fechar o local para evitar ao portador da chave ter de “socorrer” ou responsabilizar-se por frequentadores descompensados, responsabilidade dos portadores das chaves com a segurança do local (fechar as portas ao sair, evitar incêndios e roubos, não permitir a entrada de estranhos quando sozinhos no local) (p. 45).

Foram inúmeros os casos com relação ao uso da chave e somente há três anos, o uso da chave foi questionado quando se tomou conhecimento que mais pessoas tinham a cópia da chave e o uso indevido em outros horários fora das oficinas, o que ia contra o acordo estabelecido, comprometia a segurança, a higiene e manutenção dos materiais do local, etc. Tal situação foi discutida em assembleia e a concessão da chave foi suspensa, exceto para os frequentadores responsáveis pelas oficinas. “Desde a adoção dessa prática tínhamos clareza de que não se tratava de uma “aventura”, mas de uma prática antimanicomial fundamental, que

exigia uma normatização (definição de critérios e limites) e, portanto, deveria ser planejada para se evitar riscos (FALEIROS, E., 2017, p. 45).

A segunda situação diz respeito ao que se convém chamar de “público alvo” de um serviço. Em se tratando de um Centro de Convivência, ainda que em saúde mental, qual seria o público alvo? Sobre essa questão houve uma situação da chegada de um frequentador que tinha história de abuso de substâncias psicoativas e apresentava comprometimento na audição, e que por falta de acompanhamento no seu desenvolvimento, também apresentava dificuldade na fala.

No início de sua interação na Inverso, o frequentador não teve dificuldade de adaptação e comunicação, quando esta se mostrava impeditiva, o grupo se mobilizava para tentar ajudá-lo a se expressar e a ser compreendido. No entanto, com a falta de acompanhamento na RAPS, relação familiar comprometida e as recaídas no uso e abuso de substâncias, o frequentador começou apresentar comportamento violento e pouco colaborativo, impactando na convivência com os demais. Em alguns de seus ataques violentos, chegou a agredir um outro frequentador, quebrar objetos, cuspir no chão, não querer participar das atividades da convivência como lavar louça, sair para comprar o lanche, limpar a sala após as oficinas, atividades estas que costumava ser bem participativo. Tal comportamento provocou um grande debate entre todos os frequentadores da Inverso, que levantaram todas as possibilidades para fazê-lo parar com aquelas atitudes, desde várias tentativas de acolhimento, diálogo, repreensão, até a expulsão foi cogitada. Para chegar a um consenso a diretoria, junto com equipe de trabalhadores e o Coletivo, realizaram reuniões de discussão do caso. Abolida a alternativa de expulsão ou impedimento da entrada do frequentador no local, optou-se pelo acolhimento e diálogo. Para tornar possível, uma das estratégias encontrada foram aulas de línguas de sinais durante as oficinas, na tentativa de melhorar a comunicação com o frequentador. Observamos que nesse período, ele passou a demonstrar mais tranquilidade e participação. Sobre isso temos o relato de um Oficineiro:

Inclusive uma discussão de caso a caso. A gente teve inclusive o caso de um frequentador que digamos não seria o nosso perfil usual, um frequentador surdo, que participou aqui com a gente, que tinha também uma questão cognitiva, que tinha uma dificuldade com a família, nos veio encaminhado pela Defensoria, e o que a gente faz com essa pessoa? Porque se a gente funciona de portas abertas a gente tem que receber. Então a partir do momento em que a gente começou a conviver com essa pessoa começou a surgir uma série de dificuldades, a ponto da gente mobilizar o coletivo e fazer uma reunião específica só para essa pessoa. Não foi uma reunião de uma hora, foi uma tarde que a gente passou aqui com outros profissionais da rede que trabalhavam com essa pessoa, que no caso era a APADA – Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos. E o que os profissionais que vieram de lá trouxeram pra gente, é que nós estávamos demonstrando uma preocupação maior do que a outra instituição que seria a “oficial” dele. Então assim, a gente peca por não ter algo

estruturado, sistematizado, mas isso ocorre, não deixa de ocorrer. É inclusive aí quando a gente mais aprende. Porque quando tudo vai bem, tudo vai bem, nada de mais (GF - OF 2).

No período de realização das Entrevistas e do Grupo Focal, o frequentador em questão havia mudado de cidade. Os relatos sobre a saída, são de que sua despedida foi tranquila e reconciliadora.

Nesses dois casos, é possível observar que a resolução, ou tentativa de resolução, e os encaminhamentos dados a cada situação, demonstram uma flexibilidade e abertura na elaboração e reelaboração de normas e regras. Isso revela alguns aspectos importantes que compõe o campo da “Transdisciplinaridade”: a) prática disciplinar fluida, sem rigor ou ortodoxia; b) exercício dialógico, que reflete o que Faleiros e Campos (2017) denominam de “práxis democrática”, na qual a escuta e as trocas afetivas fazem parte; c) exercício da interprofissionalidade.

Ainda segundo Costa-Rosa (2014), a prática transdisciplinar contribui para superação da relação sujeito-objeto que sustentam as especialidades técnicas do saber-fazer, com contornos positivistas ainda presentes nos processos de formação profissional. Nesse aspecto, reforçamos nossa crença de que o projeto desinstitucionalizatório parte da crítica radical a essa relação, sujeito-objeto, que se desdobra para o campo da prática em saúde mental. Isto é, o saber-fazer sobre a loucura da medicina, de psicologia ou de outra disciplina, é um saber sobre a loucura, e, portanto, não é absoluto. Essa postura pode ser entendida também com a recusa do mandato social do técnico, proposta por Basaglia (2001).

Ainda mais fundamental nessa crítica está o entendimento de que a loucura, é uma manifestação humana de ser-estar no mundo, e de que é mister desenvolvermos formas para compreendê-la. Esse ser-estar no mundo também diz respeito ao mundo em que vivemos. Ou seja, no processo de institucionalização da loucura, percebemos que ao longo dos séculos o “erro” está na pessoa que sofre, na sua falta de habilidade em lidar com as coisas do mundo, mas não se questiona a lógica como esse mundo se organiza e como ele trata aqueles que não se adaptam às suas normas e regras. Na relação sujeito-objeto, a expressão da subjetividade fica encoberta, e quando manifesta, sofre classificações diagnósticas, já que compõe um olhar recortado pelo julgo de uma ciência.

A desinstitucionalização é um movimento inverso de desmonte da lógica institucionalizante, que se ancora nessa relação sujeito-objeto e daí conforma a dinâmica disciplinar. A “Transdisciplinaridade” é então, um elemento desafiador e tensionador dessa dinâmica. Num Centro de Convivência, o exercício da “Transdisciplinaridade” é a possibilidade

de convivência de saberes e fazeres, que provocam nos sujeitos que a exercitam, uma revolução paradigmática que nos fala Costa-Rosa (2014) e que transformam os sujeitos e seus saberes e fazeres.

Em termos de Abertura Institucional a Inverso mantém as portas abertas enquanto uma estratégia de cuidado e inclusão, e a “Transdisciplinaridade” é um elemento fundamental do saber-fazer e assim elaborar e reelaborar normas e regras, pondo a prova a radicalidade da desinstitucionalização:

Tanto que o que a gente trabalhava era que nós somos trabalhadores em saúde mental. E aí entra uma outra coisa muito importante nossa que é a transdisciplinaridade. Aliás eu acabo meu texto com uma citação muito boa de transdisciplinaridade. A L. (psicóloga), dizia “eu estou cada vez mais assistente social” e eu “eu estou cada vez mais psicóloga” (OF - 3).

4.2.3. Práxis Democrática

Quadro 7 – Práxis Democrática

Dimensão/Categoria	Unidade de Análise/Tema
Exercício do Poder	Práxis Democrática

Fonte: Sistematizado pela autora.

No processo de Desinstitucionalização, como dito anteriormente, um dos aspectos centrais da proposta é criação de um outro espaço-lugar para a Loucura em nossa sociedade. Isto implica a aceitação e o respeito à singularidade da pessoa que sofre (FALEIROS, E., 2017). Esse movimento deve ser capaz de tensionar as relações de poder estabelecidas, e enrijecidas, na institucionalização. Isto é, não basta aceitar ou respeitar que a pessoa que sofre possui uma singularidade ou reconhecer sua cidadania. É preciso que o poder instituído com a objetualização e objetificação da loucura seja quebrado. Nesse sentido, a pergunta norteadora para essa análise é como é exercício do poder dentro da dinâmica de um Centro de Convivência, dentro da Inverso.

Tomando como ponto de partida dessa dimensão as relações institucionais e de como elas acontecem, optamos pelo termo “Práxis Democrática” (CAMPOS;FALEIROS, 2017), entendendo este termo como um processo de agir-refletir sobre o mundo, mantido por uma relação dialógica entre os partícipes sobre o que é/será feito e o que se pensa sobre o que foi/será feito: “[...] vive-se sempre o dilema da relação de independência e da autonomia frente às normas estabelecidas” (p. 61). Para ilustrar, os autores continuam:

Na Inverso as relações entre profissionais, voluntários, estagiários e frequentadores são vividas entre pessoas iguais e não na ótica da regulação e desempenho típico da produtividade capitalista, em que a cura pela norma e o controle pelo medicamento prevalecem. (...) No entanto, reconhece-se na Inverso a importância do medicamento como um suporte e complemento terapêutico, mas não como única condição de interagir com a existência da alteridade. Seu uso é diariamente trazido à discussão pelos frequentadores, inclusive sobre seus efeitos colaterais (p. 62).

Para Faleiros, E. (2017):

Um dos objetivos prioritários da desinstitucionalização é, pois, estabelecer relações de poder democrático e igualitário nos locais onde ocorre o cuidado, construindo instâncias de poder democrático, horizontal, coletivo, decisório e igualitário entre cuidadores e cuidados, estimulando e garantindo aos frequentadores o empoderamento, a autonomia e o pertencimento a um coletivo. Trata-se de romper, definitivamente, com as estruturas do poder manicomial, definidas e impostas, visando garantir o poder médico, o exercício abusivo de poder, a hierarquia rígida, o controle dos comportamentos, dos “desvios” e da manifestação dos desejos, a imposição de regras e de rotinas rígidas, com as consequências, para “os doentes”, de perda de liberdade, de autonomia, de trocas sociais, de palavra. Na Inverso, o exercício do poder decisório democrático é um princípio e uma prática cotidiana, da qual participa o coletivo de frequentadores, profissionais voluntários, estagiários, supervisores, familiares (p. 37).

Durante as entrevistas, notamos que o elemento da “Práxis Democrática” está presente na metodologia de trabalho da Inverso, quando ao descrever o processo das oficinas, os entrevistados mencionam o fomento ao espaço democrático de avaliação e planejamento. Em Faleiros, E. et al. (2017), são descritas diversas experiências de pesquisa e intervenção, e fica claro que a ação-reflexão-ação no cotidiano das atividades desenvolvidas na Inverso existe e vai desde a escolha dos temas das oficinas à avaliação delas.

No processo de observação participante, notamos, entretanto, que alguns temas de oficinas podem vir eventualmente dos técnicos. Mas em todos os casos, o coletivo, de modo especial os frequentadores da Inverso, dão a última palavra sobre a continuação ou não daquela oficina proposta. Um exemplo disso foi nossa atuação junto a oficina de “Corpo e Expressão” realizada antes do período da pesquisa de campo. A princípio, era uma oficina que trabalharia expressão corporal e a preparação para o teatro, uma proposta dos técnicos. Nesse período inclusive, chegamos a ensaiar uma peça que foi apresentada na festa de final do ano em 2015. No semestre seguinte, notamos que no processo de trabalhar o corpo havia uma necessidade de falar sobre o corpo e a sexualidade. Ao consultar os frequentadores sobre a continuidade ou não da oficina, concluímos que ela deveria se chamar “Corpo e Sexualidade”, e as atividades de dança ou jogos de expressão ficaram como coadjuvantes, isto é, entravam como exercícios de aquecimento e estimulação da palavra.

Este exemplo demonstra que o “Exercício do Poder” no processo da Inverso se dá democraticamente e com a participação de todos. Nesse quesito, associamos teoricamente essa prática às teses da Psiquiatria Democrática Italiana e das atividades de arte de Engenho de Dentro de Nise da Silveira, quando afirmava o poder dos “clientes” sobre o curso das atividades. Faleiros e Campos (2017), salientam essa questão e ressaltam a não-rotulação dos desejos, mas a aceitação e respeito a eles: “A poética social das pessoas em relação articula a singularidade e a necessidade existencial, em um processo de tornar-se reconhecido na sua expressão, sem a costumeira interpretação e rotulação da produção artística como ‘arte de louco’” (p. 63).

Além dessa participação direta no curso das atividades, percebemos que há um processo de ação-reflexão no que diz respeito ao estigma da loucura, sobre a questão do diagnóstico e a manifestação das opiniões a respeito. Isso apareceu tanto no depoimento dos oficinairos durante as Entrevistas quanto no Grupo Focal, nas opiniões de frequentadores, extensionistas e estagiários:

E outra coisa, desde chega, a doença está entre parêntese, não é projeto terapêutico, lá ninguém tem projeto terapêutico, lá o que a gente busca é projeto de vida! E projeto de vida é o que? O A. falou e disse “a esquizofrenia é a gente não poder ser quem a gente é”, e aí a palavra. A palavra cara! A palavra desqualificada do doente mental. Não tem uma pessoa que fale que a gente não dê atenção. A gente está dando atenção pra uma, as vezes a outra vem, “espera um minutinho que eu já vou te atender”, ou pede pra outra pessoa atender, aí entra a escuta. Porque é o não manicomial (OF - 3).

Então a Inverso pra mim foi uma coisa surpreendente, porque a Inverso... eu posso dizer que ainda está me livrando da minha auto estigmatização, eu me estigmatizei muito. Porque eu quando era criança também tinha esses preconceitos: “Ah! É louco”; “é doente”; “é perigoso”. E aqui eu fui descobrindo uma outra coisa que nem na clínica onde eu fiquei internado pela segunda vez e nem no CAPS de registro eu descobri. Que na verdade, essa questão de ser doente, ser perigoso é um rótulo. É um rótulo pra segregar as pessoas que tem um intenso sofrimento psíquico e que questionam a realidade (GF - Frequentador 1).

No começo, quando a gente escolhe estagiar em saúde mental... eu não conhecia a ONG, e foi como o amigo M. falou a primeira vez que a gente entra aqui é muito difícil a gente saber distinguir quem é quem por essa convivência que a gente tem aqui, de bater um papo aqui, de trocar experiência, porque não é só a gente, mas eles

também trocam muita experiência do que eles viveram com a gente (GF - Estagiário 1).

Então, a experiência que eu tive aqui foi muito boa, me fez eu mudar muito o conceito de saúde mental porque, como a gente convive com pessoas que tem esses problemas, a gente teve uma visão diferenciada, a gente conviveu, a gente brincou, a gente riu. Então, a gente viu que essas pessoas... que não tem essa coisa de medicamento aqui... então foi bem legal essa convivência aqui com eles, o tratamento que tem aqui, o respeito acima de tudo, foi bem legal, bem enriquecedora essa experiência aqui (GF - Estagiário 2).

Assim, o elemento chave que responde a nossa questão de partida para esta dimensão/categoria é a “Práxis Democrática”, entendendo-a como um processo de reflexão crítica que deve levar os sujeitos, quer sejam técnicos (aqui estão incluídos trabalhadores e estagiários), ou os chamados “usuários” e familiares, à participação democrática nos processos de decisão sobre as atividades propostas, bem como ao questionamento sobre o Lugar-Espaço que o estigma mantém para a loucura tanto em nossa sociedade quanto em nossas representações sociais a respeito.

Ainda nessa linha de reflexão, em nossa perspectiva a “Práxis Democrática” deve compor ações que transponham os “muros” institucionais e até a função central daquela instituição, em nosso caso, atividades que ultrapassem a questão da saúde mental enquanto campo psiquiátrico.

Durante a pesquisa, nossa participação em duas delas nos dá elementos para crer que se tratam de atividades que ampliam a ideia da “Práxis Democrática”. A primeira delas é o Bloco do Rivotrio, antes rivotril para referenciar diretamente ao nome da medicação comercializada, e recentemente associado à palavra Trio que nos remete a trio elétrico, que mais se aproxima ao contexto para o qual nasceu: o carnaval. Nessa atividade, é notório como a questão da saúde mental-psiquiátrica passa pela crítica ao uso e abuso do medicamento a que faz referência, e de como a questão da crítica à medicalização da sociedade é posta em xeque:

[...] o nome do bloco é pra chamar as pessoas, pra ficarem curiosas, até rirem dele, mas ao estar no bloco, a gente tenta trazer uma conscientização com relação a medicalização da sociedade, lembrando que a gente não é contra a medicação, mas a medicalização. Medicalização é um termo que fala da banalização do medicamento que sabe que o medicamento é uma das terapias possíveis, mas a gente está vendo que isso está sendo banalizado hoje em dia. E o bloco também tenta trabalhar isso (OF - 6).

O Bloco do Rivotrio surgiu da demanda de um frequentador que foi compartilhada por outros frequentadores da Inverso da época de sua criação em 2011. Hoje o Bloco ocupa importante espaço na cena cultural da cidade e reúne coletivos e pessoas que na sua maioria, comunga da crítica presente na concepção do Bloco. Há três anos o Bloco do Rivotrio passou a fazer parte da agenda do carnaval de Brasília e o que era uma reunião entre pares (saúde mental) expandiu para comunidade.

E o nome se deu também devido a uma demanda dos frequentadores, que como tem há sete anos o bloco, há sete anos atrás deu a entrada do rivotril, que é o clonazepam no mercado, e foi um bum assim... a super interessante (revista) colocou uma matéria dizendo da nação rivotril, dizendo que o Brasil é o que mais consome esse medicamento no mundo, e o Correio Brasiliense, nesse ano em maio, teve uma matéria que chamou “Brasília Dopada”, que é a cidade que mais consome o rivotril, dos psicotrópicos. Ou seja, a gente está no país que mais consome no mundo, e na cidade que mais consome, então pode-se dizer que a gente é a cidade que mais consome esse medicamento no mundo. Então a gente quis falar, não é uma propaganda do medicamento, pelo contrário, a gente faz uma análise crítica, mas através da ironia, da comicidade, da ludicidade, pra questionar os medicamentos. (Entrevista - OF - 6).

Nas palavras de Faleiros, E. (2017):

A partir de 2011, a Inverso vem sendo presença no Carnaval de Brasília, com seu Bloco do Rivotril e músicas de cunho político, produzidas pelo nosso coletivo e parceiros, cujo objetivo é “colocar na rua” e para a sociedade o bloco da loucura. Em 2014, nosso bloco integrou-se ao Pacotão (bloco tradicional em Brasília), concorreu à seleção de sambas e foi selecionado em 3º lugar. É importante destacar a importância dessa atividade para diversos frequentadores que nunca haviam participado de um Carnaval, que a cada ano é maior a participação da comunidade e que essa presença na cidade vem cumprindo seu objetivo de sensibilizar e conscientizar a sociedade para o direito de inclusão social das pessoas acometidas de transtorno mental (p. 41-42).

Durante as atividades da Inverso, o bloco reúne as oficinas no período que antecede ao carnaval, janeiro-fevereiro. Nesses momentos são pensados o tema para aquele ano, música, fantasias e performances:

Então, no começo do ano, todas as oficinas ficam dedicadas ao bloco. Então a oficina de música faz a marchinha, a de quarta-feira faz as fantasias, elabora as fantasias, os nomes dos personagens, quem vai ser a rainha da bateria, o rei momo. A de sexta-feira que é a intervenção urbana, já organizou durante um ano uma bateria de samba, hoje em dia ela fica organizando a logística do bloco, as vezes uma coreografia que vai ter, fica organizando os detalhes. Então os frequentadores organizam desde os bastidores até o dia. Todos vêm, a gente não coloca nenhuma identificação, a gente não usa a mesma camisa, não tem crachá, cada um é livre pra se fantasiar, a gente vê que é uma festa, um elogio também ao delírio, onde o delírio vai também virar uma fantasia e ser reconhecida na cidade. Então, participa desde os bastidores, com as ideias, que vai do tema do bloco, horário, onde vai ser, decoração da rua, do carro alegórico, até o dia, onde a pessoa se veste, pula e se diverte (OF - 6).

Em outro trecho das entrevistas notamos como o processo de expansão da práxis contribui para desinstitucionalização:

*Então é através disso, da linguagem, da expressão, a gente prepara o ambiente para que todo mundo possa conseguir se manifestar. Hoje eu achei muito bonito uma hora que um frequentador falou que não está muito bem, porque está com a falta de um medicamento, e cada um foi falando, até os membros da Inverso, falaram que também já tomaram, como se sentem, a gente se coloca como igual diante... não igual porque há diferenças, mas a gente não faz uma separação institucional. Que no fundo, eu sou um psicólogo da desinsti, a gente **quer no final mudar a relação da pessoa com a sociedade**. Ao meu ver, e talvez você já até... mas acrescentando a pergunta, ao meu ver a reforma psiquiátrica tenta melhorar as condições terapêuticas, ao invés de ter lobotomia, eletrochoque, você tem terapia intersetorial, etc... Você melhora as condições terapêuticas. **As desinstitucionalização vai além, ela muda a relação da loucura com a sociedade, ela transcende os espaços de cuidado, espaços de atenção-doença, ela tenta mudar uma relação. Por isso que essas intervenções, o bloco, é um ato de desinstitucionalização porque tenta mudar a relação da sociedade com o louco, ou com aquele que está em sofrimento. Então as oficinas visam isso: como essa pessoa pode se expressar diante de uma sociedade que ainda a marginaliza?** (OF - 3, destaque nosso).*

Uma outra atividade que manifesta a expansão da “Práxis Democrática” é a Intervenção Urbana, que é uma atividade de inserção de conteúdo no espaço urbano como forma de protesto e afirmação do direito à diversidade. Intervir na cidade implica em atuar sobre ela, se fazer presente por meio da comunicação que utilize a linguagem plástica e escrita:

Na Inverso trabalha-se com as práticas de intervenção urbana, predominantemente como uma forma de agir político. Sua ênfase também está na produção de processos de singularização e transformações do cotidiano, articulando o processo de individuação com a socialização. Isso porque a intervenção urbana deseja desestabilizar as estruturas institucionais de dominação e, então, questionar a elitização do espaço público e proporcionar a revitalização da cidade como lugar de diálogo e experiência lúdica (FALEIROS; CAMPOS, 2017, p. 68-69).

Na Inverso a oficina de Intervenção Urbana acontece pela manhã e em três momentos: o primeiro é o de elaboração sobre o que queremos dizer à cidade, à comunidade. Em seguida elaboram-se os estêncis com as frases e escolhemos um lugar para intervir. Por fim, saímos para rua.

A Intervenção Urbana teve sua origem na Oficina de Mosaico que funcionava há alguns anos na Inverso. Em 2008, por demanda dos frequentadores de realizarem uma atividade fora do nosso espaço, decidiu-se ocupar espaços na cidade com sua arte, opção que visava aprofundar e radicalizar o conceito e a prática da inclusão social por intermédio da Intervenção Urbana. Ou seja, sair da posição passiva de excluído que ainda reivindica seu direito de frequentar a cidade para a posição/lugar de sujeito/ator/autor de ocupação de espaços urbanos, sem solicitação de permissão. Tratava-se de marcar presença como habitante da cidade e como cidadão (FALEIROS, E., 2017, p. 40).

Num dos encontros e intervenções do qual participamos, durante a observação participante, o tema de introdução da oficina naquele dia era sobre o Dia da Luta Antimanicomial. No processo de produção das frases, falamos sobre a origem do movimento e de sua crítica ao manicômio e sobre o que representava ser manicomial e antimanicomial. Nesse processo de diálogo, um frequentador em meio ao clima de conversa onde todos falavam ao mesmo tempo repetiu a frase: “*não me abandone aqui*”. E, de repente, todos paramos e o escutamos repetir. Junto com ele refletimos o significado daquela frase, no que ele nos contou sobre uma de suas internações e da sua vontade em sair dali (daquele lugar). Ele falava sobre um dos Hospitais Psiquiátricos que ainda existe no Distrito Federal. Então, em consenso, preparamos a frase e partimos para a frente do Hospital. Durante a intervenção feita nas calçadas que davam acesso ao Hospital, enquanto um grupo pintava, outro grupo lia em voz alta o texto da Lei nº 10216.

Vale ressaltar que estas duas atividades envolvem todo o coletivo da Inverso, pois tanto na organização e saída do Bloco, quanto na preparação e intervenção propriamente dita, outros oficinairos, estagiários e extensionistas participam ativamente.

4.2.4. Institucionalidade e Desinstitucionalização

Quadro 8 – Institucionalidade e Desinstitucionalização

Dimensão/Categoria	Unidade de Análise/Tema
Contradição Aberta	Institucionalidade e Desinstitucionalização

Fonte: Sistematizado pela autora.

Em nossa análise até aqui, é perceptível que, como alertado anteriormente, que o as Unidades/Temas de análise percorrem todas as categorias que tentamos manter em separado para realizar o exercício didático de organização dos dados.

Então, considerando a dimensão da Contradição Aberta, como processo pelo qual a instituição produz respostas aos acontecimentos e demandas cotidianas, elegemos a questão da “Institucionalidade e Desinstitucionalização” como Unidade/Tema de análise sob o qual se inscreve talvez a principal contradição das práticas que se pretendem antimanicomiais ou libertárias: a possibilidade em reconhecer ou identificar quando determinada atitude ou postura pode tensionar verdadeiramente o que defendemos como projeto desinstitucionalizatório. Ou, em outras palavras, quando a institucionalidade significa organização da vida em coletividade

e quando ela implica na manutenção disfarçada de pilares da institucionalização da loucura, que mantém por exemplo a centralidade do saber técnico, a falta de liberdade de expressão, a normatização impositiva que prejudica a expressão da subjetividade em nome de uma ordem pré-existente, ou de uma participação tutelada (DEMO, 2005).

Quando falamos de dispositivos alternativos ao manicômio, nos referimos aos espaços onde as relações de poder são construídas democraticamente e as estratégias para resolução das demandas seguem na mesma direção. Para Costa-Rosa (2014), coexistem no contexto da Reforma em Saúde Mental dois paradigmas: Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e o Paradigma Psicossocial. Para o autor é preciso rever sobre o modo de funcionamento da instituição e refletir criticamente quais em quais parâmetros nossas estratégias estão embasadas.

Nessa direção, Costa-Rosa (2014) lembra que uma instituição é uma articulação de saberes refletidos nas esferas dos discursos, das práticas e das produções. Nesse sentido, entendemos que as transformações no campo institucional compreendem esses modelos como um processo contínuo de revisitação dessas esferas, e que isso não significa na exclusão necessariamente de um pelo outro. Basta-nos ver a história da assistência psiquiátrica no Brasil e a coexistência, mesmo após a Reforma em Saúde Mental, dos dois modelos mencionado.

Nesse sentido, como ser fiel ao projeto da desinstitucionalização reconhecendo a necessidade de uma certa medida de institucionalidade? Como isso ocorre na Inverso?

Para iniciarmos essa discussão, é mister deixar claro que chamamos de institucionalização o processo perverso de subtração de qualquer expressão da subjetividade, ou ainda que permita tal expressão, subjuga-a a ordem da normatização impositiva; e de institucionalidade a construção coletiva de normas e regras capazes de atender a dinâmica e a diversidade da demanda de cada serviço. Na institucionalização o grau de formalização das regras e normas é forte e hegemônico, ainda que se forjem espaços de diálogo, como estudos de caso por exemplo. Doutro lado temos dialeticamente o processo de desinstitucionalização que também precisa ser construído democraticamente, de acordo com a realidade local, levando em consideração seu contexto social e histórico, correndo o risco de se tornarem o que Basaglia (2001) denominou de “ideologias de recâmbio”, isto é, ideias aplicadas numa realidade de maneira colonizadora e até mesmo, alienadora. Ou como nos alerta Venturini (2016), como “estratégias **pretensamente** desinstitucionalizantes” (p. 11, destaque nosso).

Então, quais são as respostas institucionais da Inverso, frente aos problemas cotidianos?

Já mencionamos algumas dessas respostas na análise das Unidades/Temas anteriormente, bem como em Faleiros, E. et al. (2017), como a metodologia das oficinas,

quando uma oficina não atende à demanda, como se dá a participação nas atividades, a criação de novas atividades em função da liberdade de expressão, ou como é o processo de acompanhamento dos casos mais desafiantes. Além desses aspectos, a não centralidade do diagnóstico, do tratamento pautado na cura ou no uso de prontuários onde só os técnicos têm acesso, apontam para uma dinâmica institucional menos formal do que a vista em outros espaços, como nos descreve Faleiros e Campos (2017):

Os estagiários e profissionais voluntários são chamados pelos seus nomes – e não como doutores ou superiores – e não **se utilizam jalecos ou crachás de identificação. Não há prontuários, carimbos, folha de ponto e demais instrumentos burocratizantes. Não é um lugar de tratamento formal, onde se promete a cura, mas um espaço de convivência na práxis poética e de fomento cultural, na aprendizagem concreta da diversidade.** Não há uma classificação homogênea dos frequentadores como “doentes”, mas como cidadãos. Ali, a equipe está unicamente comprometida com o encontro da singularidade e do inusitado, com a reinvenção da forma de trabalhar, a revisitação de teorias e da concepção de subjetividade. Observa-se que é por intermédio de relações interpessoais e de um ambiente acolhedor que se fornece ao outro as condições básicas necessárias para o desenvolvimento de seu projeto de vida, gerando maior autonomia e democracia na construção de um sentido na vida (p. 60-61, destaque nosso).

Todas essas respostas, entretanto, esbarram numa questão que para nós é importante, considerando a questão da superação do modelo que reproduz a institucionalização da loucura e mantém e reforça o estigma do louco incapaz. Tomamos a fala de uma visitante que participou do Grupo Focal como ponto de partida:

É tipo assim, a gente observa, quer dizer, deu para observar um pouco, que vocês são bem dinâmicos, conversam. Essa demanda, trazer o problema, conversar, se hoje eu não tô bem, tipo alguém senta comigo e conversa e tudo. Se eu não estou a fim de fazer, eu não sou julgada, eu não sou obrigada a fazer. Deu pra sentir isso, mesmo sendo pela primeira vez, deu pra sentir, tipo um negócio bem família, respeitosa. Porém fica minha pergunta, tipo, depois vocês tem... é, igual ele falou ... , vocês não preenchem relatório, não preenche nada, mas depois vocês sentam, tipo a equipe que está ali, que tem aquele compromisso e tudo, e tenta analisar cada caso, o que pode melhorar com a pessoa o que não pode. Tipo esse feedback, né? (GF- Visitante 3).

No nosso processo de pesquisa, em especial da observação participante, notamos que essa pergunta costumava ser frequente, e vinham em geral de estagiários, extensionistas e familiares, e alguns momentos também entre os técnicos. Resume, ao nosso ver, uma certa necessidade de formalização mínima do atendimento, não como costuma ser num CAPS por exemplo, mas algo como a criação de estratégias menos informais de comunicação ou de acionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS:

*[...] que justamente pelos profissionais acreditarem nesse modelo da desinstitucionalização, eu acho que as vezes a gente peca pelo excesso, peca na radicalidade do que a gente acredita. **Tipo, a gente não funciona enquanto instituição, mas funciona enquanto instituição** (OF – 2, destaque nosso).*

Em outro momento o mesmo oficinairo ressalta:

*Eu acho que é um dos fatores. E aí que está a questão da desinstitucionalização. Como se nós não pudéssemos nunca funcionar como uma instituição. Porque uma instituição ela tem reuniões semanais, ela tem prontuário, ela tem caderno de evolução, ela tem encontro dos profissionais para dizer o que está acontecendo, e essa troca! Então as vezes, ninguém sabe que na minha oficina um frequentador está super mal, porque na oficina de segunda, de terça e sexta ele está super bem. Tem uma troca mínima no nosso grupo de Whattzap, mas eu sinto falta dessas reuniões periódicas e da supervisão, porque eu sou um dos que mais brigou pra ter uma supervisão, e a gente teve uma única, que não teve cunho de supervisão, ela foi muito mais administrativa. Pra cuidar exatamente dessas dificuldades: o que você está fazendo na sua oficina? **O que você precisa na sua oficina? Quais as dificuldades, quais as demandas, o que a gente pode fazer...** E aí apesar da gente não funcionar como instituição, tem aspectos que são institucionais. Tem a questão da grana, a questão da pontualidade, da assiduidade, e é do meu entender que os profissionais aqui estão engajados, que a gente acredita no que a gente faz, mas nem todo mundo chega no horário sempre, ou vem sempre, ou se falta, coloca alguém no lugar (OF - 2, destaque nosso).*

Assim sendo, chegamos à conclusão que a necessidade da institucionalidade inscrita no processo de Desinstitucionalização se faz necessária e sua construção precisa fazer parte de procedimentos na mesma medida democráticos o suficiente para serem aplicados na realidade de um Centro de Convivência. Refletir sobre a necessidade da institucionalidade sem que esta se configure um processo de institucionalização perversa, na sua relação com o processo de desinstitucionalização, parece-nos ser um momento em que as contradições se fazem presentes. Essa tensão fica claro na seguinte fala:

É complexo né? Mas eu acho que a gente pode partir do princípio do antagonismo a instituição, do que representa uma instituição. Do fato da gente não ter fila de espera, não ter prontuário, de não oferecer nenhum serviço específico. A gente não oferece psicoterapia, a gente não oferece assistência social, mas a gente oferece escuta, a gente oferece um espaço de convivência, e o fato das pessoas irem e virem à medida que elas possam e queiram (OF - 2).

Vale aqui ainda uma última consideração, sobre como precisamos aprofundar o diálogo sobre estes aspectos, pois parece existir entre alguns de nós, militantes da luta antimanicomial, um discurso sectário que exclui qualquer possibilidade de diálogo sobre o que é ser manicomial e o que é ser antimanicomial, como opostos que conversam. Considerando nosso método de estudo, entendemos que as dimensões da institucionalidade estão numa relação dialética com o projeto desinstitucionalizatório. São de certa maneira opostos complementares. Não se trata de

cair no relativismo, mas sim de buscar qualificar como tais processos se aplicam às nossas práticas em saúde mental.

Resumidamente, costumamos dividir em modelo manicomial e modelo antimanicomial. A opção pela raiz “manicômio” em nossa divisão se deve ao conteúdo simbólico que o conceito de manicômio tem sobre o imaginário social. Em geral quando falamos “manicômio” já subentende-se que estamos falando de um espaço-lugar de maus tratos, exclusão, confinamento, segregação da loucura (FOUCAULT, 1989). O anti – manicômio é o seu contrário, a negação do manicômio e suas práticas subjacentes, de uma crítica radical ao modos operante clássico que forjou o entendimento sobre a loucura.

Contudo, nos parece que assim corremos o risco de cairmos na armadilha do absolutismo das práticas e a cessão da possibilidade de existência de novas e até inversas formas de cuidar e se relacionar com a loucura. Dito de outra forma, o que nos preocupa nesse momento da análise, é a possibilidade da coexistência de práticas ou atitudes pseudo-antimanicomiais que disfarçam os elementos perversos das práticas manicomiais. Só para citar um exemplo, em uma de nossas participações na Oficina de Intervenção Urbana, foi decidido pelo grupo que alguns de nós seguráramos o estêncil com as letras e outro grupo ficaria responsável em aplicar o spray de tinta. Nessa ocasião, como era uma das primeiras vezes que aquele grupo específico saía para fazer a intervenção, foi-nos alertado da necessidade de sermos rápidos nas tarefas. Ao iniciar a tarefa, todos nós nos sentimos pressionados em cumprir as regras e, durante a ação, um dos frequentadores se sentiu mal ao ter que segurar o estêncil e se mostrou bastante nervoso. No instante em que ele manifestou essa tensão, o grupo se reorganizou e a tarefa foi cumprida. Ao chegarmos na sala da Inverso e fazermos a avaliação (práxis), tomamos consciência de que naquele momento estávamos muito mais empenhados em cumprir a tarefa, como numa linha de produção única e frenética, e quase não prestamos atenção para o ritmo e as dificuldades de cada um. Então questionamos o valor das regras e de como elas poderiam, sempre que alguém julgasse necessário, serem revistas, inclusive na distribuição dos papéis. Essa possibilidade de revisão pode contribuir para práticas participativas e quiçá emancipatórias.

Então, diante dessa reflexão, e pensando sobre os achados durante o processo de pesquisa, queremos deixar claro de que entre um paradigma e outro existe uma intercessão, por vezes subsumida pelo processo de alienação, por vezes escrachadamente dolorosa, que salta os olhos e expõe as contradições mais emaranhadas de nossas práticas e posturas. Esse “entre” um e outro, nos faz pensar ainda, sobre a possibilidade de um, ou outros, paradigmas que ainda não conseguimos nomear.

O importante é compreender a essa altura, que ao colocarmos práticas e saberes debaixo de grandes guarda-chuvas, institucionalização e desinstitucionalização, nos deparamos com as possibilidades do exercício da liberdade, como vimos na Inverso; e ao mesmo tempo, com os limites da crítica à instituição, enquanto composição heterogênea de práticas e saberes que possuem uma institucionalidade necessária para organização da vida coletiva.

A crítica a institucionalização deve fazer parte de um roteiro de ação cotidiana, e diríamos até que extrapole o campo da saúde mental, ou campo profissional e chegue a vida no dia-a-dia. A crítica a institucionalidade, contudo, precisa ser cuidadosa, visto que a vida em comunidade ainda nos exige parâmetros que norteiem nossas condutas. O exercício da liberdade, na perspectiva da desinstitucionalização, implica na possibilidade de nos relacionar com o outro ou com os outros. Isso requer em certa medida uma dose de organização da vida coletiva, requer uma institucionalidade.

“A crítica se dirige à institucionalização e não à instituição”, como afirma Venturini (2016, p. 156). Para ele a desinstitucionalização é a produção de espaços onde as práticas de ruptura permitem emergir a subjetividade abstraída, sequestrada pela institucionalização: “é urgente nos apropriarmos da compreensão da radicalidade das conquistas da política nacional de Saúde, que se traduziram em novos dispositivos institucionais prontos para serem tomados como espaços “liberados” da reprodução das contradições presentes no contexto da Saúde” (idem). Contudo, é preciso ainda mantermos a perspectiva crítica com relação aos processos de desinstitucionalização, e não cairmos em outra armadilha que é a satanização da instituição. Ainda segundo Venturini (2016) “é preciso Desinstitucionalizar uma determinada maneira de conceber a desinstitucionalização” (p. 67), e compreendermos o que ele chama de “dialética do poder” onde os contrários coexistem: “processo dialético dominado tanto pela manipulação quanto pela reivindicação e pela luta” (p. 17).

4.2.5. A Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade

Quadro 9 – A Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade

Dimensão/Categoria	Unidade de Análise/Tema
Ação Prática	Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade

Fonte: Sistematizado pela autora.

A “Ação Prática” é a chave que valida todas as chaves anteriores na compreensão do processo de desinstitucionalização. Segundo o documento da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) é preciso considerar:

A desinstitucionalização como um eixo ético-técnico-político da prática cotidiana e da transformação do cuidado na atenção psicossocial e, portanto, um eixo norteador das práticas de toda a RAPS. **Desinstitucionalizar significa promover mudança, transformação de toda ordem, não só da vida dos moradores de hospitais psiquiátricos, mas também dos familiares, profissionais, da comunidade, entre tantos outros atores envolvidos neste processo** (p. 04, destaque nosso).

Para Venturini (2016), “é na prática e não na teoria o ponto de partida e o ponto de chegada de nossas ações: ela é a verificação de nossas palavras, nosso verdadeiro documento de crédito” (p.21). A “Ação Prática” se resume na Inverso na centralidade da Convivência enquanto um “dispositivo ético-político-clínico em saúde mental” (NISHIKAWA; RESENDE, 2017 c, p. 93). Isto significa afirmar que, na Inverso se privilegia a convivência em relação as atividades desenvolvidas nas oficinas, que nós denominamos campo da “Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade”. Nesse campo a Convivência é tecida por diversos aspectos que dão forma e conteúdo para o processo de desinstitucionalização desenvolvido naquele espaço-lugar. Dentre eles estão: o Acolhimento, Afeto e a Escuta; Respeito a Singularidade no lugar do Estigma; Autonomia, Cidadania e Emancipação; e o legado da Formação Crítica e Militante.

Tentamos agrupar nessa fase, as falas e informações compartilhadas conosco durante esse período na Inverso. Será possível notar uma certa pulverização desses temas em diversos recortes dos conteúdos das Entrevistas e do Grupo Focal. Entretanto, arriscaremos o exercício de reuni-los ainda que corramos o risco sermos repetitivos.

Vale ressaltar que, o que chamamos de “Pretexto da Atividade”, é em nenhuma instância, a defesa do aniquilamento da atividade ou de sua importância pedagógica e vivencial. As oficinas são estratégias que facilitam ou permitem a convivência ou a busca pela convivência entre aquelas pessoas. Por isso a Atividade como um Pretexto, um subterfúgio, uma manobra para nos levar até ali e convivermos.

Segundo Faleiros, E. (2017), na Inverso a atividade ou oficina é apenas um meio para facilitar o encontro e a convivência. “Na Inverso funcionam atividades estruturadas (Oficinas) e atividades livres. As Oficinas, oferecidas semanalmente, **são concebidas como um MEIO para proporcionar trocas e convivência** entre seus participantes. São espaços de criação, de livre expressão e de produção” (p. 39, destaque nosso).

Isso implica num diferencial importante em se tratando de um Centro de Convivência, pois essa postura, da “Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade”, é o adubo que nutre a terra e deixa o terreno fértil para a plantação de novas práticas e saberes. Sobre isso, temos os seguintes depoimentos:

O ponto forte que eu acho na Inverso é a convivência. As oficinas têm lá os seus objetivos, mas o que está por traz disso é sempre a convivência. Por exemplo eu não fico preocupado em sair com um produto: “hoje a gente vai terminar a história da Roberta Clozapina!” Não, não funciona assim. Inclusive algumas vezes que eu propus uma atividade, a gente começou e surgiram algumas angústias ali que impossibilitaram a continuação. Tipo, a gente está sempre delimitando coletivamente como vai acontecer. Assim como a oficina do “louco também toma banho”, foi o F. que deu a ideia de ser a oficina da palavra (OF - 2).

Em outro momento o mesmo entrevistado ressalta:

Eu acho, pensando, o único a priori seria a convivência e tudo o que a convivência implica. No sentido dos encontros, dos desencontros, do corpo a corpo, de uma auto-organização as vezes. Eu não me preocupo de ser um oficinairo que sabe das coisas. Meu papel é ser mais um frequentador. A gente conversa muito sobre cada um ser um frequentador, mas cada um ter um papel diferente ao frequentar aqui. Eu também sou frequentador só que calhou de eu ser oficinairo (OF - 2).

Então, a convivência para mim tem um potencial muito grande. Porque quando se fala de convivência se fala de encontro, e encontro é quando um soma com o outro, não é um encontro hierárquico, opressor, submisso. E pra mim, na minha concepção de psicólogo social, eu vejo que o ato mais revolucionário que existe é o encontro. É o encontro entre as pessoas que gera transformações na sociedade. Então eu acho que o grande potencial da Inverso é que ela abre as portas, é um instituto que tem portas abertas para gerar um encontro. O que vai sair daí a gente não sabe. Porque a Inverso trabalha com o inusitado, a posteriori, a gente não trabalha com métodos e um padrão de acolhimento, de anamnese... (OF - 6).

Acolhimento, Afeto e a Escuta

Durante o processo de pesquisa foi possível notar como a convivência está intimamente associada ao vínculo espontâneo e afetivo que as pessoas desenvolvem na Inverso. Nise da Silveira (2015), no seu método de trabalho, ressaltava a importância do afeto como o grande catalizador do encontro entre os envolvidos com o cuidado em saúde mental. Sobre essa relação do trabalho de Nise e a saúde mental, nosso entrevistado inclusive relaciona o trabalho da Inverso baseado no afeto e de como, a partir daí é possível ampliarmos esse conceito:

Eu pra mim, o que nós fazemos é saúde mental, que é um termo vago, mas pra mim saúde mental é isso, pra quem tá no mundo, pra quem trabalha, pra nós, pra todos nós! O que nos dá saúde? É quando tu te encontra, quando se aceita do jeito que é. E quando não é aceito, f. o problema é do outro. (...) Então a questão do que é saúde mental cara? Uma vez teve um 18 de maio que foi no parque da cidade e a gente

perguntava pra eles o que eles achavam que era saúde mental, e eles respondiam: “é o que me dá prazer”. E quando é que eu estou mal? Quando eu não posso fazer isso. E tem aquelas três palavrinhas da Nise (da Silveira): liberdade, atividade e afeto (OF - 3).

O Afeto diz respeito a capacidade de afetar ou nos afetar por algo ou alguém. No dicionário as palavras “interessar” e “comover” aparecem como sinônimos do ato de afetar (HOLANDA, 2015), seguindo nessa linha de raciocínio podemos inferir que ter afeto por alguém implica em ter interesse em nos movimentar juntos, implica aí, a evidência da reciprocidade das relações humanas que nos fala Demo (2005). O reconhecimento do afeto qualifica a práxis da Inverso no que diz respeito principalmente ao acolhimento e a escuta. Ele dialoga com a proposta basagliana de colocar a doença mental entre parêntese e nos relacionarmos com a pessoa que sofre e a sua singularidade. Isso fica explícito nos relatos de frequentadores, familiares e oficinairos. Para exemplificar destacamos os seguintes trechos:

[...] é que aqui, eu também quero deixar claro, que a aqui a gente tem um afeto que nós dificilmente... tem o problema da família... muitas vezes a família não tem o mesmo afeto que os profissionais da Inverso nos tem. Até porque os profissionais da Inverso têm uma compreensão das nossas capacidade e limitações muito maior do que a maioria dos membros da família ou de toda família. E também que os outros serviços de saúde, saúde mental, o CAPS por exemplo, também não tem essa afetividade. E que é muito importante, eu acredito, ser muito importante na vida da pessoa que tem um transtorno, porque a gente fica carente de afeto, de carinho. E nós recebemos isso aqui! Então é muito importante! (GF - FREQUENTADOR 1).

Encontrei aqui o apoio que era preciso, o carinho, a atenção, os amigos, né, pra poder você estar (GF - FAMILIAR 1)

[...] o que tu é! O que cada um é, do jeito que é. E quando eu vi a exposição da Japonesa Kusama eu fiquei pensando, nós não podemos tá trabalhando o sintoma, tirando o sintoma, porque tem pessoas que o sintoma é ela! Então por exemplo: “eu durmo pouco”. Uai! Tem gente que dorme dez horas, tem gente que dorme cinco. Porque que todo mundo tem que dormir oito horas? Né? Fala muito ou fala pouco, já é sintoma. Uai, mas tem gente que fala muito mesmo, e tem gente que fala menos. Por n razões, ou porque é o seu tipo. Porque cada é de um jeito. Essa singularidade, eu acho que a gente aprende lá e aprende pra vida inteira (...) Tu tá perto daquela pessoa! E coisas que a gente vê por exemplo, que eu até botei no texto, de que a esquizofrenia é falta de modulação afetiva. Aí eu disse: “eles pesquisaram em hospital psiquiátrico, porque as pessoas lá não são extremamente afetivas”. E pode ser muito delirante como o L.. Outro dia ele sentou perto de mim e falou assim: “quando tu tiver morrendo, tu queres que a gente esteja perto de ti?”. Eu disse: “eu quero”. “E segurando a minha mão”. Porque ele já sabe que eu estou velha e que vou morrer. Aí, eles são muito emotivos, dizem “eu te amo, eu te amo”, me dão carinho... (OF - 3).

A nossa escuta é diferenciada. A gente não está pensando numa pessoa “portadora de transtorno”, a gente está pensando em indivíduos que tem suas qualidades. As pessoas são identificadas aqui pelo o que elas gostam de fazer, pelo apelido delas e não pelo transtorno (pela condição que ela tem, se ela é esquizofrênica, se ela é

bipolar, se ela é isso ou aquilo). Pra mim é essa noção de pessoas, nós trabalhamos com pessoas (OF - 2).

Então é um momento de escuta e de troca. E a convivência que entre eles é muito grande. Cria-se amizade que vai além do momento das oficinas, a gente sabe que entre eles, se ligam, marcam pra sair, ou se tem um problema de noite, “não consigo dormir”, um liga pro outro. Então eles sabem que ali eles têm amizade que podem contar com alguém (OF - 1).

[...] é que a convivência com eles, e pode ser uma resposta egoísta assim... me engrandece muito, saber que com todas as dificuldades, todas as limitações eles se dispõem a frequentar a oficina, a participar, a tentar... (OF - 4).

Amor, fé e acreditar. (...) Explico. Se é que tem que explicar. Primeiro, eu como auxiliar de enfermagem eu sempre trabalhei com o público, com gente. Isso eu peguei um amor muito grande. Uma crença no ser humano. A fé. De contrapartida como fui militante sindical de esquerda, trabalhava com gente e tudo isso. Combinando com isso, veio a minha aposentadoria também (BPC), aí é uma área que eu me identifiquei. Trabalho com gente que precisa, necessita e acredito que através daqui pode mudar, pode ser feito muita coisa. Não só muda as instituições, como pode mudar as pessoas como gente, como ser humano. Então por isso eu acho que passa pelo amor, fé e acreditar (OF - 5/1).

Respeito e Singularidade na Transformação estigma

O afeto e a escuta que compõem o acolhimento na Inverso, se baseia na perspectiva de transformação do estigma do Louco e da Loucura como erro ou incapacidade. Essa postura, descrita como necessária para prática antimanicomial (VASCONCELOS, 2003; LOBOSQUE, 2004; 2001; BASAGLIA, 2001; ROTELLI, 1990; AMARANTE 2016; 2007; 2001; SARACENO, 2001) passa antes pelo respeito a singularidade da pessoa que sofre. Um olhar desestigmatizador, refletido no modos operante da Inverso, conforme podemos notar com os seguintes depoimentos:

É derrubar os muros dos nossos preconceitos. Aceitar as diferenças. Um tratamento paritário, sem preconceito. Respeitar. (...) Isso acontece na Inverso. E em todos os níveis mesmo. De nós, oficinairos e entre eles mesmos, essa convivência que acontece entre eles, frequentadores, esse contato físico, que a gente tem, desse negócio de quando chega, se abraça, se beija, é uma coisa muito importante para eles. Esse respeito que existe na Inverso, que não precisa ser falado, mas que existe. Entre as pessoas que frequentam, entre os estagiários com os frequentadores, entre os frequentadores com a gente, entre os frequentadores com eles mesmos. Tem um respeito muito grande. Tem uma troca (OF - 1).

Ah! E a anamnese. Essas anamneses normalmente são assim, a partir do momento que adoeceu: “quando foi?”; “que idade você tinha?”; “o que fizeram?”; “que remédio tomou?”; “foi internado aqui, foi internado ali, foi internado acolá”. E, na Inverso anamnese é biográfica, e olha, a história de vida, porque a doença vem da família, eu estou convencida! Nunca vi uma família que não fosse adoecida. Ninguém

nasce assim. Alguém nasce esquizofrênico? Não está provado. (...) Ou como diz a E.: “é como se a pessoa não tivesse história...” (OF - 3).

[...] porque antes devido as instituições por aí, a impressão que passava, e nem sei se era só impressão ou se era verdadeiro. Eles só iam conviver com pessoas que fossem iguais a eles. E o relacionar também: “aí, eu não posso me relacionar com a Janisse porque ela é psicóloga”. E aqui não existe isso (OF - 5/1).

Eu encontro muitos amigos, pessoas dedicadas a gente, muitas pessoas têm seus problemas mas não desconta na gente (GF - FREQUENTADOR 2).

[...] a gente acaba criando uma amizade, criando um vínculo com as pessoas. Então, a experiência que eu tive aqui foi muito boa, me fez eu mudar muito o conceito de saúde mental porque, como a gente convive com pessoas que tem esses problemas, a gente teve uma visão diferenciada, a gente conviveu, a gente brincou, a gente riu. Então, a gente viu que essas pessoas... que não tem essa coisa de medicamento aqui... então foi bem legal essa convivência aqui com eles, o tratamento que tem aqui, o respeito acima de tudo, foi bem legal, bem enriquecedora essa experiência aqui (GF - ESTAGIÁRIO 2).

De que ele não é capaz. Essas coisas surgem... Fazer que acredite nele mesmo. A desinsti passa muito por aí também. Porque se ele vim com esse negócio de não acreditar nele próprio, o sofrimento dele vai ser maior. E o desinsti já passa por aí: Fazer com que ele acredite nele mesmo e mostrar ferramentas pra que ele sinta o porquê que ele pode acreditar nele (OF - 5/1).

A primeira vez que eu entrei aqui na Inverso foi por uma disciplina que a gente tinha que conhecer algumas instituições. Eu vim pra cá. E também foi a mesma sensação do M. né. Uma sensação meio estranha de não saber quem é quem, quem é você naquela situação. Eu achei na verdade muito libertador... enfim, e eu extensionei no CAPS (...) e vi o quanto é diferente, a questão da instituição, de como você é, do lugar, de como você olha pra outra pessoa, como a outra pessoa te olha, o que ela busca em você, enfim tudo isso eu achei extremamente diferente (GF - EXTENSIONISTA 1).

Autonomia, Cidadania e Emancipação

Em Faleiros e Campos (2017), a questão da autonomia na Inverso é tratada como um dilema presentes nas relações sociais estabelecidas frente às normas e regras da instituição e da comunidade ou grupo em que a pessoa vive, os autores chamam de “autonomia relacional” (p. 61). É uma relação de independência-dependência que deve estar orientada, segundo Venturini (2016) para as “necessidades reais de pessoas reais”. Para o autor, o problema não está na autonomia em si, mas na perspectiva de sanar a contraposição entre o que definimos como “lugar de vida e lugar de cura” por meio da restituição da contratualidade de cada um, isto é, na possibilidade do exercício de novos papéis sociais (cidadão, consumidor, produtor, etc): “todos podem trazer sua própria voz para a cena da vida” (p.90). Essa reflexão nos leva a considerarmos a questão da autonomia, cidadania e emancipação (que ao nosso ver, é a

perspectiva do projeto antimanicomial), como aspectos centrais nessa nova relação de contratualidade entre a pessoa que sofre e a comunidade na qual ela vive.

Na Inverso, esses aspectos aparecem de várias formas, que parte da loucura como liberdade de contestação à lógica racional-produtivista da sociedade, a possibilidade de ocupar a cidade, de participar das atividades quando houver desejo de fazê-lo, de decidir sobre o andamento das atividades, de romper com o estigma, enfim, de ampliar sua forma de ser e estar no mundo. Nos depoimentos a seguir é possível notar esses e outros elementos que traduzem o percurso que aproxima autonomia, cidadania e emancipação:

Eu acho, e pra mim o L. uma vez falou: “a loucura, a gente sofre muito, mas é um ato de liberdade e de contestação”. E eu acho que é. Tu te dá o direito de ser louco, não deixam tu ser quem tu é. A sociedade não deixa. Me lembro no tempo da ditadura, tinham os loucos de rua que esculhambavam com os milicos. Ai internavam eles. Não tem a história dos contestadores pararem nos hospitais psiquiátricos? Eu acho que é essa reflexão. Que é a loucura é uma expressão de liberdade. De liberdade de quem eu sou. Foda-se a sociedade! (OF - 3, destaque nosso).

Tanto que o nosso diferencial é que a gente faz encontros fora do espaço, a gente encontra os frequentadores num piquenique, num lual, num bloco de carnaval, em espaços que não estão dentro da instituição. A gente transcende a instituição, a gente encontra com a cidade (OF - 6, destaque nosso).

[...] e também tem essa coisa de ir no supermercado. Esse momento eu acho muito interessante, porque muitos frequentadores gostam de ir ao supermercado e ali você já vê a diferença de quem já faz isso, que é normal porque faz isso com a família e de quem não tem ideia do que acontece no supermercado: escolher uma verdura, não só pela qualidade mas pelo preço; outros produtos tipo azeite ou qualquer outra coisa. Então nessa parte a gente também orienta. É um aprendizado para eles. Por exemplo, a gente tem trinta reais e tem que comprar várias coisas, o que é mais importante naquele menu: “dá pra comprar tudo?”; “vamos comprar uma coisa mais cara ou não vamos?” (OF - 1, destaque nosso).

Porque assim, é... Aparentemente as pessoas que frequentam a oficina eles estão desinstitucionalizados né? Mas quando comparece uma fala nesse sentido de “eu não posso preparar um arroz”, “eu não posso...” Tem frequentador que mora sozinho né? O M. “Eu não posso ligar o fogão”, “eu não posso fazer uma salada porque eu vou ter que usar a faca pra cortar o tomate”. Então você vê que os espaços também vão engessando as pessoas né? E ali é um espaço potencialmente desinstitucionalizador, porque segurar uma faca que remete a uma coisa de periculosidade: “caramba! Vai dar uma faca na mão do sujeito!”. Não a faca é pra cortar o tomate só (OF - 4, destaque nosso).

Outra questão também é a questão das trocas sociais. Vai havendo as trocas sociais nesse convívio grupal. Eles vão podendo dizer “não escolhi isso, fui fazer outra coisa”, e o outro quando acontecer isso é uma troca social que ele já vai ter a possibilidade de aprender com essa convivência dentro do grupo (OF - 5/2).

[...] essa questão da autonomia. Porque o alimento passa pelos afetos e o afeto é o que te dá sentido. O que te afeta é o que te dá sentido na vida. Então eu vejo que pra eles isso é muito importante. É mínimo, mas no final da oficina uma pessoa ter

*orgulho porque fez o arroz. Sabe? Eu acho que ali pode ampliar alguma coisa na convivência familiar e de enfrentamento mesmo, de falar da capacidade: “não, eu sou capaz”, “eu vou fazer”, “Deixa, confia em mim”. Então isso é ganho de autonomia. Porque alguns já tem pais idosos. Numa ausência desses pais eles vão pelo menos com a comida eles vão sobreviver. Pelo menos tem o arroz ali todo dia (risos). Eu também fico pensando assim, do olhar para o outro, de saber que o outro tá ganhando alguma coisa ou que eu já avancei alguma coisa que o outro ainda não conseguiu avançar sabe? Em algumas falas é assim: “Fulano, deixa que eu corto, porque eu já sei cortar melhor”, o tomate por exemplo. Então **tem um autoreconhecimento assim, e isso é um ganho também**, que vem da convivência. Porque outro te baliza (OF - 4, destaque nosso).*

[...] E aí minha oficina ficou um tempo meio sem nome. Ficou um tempo como de Identidade, que era a ideia de pegar as poesias, as produções deles e digitalizar, colocar na página da Inverso, algo um pouco com o negócio da informática, mas isso talvez fosse um desejo mais meu e da E. do que deles. E aí, conversando com eles, sobre o que a gente poderia fazer, vieram esses jogos de poesia construída coletivamente, a gente começou a construir os personagens fictícios, que é a Roberta Clozapina, Bruce Litium, Fabianergan, e a gente constrói coletivamente na medida em que isso aparece (OF - 2).

A radicalidade do olhar para pessoa e não para o diagnóstico e/ou sinais e sintomas que ela apresenta é em si uma postura desinstitucionalizante que convida a emancipação, pois transforma as relações tanto do profissional consigo mesmo, dele com a pessoa que sofre, da pessoa com ela mesma, de sua família e comunidade com a representação social da loucura. Emancipar diz respeito a capacidade de nos reconhecer e ser reconhecidos como seres sociais e isso se dá pela nossa ação no mundo, daí a importância das atividades como estratégias para emancipar sujeitos (FALEIROS; CAMPOS, 2017).

Além disso, as relações mais horizontalizadas entre as pessoas que frequentam o espaço, podem provocar transformações em outros campos das relações sociais: entre pais e filhos, homem e mulher, com o meio ambiente, questões étnico-raciais; enfim, é uma postura que se assumida no cotidiano, transcende o campo da saúde mental e muda a forma de olhar pro mundo. Por isso concordamos com Venturini (2016) que “fechar um hospital psiquiátrico significa reabilitar não somente os internados, mas reabilitar um sistema de saúde, uma comunidade, uma sociedade” (p. 46).

Espaço Formação Crítica e Militante

Outro aspecto central que vemos na prática da Inverso é a postura crítica diante da questão, que já mencionamos anteriormente, de colocar o processo de desinstitucionalização partindo de uma mudança do olhar para a loucura, não mais como erro ou doença-cura, mas como uma forma singular de expressão, que, precisa produzir novos olhares para que a questão

do sofrimento não seja o foco das ações práticas, mas sim, projetos de vida, expressões do desejo e ressignificação das relações interpessoais com a pessoa que sofre. Nessa direção, entendemos que esse questionamento só é possível na Inverso por ela ser um espaço marcado pela Formação Crítica e Militante.

Como vimos, a Inverso nasce da indignação provocada pela teoria crítica antimanicomial, compartilhada a partir do curso de formação de residentes. Sua concepção, portanto, e está entrelaçada com um novo discurso para saúde mental. Somado a esse contexto de sua origem, a continuidade como espaço de formação, como um campo de estágio, é um fator determinante para o entendimento de que é a convivência, o ponto central da Ação Prática. Para Nishkawa e Resende (2017), a convivência que valorize a autonomia, a criatividade, a liberdade, a participação e cidadania, está inscrito no projeto desinstitucionalizatório, assim como as perspectivas da democracia e da emancipação.

Arrolado a esse fator, da formação crítica, notamos ainda a questão da militância no movimento antimanicomial, com o qual todos os oficinairos da Inverso estão comprometidos. Isso corrobora com a tese de Resende (2015), que afirma a convivência como um dispositivo não somente clínico, do ponto de vistas das estratégias de abordagens terapêuticas, mas como clínico-político, um campo articulador entre o cuidado terapêutico e ação política, que tem como norte a garantia de direitos de cidadania e a emancipação dos sujeitos, por meio da desconstrução progressiva das “assimetrias de poder” (p. 100), existentes entre a pessoa que sofre e a sociedade de um modo geral, ainda hegemônicas nas relações em saúde mental. Dialogando com Resende, resgatamos o convite de Basaglia (2005) à recusa do mandado social do técnico, como uma postura que demarca essa nova relação com a loucura. Sobre isso destacamos as seguintes falas:

Eu não posso fazer o semblante de analista, de psicólogo, fazer a cara de paisagem, voltar a pergunta pra pessoa, essas coisas que a gente aprende na faculdade, isso não dá cabo da experiência que a gente está tratando aqui. Então assim, os frequentadores sabem quem é minha namorada, os frequentadores sabem o que eu faço no meu tempo livre, conhecem minhas músicas que eu coloco aqui na oficina, então assim, tem algo de mais pessoal, tem algo de mais próximo, então eu acho que é justamente isso que traz uma potência maior (OF - 2).

Nosso trabalho voluntário não é esse. Sabe por que? O nosso trabalho é político, é militância. Por isso ele é articulado com o movimento. Ele está na origem dele. Ele é militante. Nós não tínhamos que ser considerado voluntários. Militantes da saúde mental. (...) A militância. Agora eu acho também, que aí é um desafio, é a instabilidade. Nós tivemos excelente militantes que... A C. foi para Alagoas, a F. teve no Rio, o pessoal trabalha, casa, tem filho, e o pessoal quer trabalhar assim. E não encontra esse tipo de trabalho. Não encontra esse tipo de trabalho no aparelho do Estado. Porque a política não é essa. E a Inverso nasceu disso: eu quero um lugar

onde eu possa fazer o que eu acredito! E ter credibilidade... eu acho que entre o manicômio e a Inverso, tem os CAPS. E os CAPS, bom, dão mais confiança, porque lá tem psiquiatra, lá tem psicólogo... Nós somos desinstitucionalização (...) Mas por que que as pessoas que são cuidadas por nós eles dizem... eu lembro o L. disse: "eu aqui não sofro". Eles entendem a diferença. Agora a sociedade, a família e as políticas também não (OF - 3).

Em nossa pesquisa, esse debate fica evidenciado quando o campo da crítica teórica é reforçado no processo de aprendizado dos estagiários e extensionistas:

Quando eu faço avaliação de estágio, todos os alunos dizem "eu me transformei profundamente e as minhas relações também". Porque tu sai de categorias: homem tem que ser assim; nessa idade tem que ser assim... não tem categorização e muito menos o diagnóstico (OF - 3).

A Inverso na verdade me surpreendeu muito, eu, quando eu vim pra cá como aluno de direito, não sabia muito bem o que esperar, mas se eu pudesse resumir a Inverso em duas palavras seria convivência mesmo e o respeito. Então, uma coisa que o C. falou, é que no primeiro dia eu não conseguia muito identificar quem era o frequentador, quem era extensionista, quem era estagiário, e isso no começo eu não consegui entender, mas depois que eu fui pensar com calma eu achei muito legal. Porque as pessoas aqui são iguais. E isso é uma coisa que eu acho que difere a Inverso de outros lugares. E eu vejo assim, quem vem pra Inverso, seja frequentador, seja estagiário, sejam as pessoas que vem uma vez só pra conhecer, elas levam a Inverso como uma família, sacou? Eu estou no C. (Universidade), vou me formar, então não tem mais como eu vir como extensionista, vou ficar três meses, mas sempre que eu puder, que eu consiga vir aqui de vez em quando, eu sei que é difícil, as pessoas tem vários planos, as coisas mudam, mas eu tenho certeza que pelo menos como experiência foi muito enriquecedor pra mim, e tenho certeza para outras pessoas também (GF - Extensionista 1).

No começo, quando a gente escolhe estagiar em saúde mental... eu não conhecia a ONG, e foi como o amigo M. falou a primeira vez que a gente entra aqui é muito difícil a gente saber distinguir quem é quem por essa convivência que a gente tem aqui, de bater um papo aqui, de trocar experiência, porque não é só a gente, mas eles também trocam muita experiência do que eles viveram com a gente. E no nosso caso que estamos aqui estagiando, e o estágio não está sendo aqui, e nas outras instituições que a gente vai, a gente leva muita experiência de cada passagem onde a gente vai. E aqui na Inverso é muito gratificante, quando a gente entra aqui, porque é totalmente diferente de como a gente vive com eles e eles vivem com a gente, diferente das outras. E o que faria eu voltar na Inverso, seria o mesmo, essa convivência com eles. Porque o futuro da gente, a gente nunca sabe o que é que vai ser, então, como eu não sei se vai ser essa área que eu vou seguir pra minha vida (GF - Estagiário 1).

Ano passado foi um grupo grande de alunos da medicina de uma faculdade particular, e outro foi um grupo de terapia ocupacional da UnB que pediram para participarem da oficina e conhecer a Inverso. E nessa, com esses grupos, conseguimos envolvê-los, um momento de explicar o que é a Inverso e tal. E teve um retorno muito grande desses alunos. Sobre a diferença que era o trabalho da Inverso em relação a outros lugares que eles visitavam. E assim, eu vi também que fez pra eles conhecer um serviço como é a Inverso. Até a professora falou quando eu disse que era muita gente para receber, ela disse: "por favor, se não é vocês, quem eu vou apresentar para eles como serviço diferenciado?". Então, eu vi que a Inverso é um serviço diferenciado. Aí abrimos esse espaço para essa turma da medicina. Mesmo

porque os frequentadores puderam falar o que eles esperam dos médicos, ou o que eles gostariam que os novos médicos fossem. Foi muito bom (OF - 1).

A “Primazia da Convivência e o Pretexto da atividade” resume uma postura diante do sujeito que sofre refletida no atendimento à sua demanda. A convivência chega a ser tão complexa quanto a loucura. A duas são fenômenos que nos colocam diante do que é diverso, diferente, estranho e impõe por vezes uma certa dificuldade de aceitação. Então, para pensar a possibilidade da convivência como primazia, e a atividade como apenas uma das estratégias para estar junto, é um importante diferencial que pode nortear o trabalho nesse tipo de dispositivo que compõe a rede de serviços substitutivos da Política da Saúde Mental.

Se o manicômio é o lugar zero de troca (SARACENO, 2001), o espaço de convivência deve o ser o lugar de trocas, de quantas trocas forem possíveis. Que possa permitir o trânsito do poder, permitir o exercício da cidadania nos seus postulados mais primários que são da ordem dos direitos e deveres e da participação. É bom lembrar que também no manicômio se convive. É uma convivência forjada, artificial, assistida, monitorada, restrita. Por isso, num dispositivo cuja a lógica é do antimanicômio, a convivência deve ser livre, espontânea e respeitosa. Como um campo contraditório, na convivência é possível a co-existência do estigma, do preconceito, do medo. O importante então é assumir uma postura crítica diante desse contexto e de suas contradições e correlações de força.

Na Inverso, a proposta é, pois, ao primar pela Convivência, se apresenta pautada na relação afetiva, na escuta singular, na ação coletiva, na formação crítica e contínua, na reciprocidade do exercício democrático do poder, na recusa à verdade salvífica, curativa e normatizada da técnica em detrimento à história de vida dos sujeitos e seus desejos. A convivência antimanicomial dinâmica dos papéis sociais torna as fronteiras entre as pessoas mais fluidas e as atividades, oficinas e tarefas, como pretextos de encontro.

Nas palavras de Faleiros, E. (2017), podemos evidenciar a centralidade desses aspectos que dão centralidade da convivência:

Na Inverso são supervalorizados a livre, espontânea e respeitosa expressão de sentimentos e de afetos, toques (abraços e beijos), palavras carinhosas; a comunicação clara, autêntica, sem duplas mensagens, sem ironias, sem não ditos, sem chantagens. Na ocorrência de discordâncias, discussões e conflitos é estimulada a prática do diálogo. São proibidas agressões físicas, que não ocorrem. Existe na Inverso um clima de empatia, compreensão, solidariedade e ajuda entre os frequentadores e do coletivo. O coletivo da Inverso é aberto e receptivo com novas pessoas (estagiários, voluntários, visitantes). O clima, em geral, é alegre, espontâneo, sem tensões: aprecia-se conversar, rir, cantar, dançar, tocar violão, ler poesias, contar piadas, festejar. Nosso caloroso clima afetivo, presente nos quinze anos de existência da Inverso, leva-nos a questionar a “falta de modulação afetiva” considerada em manuais psiquiátricos como um dos sintomas da psicose (p. 43).

Para finalizar esses eixos organizativos de nossa análise (Processo de Desinstitucionalização e suas Potencialidades na Ação Prática da Inverso), traremos em seguida algumas frases e palavras que traduzem desinstitucionalização nas palavras dos entrevistados:

Participação ativa (OF - 1).

Eu acho que a questão da convivência. A convivência é o dispositivo privilegiado aqui (OF - 2).

Eu pra mim, o que nós fazemos é saúde mental (OF - 3).

Pra mim é ganho de autonomia (OF - 4).

Cidadania. E combinando com tudo isso, uma das coisas que vale a pena é o preconceito (OF - 5/1).

Cidadania. É ter o poder libertário de exercer seus direitos, por aí... ter a possibilidade de se expressar, de transformar. Cidadania e Transformação (OF - 5/2).

Então eu acho que na nossa prática, a prática da desinstitucionalização, pode ser chamada a prática da poética, a prática do encontro, a prática da expressão, sem julgamento, sem classificações, é uma prática poética (OF - 6).

Desinstitucionalização enquanto participação, cidadania, autonomia, convivência, encontro e liberdade. Fica claro para nós que, na Inverso, a relação com as demandas dos frequentadores acontece organicamente e de forma recíproca, isto é, cada um carrega consigo um desejo de realização de algo que no encontro, na convivência encontrará espaço para se realizar coletivamente. Isso implica dizer que tanto os frequentadores-usuários, quanto os frequentadores-oficineiros, possuem demandas próprias que ajudam na delimitação da sua identidade. Os primeiros, com a demanda do reconhecimento de suas singularidades abstraídas pela lógica funcional do manicômio, disseminada nas relações em todo tecido social. Os segundos, com a necessidade de que seus conhecimentos encontrem a possibilidade da transformação das relações de opressão com relação à loucura. Assim, as contribuições até aqui nos levam pensar num Centro de Convivência e Cultura em Saúde Mental como um espaço primordialmente de “Convivência”, onde as atividades desenvolvidas nascem do processo de construção coletiva, das demandas de todos os sujeitos envolvidos.

Limites e Desafios

O principal limite da Inverso, como Centro de Convivência em Saúde Mental está no fato dela, assim como os demais Centros de Convivência existentes hoje no Brasil, ser apenas mais um espaço de cuidado e assistência que não responde a totalidade da demanda da saúde mental. Ou seja, ele é parte de uma engrenagem ainda em construção, que é o cuidado em saúde mental, e que deve funcionar na direção da transformação das relações de opressão com a loucura.

Outro limite que de antemão a Inverso enfrenta diz respeito ao lugar que ocupa na RAPS no Distrito Federal. Como vimos, a Inverso é uma ONG que funciona atendendo de forma gratuita pessoas em sofrimento mental que são assistidas por outros serviços (clínicas psiquiátricas particulares e CAPS). Segundo Leal (2014), as ONGs são expressões da organização da sociedade civil diante de uma demanda específica, possuem uma natureza contraditória uma vez que são o resultado das mobilizações inscritas nas lutas sociais, importantes atores que tencionam o Estado na resolução às demandas da comunidade, ao mesmo tempo em que se propõem a atender a essa demanda com seu trabalho: “ONG é uma expressão da sociedade civil, um espaço de experiências, de metodologias inovadoras” (p. 237), mas que “nunca pode ser confundida com o Estado, isto é, Estado é Estado, ONG é ONG” (idem).

Ainda segundo Leal (2014), ao mesmo tempo em que as ONGs articulam espaços para o diálogo entre Sociedade Civil e Estado, mobilizam diferentes atores sociais com interesses diferentes. O elemento que aproxima e viabiliza essa organização é a noção de direitos humanos: “Nessa direção, o discurso dos direitos humanos ganha quase o peso de uma instituição, de onde vem o seu risco de instituinte e instituído. Como discurso instituinte é um instrumento emancipatório. Quando discurso instituído, está sujeito a ser manipulado” (p. 239).

Na Inverso fica claro que esse ponto de interseção na luta pela garantia dos direitos humanos está claro. Diríamos que, considerando o público alvo, pessoas em sofrimento (loucos), é ainda o direito de ser reconhecido primeiro como um ser humano, subtraído durante os séculos de institucionalização da loucura. Assim sendo, ao se colocar na luta cotidiana e exaustiva, a Inverso vive contraditoriamente seu limite, enquanto instituição, e sua potencialidade, como um espaço de expressão das diferenças e de luta política na garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental. Na fala de alguns entrevistados:

A inverso acaba sendo um lugar para pessoas que não tem lugar. Não coube em lugar nenhum, cabe aqui. E isso tem lá a sua potência, mas também é muito difícil, porque a gente fica com essas pessoas refugiadas aqui dentro, fugindo dos outros serviços que não as acolhem, não as ouvem, aí elas acabam caindo aqui e acabam criando um vínculo. Mas é um vínculo... que a gente até discutiu outro dia, a pessoa sai da clínica de hospital dia, vai pra internação, tem alta na internação, não quer voltar pra clínica dia, não tem atividade, não tem AT, não tem vida social e acaba caindo aqui. A gente acaba interceptando muitas pessoas que estão nesse movimento eterno de hospital dia-CAPS- internação-hospital dia – CAPS – internação. As pessoas acabam saindo desse ciclo ao chegar aqui (OF - 2, destaque nosso).

[...] é um desafio muito grande. Acho que a gente paga um valor muito alto por esse vanguardismo, porque muitas pessoas minimizam, subestimam o valor da Inverso porque ela é isso, não tem um crachá, um jaleco, um prontuário, não tem um sistema de controle. Então muitas vezes um familiar que vai indicar o seu membro fica um pouco incomodado, porque assusta esse sistema aberto, “mas como assim, eu vou deixar, eu posso ir embora?”. A gente tem toda uma liberdade que assusta, acho que a sociedade não entendeu, ou é difícil de entender esse sistema aberto, esse sistema desinsti de cuidado. Então talvez tenha isso aí. A gente sofre umas questões como muitas vezes tem períodos que tem poucos frequentadores. Sabendo que tem muita demanda, a gente tem poucos frequentadores. Receber dinheiro, se auto-sustentar também é difícil, porque a gente não tem convênio com plano de saúde, com laboratório de medicamento, a gente não cobra uma mensalidade dessas famílias, também por não se tratar disso, de uma clínica, não promete um tratamento ou uma possível cura, é..., tem vários fatores que faz também com que a gente sofra, sofra com esses desafios (OF - 6).

Outros desafios estão na ordem da questão financeira. A Inverso funciona com a lógica da doação de recursos por parte de simpatizantes da causa e eventualmente do recebimento de quantias em dinheiro das medidas alternativas junto ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF). Isso reflete na falta de recursos para ampliação ou mudança do local, que há 16 anos funciona numa sala no subsolo de um prédio, e traz para a cena o debate sobre acessibilidade, que apesar de não ter sido mencionada nas entrevistas ou no Grupo Focal, julgamos ser importante para pensarmos sobre os limites quanto ao aumento do público atendido. Além disso, o trabalho voluntário foi colocado também como um desafio. Pois restringe as atividades na Inverso a disponibilidade de profissionais que possam atuar no coletivo. Sobre essas questões, destacamos as seguintes falas:

*Eu acho que outro desafio é a **questão da manutenção**. Porque nós não temos, por exemplo, a parte administrativa e financeira é tudo feita por nós aqui, eu, a T., a gente vai fazendo o que sabe, nós não temos um contador, sabe? Falta um mínimo de estrutura. Depois de 16 anos tem que ter. Porque antes era só uma utopia que se tornou possível (OF - 3, destaque nosso).*

*Eu acho que por **ser um trabalho voluntário**, a gente faz oficinas que duram três horas por dia. Então por mais que tenha essa prática, eu acho pouco. Eu gostaria que a gente pudesse abrir o dia todo, num espaço maior. Porque ficar ali o dia todo ninguém merece, é sufocante (subsolo). Mas exatamente, por ser um trabalho voluntário, para isso, a gente tem que aumentar a equipe e a prática. Porque se você*

fica ali o dia todo você tem que ter almoço ou outro tipo de serviço (OF - 1, destaque nosso).

*Pessoalmente e **atualmente é um desafio financeiro**. Porque é um trabalho que logisticamente te demanda, você tem que estar lá e eu moro longe e tal. Emocionalmente me demanda, porque eu sinto falta, e pode ser um capricho meu, mas eu sinto falta do reconhecimento **das famílias** sobre o nosso trabalho. A sensação que me dá é que a família deposita ali. Por isso que pra mim é muito similar... similar não. Mas caminha pela institucionalização as vezes sabe? Tira de um espaço e coloca em outro. Pro frequentador é muito bom, mas pra família a sensação que me dá é só de deslocamento assim. Não quer contribuir, não quer participar (OF - 4, destaque nosso).*

Que uma das minhas principais críticas, é, crítica construtiva né. Seria exatamente esse meio de divulgação da Inverso mesmo. Eu vejo que tem muitas pessoas que poderiam se beneficiar da Inverso e como muitos falaram, as vezes é difícil você descobrir a Inverso. É um lugar pequeno, mas eu acho que poderia ajudar muito mais pessoas, de alguma forma (GF - Extensionista 1).

[...] que eu acredito que seria melhor é ter mais frequentadores. Alguma maneira que nós pudéssemos trabalhar com uma rede, até mesmo junto com o serviço público de saúde, porque com o particular eu acredito ser mais difícil, até pela questão econômica, capitalista da coisa né. Porque a clínica particular tem um propósito financeiro, de acúmulo de dinheiro, e isso eu acho que seria muito bom nós termos mais companheiros aqui, de luta, isso seria muito bom (GF - Frequentador 1).

*Então eu acho que falta algo a nível de **comunicação institucional**, dentro da própria Inverso, e essa questão da divulgação que inclusive eu estou fazendo parte de um grupo que a gente está fazendo em separado, que a gente tá fazendo pra promover conhecimento do trabalho que a gente faz. Porque ao meu ver, não adianta ser tão potente, né? Ter um trabalho de tanta qualidade e as pessoas não estarem sabendo. Os profissionais da rede pública sabem dos nossos serviços, os profissionais da rede particular também sabem, só que raramente indicam pessoas para vir aqui frequentar (OF - 2, destaque nosso).*

Outro desafio mencionado foi o trabalho com as famílias. Notamos durante nosso período de Observação Participante que um ou outro familiar participava das atividades cotidianas da Inverso. Até 2015 havia um grupo de familiares que funcionava durante os sábados quinzenalmente. Mas ao que parecia, era um grupo mais independente e que na sua maioria eram familiares de outras pessoas que estavam internadas ou que não frequentavam a Inverso.

*Eu concordo com o que todo mundo aqui já disse, e concordo bastante com o que ela falou (E.) sobre o comprometimento, principalmente a **participação da família, que é bem válido aqui, que não tem muito, ou nada, porque a gente quase não vê nenhuma família procurando aqui, saber qual que é o trabalho, como que está o seu familiar aqui dentro, o tipo de convivência que está tendo aqui, então eu acho que seria muito importante a participação da família** (GF - Estagiário 2, destaque nosso).*

*Acrescentando, aí vem um desafio grande é que a gente não consegue, em 16 anos aqui, um trabalho **efetivo com as famílias**. Eu mesma tentei, você já tentou, várias*

peçoas. Ao mesmo tempo que querem, não querem. Não vem no horário que eles pedem. Então um grande desafio é... Agora tipo as vezes até pensando, que não sei... se até outras coisas a gente consegue, por que essa família não está aqui? Eu já pensei! Agora quando a gente vai falar individualmente falar com a família somos muito bem recebidos, é “querida pra cá”, “mas eu agradeço muito você tá cuidando do meu filho” (...) Que paradigma é esse? Não é que a gente não tenha bom contato com eles ou que eles não nos aceitem. Eles não querem estar aqui? Eles não querem é estar junto com.... Eu não sei! Pra mim ainda está cheio de interrogação. Tô aqui mas não consigo... porque em todos os lugares em que eu já trabalhei sempre a gente trabalhava a família (OF - 5/2, destaque nosso).

Nesses depoimentos é possível notar outros desafios e limites do trabalho da Inverso: a questão da institucionalidade e o processo de Desinstitucionalização por exemplo é um elemento que para nós é potencializador do encontro e do exercício democrático do poder, ao mesmo tempo em que, para comunidade pode refletir na incredibilidade dos resultados que é possível alcançar. Em se tratando de um serviço público por exemplo, que não é o caso da Inverso, nos vem o questionamento de como essa outra institucionalidade proposta pela Inverso poderia ser operacionalizada. Como um Centro de Convivência público poderia funcionar sem prontuários, controles de entrada e saída, lista de participação, etc.? Como pensar num dispositivo com esse grau de mínimo de institucionalidade sem ferir a centralidade da liberdade e da Convivência como primazia?

Esse desafio no leva a pensar que é preciso ter claro que se pretende com um Centro de Convivência. É conviver? É gerar renda?

Nas experiências que levantamos, notamos que as atividades de arte-cultura são estratégias capazes de dar um certo direcionamento e rotina ao mesmo tempo em que estimulam as expressões libertárias da loucura e todas as críticas possíveis de serem feitas à lógica manicomial.

É bom lembrar aqui que, a institucionalização é um processo de dimensões extra-muros, isto é, de uma magnitude que extrapola o território do hospital. É uma engrenagem complexa e contraditória de controle-adaptação-controle que organiza a vida coletiva. Mas essa engrenagem contraditória, ao mesmo tempo em que pode facilitar as relações sociais no sentido de estruturação e organização das demandas coletivas, ao mesmo tempo desestrutura os sujeitos impondo a suas vidas barreiras de controle e alienação, dificultando o desenvolvimento de estratégias de emancipação desses sujeitos. No caso do hospital psiquiátrico, é um sistema que pretende um tratamento de psicopatologias, ao mesmo tempo em que reforça o estigma e os preconceitos acerca do fenômeno da loucura. E é nesse tecido conflituoso de perspectivas de trabalho que as artes se inscrevem.

Em saúde mental, o propósito do trabalho com arte-cultura, deve privilegiar postura crítica, que amplie as possibilidades de ser social, possibilidades estas que foram mutiladas e tolhidas pela institucionalização. Nessa direção, nossa defesa é no sentido de que as atividades de arte-cultura, podem nos apresentar elementos que se entrecruzam com a proposta desinstitucionalizatória.

O processo de desinstitucionalização compreende duas dimensões importantes: 1) Política, Cuidado e Assistência e 2) Arte-Cultura, Trabalho e Comunicação, todas duas expressas no cotidiano da comunidade, nas relações intrafamiliares, nas relações com a vizinhança, nas relações sociais. Na primeira dimensão podemos pensar numa subdivisão que corresponde ao campo da Clínica propriamente dita, que envolve o manejo e intervenção em crise, trabalho interdisciplinar, terapia medicamentosa, clínica geral, atividades esportivas, terapias chamadas alternativas como de argila ou florais (muito comum nos Centros de Atendimento em Trieste/Itália), musicoterapia, arte-terapia, oficinas de geração de renda, de teatro e dança, só pra citar alguns exemplos. E outro campo que podemos chamar de Político-Institucional, que trata de estabelecer a intersectorialidade com a Política de Saúde Mental, por meio de programas como o da Economia Solidária, da elaboração de Leis, portarias e outros recursos de implantação de estratégias políticas; programa de geração de renda e de profissionalização das iniciativas engendradas nos CAPS e em Centros de Convivência, incentivos financeiros para abertura de serviços comunitários, entre outros.

Na dimensão da Arte-Cultura, Trabalho e Comunicação, podemos incluir as ações que correspondem a formação e supervisão clínico institucional de profissionais, familiares e usuários, diálogos sistemáticos com os movimentos sociais, por meio da criação de espaços de aprofundamento do tema e acompanhamento das ações (planejamento e implementação), projetos de geração de renda e a criação de estratégias de convivência, como as da Inverso, e comunicacionais voltadas para desconstrução do estigma e do preconceito e para educação da população na forma de se relacionar com a loucura.

Ao pensarmos as atividades de arte-cultura, entendemos que elas se inscrevem nas duas dimensões com predominância na segunda, mas, se entrecruza no seu fazer com o campo da Clínica e da Política, quando provoca a participação mais ativa dos sujeitos nos seus processos de cuidado.

Outro desafio é a questão da avaliação e sistematização regular e contínua dos resultados alcançados com as atividades e com os encontros na Inverso, que dificulta em certa medida a publicização do processo emancipatório que ocorre nesse lugar. Um dos caminhos

para solucionar esse desafio pode ser a organização da produção acadêmica realizada na Inverso, mencionada numa das Reuniões de Equipe que participamos, e fazemos aqui o registro. Recentemente com a publicação do livro “*Portas Abertas à Loucura*” (2017), as experiências da Inverso puderam ser compartilhadas com a comunidade. Outra solução, já em andamento, é a construção de um site reunindo tais trabalhos, além de conter depoimentos e outras informações que possam servir a esse fim de ampliação e compartilhamento das ações. Além disso, a partir deste ano, 2018, o Bloco do Rivotrio fez parte de duas edições da *Revista Traços*, uma produção que atua junto a moradores de rua e reúne nas suas edições matérias relativas a produção artístico-cultural do DF.

Com essa análise, entendemos que dispositivos como os Centros de Convivência que se pretendem antimanicomial, precisam encontrar ser polos de formação e práxis contínuas. Para nós, fica claro que esses dois movimentos se inscrevem fortemente no projeto desinstitucionalizaório da Inverso. Para Amarante (2017), as atividades da Inverso:

[...] permitem-nos conhecer e refletir sobre a complexidade desse processo, que vai muito além do modelo assistencial, construindo novos lugares sociais para a loucura, construindo nossos sujeitos e novos direitos para as pessoas em sofrimento psíquico. É uma aula viva de desinstitucionalização entendida como produção de culturas, de convivências e sociabilidades e de trabalhos de base territorial” (p. 14).

Para nós, essa opinião reflete bem o que aprendemos neste processo de pesquisa, ao mesmo tempo em que entendemos, que tal experiência não descarta as possibilidades de recriação de outras estratégias capazes de atuar nas transformações no campo da Saúde Mental.

*Avante bondade!
Com carinho e denço
Estamos firmes geralmente
Hoje inevitavelmente juntos!
Loucura maleável nunca oprime pessoas queridas
Razão sem tutores
Universo viável
Chuva zombeteira!
(Grupo Focal)*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 5ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

_____. Prefácio. In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 11-13.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

_____. **Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009, p. 575-593.

CARVALHO, J. O. Loucos para participar! In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 163-182.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAVALCANTI, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a, v. 24**, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Intersectorial de Saúde Mental**. Brasília. 2011.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial para além da reforma psiquiátrica**. Assis: UNESP, 2014.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, Participação e Cidadania: de que estamos falando? In: Daniel Mato (coord.). **Políticas de Ciudadania y Sociedad civil en Tiempos de Globalización**. Caracas: Faces, Universidad Central de Venezuela, 2004, p. 95-110.

DEJOURS, C. **A banalização da Injustiça Social**. 4a. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

DELGADO, P. G. G. Limites para a inovação e pesquisa em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 13-18, março 2015.

DEMO, P. **Éticas multiculturais**: sobre convivência humana possível. Petrópolis: Vozes, 2005.

FALEIROS, E. A posse da chave é a chave da prática desinstitucionalizada. In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 25-54.

FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder institucional**. 5ª. ed, São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Autonomia relacional e cidadania protegida: paradigma para envelhecer bem. In: CARVALHO, Maria Irene de (Org), **Serviço social no envelhecimento**. Lisboa: Pactor, 2013, p. 35-48.

FALEIROS, V. P.; CAMPOS, T. P. M. A crítica da loucura e a práxis poética da necessidade existencial: estudo de caso da ONG Inverso. In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 55-72.

FIGUEIREDO, L. C. **Psicologia**: uma nova introdução. 3ª ed. São Paulo: EDUC, 2008.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1989.

HOLANDA, A. B. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. Dicionário da Língua Portuguesa. Goiânia: Editora Positivo, 2015.

HOBSBAWN, E. **A era do capital**: 1848-1875. 11ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

IAMAMOTO, M. A questão social no capitalismo. **Temporalis** 3. Ano II. Rio de Janeiro: ABEPSS, jan-jun 2001, p. 09-32.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno de texto**. Brasília: 2001.

LEAL, M. L. P. **Mobilização da ONGs no Enfrentamento à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

LESSA, S.; TONET, I. **Proletário e sujeito revolucionário**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MARX, K. **Manuscritos Econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Sobre a Questão Judaica**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K.; ENGELS, F. **O Capital**: crítica a economia política, livro I – o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MÉSZÁROS, I. **A Teoria da Alienação em Marx**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM 396/2005**. 2005.

_____. **Relatório de Gestão 2002-2006**. Brasília. 2007.

_____. **Relatório de gestão 2006-2010**. Brasília. 2011.

_____. **Relatório de Gestão 2011-2015**. Brasília. 2016.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Fortalecimento de vínculos e convivência**. MDS. Brasília. 2011.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporalis** 3. Ano II. Rio de Janeiro: ABEPSS, jan-jun 2001, p. 45-50.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 10. ed., 2012.

NICÁCIO, M. F. S. **A utopia da realidade**. UNICAMP. Campinas. 2007.

NISE da Silveira. **Posfácio: imagens do inconsciente**. Dirigido por Leon Hirszman. Rio de Janeiro: 2015. Filme documentário.

NISHIKAWA, C. A.; RESENDE, T. I. M. Convivência: dispositivo desinstitucionalizante de cuidado. In: FALEIROS, Eva Teresinha; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula (Orgs), **Portas abertas à loucura**. Curitiba: Appris, 2017, p. 91-112.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PERLBART, P. Da clausura do fora ao fora da clausura. **Loucura e desrazão**. 2 ed. São Paulo: Iluminuras, 2010.

PEREIRA, P. Questão Social, Serviço Social e direitos de cidadania. **Temporalis** 3. Ano II. Rio de Janeiro: ABEPSS, jan-jun 2001.

_____. **Política social: temas e questões**. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

RESENDE, T. I. M. **Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. 2015. 423f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UnB - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (Orgs). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 89-100.

SARACENO, B. **Libertando Identidades:** de reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Tecorá/Instituto Franco Basaglia – IFB, 2001.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos** (2013). Disponível em <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ129.pdf>, Consulta em setembro de 2016.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, S. F. **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

TONET, I. Emancipação, Cultura e Linguagem. Curso proferido entre 24 a 27 de novembro de 2017, em Brasília, pelo Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – IP/UnB.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e opressão:** empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VENTURINI, E. **A Linha Curva:** o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

WOOD, E. M. **Democracia contra o Capitalismo:** a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2010.

ZERO, F. Q. **Caranguejos com cérebro (manifesto)**. Disponível em <<http://palipalan.blogspot.com/2013/04/caranguejos-com-cerebro-manifesto.html>>, Consulta em junho de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – BIBLIOTECA VIRTUAL

Autor	Ano	Nome da Obra
Azevedo et al.	2014	Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico
Busnardo et al.	2014	Percepções dos usuários sobre o Grupo de convivência realizado em um Centro de Convivência - Enfoque da Terapia Ocupacional
Aleixo, Lima	2017	Invenção e produção de encontros no território da diversidade: cartografia de um Centro de Convivência
Alvarez, Silva	2015	Centro de convivência e cultura: diálogos sobre autonomia e convivência
Cambuy, AmatuZZi	2012	Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS
Cordone et al.	2016	Oficina de teatro em um centro de convivência: uma vivência de diálogo sobre questões sociais e empoderamento de crianças
Venturini, Ernesto	2010	A desinstitucionalização: limites e possibilidades
Damasceno, Reinaldo	2009	Oficinas terapêuticas para hábitos de vida saudável no Centro de Convivência Arthur Bispo do Rosário: relato de experiência
Aleixo	2016	Centro de convivência e atenção psicossocial: invenção e produção de encontros no território da diversidade
Dantas	0000	Análise de conteúdo: um caso de aplicação ao estudo dos valores e representações sociais
Tonet	0000	Atividades educativas emancipadoras
Borenstein et al.	2007	Terapias utilizadas no Hospital Colonia Sant Ana : berço da psiquiatria catarinense (1941 - 1960)
Resende	2017	Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental
Cardoso, Galera	2010	O cuidado em saúde mental na atualidade
Cotta, Castro, Both	2010	Oficina Bem Viver - construção de tecnologias e significados em educação em saúde na área de saúde mental
Castro	2014	Implantação do Centro de Convivência e Cultura da Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia: olhares dos usuários, trabalhadores e gestor
Salles, Barros	2013	Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana
Lucena, Bezerra	2014	Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização
Tonet	0000	Educar para a cidadania ou para a liberdade?
Brito, Fihlie, Paiva	0000	Práticas de saúde mental na atenção básica - ampliando perspectivas para o cuidado em rede
Tonet	0000	Entre reforma e revolução
Santos et al.	0000	Centro de convivência e cultura: trabalhando a inserção social do paciente com transtorno mental
Bardin	1977	Análise de conteúdo
Basaglia	2005	Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica
Tonet	0000	Qual política social para qual emancipação?
MS	2015	Saúde mental em dados 12
Tonet	0000	Teoria social crítica: do que se trata?
Souza	2006	Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a saúde da família
Caregnato, Mutti	2006	Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação:

Nome:

Profissão:

1. Há quanto tempo está na Inverso?
2. Como começou a trabalhar aqui?
3. Possui outro vínculo de trabalho? Que tipo de vínculo?
4. Que oficina desenvolve na Inverso? Qual é seu objetivo?
5. Como ela acontece? (Desde sua demanda até a metodologia dos encontros)
6. Qual é a avaliação que você faz da oficina? Quais aspectos você leva em consideração para avaliação? O que é importante avaliar?
7. O que é Desinstitucionalização? Quais os elementos que compõem esse processo?
8. Como você(s) vê(m) esses elementos no trabalho ofertado pela Inverso, inclusive no seu? (como eles se materializam? Dê exemplo)
9. A Inverso é um centro de convivência e cultura. Como esses dois dispositivos se refletem no trabalho ofertado pela Inverso (convivência e cultura)?
10. Quais são os desafios do trabalho que você desenvolve na Inverso? Quais os limites dessa prática? Quais as dificuldades? (Abordar trabalho voluntário)
11. O que provoca você a continuar trabalhando na Inverso? Por que trabalhar na Inverso?
12. Que outro termo poderia resumir o processo de desinstitucionalização?

ROTEIRO GRUPO FOCAL

O que a Inverso representa para mim? O que é a Inverso?

O que é preciso melhorar na Inverso?

APÊNDICE C – ACEITE INSTITUCIONAL

ACEITE INSTITUCIONAL

O(A) Sr./Sra. _____ do(a)
INVERSO – Centro de Convivência e Recriação do Espaço Social, está de acordo com a realização da pesquisa “**A Desinstitucionalização num Centro de Convivência e Cultura em Saúde Mental no Distrito Federal: limites e possibilidades do trabalho na Atenção Psicossocial à Pessoas com experiência de sofrimento psíquico**”, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) *Janisse de Oliveira Carvalho* aluno(a) de *doutorado* no Departamento de Serviço Social Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, realizado sob orientação de Maria Lúcia Pinto Leal.

O estudo envolve a realização de *pesquisa participante junto a Inverso e coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais responsáveis pelas oficinas desenvolvidas na Inverso e a realização de um Grupo Focal com a participação dos frequentadores das oficinas. Todos esses procedimentos contatarão com a assinatura do TCLE por parte dos participantes.* A pesquisa terá a duração de 01 (um) mês para a realização das entrevistas e do grupo focal.

Eu, _____ do(a) **INVERSO – Centro de Convivência e Recriação do Espaço Social**, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, ___ de _____ de 2017.

Nome do(a) responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do(a) responsável pela instituição

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A **Desinstitucionalização num Centro de Convivência e Cultura em Saúde Mental no Distrito Federal: limites e possibilidades do trabalho na Atenção Psicossocial à Pessoas com experiência de sofrimento psíquico**”, de responsabilidade de **JANISSE DE OLIVEIRA CARVALHO**, aluna de *Doutorado da Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é **analisar o processo de desinstitucionalização desenvolvido num Centro de Convivência e Cultura em Saúde Mental, para identificar parâmetros referenciais que norteiam o trabalho nesse tipo de dispositivo que compõe a rede de atenção psicossocial no Distrito Federal**. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA** com os profissionais responsáveis pelas oficinas e **GRUPO FOCAL** com os frequentadores das oficinas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar, conforme a especificação dos sujeitos de pesquisa e os respectivos métodos de coleta de dados descritos acima. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa nós sejamos capazes de produzir material acadêmico suficientemente claro e consistente, capaz de apresentar referências sobre o processo de desinstitucionalização no dispositivo “Centro de Convivência e Cultura”, e assim contribuir para o desenvolvimento de estratégias para Política de Saúde Mental Brasileira nesse campo.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 62 – 99702-0227 ou pelo e-mail janissecarvalho.joc.jc@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de *um encontro previamente agendado com os participantes*, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Brasília, ___ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E – TABELA DE FALAS

Organização dos Registros das Entrevistas e do Grupo Focal de acordo com as “Unidades de Análise / Temas” pertinentes:

Unidades /Temas	Conteúdos destacados das Entrevistas e Grupo Focal
Liberdade de Expressão	<i>Acho que essa coisa de se respeitar quando quer ou não participar. É uma coisa muito livre na Inverso: quer vir, não quer vir; entra, sai; quer sair pra fumar; quer participar da atividade; “hoje eu quero ir para o supermercado”; “não, hoje eu quero ficar aqui cortar cebola”; “não, hoje eu não quero fazer nada”; “hoje eu lavo os pratos, lavo as panelas”. Isso é exemplo que dentro da oficina acontece. “Hoje não quero fazer nada, quero tocar violão” ou “não gosto disso” (OF - 1).</i>
	<i>Que eu acho que o mais importante é isso, não tem uma obrigatoriedade de participação nas oficinas, do tem que vir tal dia, tem que vir no outro. Acho que vai bem por aí. Essa possibilidade da pessoa vir porque ela quer vir, e não porque tem que vir (OF - 2).</i>
	<i>E pode falar do que? Do que quiser. Não tem limitação de vocabulário, “isso não pode dizer, isso não pode dizer”, e conta piada e diz palavrão... Uma vez tinha uma senhora que frequentava a Inverso, e ela nem era usuária de serviço, mas era artesã e ia lá e dizia: “aqui criança não pode frequentar” (risos). E uma vez foi um cara arrumar o fogão e disse: “Ah, quando não tiver trabalho na minha oficina eu venho aqui que é muito divertido”. Então eu acho que isso é um espaço de palavra. Aí é tudo, é o vocabulário, é o tema. E vai aparecendo... “finalmente eu tenho um lugar, onde eu não sou doente, eu sou uma pessoa”... A singularidade! Que aí é do paradigma da desinstitucionalização, o objetivo é a singularidade... (OF - 3).</i>
	<i>[...] a gente está trabalhando, mas é a questão do direito né? Então, eu acho que, por exemplo, qual é o direito básico da Constituição? É o de ir e vir, então a questão de ser portas abertas (OF - 3).</i>
	<i>O diferencial daqui tem essa coisa deles serem livre para falar o que quiserem, contar piada (...) eles se sentem livres aqui. Não tem censura... (OF - 5/2).</i>
	<i>[...] quando eu vim pra cá eu sabia que era uma centro de convivência mas eu não tinha muita noção do que seria esse centro de convivência, então quando eu cheguei aqui foi meio que uma surpresa encontrar todo mundo aqui junto, conversando sobre assuntos diversos (...) aqui a gente tem muita liberdade, aqui não tem muita restrição. Então a gente está aqui pra escutar, pra falar sobre algum assunto que você traz de casa que está te incomodando (GF - Estagiária 2).</i>
	<i>Tem algo diferente que ocorre, que permite as pessoas se expressarem, das pessoas serem quem elas são. Nem tudo são flores, o pessoal falou muito assim de brincar, de se divertir de sorrir, mas as vezes é mais tenso, é complicado. (...)As pessoas estão vindo aqui, trazendo suas questões, estão convivendo. E acontece alguma coisa de diferente que as pessoas não são mais internadas, as pessoas têm mais autonomia... (GF- OF 1).</i>
	<i>Então a Inverso é muito importante pra mim nesse sentido. Uma coisa que eu sempre digo: a Inverso me trata como adulto, diferentemente dos outros serviços, como o CAPS, que tendem a me infantilizar, infantilizar os pacientes. Aqui também não sou chamado de paciente, eu sou um frequentador. E sou tratado pelos profissionais de maneira é... como se eu fosse um igual, como igual melhor dizendo! Então tudo isso pra mim tem um impacto, no meu relacionamento com o meu sofrimento. E um impacto positivo, porque eu comecei me perceber não com um doente, mas como um ser humano que tem muitas perspectivas produtoras. Pode não ser na planta de uma fábrica, mas pode ser através da minha poesia, pode ser através dos meus desenhos, enfim, e do aprendizado que eu tenho aqui. Porque aqui na Inverso nós conversamos sobre psicologia, eu ouço, eu aprendo mais sobre os mecanismos mentais. Isso me ajuda a entender melhor como funciona esse sofrimento que eu tenho. Então, a Inverso é muito importante pra mim (GF - Frequentador 1).</i>
<i>Eu não tenho problema de falar da minha namorada não! Mas eu sei que uma pessoa que está me ajudando muito é a K. Eu ligo pra ela e ela fala assim; “F. meu ...”, não vou falar as brincadeiras não! “Oi meu peixinho, como é que está lá na Inverso? Eu não te vejo nunca mais é?”. Aí eu falo, “não k, pelo telefone...”; “Ah mas eu quero te ver”. E a gente está nisso há nove anos já, quase</i>	

	<p>dez. E estamos felizes, estamos namorando, ninguém largou de ninguém. Eu sempre mando abraço pro pai dela, pra mãe, ela manda pra minha, então tá ótimo! (GF - Frequentador 2).</p>
Transdisciplinaridade	<p>Tanto que o que a gente trabalhava era que nós somos trabalhadores em saúde mental. E aí entra uma outra coisa muito importante nossa que é a transdisciplinaridade. Aliás eu acabo meu texto com uma citação muito boa de transdisciplinaridade. A L. (psicóloga), dizia “eu estou cada vez mais assistente social” e eu “eu estou cada vez mais psicóloga” (OF - 3).</p>
	<p>Inclusive uma discussão de caso a caso. A gente teve inclusive o caso de um frequentador que digamos não seria o nosso perfil usual, um frequentador surdo, que participou aqui com a gente, que tinha também uma questão cognitiva, que tinha uma dificuldade com a família, nos veio encaminhado pela Defensoria, e o que a gente faz com essa pessoa? Porque se a gente funciona de portar abertas a gente tem que receber. Então a partir do momento em que a gente começou a conviver com essas pessoas começou a surgir uma série de dificuldades, a ponto da gente mobilizar o coletivo e fazer uma reunião específica só para essa pessoa. Não foi uma reunião de uma hora, foi uma tarde que a gente passou aqui com outros profissionais da rede que trabalhavam com essa pessoa, que no caso era a APADA – Associação de Pais e Amigos de Deficientes Auditivos. E o que os profissionais que vieram de lá trouxeram pra gente, é que nós estávamos demonstrando uma preocupação maior do que a outra instituição que seria a “oficial” dele. Então assim, a gente peca por não ter algo estrutura, sistematizado, mas isso ocorre, não deixa de ocorrer. É inclusive aí quando a gente mais aprende. Porque quando tudo vai bem, tudo a vai bem, nada de mais (GF - OF 2).</p>
Práxis Democrática	<p>Então é através disso, da linguagem, da expressão, a gente prepara o ambiente para que todo mundo possa conseguir se manifestar. Hoje eu achei muito bonito uma hora que um frequentador falou que não está muito bem, porque está com a falta de um medicamento, e cada um foi falando, até os membros da Inverso, falaram que também já tomaram, como se sentem, a gente se coloca como igual diante... não igual porque há diferenças, mas a gente não faz uma separação institucional. Que no fundo, eu sou um psicólogo da desinsti, a gente quer no final mudar a relação da pessoa com a sociedade. Ao meu ver, e talvez você já até... mas acrescentando a pergunta, ao meu ver a reforma psiquiátrica tenta melhorar as condições terapêuticas, ao invés de ter lobotomia, eletrochoque, você tem terapia intersetorial, etc.. Você melhora as condições terapêuticas. As desinstitucionalização vai além, ela muda a relação da loucura com a sociedade, ela transcende os espaços de cuidado, espaços de atenção-doença, ela tenta mudar uma relação. Por isso que essas intervenções, o bloco, é um ato de desinstitucionalização porque tenta mudar a relação da sociedade com o louco, ou com aquele que está em sofrimento. Então as oficinas visam isso: como essa pessoa pode se expressar diante de uma sociedade que ainda a marginaliza? (OF - 3, destaque).</p>
	<p>E outra coisa, desde chega, a doença está entre parêntese, não é projeto terapêutico, lá ninguém tem projeto terapêutico, lá o que a gente busca é projeto de vida! E projeto de vida é o que? O A. falou e disse “a esquizofrenia é a gente não poder ser quem a gente é”, e aí a palavra. A palavra cara! A palavra desqualificada do doente mental. Não tem uma pessoa que fale que a gente não dê atenção. A gente está dando atenção pra uma, as vezes a outra vem, “espera um minutinho que eu já vou te atender”, ou pede pra outra pessoa atender, aí entra a escuta. Porque é o não manicomial (OF - 3).</p>
	<p>[...] o nome do bloco é pra chamar as pessoas, pra ficarem curiosas, até rirem dele, mas ao estar no bloco, a gente tenta trazer uma conscientização com relação a medicalização da sociedade, lembrando que a gente não é contra a medicação, mas a medicalização. Medicalização é um termo que fala da banalização do medicamento que sabe que o medicamento é uma das terapias possíveis, mas a gente está vendo que isso está sendo banalizado hoje em dia. E o bloco também tenta trabalhar isso (OF - 6).</p> <p>E o nome se deu também devido a uma demanda dos frequentadores, que como tem há sete anos o bloco, há sete anos atrás deu a entrada do rivotril, que é o clonazepam no mercado, e foi um bum assim... a super interessante (revista) colocou uma matéria dizendo da nação rivotril dizendo que o Brasil é o que mais consome esse medicamento no mundo, e o correio brasiliense nesse ano em maio, teve uma matéria que chamou “Brasília Dopada” que é a cidade que mais consome o rivotril, dos psicotrópicos. Ou seja, a gente está no país que mais consome no mundo, e na cidade que mais consome, então pode-se dizer que a gente é a cidade que mais consome esse medicamento</p>

	<p><i>no mundo. Então a gente quis falar, não é uma propaganda do medicamento, pelo contrário, a gente faz uma análise crítica, mas através da ironia, da comicidade, da ludicidade, pra questionar os medicamentos (OF - 6).</i></p> <p><i>Então, no começo do ano, todas as oficinas ficam dedicadas ao bloco. Então a oficina de música faz a marchinha, a de quarta-feira faz as fantasias, elabora as fantasias, os nomes dos personagens, quem vai ser a rainha da bateria, o rei momo. A de sexta-feira que é a intervenção urbana, já organizou durante um ano uma bateria de samba, hoje em dia ela fica organizando a logística do bloco, as vezes uma coreografia que vai ter, fica organizando os detalhes. Então os frequentadores organizam desde os bastidores até o dia. Todos vêm, a gente não coloca nenhuma identificação, a gente não usa a mesma camisa, não tem crachá, cada um é livre pra se fantasiar, a gente vê que é uma festa, um elogio também ao delírio, onde o delírio vai também virar uma fantasia e ser reconhecida na cidade. Então, participa desde os bastidores, com as ideias, que vai do tema do bloco, horário, onde vai ser, decoração da rua, do carro alegórico, até o dia, onde a pessoa se veste, pula e se diverte (OF - 6).</i></p> <p><i>Então a Inverso pra mim foi uma coisa surpreendente, porque a Inverso... eu posso dizer que ainda está me livrando da minha auto estigmatização, eu me estigmatizei muito. Porque eu quando era criança também tinha esses preconceitos: "Ah! É louco"; "é doente"; "é perigoso". E aqui eu fui descobrindo uma outra coisa que nem na clínica onde eu fiquei internado pela segunda vez e nem no CAPS de registro eu descobri. Que na verdade, essa questão de ser doente, ser perigoso é um rótulo. É um rótulo pra segregar as pessoas que tem um intenso sofrimento psíquico e que questionam a realidade (GF - Frequentador 1).</i></p> <p><i>No começo, quando a gente escolhe estagiar em saúde mental... eu não conhecia a ONG, e foi como o amigo M. falou a primeira vez que a gente entra aqui é muito difícil a gente saber distinguir quem é quem por essa convivência que a gente tem aqui, de bater um papo aqui, de trocar experiência, porque não é só a gente, mas eles também trocam muita experiência do que eles viveram com a gente (GF - Estagiário 1).</i></p> <p><i>Então, a experiência que eu tive aqui foi muito boa, me fez eu mudar muito o conceito de saúde mental porque, como a gente convive com pessoas que tem esses problemas, a gente teve uma visão diferenciada, a gente conviveu, a gente brincou, a gente riu. Então, a gente viu que essas pessoas... que não tem essa coisa de medicamento aqui... então foi bem legal essa convivência aqui com eles, o tratamento que tem aqui, o respeito acima de tudo, foi bem legal, bem enriquecedora essa experiência aqui (GF - Estagiário 2).</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Institucionalidade e Desinstitucionalização</p>	<p><i>[...] que justamente pelos profissionais acreditarem nesse modelo da desinstitucionalização, eu acho que as vezes a gente peca pelo excesso, peca na radicalidade do que a gente acredita. Tipo, a gente não funciona enquanto instituição, mas funciona enquanto instituição (OF - 2, destaque nosso).</i></p> <p><i>Eu acho que é um dos fatores. E aí que está a questão da desinstitucionalização. Como se nós não pudessemos nunca funcionar como uma instituição. Porque uma instituição ela tem reuniões semanais, ela tem prontuário, ela tem caderno de evolução, ela tem encontro dos profissionais para dizer o que está acontecendo, e essa troca! Então as vezes, ninguém sabe que na minha oficina um frequentador está super mal, porque na oficina de segunda, de terça e sexta ele está super bem. Tem uma troca mínima no nosso grupo de whatzap, mas eu sinto falta dessas reuniões periódicas e da supervisão, porque eu sou um dos que mais brigou pra ter uma supervisão, e a gente teve uma única, que não teve cunho de supervisão, ela foi muito mais administrativa. Pra cuidar exatamente dessas dificuldades: o que você está fazendo na sua oficina? O que você precisa na sua oficina? Quais as dificuldades, quais as demandas, o que a gente pode fazer... E aí apesar da gente não funcionar como instituição, tem aspectos que são institucionais. Tem a questão da grana, a questão da pontualidade, da assiduidade, e é do meu entender que os profissionais aqui estão engajados, que a gente acredita no que a gente faz, mas nem todo mundo chega no horário sempre, ou vem sempre, ou se falta, coloca alguém no lugar (OF - 2, destaque nosso).</i></p> <p><i>É complexo né? Mas eu acho que a gente pode partir do princípio do antagonismo a instituição, do que representa uma instituição. Do fato da gente não ter fila de espera, não ter prontuário, de não oferecer nenhum serviços específico. A gente não oferece psicoterapia, a gente não oferece</i></p>

	<p><i>assistência social, mas a gente oferece escuta, a gente oferece um espaço de convivência, e o fato das pessoas irem e virem à medida que elas possam e queiram (OF - 2).</i></p>
	<p><i>É tipo assim, a gente observa, quer dizer, deu para observar um pouco, que vocês são bem dinâmicos, conversam. Essa demanda, trazer o problema, conversar, se hoje eu não tô bem, tipo alguém senta comigo e conversa e tudo. Se eu não estou a fim de fazer, eu não sou julgada, eu não sou obrigada a fazer. Deu pra sentir isso, mesmo sendo pela primeira vez, deu pra sentir, tipo um negócio bem família, respeitosa. Porém fica minha pergunta, tipo, depois vocês tem... é, igual ele falou ... , vocês não preenchem relatório, não preenche nada, mas depois vocês sentam, tipo a equipe que está ali, que tem aquele compromisso e tudo, e tenta analisar cada caso, o que pode melhorar com a pessoa o que não pode. Tipo esse feedback, né? (GF - Visitante 3).</i></p>
<p>Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade</p>	<p><i>O ponto forte que eu acho na Inverso é a convivência. As oficinas têm lá os seus objetivos, mas o que está por traz disso é sempre a convivência. Por exemplo eu não fico preocupado em sair com um produto: “hoje a gente vai terminar a história da Roberta Clozapina!” Não, não funciona assim. Inclusive algumas vezes que eu propus uma atividade, a gente começou e surgiram algumas angustias ali que impossibilitaram a continuação. Tipo, a gente está sempre delimitando coletivamente como vai acontecer. Assim como a oficina do “louco também toma banho”, foi o F. que deu a ideia de ser a oficina da palavra (OF - 2).</i></p>
	<p><i>Eu acho pensando, o único a priore seria a convivência e tudo o que a convivência implica. No sentido dos encontros, dos desencontros, do corpo a corpo, de uma auto-organização as vezes. Eu não me preocupo de ser um oficinairo que sabe das coisas. Meu papel é ser mais um frequentador. A gente conversa muito sobre cada um ser um frequentador, mas cada um ter um papel diferente ao frequentar aqui. Eu também sou frequentador só que calhou de eu ser oficinairo (OF - 2).</i></p>
	<p><i>Então, a convivência para mim tem um potencial muito grande. Porque quando se fala de convivência se fala de encontro, e encontro é quando um soma com o outro, não é um encontro hierárquico, opressor, submisso. E pra mim, na minha concepção de psicólogo social, eu vejo que o ato mais revolucionário que existe é o encontro. É o encontro entre as pessoas que gera transformações na sociedade. Então eu acho que o grande potencial da Inverso é que ela abre as portas, é um instituto que tem portas abertas para gerar um encontro. O que vai sair daí a gente não sabe. Porque a Inverso trabalha com o inusitado, a posteriori, a gente não trabalha com métodos e um padrão de acolhimento, de anamnese... (OF - 6).</i></p>
<p>Aspectos Diversos Encontrados no Conteúdo que compõem a Dimensão da Ação Prática da Primazia da Convivência e o Pretexto da Atividade</p>	
<p>Acolhimento, Afeto e a Escuta</p>	<p><i>Então é um momento de escuta e de troca. E a convivência que entre eles é muito grande. Cria-se amizade que vai além do momento das oficinas, a gente sabe que entre eles, se ligam, marcam pra sair, ou se tem um problema de noite, “não consigo dormir”, um liga pro outro. Então eles sabem que ali eles têm amizade que podem contar com alguém (OF - 1).</i></p>
	<p><i>A nossa escuta é diferenciada. A gente não está pensando numa pessoa “portadora de transtorno”, a gente está pensando em indivíduos que tem suas qualidades. As pessoas são identificadas aqui pelo o que elas gostam de fazer, pelo apelido delas e não pelo transtorno (pela condição que ela tem, se ela é esquizofrênica, se ela é bipolar, se ela é isso ou aquilo). Pra mim é essa noção de pessoas, nós trabalhamos com pessoas (OF - 2).</i></p>
	<p><i>Eu pra mim, o que nós fazemos é saúde mental, que é um termo vago, mas pra mim saúde mental é isso, pra quem tá no mundo, pra quem trabalha, pra nós, pra todos nós! O que nos dá saúde? É quando tu te encontra, quando se aceita do jeito que é. E quando não é aceito, f. o problema é do outro. (...) Então a questão do que é saúde mental cara? Uma vez teve um 18 de maio que foi no parque da cidade e a gente perguntava pra eles o que eles achavam que era saúde mental, e eles respondiam: “é o que me dá prazer”. E quando é que eu estou mal? Quando eu não posso fazer isso. E tem aquelas três palavrinhas da Nise (da Silveira): liberdade, atividade e afeto (OF - 3).</i></p> <p><i>[...] o que tu é! O que cada um é, do jeito que é. E quando eu vi a exposição da Japonesa Kusama eu fiquei pensando, nós não podemos tá trabalhando o sintoma, tirando o sintoma, porque tem</i></p>

	<p>peças que o sintoma é ela! Então por exemplo: “eu durmo pouco”. Uai! Tem gente que dorme dez horas, tem gente que dorme cinco. Porque que todo mundo tem que dormir oito horas? Né? Fala muito ou fala pouco, já é sintoma. Uai mas tem gente que fala muito mesmo, e tem gente que fala menos. Por n razões, ou porque é o seu tipo. Porque cada é de um jeito. Essa singularidade, eu acho que a gente aprende lá e aprende pra vida inteira (...) Tu tá perto daquela pessoa! E coisas que a gente vê por exemplo, que eu até botei no texto, de que a esquizofrenia é falta de modulação afetiva. Ai eu disse: eles pesquisaram em hospital psiquiátrico, porque as pessoas lá são extremamente afetivas. E pode ser muito delirante como o L.. Outro dia ele sentou perto de mim e falou assim: “quando tu tiver morrendo, tu queres que a gente esteja perto de ti?”. Eu disse: “eu quero”. E segurando a minha mão. Porque ele já sabe que eu estou velha e que vou morrer. Ai, eles são muito emotivos, dizem “eu te amo, eu te amo”, me dão carinho... (OF - 3).</p>
	<p>[...] é que a convivência com eles, e pode ser uma resposta egoísta assim... me engrandece muito, saber que com todas as dificuldades, todas as limitações eles se dispõem a frequentar a oficina, a participar, a tentar... (OF - 4).</p> <p>Amor, fé e acreditar. (...) Explico. Se é que tem que explicar. Primeiro, eu como auxiliar de enfermagem eu sempre trabalhei com o público, com gente. Isso eu peguei um amor muito grande. Uma crença no ser humano. A fé. De contrapartida como fui militante sindical de esquerda, trabalhava com gente e tudo isso. Combinando com isso, veio a minha aposentadoria também (BPC), aí é uma área que eu me identifiquei. Trabalho com gente que precisa, necessita e acredito que através daqui pode mudar, pode ser feito muita coisa. Não só muda as instituições, como pode mudar as pessoas como gente, como ser humano. Então por isso eu acho que passa pelo amor, fé e acreditar (OF - 5/1).</p> <p>[...] é que aqui, eu também quero deixar claro, que a aqui a gente tem um afeto que nós dificilmente... tem o problema da família... muitas vezes a família não tem o mesmo afeto que os profissionais da Inverso nos tem. Até porque os profissionais da Inverso têm uma compreensão das nossas capacidade e limitações muito maior do que a maioria dos membros da família ou de toda família. E também que os outros serviços de saúde, saúde mental, o CAPS por exemplo, também não tem essa afetividade. E que é muito importante, eu acredito, ser muito importante na vida da pessoa que tem um transtorno, porque a gente fica carente de afeto, de carinho. E nós recebemos isso aqui! Então é muito importante! (GF - FREQUENTADOR 1).</p> <p>Encontrei aqui o apoio que era preciso, o carinho, a atenção, os amigos, né, pra poder você estar (GF - FAMILIAR 1).</p>
<p>Respeito e Singularidade na Transformação estigma</p>	<p>É derrubar os muros dos nossos preconceitos. Aceitar as diferenças. Um tratamento paritário, sem preconceito. Respeitar. (...) Isso acontece na Inverso. E em todos os níveis mesmo. De nós, oficinairos e entre eles mesmos, essa convivência que acontece entre eles, frequentadores, esse contato físico, que a gente tem, desse negócio de quando chega, se abraça, se beija, é uma coisa muito importante para eles. Esse respeito que existe na Inverso, que não precisa ser falado, mas que existe. Entre as pessoas que frequentam, entre os estagiários com os frequentadores, entre os frequentadores com a gente, entre os frequentadores com eles mesmos. Tem um respeito muito grande. Tem uma troca (OF - 1).</p> <p>Ah! E a anamnese. Essas anamneses normalmente são assim, a partir do momento que adoeceu: “quando foi?”; “que idade você tinha?”; “o que fizeram?”; “que remédio tomou?”; “foi internado aqui, foi internado ali, foi internado acolá”. E, na Inverso anamnese é biográfica, e olha, a história de vida, porque a doença vem da família, eu estou convencida! Nunca vi uma família que não fosse adoecida. Ninguém nasce assim. Alguém nasce esquizofrênico? Não está provado. (...) Ou como diz a E.: é como se a pessoa não tivesse história... (OF - 3).</p> <p>[...] porque antes devido as instituições por ai, a impressão que passava, e nem sei se era só impressão ou se era verdadeiro. Eles só iam conviver com pessoas que fossem iguais a eles. E o relacionar também: “aí, eu não posso me relacionar com a Janisse porque ela é psicóloga”. E aqui não existe isso (OF - 5/1).</p> <p>De que ele não é capaz. Essas coisas surgem... Fazer que acredite nele mesmo. A desinsti passa muito por aí também. Porque se ele vim com esse negócio de não acreditar nele próprio, o sofrimento dele vai ser maior. E o desinsti já passa por aí: Fazer com que ele acredite nele mesmo e mostrar ferramentas pra que ele sinta o porquê que ele pode acreditar nele (OF - 5/1).</p> <p>Eu encontro muitos amigos, pessoas dedicadas a gente, muitas pessoas tem seus problemas mas não desconta na gente (GF - FREQUENTADOR 2).</p>

	<p>[...] a gente acaba criando uma amizade, criando um vínculo com as pessoas. Então, a experiência que eu tive aqui foi muito boa, me fez eu mudar muito o conceito de saúde mental porque, como a gente convive com pessoas que tem esses problemas, a gente teve uma visão diferenciada, a gente conviveu, a gente brincou, a gente riu. Então, a gente viu que essas pessoas... que não tem essa coisa de medicamento aqui... então foi bem legal essa convivência aqui com eles, o tratamento que tem aqui, o respeito acima de tudo, foi bem legal, bem enriquecedora essa experiência aqui (GF - ESTAGIÁRIO 2).</p> <p>Então a Inverso pra mim foi uma coisa surpreendente, porque a Inverso... eu posso dizer que ainda está me livrando da minha auto estigmatização, eu me estigmatizei muito. Porque eu quando era criança também tinha esses preconceitos: “Ah! É louco”; “é doente”; “é perigoso”. E aqui eu fui descobrindo uma outra coisa que nem na clínica onde eu fiquei internado pela segunda vez e nem no CAPS de registro eu descobri. Que na verdade, essa questão de ser doente, ser perigoso é um rótulo. É um rótulo pra segregar as pessoas que tem um intenso sofrimento psíquico e que questionam a realidade (GF - FREQUENTADOR 1).</p>
	<p>A primeira vez que eu entrei aqui na Inverso foi por uma disciplina que a gente tinha que conhecer algumas instituições. Eu vim pra cá. E também foi a mesma sensação do M. né. Uma sensação meio estranha de não saber quem é quem, quem é você naquela situação. Eu achei na verdade muito libertador... enfim, e eu extensionei no CAPS (...) e vi o quanto é diferente, a questão da instituição, de como você é, do lugar, de como você olha pra outra pessoa, como a outra pessoa te olha, o que ela busca em você, enfim tudo isso eu achei extremamente diferente (GF - EXTENSIONISTA 1).</p>
<p>Autonomia, Cidadania e Emancipação</p>	<p>Acho que essa coisa de se respeitar quando quer ou não participar. É uma coisa muito livre na Inverso: quer vir, não quer vir; entra, sai; quer sair pra fumar; quer participar da atividade; “hoje eu quero ir para o supermercado”; “não, hoje eu quero ficar aqui cortar cebola”; “não, hoje eu não quero fazer nada”; “hoje eu lavo os pratos, lavo as panelas”. Isso é exemplo que dentro da oficina acontece. “Hoje não quero fazer nada, quero tocar violão” ou “não gosto disso” (OF - 1, destaque nosso).</p> <p>[...] e também tem essa coisa de ir no supermercado. Esse momento eu acho muito interessante, porque muitos frequentadores gostam de ir ao supermercado e ali você já vê a diferença de quem já faz isso, que é normal porque faz isso com a família e de quem não tem ideia do que acontece no supermercado: escolher uma verdura, não só pela qualidade mas pelo preço; outros produtos tipo azeite ou qualquer outra coisa. Então nessa parte a gente também orienta. É um aprendizado para eles. Por exemplo, a gente tem trinta reais e tem que comprar várias coisas, o que é mais importante naquele menu: “dá pra comprar tudo?”; “vamos comprar uma coisa mais cara ou não vamos?” (OF - 1, destaque nosso).</p> <p>E aí minha oficina ficou um tempo meio sem nome. Ficou um tempo como de Identidade, que era a ideia de pegar as poesias, as produções deles e digitalizar, colocar na página da Inverso, algo um pouco com o negócio da informática, mas isso talvez fosse um desejo mais meu e da E. do que deles. E aí, conversando com eles, sobre o que a gente poderia fazer, vieram esses jogos de poesia construída coletivamente, a gente começou a construir os personagens fictícios, que é a Roberta Clozapina, Bruce Litium, Fabianergan, e a gente constrói coletivamente na medida em que isso aparece (OF - 2, destaque nosso).</p> <p>Eu acho, e pra mim o L. uma vez falou: “a loucura, a gente sofre muito, mas é um ato de liberdade e de contestação”. E eu acho que é. Tu te dá o direito de ser louco, não deixam tu ser quem tu é. A sociedade não deixa. Me lembro no tempo da ditadura, tinham os loucos de rua que esculhambavam com os milicos. Aí internavam eles. Não tem a história dos contestadores pararem nos hospitais psiquiátricos? Eu acho que é essa reflexão. Que é a loucura é uma expressão de liberdade. De liberdade de quem eu sou. Foda-se a sociedade! (OF - 3, destaque nosso).</p> <p>Porque assim, é... Aparentemente as pessoas que frequentam a oficina eles estão desinstitucionalizados né? Mas quando comparece uma fala nesse sentido de “eu não posso preparar um arroz”, “eu não posso...” Tem frequentador que mora sozinho né? O M.: “Eu não posso ligar o fogão”, “eu não posso fazer uma salada porque eu vou ter que usar a faca pra cortar o tomate”. Então você vê que os espaços também vão engessando as pessoas né? E ali é um espaço potencialmente desinstitucionalizador, porque segurar uma faca que remete a uma coisa de periculosidade: “caramba! Vai dar uma faca na mão do sujeito!”. Não a faca é pra cortar o tomate só (OF - 4, destaque nosso).</p>

	<p>[...] essa questão da autonomia. Porque o alimento passa pelos afetos e o afeto é o que te dá sentido. O que te afeta é o que te dá sentido na vida. Então eu vejo que pra eles isso é muito importante. É mínimo, mas no final da oficina uma pessoa ter orgulho porque fez o arroz. Sabe? Eu acho que ali pode ampliar alguma coisa na convivência familiar e de enfrentamento mesmo, de falar da capacidade: “não, eu sou capaz”, “eu vou fazer”, “Deixa, confia em mim”. Então isso é ganho de autonomia. Porque alguns já tem pais idosos. Numa ausência desses pais eles vão pelo menos com a comida eles vão sobreviver. Pelo menos tem o arroz ali todo dia (risos). Eu também fico pensando assim, do olhar para o outro, de saber que o outro tá ganhando alguma coisa ou que eu já avancei alguma coisa que o outro ainda não conseguiu avançar sabe? Em algumas falas é assim: “Fulano, deixa que eu corto, porque eu já sei cortar melhor”, o tomate por exemplo. Então tem um autoreconhecimento assim, e isso é um ganho também, que vem da convivência. Porque outro te baliza (OF - 4, destaque nosso).</p>
	<p>Tanto que o nosso diferencial é que a gente faz encontros fora do espaço, a gente encontra os frequentadores num piquenique, num lual, num bloco de carnaval, em espaços que não estão dentro da instituição. A gente transcende a instituição, a gente encontra com a cidade (OF - 6, destaque nosso).</p> <p>Outra questão também é a questão das trocas sociais. Vai havendo as trocas sociais nesse convívio grupal. Eles vão podendo dizer “não escolhi isso, fui fazer outra coisa”, e o outro quando acontecer isso é uma troca social que ele já vai ter a possibilidade de aprender com essa convivência dentro do grupo (OF - 5/2).</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Espaço Formação Crítica e Militante</p>	<p>Ano passado foi um grupo grande de alunos da medicina de uma faculdade articular, e outro foi um grupo de terapia ocupacional da UnB que pediram para participarem da oficina e conhecer a Inverso. E nessa, com esses grupos, conseguimos envolve-los, um momento de explicar o que é a Inverso e tal. E teve um retorno muito grande desses alunos. Sobre a diferença que era o trabalho da Inverso em relação a outros lugares que eles visitavam. E assim, eu vi também que fez pra eles conhecer um serviço como é a Inverso. Até a professora falou quando eu disse que era muita gente para receber, ela disse: “por favor, se não é vocês, quem eu vou apresentar para eles como serviço diferenciado?”. Então, eu vi que a Inverso é um serviço diferenciado. Aí abrimos esse espaço para essa turma da medicina. Mesmo porque os frequentadores puderam falar o que eles esperam dos médicos, ou o que eles gostariam que os novos médicos fossem. Foi muito bom (OF - 1).</p>
	<p>Eu não posso fazer o semblante de analista, de psicólogo, fazer a cara de paisagem, voltar a pergunta pra pessoa, essas coisas que a gente aprende na faculdade, isso não dá cabo da experiência que a gente está tratando aqui. Então assim, os frequentadores sabem quem é minha namorada, os frequentadores sabem o que eu faço no meu tempo livre, conhecem minhas músicas que eu coloco aqui na oficina, então assim, tem algo de mais pessoal, tem algo de mais próximo, então eu acho que é justamente isso que traz uma potência maior (OF - 2).</p>
	<p>Nosso trabalho voluntário não é esse. Sabe por que? O nosso trabalho é político, é militância. Por isso ele é articulado com o movimento. Ele está na origem dele. Ele é militante. Nós não tínhamos que ser considerado voluntários. Militantes da saúde mental. (...) A militância. Agora eu acho também, que aí é um desafio, é a instabilidade. Nós tivemos excelente militantes que... A C. foi para Alagoas, a F. teve no Rio, o pessoal trabalha, casa, tem filho, e o pessoal quer trabalhar assim. E não encontra esse tipo de trabalho. Não encontra esse tipo de trabalho no aparelho do estado. Porque a política não é essa. E a Inverso nasceu disso: eu quero um lugar onde eu possa fazer o que eu acredito! E ter credibilidade... eu acho que entre o manicômio e a Inverso, tem os CAPS. E os CAPS, bom, dão mais confiança, porque lá tem psiquiatra, lá tem psicólogo... Nós somos desinstitucionalização (...) Mas por que que as pessoas que são cuidadas por nós eles dizem... eu lembro o L. disse: “eu aqui não sofro”. Eles entendem a diferença. Agora a sociedade, a família e as políticas também não (OF - 3).</p>
	<p>Quando eu faço avaliação de estágio, todos os alunos dizem “eu me transformei profundamente e as minhas relações também”. Porque tu sai de categorias: homem tem que ser assim; nessa idade tem que ser assim... não tem categorização e muito menos o diagnóstico (OF - 3).</p> <p>A Inverso na verdade me surpreendeu muito, eu, quando eu vim pra cá como aluno de direito, não sabia muito bem o que esperar, mas se eu pudesse resumir a Inverso em duas palavras seria convivência mesmo e o respeito. Então, uma coisa que o C. falou, é que no primeiro dia eu não conseguia muito identificar quem era o frequentador, quem era extensionista, quem era estagiário, e isso no começo eu não consegui entender, mas depois que eu fui pensar com calma eu achei muito legal. Porque as pessoas aqui são iguais. E isso é uma coisa que eu acho que difere a Inverso de outros lugares. E eu vejo assim, quem vem pra Inverso, seja frequentador, seja estagiário, sejam</p>

	<i>as pessoas que vem uma vez só pra conhecer, elas levam a Inverso como uma família, sacou? Eu estou no C. (Universidade), vou me formar, então não tem mais como eu vir como extensionista, vou ficar três meses, mas sempre que eu puder, que eu consiga vir aqui de vez em quando, eu sei que é difícil, as pessoas tem vários planos, as coisas mudam, mas eu tenho certeza que pelo menos como experiência foi muito enriquecedor pra mim, e tenho certeza para outras pessoas também (GF - Extensionista 1).</i>
	<i>No começo, quando a gente escolhe estagiar em saúde mental... eu não conhecia a ONG, e foi como o amigo M. falou a primeira vez que a gente entra aqui é muito difícil a gente saber distinguir quem é quem por essa convivência que a gente tem aqui, de bater um papo aqui, de trocar experiência, porque não é só a gente, mas eles também trocam muita experiência do que eles viveram com a gente. E no nosso caso que estamos aqui estagiando, e o estágio não está sendo aqui, e nas outras instituições que a gente vai, a gente leva muita experiência de cada passagem onde a gente vai. E aqui na Inverso é muito gratificante, quando a gente entra aqui, porque é totalmente diferente de como a gente vive com eles e eles vivem com a gente, diferente das outras. E o que faria eu voltar na Inverso, seria o mesmo, essa convivência com eles. Porque o futuro da gente, a gente nunca sabe o que é que vai ser, então, como eu não sei se vai ser essa área que eu vou seguir pra minha vida (GF - Estagiário 1).</i>
Desinstitucionalização é...	
	<i>Participação ativa (OF - 1).</i>
	<i>Eu acho que a questão da convivência. A convivência é o dispositivo privilegiado aqui (OF - 2).</i>
	<i>Eu pra mim, o que nós fazemos é saúde mental (OF - 3).</i>
	<i>Pra mim é ganho de autonomia (OF - 4).</i>
	<i>Cidadania. E combinando com tudo isso, uma das coisas que vale a pena é o preconceito (OF - 5/1).</i>
	<i>Cidadania. É ter o poder libertário de exercer seus direitos, por aí... ter a possibilidade de se expressar, de transformar. Cidadania e Transformação (OF - 5/2).</i>
	<i>Então eu acho que na nossa prática, a prática da desinstitucionalização, pode ser chamada a prática da poética, a prática do encontro, a prática da expressão, sem julgamento, sem classificações, é uma prática poética (OF - 6).</i>
Limites e Desafios	
	<i>[...] trabalho voluntário, para isso, a gente tem que aumentar a equipe e a prática. Porque se você fica ali o dia todo você tem que ter almoço ou outro tipo de serviço (OF - 1).</i>
	<i>A inverso acaba sendo um lugar para pessoas que não tem lugar. Não coube em lugar nenhum, cabe aqui. E isso tem lá a sua potência, mas também é muito difícil, porque a gente fica com essas pessoas refugiadas aqui dentro, fugindo dos outros serviços que não as acolhem, não as ouvem, aí elas acabam caindo aqui e acabam criando um vínculo. Mas é um vínculo... que a gente até discutiu outro dia, a pessoa sai da clínica de hospital dia, vai pra internação, tem alta na internação, não quer voltar pra clínica dia, não tem atividade, não tem AT, não tem vida social e acaba caindo aqui. A gente acaba interceptando muitas pessoas que estão nesse movimento eterno de hospital dia-CAPS- internação-hospital dia – CAPS – internação. As pessoas acabam saindo desse ciclo ao chegar aqui (OF - 2, destaque nosso).</i>
	<i>Então eu acho que falta algo a nível de comunicação institucional, dentro da própria Inverso, e essa questão da divulgação que inclusive eu estou fazendo parte de um grupo que a gente está fazendo em separado, que a gente tá fazendo pra promover conhecimento do trabalho que a gente faz. Porque ao eu ver, não adianta ser tão potente, né? Ter um trabalho de tanta qualidade e as pessoas não estarem sabendo. Os profissionais da rede pública sabem dos nossos serviços, os profissionais da rede particular também sabem, só que raramente indicam pessoas para vir aqui frequentar (OF - 2, destaque nosso).</i>
	<i>Eu acho que outro desafio é a questão da manutenção. Porque nós não temos, por exemplo, a parte administrativa e financeira é tudo feita nós aqui, eu, a T., a gente vai fazendo o que sabe, nós não temos um contador, sabe? Falta um mínimo de estrutura. Depois de 16 anos tem que ter. Porque antes era só uma utopia que se tornou possível (OF - 3, destaque nosso).</i>
	<i>Eu acho que por ser um trabalho voluntário, a gente faz oficinas que duram três horas por dia. Então por mais que tenha essa prática, eu acho pouco. Eu gostaria que a gente pudesse abrir o dia todo, num espaço maior. Porque ficar ali o dia todo ninguém merece, é sufocante (subsolo). Mas exatamente, por ser um Pessoalmente e atualmente é um desafio financeiro. Porque é um trabalho que logisticamente te demanda, você tem que estar lá e eu moro longe e tal. Emocionalmente me demanda, porque eu sinto falta, e pode ser um capricho meu, mas eu sinto falta do reconhecimento das famílias sobre o nosso trabalho. A sensação que me dá é que a família deposita ali. Por isso que pra mim é muito similar... similar não. Mas caminha pela institucionalização as vezes sabe? Tira de um espaço e coloca em outro. Pro frequentador é muito bom, mas pra família a sensação que me dá é só de deslocamento assim. Não quer contribuir, não quer participar (OF - 4, destaque nosso).</i>

<p><i>Acrescentando, aí vem um desafio grande é que a gente não consegue, em 16 anos aqui, um trabalho efetivo com as famílias. Eu mesma tentei, você já tentou, várias pessoas. Ao mesmo tempo que querem, não querem. Não vem no horário que eles pedem. Então um grande desafio é... Agora tipo as vezes até pensando, que não sei... se até outras coisas a gente consegue, por que essa família não está aqui? Eu já pensei! Agora quando a gente vai falar individualmente falar com a família somos muito bem recebidos, é “querida pra cá”, “mas eu agradeço muito você tá cuidando do meu filho” (...) Que paradigma é esse? Não é que a gente não tenha bom contato com eles ou que eles não nos aceitem. Eles não querem estar aqui? Eles não querem é estar junto com... Eu não sei! Pra ainda está cheio de interrogação. Tô aqui, mas não consigo... porque em todos os lugares em que eu já trabalhei sempre a gente trabalhava a família (OF - 5/2, destaque nosso).</i></p>
<p><i>é um desafio muito grande. Acho que a gente paga um valor muito alto por esse vanguardismo, porque muitas pessoas minimizam, subestimam o valor da Inverso porque ela é isso, não tem um crachá, um jaleco, um prontuário, não tem um sistema de controle. Então muitas vezes um familiar que vai indicar o seu membro fica um pouco incomodado, porque assusta esse sistema aberto, “mas como assim, eu vou deixar, eu posso embora?”. A gente tem toda uma liberdade que assusta, acho que a sociedade não entendeu, ou é difícil de entender esse sistema aberto, esse sistema desinsti de cuidado. Então talvez tenha isso aí. A gente sofre umas questões como muitas vezes tem períodos que tem poucos frequentadores. Sabendo que tem muita demanda, a gente tem poucos frequentadores. Receber dinheiro, se auto-sustentar também é difícil, porque a gente não tem convênio com plano de saúde, com laboratório de medicamento, a gente não cobra uma mensalidade dessas famílias, também por não se tratar disso, de uma clínica, não promete um tratamento ou uma possível cura, é..., tem vários fatores que faz também com que a gente sofra, sofra com esses desafios (OF - 6, destaque nosso).</i></p>
<p><i>Que uma das minhas principais críticas, é, crítica construtiva né. Seria exatamente esse meio de divulgação da Inverso mesmo. Eu vejo que tem muitas pessoas que poderiam se beneficiar da Inverso e como muitos falaram, as vezes é difícil você descobrir a Inverso. É um lugar pequeno, mas eu acho que poderia ajudar muito mais pessoas, de alguma forma (GF - Extensionista 1).</i></p>
<p><i>[...] que eu acredito que seria melhor é ter mais frequentadores. Alguma maneira que nós pudéssemos trabalhar com uma rede, até mesmo junto com o serviço público de saúde, porque com o particular eu acredito ser mais difícil, até pela questão econômica, capitalista da coisa né. Porque a clínica particular tem um propósito financeiro, de acumulo de dinheiro, e isso eu acho que seria muito bom nós termos mais rcompanheiros aqui, de luta, isso seria muito bom (GF - Frequentador 1).</i></p>
<p><i>Eu concordo com o que todo mundo aqui já disse, e concordo bastante com o que ela falou (E.) sobre o comprometimento, principalmente a participação da família, que é bem válido aqui, que não tem muito, ou nada, porque a gente quase não vê nenhuma família procurando aqui, saber qual que é o trabalho, como que está o seu familiar aqui dentro, o tipo de convivência que está tendo aqui, então eu acho que seria muito importante a participação da família (GF - Estagiário 2).</i></p>