

**A fabricação de políticas públicas e a criação de uma nova instituição
como um efeito do processo de ressocialização dos pacientes psiquiátricos no
Cândido Ferreira**

Lecy Sartori

Neste artigo, não pretendo fazer uma recapitulação histórica sobre as mudanças que acometeram a instituição Cândido Ferreira. Minha ideia é chamar a atenção para uma cronologia que descreve os acontecimentos que permitiram a invenção e a difusão de novas técnicas de *cuidado*. Procuo expor de que modo a saúde passou a ser problematizada por meio de um poder positivo que não mais subjugava os *pacientes* a partir de uma problematização da doença. Nesta perspectiva, ao contrário, ela é vista como decorrente de uma intensificação da vida em seu funcionamento. No final do século XX, o investimento de uma nova tecnologia de poder e de saber sobre a vida possibilitou aos *pacientes* viverem fora de grandes instituições de confinamento.

As mudanças nas práticas de assistência resultaram na configuração atual da organização do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Esperança (é precisamente este ponto que pretendo expor até o final do presente artigo). A versão exposta nesse trabalho me foi contada por alguns dos *profissionais* que trabalham no CAPS Esperança. No intuito de complementar esta narrativa, utilizo alguns trabalhos acadêmicos e artigos escritos por *trabalhadores* que participaram do processo de reforma no modelo de assistência do Cândido Ferreira. Com isso, procuro descrever as possibilidades que permitiram (aos *profissionais* da instituição) modificar a forma de controle dos *pacientes* psiquiátricos. O que antes se caracterizava por um modelo disciplinar (Foucault, 2002) de confinamento levado a cabo pelo hospital psiquiátrico em Sousas, agora configura-se em um modelo de controle “ao ar livre” (Deleuze, 2007: 220), modelo de assistência da atual *Rede* de saúde mental em Campinas.

No final da década de 1980, a instituição foi atravessada por forças políticas que vieram a modificar os rumos e os investimentos na área de saúde mental. Nessa época, algumas medidas foram colocadas em vigor, possibilitando que as equipes especializadas em saúde mental fossem incorporadas aos Centros e Postos de Saúde, enquanto eram criados serviços alternativos à hospitalização — como os atendimentos

ambulatoriais.¹ Tudo isso acontecia ao mesmo tempo em que a “política nacional de saúde”, com seu caráter preventivo, colocava em prática a reorganização da administração das políticas públicas no país, no ano de 1974. A partir de então, as ações tinham como meta organizar uma *Rede* de assistência que cobriria o território de atuação de uma determinada população. Procurou-se desenvolver a articulação dos espaços sociais e familiares, colocando aquele que seria o foco das ações terapêuticas como participante da gestão desses serviços.

No Cândido Ferreira, o processo de remodelação de sua política institucional passou, necessariamente, pela formação de gestores e pela elaboração de projetos. As *reuniões de supervisão e de planejamento* (ver Sartori, 2010) permitiram, por sua vez, estabelecer os objetivos dos cuidados em saúde, que seguem as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas propostas previam uma gestão democrática, em outras palavras: *profissionais* e *pacientes* responsáveis pela gestão institucional; equipes autônomas que promovessem saúde; uma clínica pautada na troca de saberes e investigações epidemiológicas, tanto na área de saúde pública quanto na de saúde mental.

No ano de 1990, os *profissionais* responsáveis pela gestão da instituição Cândido Ferreira assinaram a Lei do convênio de cogestão com a Prefeitura de Campinas. Antes do convênio, segundo meus interlocutores, o Sanatório Dr. Cândido Ferreira era uma instituição deficiente em recursos financeiros e técnicos, sua assistência aproximando-se daquelas antigas instituições psiquiátricas, como os hospícios. Os *pacientes* eram separados segundo suas enfermidades; todos dormiam juntos; tomavam banho no mesmo horário; existia o horário do café e o horário da medicação, o uso de celas fortes, o tratamento por eletrochoque e portas trancadas. Esse hospital psiquiátrico assistia a 131 *pacientes* crônicos.² Uma de minhas interlocutoras afirmou, certa vez, que o Cândido tratava os *pacientes* mais *complexos* (caracterizados por uma cronicidade produzida pela institucionalização ou, ainda, com algum comprometimento clínico) da

1 Para uma análise sobre a prática ambulatorial e a medicalização a partir de uma reflexão sobre a terapêutica clínica da saúde mental e suas modificações na prática médica, tendo em vista a articulação do modelo de tratamento das etiologias mórbidas em sua reconfiguração em face dos critérios culturais de percepção das enfermidades, ver Cardoso (1999).

2 Pacientes crônicos são aqueles que possuem patologias que não têm cura e, sendo assim, precisam de acompanhamento médico prolongado podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total de cuidados básicos da vida, ou seja, alimentação, higiene e deambulação.

região, já que estes eram encaminhados de Campinas para o distrito de Sousas (que se encontra a 11 quilômetros do centro da cidade).

O convênio firmado com a prefeitura de Campinas instituiu um “regime de cogestão e de cooperação mútua entre os partícipes”,³ que previa uma assistência hospitalar e, ao mesmo tempo, a construção de uma *Rede* substitutiva ao hospital psiquiátrico. Essa *Rede* materializava-se em projetos de instituições como os CAPS, as Residências Terapêuticas, as Oficinas de Trabalho e de Formação Profissional, o Projeto de Fitoterapia, o Projeto de Geração de Renda e os *Centros de Convivência*.

A cogestão promoveu alterações no estatuto da entidade, permitiu a criação de um *Conselho Diretor* composto por *profissionais* do Cândido, por representantes do Governo Municipal, do Governo do Estado, das universidades e de familiares dos usuários. A finalidade do conselho era solucionar problemas através do diálogo com os diferentes atores. Ainda hoje, todo o projeto assistencial, assim como a gestão dos recursos financeiros e as discussões políticas que sustentam o projeto da instituição são acompanhados pelo *Conselho Diretor*. Para meus interlocutores, a importância deste último está na resolução da problemática do equilíbrio entre as instituições integrantes da *Rede*, de modo que alguns lugares não sejam sobrecarregados com um grande volume de *pacientes* ou com situações problemáticas em CAPS do município – como, por exemplo, problemas que possam impedir o fluxo de *pacientes* e de informações entre as instituições. Para os meus interlocutores, o *Conselho Diretor* gerou uma autonomia institucional que franqueia aos *profissionais* a possibilidade de se posicionarem contra uma intervenção do município contrária aos princípios filantrópicos do Cândido Ferreira.

Antes de continuar a tratar das mudanças que acometeram a referida instituição, é preciso pontuar algumas questões sobre a conquista de direitos e a *cidadania*.⁴

3Prefeitura Municipal de Campinas, Termo de Convênio n. 28/07, Processo administrativo n. 07/10/5914, CNES: 2079003. Interessado: Secretaria Municipal de Saúde. O valor total do Convênio, com um período de duração 36 meses, está estimado em R\$72.948.297,96 (setenta e dois milhões, novecentos e quarenta e oito mil, duzentos e noventa e sete reais e noventa e seis centavos). Os recursos destinados à assistência hospitalar psiquiátrica e à rede substitutiva possuem o valor mensal de R\$1.726.387,00 (um milhão, setecentos e vinte e seis mil, trezentos e oitenta e sete reais).

4 Sobre a cidadania em seus desdobramentos na história, ver Foucault (1999 e 2006) e Castel (1978). Para um estudo detalhado sobre cidadania e Reforma Psiquiátrica no Brasil, ver Birman (1992), Luz (1994) e Oliveira (2003, 2005 e 2006). E, mais especificamente, sobre as questões de cidadania nas experiências de desinstitucionalização do Cândido Ferreira, ver Valentini (2001).

A Política da Reforma Psiquiátrica: efeitos de mudança

A ideia de direito está associada ao impacto dos movimentos sociais no campo jurídico. O direito está, por sua vez, imbricado à ideia de saúde, ou melhor, como afirmou uma das interlocutoras de pesquisa, a “saúde como um direito requer assistência prestada com dignidade e respeito ao *sujeito* em seu *sofrimento*”. Desse modo, tanto a noção de direito quanto a noção de saúde articulam-se no processo de invenção desse *sujeito*.

A discussão sobre *cidadania* para os portadores de transtornos mentais apareceu como um princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB),⁵ que teve seu estopim no final da década de 70, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). As experiências concretas, no entanto, só puderam ser visualizadas nos serviços públicos na década seguinte com a criação do primeiro CAPS — denominado Luiz Cerqueira — em São Paulo. Na década de 90, ocorreram iniciativas no que diz respeito à reforma da assistência pública em saúde mental. A RPB constituiu um processo histórico de questionamento e de reformulação das práticas psiquiátricas, com o objetivo de elaborar um novo modelo de atenção psicossocial e a inserção do *paciente* em uma rede de relações sociais.

Em 2001, os atores desse movimento reformista conquistaram a aprovação da Lei Paulo Delgado que prevê a desospitalização (diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos) dos *pacientes* psiquiátricos, que passariam a ser assistidos por novos serviços de atenção extra-hospitalares. Essa iniciativa somada à criação de novos serviços de assistência gerou um rearranjo dos investimentos econômicos, permitindo a criação de 800 CAPS no período compreendido entre o começo da década de 90 e o ano de 2007, o que levou à desospitalização de 60.000 leitos psiquiátricos no país. A partir de então, a política econômica de saúde deixou de investir nas internações psiquiátricas para concentrar seus recursos financeiros na elaboração de uma *Rede* de assistência à saúde mental. Nesse ínterim, o gestor público foi também responsabilizado pela “otimização dos recursos financeiros” (conforme a ata do Conselho Municipal de Saúde

⁵ A Reforma Psiquiátrica é um assunto discutido em grande parte das obras sobre saúde mental no Brasil. Entre as versões mais detalhadas estão os trabalhos de Amarante (1995, 1995a), Vasconcelos (2002) e Delgado (1992).

no dia 27/07/2001) que deveriam passar a ser investidos em serviços com menores custos, ao mesmo tempo em que deveriam privilegiar a relação de convênio com os serviços filantrópicos.

Foi ainda na década de 90 que os membros do movimento da Reforma Psiquiátrica assumiram cargos de planejamento governamental, cargos em órgãos de administração pública e no ensino. Este foi o caso do Professor Dr. Gastão Wagner de Souza, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que assumiu o mandato de Secretário da Saúde (de 2001 a 2003). Esse acontecimento levou a uma manipulação de forças políticas que permitiram o fechamento do hospital psiquiátrico Tibiricá, em Campinas. Os *profissionais* que trabalhavam no referido hospital foram realocados para a *Rede* de instituições do Cândido Ferreira, e seus recursos foram repassados para a administração do Cândido, a fim de serem investidos em serviços que constituiriam a *Rede* de saúde mental (cf. ata do Conselho Municipal de Saúde no dia 27/07/2001).

Os membros atuantes da Reforma Psiquiátrica incentivaram o processo de desospitalização, que não podia ser sinônimo de “desassistência”. Ou seja, o *paciente* psiquiátrico deveria ser cuidado por outros serviços que evitassem a situação de abandono. Contudo, segundo um colaborador de pesquisa, não bastava que o serviço em si fosse outro, era preciso oferecer novos dispositivos capazes de promover um respaldo institucional para que os *pacientes* criassem *vínculos*. Os *profissionais* do Cândido Ferreira, que participaram ativamente desse processo de mudança, acreditavam que o modelo de atendimento que priorizava a internação psiquiátrica produzia de forma violenta o isolamento e a exclusão social do *paciente*. E, desse modo, não respeitava os direitos dos *pacientes* psiquiátricos uma vez que não reconhecia seu estatuto de *sujeitos*.

A discussão sobre *cidadania* está presente nos textos das três Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001), que trazem uma reflexão a respeito do lugar social dos *sujeitos* portadores de transtornos mentais. Nessas produções teóricas sobre as políticas públicas, o termo *doente mental* foi substituído por *pessoas portadoras de sofrimento psíquico* e o termo *doença* foi substituído por *sofrimento psíquico*. A troca dos termos foi importante no sentido de modificar a própria forma de pensar esses *sujeitos*. De todo modo, os *pacientes* passaram a não mais serem pensados a partir de seu diagnóstico, e sim como *sujeitos constituídos por seus sofrimentos* e, ao mesmo tempo, pelas práticas de *ressocialização*, pelas novas tecnologias de *cuidado*,

controle, obediência e assujeitamento previstas nas relações institucionais de solidariedade.

Foi a partir dessa ideia de *sofrimento* que os *profissionais* que trabalhavam no Cândido Ferreira procuraram construir um modelo de assistência que priorizasse a “qualidade de vida” e os “direitos de cidadania dos portadores de *sofrimento psíquico*” (conforme a terapeuta ocupacional do CAPS). Isso aconteceu como parte do processo de desinstitucionalização promovido pelos *profissionais* que pretendiam resolver “questões mais urgentes de cidadania” (conforme a enfermeira do CAPS), questões essas referentes às moradias assistidas, aos benefícios sociais (programa de volta para casa) e previdenciários (aposentadoria por invalidez), às práticas de reabilitação psicossocial, em resumo, ações que produziam *cidadania*. A conquista do benefício constituiu uma condição de possibilidade para o *paciente* viver nas moradias assistidas, comprar seu alimento, suas roupas e utensílios pessoais. Os *pacientes* que residiam nesses locais, em sua maioria, haviam sido abandonados por suas famílias. A aquisição de um documento de identificação pessoal permitiu a alguns deles a descoberta do verdadeiro nome e, em outros, permitiu a localização e o encontro de alguns *sujeitos* (internados no hospital) com suas famílias. Em relação ao trabalho, os *profissionais* do CAPS Esperança afirmam que os *pacientes* que realizam uma atividade têm menos *crises*. Sendo assim, no processo de *ressocialização*, a saúde foi investida por práticas que potencializaram as capacidades individuais, ao invés de se limitar às questões relacionadas aos sintomas e à doença.

A *cidadania* como um direito a um *tratamento humanizado* ou um direito à saúde⁶ (ou seja, um tratamento produzido a partir da saúde e não a partir da doença), aparece como uma afirmação de vida em um processo no qual o *profissional* procura fazer “aparecer o sujeito” como responsável por seu tratamento. Trata-se de uma nova tecnologia de *cuidado* que transfere para o próprio *sujeito* o poder de produzir a verdade sobre seu *sofrimento*. Como aponta Silva (2005), as práticas de *responsabilização* dos *sujeitos* por seus sintomas e *sofrimentos* fazem parte do próprio processo terapêutico que permite aos usuários (*pacientes*) abandonarem a situação de vítima de uma ciência

6 Luz afirmou que a percepção social da saúde é um direito de cidadania (Luz, 1994, p. 136). Essa ideia está vinculada aos movimentos sociais do fim da década de 70. A Reforma Sanitária descreveu a noção de saúde como um conjunto de condições coletivas de existência e como expressão participativa do exercício de direitos de cidadania – como direito ao trabalho, ao salário e direito à participação ativa na gestão de políticas institucionais.

médica. Neste caso em particular, a afirmação de vida está diretamente relacionada com a construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI). Nessa época (década de 90), os *profissionais* do Cândido saíam pelo hospital afora perguntando aos *pacientes*: “Como você gostaria de viver? O que você gosta de fazer?”. A ideia era construir o PTI a partir das necessidades e interesses dos *pacientes*, no intuito de que frequentassem os grupos e criassem *vínculos* com outras pessoas.

A *responsabilização* e a participação ativa do *paciente* em seu processo de tratamento permitiram que saísse do espaço asilar e se reunisse em grupos para solicitar, por meio das políticas públicas, seus direitos. Como afirmou uma interlocutora de pesquisa: “Eu acho que quem tem que militar pela verba não é o trabalhador ou o gestor, mas esses atores (*pacientes*) dentro do *conselho local*⁷”. Assim, pode-se observar uma transformação na qual operam mecanismos positivos de poder que incidem sobre a vida e suas potencialidades particulares, estimuladas pela *equipe técnica*. De fato, os *profissionais* passam de um tratamento que buscava a cura da doença para o uso de uma nova tecnologia que problematiza a existência e promove a saúde — que já não é de única responsabilidade do médico — por meio da transformação da vida. Promove-se, ainda, um novo tipo de controle sobre os *sujeitos*, que deixa de ser apenas disciplinar, passando a exigir sua participação por meio de um pacto democrático (Passeti, 2003: 228) que deve ser continuamente negociado em suas atuações no interior das políticas públicas.

A *cidadania* é pensada como um *manejo* da vida dos *sujeitos* que precisam de um anteparo institucional para construir laços sociais. A vida, nessa perspectiva, é concebida como algo em contínua elaboração, como ação, modificação, mobilidade, acontecimento e experiência. A invenção dessa nova tecnologia de *cuidado* só foi possível a partir de alguns acontecimentos que ocorreram no Cândido Ferreira.

7 O conselho local faz parte de uma diretriz do SUS. Com esta finalidade, realiza-se uma reunião mensal no CAPS Esperança da qual participam seu gerente, os representantes dos funcionários, dos pacientes e alguns familiares. O conselho local de saúde (CLS) é uma instância que tem por função acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde a serem realizadas na área de abrangência do Distrito Leste de Campinas. A disposição do conselho segue as diretrizes da Política Municipal de Saúde em conformidade com a Lei Orgânica do Município e com as Leis Federais 8.080/90 e 8142/90.

A Reforma no Modelo Manicomial: a composição de uma nova proposta de assistência

No final da década de 90, a cidade de Campinas foi palco de ações governamentais que municipalizaram os serviços estaduais de saúde. Segundo uma de minhas interlocutoras, o fracasso⁸ da proposta de mudança promovida pela cidade de Santos, São Paulo, no fim da década de 80, ainda ressoava negativamente sobre os *profissionais* que trabalhavam no Cândido.⁹ Todavia, as transformações ocorridas na instituição não tiveram o caráter de intervenção e de modificação radical do modelo hospitalar como verificado em Santos. No Cândido Ferreira, este processo caracterizou-se por uma reforma do modelo, que reverteu o investimento da assistência hospitalar para a *Rede* de instituições.

Na década de 90, o Cândido Ferreira firmou uma parceria com a Unicamp que resultou na formação de vários dirigentes e gerentes em cursos de especialização em saúde pública. Estes últimos são responsáveis pela organização e execução dos objetivos terapêuticos de cada instituição. A parceria com a Universidade e com a Secretaria de Saúde do Município permitiu a execução de projetos elaborados pelos *profissionais* da instituição. Alguns projetos resultaram no fechamento de alas psiquiátricas e na criação de instituições como o Hospital-Dia, os CAPS, os *Centros de Convivência* e Arte, as Moradias Assistidas, o Cândido-Escola e as oficinas de trabalho.

Na mesma época em que o Cândido firmou o convênio de cogestão com a prefeitura de Campinas, ocorreram mudanças significativas, principalmente no que diz respeito a uma nova perspectiva de modelo assistencial e de gestão de *cuidados*. Em março de 1991, começou a funcionar, no Cândido Ferreira, o Hospital-dia (HD).¹⁰ Essa instituição, primeiramente criada como um espaço intermediário entre o atendimento

8 O fracasso mencionado pela interlocutora está ligado às experiências de Santos. O município não preservou o sistema adotado após a intervenção. Desse modo, os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) foram abandonados pela administração pública e, atualmente, resumem-se a “Núcleos de assistência, nos quais existe pouca responsabilização pelas demandas locais. Assim, não ocorre mais a polarização entre psiquiatria e antipsiquiatria, restando o polo da psiquiatria que, isolado, tende a se limitar às suas funções de controle dos desvios” (Kinoshita, 2009: 8).

9 Sobre a experiência da desinstitucionalização em Santos, ver Mendoza (1998).

10 Um interessante estudo sobre o Hospital-dia e sobre a “Nova Psiquiatria” pode ser encontrado em Venâncio (1990).

oferecido pela assistência básica e a internação integral do hospital psiquiátrico, funcionava como um ambulatório. O HD foi criado com o objetivo de atender os *pacientes em crise* e, posteriormente, encaminhá-los para a atenção básica à saúde.¹¹ Com a criação do HD, a *equipe* interdisciplinar precisou rever o modelo de assistência, já que os *pacientes* não necessitavam de um atendimento ambulatorial, mas de *cuidados* intensivos. De acordo com um interlocutor de pesquisa, estes últimos já haviam passado por várias internações psiquiátricas, o que lhes causou um rompimento com *vínculos* familiares e laços sociais estabelecidos em uma realidade social. Assim como afirmou uma interlocutora de pesquisa, tratava-se de *pacientes* “cronificados em um mundo de impossibilidades e vulnerabilidades”. Em outras palavras, os *profissionais* reformularam a assistência do HD para atender à *demanda* por tratamento intensivo, visto que se tratavam de *pacientes* com históricos de muitas internações psiquiátricas e desconectados de uma rede de relações sociais.

Segundo Cavalcante (*et al.*, 2001: 115), a *equipe* do HD posicionou-se na tentativa de interceder e intermediar a vida dos *sujeitos* com dificuldades de estarem no mundo. A relação terapêutica funcionaria por meio do *olhar* e da *escuta clínica*. O *olhar* seria anterior a qualquer intervenção — um *olhar* especialista que, em seu exercício concreto da observação, permitiria (e permite) a percepção de um imediato sensível e a análise do *paciente*. Meus interlocutores afirmam que, por meio da experiência do HD, foi possível demonstrar que a *crise* não está desvinculada da história de vida do *sujeito*. A *escuta* é considerada algo que traria um sentido ao discurso do *paciente*. Dessa forma, criou-se um espaço no qual o *paciente* pode permanecer por mais tempo, sendo objeto de um atendimento meticuloso que *observa* e *cuida* dos sintomas mais incômodos. A *observação* permite analisar o conteúdo daquilo anteriormente percebido pelo *profissional*, ao mesmo tempo em que essa percepção está relacionada aos interesses e impressões oferecidas pela fala do *paciente*, indutores de sua terapêutica.

Enfatizo, nesse ponto, que a perspectiva do *cuidado* se modificou ao longo do tempo. De acordo com um interlocutor de pesquisa, os *profissionais* utilizaram da *escuta* para entender as necessidades e expectativas do *sujeito*, as quais levaram a

11 Atenção Básica é um conjunto de ações que promove a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica considera o indivíduo em sua singularidade e, aqui no Brasil, conta com a organização estratégica da Saúde da Família, em projetos como: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Bucal etc. (<http://www.guanambi.ba.gov.br/v2/saude/dab.php>).

equipe a construir o Projeto Terapêutico Individual (PTI). A *equipe* do HD manteve uma proposta interdisciplinar, contrária àquilo que se denominou “somatória de especialidades” ou, ainda, uma separação por “núcleos de competência”, já que, nas discussões sobre o PTI, o *cuidado* era compartilhado por toda a *equipe*. As discussões entre os terapeutas aconteciam semanalmente, durante as *reuniões de equipe*. Desde seu início, o HD contou com as *supervisões clínicas* e, posteriormente, com as *supervisões institucionais*. Ao compartilhar com o *paciente* as *responsabilidades* do *cuidado*, a *equipe* inventou uma nova forma de administrar os problemas por eles enfrentados na vivência cotidiana. “Entendemos que somos terapeutas e que precisamos estar junto dos pacientes, sustentando-os na família, na moradia, nos grupos, na rua...” (Cavalcante, 2001: 116).

O HD, como espaço de experimentação, funcionou com três modelos distintos de assistência: o *Módulo*, o modelo de *Referência Individual* e o modelo da *Equipe de Referência*. O *Módulo*, como foi denominado o primeiro deles, caracterizava-se por um tratamento pautado em um programa de atendimento oferecido tanto para *pacientes* psicóticos, como para os neuróticos graves e pessoas dependentes de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Esse modelo compreendia espaços que priorizavam a palavra compartilhada, como os “grupos de verbalização”, de “atividades específicas” e de medicação. Havia um *profissional* que coordenava o *Módulo*, sendo responsável pelo PTI dos *pacientes*. Cada *Módulo* cuidava daqueles com um determinado “perfil”, definido na triagem por seus sintomas e grau de *autonomia*. Os *profissionais* lhes ofereciam grupos terapêuticos e a possibilidade da *convivência*.

O fracasso do *Módulo* aconteceu quando, em meados da década de 90, o número de *pacientes* atendidos duplicou — dos 60 que inauguraram o HD, passou-se a 120 *pacientes* em quatro anos. Paralelamente a isso, o município de Campinas passou por uma crise financeira que abalou a assistência à saúde pública. Entretanto, no interior do HD, começaram a surgir outros questionamentos, tais como: a escassez dos espaços destinados a discutir o projeto terapêutico e a centralização de informações na figura do coordenador do *Módulo* que, naquele momento, assumia todas as *responsabilidades* por seus *pacientes*.

Ao repensar a *clínica*, os *profissionais* que trabalhavam no HD começaram a pensar nos desejos e nas *demandas* dos seus *pacientes*. Desse modo, o funcionamento

do HD começou a se modificar em direção a uma estrutura de *referência individual*, na qual um técnico se tornou referência para um grupo de *pacientes*. A particularização da atenção norteou esta nova perspectiva, fazendo com que os *profissionais* adequassem os recursos institucionais ao tratar cada *paciente*. A “atenção” prestada na assistência foi caracterizada por um conjunto de práticas de *cuidado* que visavam à reabilitação psicossocial do *sujeito*. Por outro lado, a “atenção” aos *pacientes* implicava atitudes sobre suas vidas e sobre suas relações afetivas, sociais e familiares.

O atendimento particularizado ou a atenção individualizada revelava-se eficaz no processo de *ressocialização* dos *sujeitos*. Para que isso fosse possível, foi criado o *técnico de referência* (ou *profissional de referência*), responsável por acompanhar e avaliar os Projetos Terapêuticos Individuais. Este último não precisava participar de todas as atividades junto ao *paciente*, mas se esperava que acompanhasse, mesmo que à distância, o andamento de suas atividades por meio da comunicação estabelecida com os *profissionais* da *equipe técnica*.

O processo de reabilitação tinha como meta desenvolver-se a partir de um tratamento para cada *paciente* em suas *demandas* particulares. Apesar disso, buscou-se a invenção de um “indivíduo instituinte” (Furtado, 2001: 48), ou seja, um *sujeito* entendido como efeito de uma política de assistência que inventava práticas de individualização. Entretanto, para o autor, foi somente desse modo que os *profissionais* conseguiram atingir os objetivos da desospitalização. A motivação incessante para construir *vínculos* e relações sociais precisava advir da “natureza dos indivíduos” (Duarte, 1996: 168), ou seja, de sua constituição individual. No que diz respeito às políticas públicas, as práticas democráticas promoveram o acesso à educação, à atuação política e ao estabelecimento da *cidadania* (Duarte, 1993). Nesse caso, o processo que a tornava possível dependia da relação dos *sujeitos* com o mundo e de sua atuação como indivíduos. A *cidadania* possibilitava escolhas frente às relações de conversão e conscientização. A primeira, ou seja, a *responsabilização* direta do *paciente* pela produção de sua saúde, passa necessariamente pela atuação ética do *profissional* na relação terapêutica.

O modelo de *Referência Individual* mostrou-se ineficaz no processo de transformação almejado, permitiu, no entanto, à *equipe* avaliar suas dificuldades de interlocução, possibilitando, desse modo, a construção de novos princípios para

direcionar suas práticas. Por um lado, os princípios orientavam uma nova concepção *clínica* experimentada pela *equipe* ao buscar apreender a subjetividade e a singularidade dos *pacientes*. Por outro, ficou patente que as mesmas críticas feitas ao modelo do *Módulo* ainda persistiam naquele da *Referência Individual*. Sendo assim, os *profissionais* avaliaram que o modelo de funcionamento existente não seria eficaz para a ideia de assistência que gostariam de colocar em prática. A *equipe* desejava algo que pudesse sustentar o *vínculo* entre o *profissional* e o *paciente*, ao mesmo tempo em que necessitavam de uma *equipe* flexível às questões e impasses que estes últimos traziam para o cotidiano institucional.

A *supervisão clínica* (isto é, uma reunião da qual participa toda a *equipe técnica* para discutir um *caso clínico*) e a discussão dos casos novos (*triados* e *acolhidos*) pela *equipe* no HD foram soluções encontradas no intuito de manter e criar *vínculos* com os *pacientes*. Isso era feito a partir do estabelecimento de uma relação contratual. O *paciente* que firmava esse acordo tinha a obrigação de seguir as prescrições contidas no PTI — ou seja, integrar os grupos, as *oficinas*, comparecer e participar das atividades. Nesse sentido, seu *profissional de referência* tinha o controle da frequência com que ele comparecia às atividades. Todas as informações adquiridas na *escuta terapêutica* circulavam pela *miniequipe* ou, algumas vezes, o *caso* era discutido em *supervisão clínica*. Após esta última, os *profissionais* voltavam seus olhares para o caso do *paciente*, o que proporcionava um movimento que impedia que este último ficasse esquecido em meio aos fluxos burocráticos e institucionais.

A partir dessa experiência, a *equipe* constituiu-se em três *Equipes de Referências* (ou *miniequipe*), que se reuniam semanalmente para discutir os projetos terapêuticos. Desde a década de 90, as miniequipes já eram caracterizadas como interdisciplinares, ao mesmo tempo em que procuravam manter o *vínculo* com *pacientes* e seus familiares.

O HD funcionava com cerca de 140 *pacientes*, cada um dos quais com sua rotina institucional prescrita no PTI. A *equipe* contava com *profissionais* de diferentes formações — alguns deles sem formação acadêmica, mas com experiência de trabalho em saúde mental. Eram “quatro psicólogas, três psiquiatras, um psicoterapeuta, uma enfermeira, duas terapeutas ocupacionais, quatro auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, duas monitoras, uma auxiliar administrativa e os estagiários” (Cavalcanti, 2001: 119). O horário de funcionamento do HD era de segunda à sexta-

feira, das 8 às 17h. Os *pacientes* que fossem passar o dia neste local contavam com várias atividades: almoço, lanche, grupo medicação e oficinas. Os grupos foram dispositivos utilizados como espaços privilegiados, uma vez que permitiam, segundo meus interlocutores, “estar junto” do *paciente* e compreender suas diferentes linguagens — não somente a verbal, mas também sua expressão social e corporal.

O *paciente* que se dirigia ao HD passava por uma *triagem* que o colocava em contato com os diferentes *profissionais* de sua *equipe de referência*. Este processo durava dias, uma vez que a *equipe* precisava arrolar informações suficientes no intuito de construir o PTI que, por sua vez, delineava as prescrições das atividades práticas, dos encontros e do conjunto de intervenções dos quais o *paciente* deveria participar dentro ou fora da instituição. As atividades que poderiam integrar o PTI eram: o atendimento individual, o atendimento em grupo, a arte terapia, o grupo de medicação, o grupo de família, o grupo de bordado, o grupo de expressão corporal, o grupo de terapia ocupacional, o grupo de encontro, a *assembleia* e o acompanhamento terapêutico (AT).

Nessa época, a *equipe* implantou o projeto de regionalização ou *lógica do território*, influenciado por ideais do SUS, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, as instituições puderam ser inseridas em distintas regiões da cidade para prestar atendimento aos moradores. Ao descentralizar o atendimento psiquiátrico, as instituições inseridas no território se aproximavam de outras, que prestavam assistência à saúde. A inserção neste movimento possibilitou o estreitamento dos laços e das relações com as famílias dos *sujeitos* tratados, visto que, para meus interlocutores, estas últimas podem contribuir com valiosas informações para o entendimento do *sofrimento* do *paciente*. Foi nesta perspectiva que o HD se deslocou de Sousas para o Distrito leste de Campinas, separando-se do espaço do Cândido Ferreira. O Hospital-Dia transformou-se, assim, em CAPS Esperança, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana e com espaços de atenção à *crise* como os leitos noite.

Os efeitos políticos dos acontecimentos: conclusão

Neste artigo, procurei expor como eventos políticos provocaram mudanças na instituição Cândido Ferreira, sobretudo no que diz respeito à chamada unidade dos moradores. No interior de suas quatro repartições existia uma unidade mais complexa (composta por *pacientes* crônicos e por alguns com diagnóstico de deficiência mental grave), denominada Casa Branca. Além dessa última, existiam outras três: Primavera, Arco-Íris e Paraíso. As duas últimas alas foram fechadas e seus moradores absorvidos pelo projeto das moradias assistidas. Outro ponto de inflexão foi verificado no modelo da ala, no interior do hospital, o qual se embasava em mapas ilustrando a epidemiologia, a idade e o local onde os *pacientes* dormiam. Segundo uma enfermeira do CAPS, essas informações não diziam quase nada sobre os *sujeitos*, uma vez que não explicitavam as *demandas* e tampouco as particularidades de cada indivíduo.

A criação de uma nova tecnologia de *cuidado* só foi possível a partir da mudança na concepção de construção das intervenções terapêuticas. Segundo meus interlocutores, as práticas de *cuidado* estão pautadas nas necessidades e desejos de cada *sujeito* em particular. A partir desse momento, não é mais a cura da doença que importa para o processo de *ressocialização*, mas a subjetividade individual. De fato, o *sujeito* acaba por tornar-se um efeito das práticas terapêuticas, mas é também atuante e voluntário no processo de elaboração do *cuidado* de si, ou melhor, daquilo que o controla. Ao interpelá-lo, o *profissional* desvenda o seu desejo, pensado como aquilo que impulsiona o *paciente* a agir e a buscar seus interesses. Esse desejo é tomado como ponto fundamental para a elaboração das intervenções de *cuidado* que, por um lado, administram o *sofrimento* dos *sujeitos* e, por outro, governam seus interesses, dispondo-os no caminho da *ressocialização*.

Nesse sentido, como resultado da crítica feita pelos *profissionais* acerca do modelo da ala, ocorre, neste momento, a construção do Projeto Terapêutico Individual (PTI). O PTI trouxe consigo a possibilidade de reunir as informações sobre o *sujeito* e seu tratamento, bem como informações práticas como a frequência com que o mesmo participava das atividades institucionais, o tipo de atendimento (individual ou em grupo), as oficinas que ele frequentava, uma pequena descrição de sua história de vida e de seus sintomas recorrentes. A lógica de assistência que se configurava no tratamento da ala era exatamente o que os *profissionais* do Cândido Ferreira tentavam reverter. Em resumo, no modelo de assistência prestado pelo CAPS Esperança verifica-se uma fusão

entre os modelos do *Técnico de Referência* e da *Equipe de Referência*, em práticas como a *escuta terapêutica* e o tratamento particularizado.

Referências Bibliográficas

Birman, J. 1992. A cidadania tresloucada, pp. 71-90. In B Bezerra Jr & PD Amarante (orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Ed Relume-Dumará, Rio de Janeiro.

Castel, R. 1987. *A gestão dos riscos: da psiquiatria à pós-psicanálise*. Francisco Alves, Rio de Janeiro.

_____. 1978. *A Ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Editora: Graal. Rio de Janeiro.

Cardoso, M. 1999. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. Editora da Ufscar. São Carlos.

Cavalcanti, A. R.; Campos, G. C. M.; Aros, M. S.; Pacheco, R. A.; Souza, S. F. M.; Palmieri, T. C. —Hospital-dia Nossa experiência em Campinas||. In: Harari, A.; Valentini, W. (Orgs.). 2001. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo. Ed. Hucitec.

Deleuze, G. 2007. *Conversações*. Editora 34. São Paulo.

Duarte, L. F. D. 1996. Distanciamento, reflexividade e interiorização da pessoa no ocidente. *Mana* 2(2):163-176.

Duarte, L. F. D.; Barsted, L. L.; Toulous M. R.; Garcia, M. H. 1993. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 8(22): 5-19.

Foucault, M. 1999. *A História da Loucura na Idade Clássica*. Editora: Perspectiva. São Paulo.

_____. 2002. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Editora Vozes. Rio de Janeiro.

_____. 2006. *O poder psiquiátrico*. Martins Fontes, São Paulo

_____. 2006. —Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: *Ditos & Escritos IV – Estratégias, Poder-saber*. Ed. Forense Universitária, São Paulo.

Kinoshita, R. T. 2009. Saúde Mental e Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cad. Brasil de Saúde Mental*, vol.1, n.1, jan-abril. Acesso ao artigo pelo site: <http://www.congressodesaudemental.ufsc.br/>.

Luz, M. T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre. v. 7, p. 108-128, dez. 1995.

Oliveira, A. G. B de. 2003. *A Reforma Psiquiátrica Em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. Tese de Doutorado.

_____. 2005. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1): 191-203.

_____. 2006. —Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Revista da Escola Anna Nery, v.10, n.4. Rio de Janeiro.

Sartori, Lecy. 2010. O Manejo da cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial. Dissertação de Mestrado. PPGAS-UFSCAR. São Carlos, São Paulo.

Silva, M.B.B. 2004. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado. UERJ – Rio de Janeiro.

_____. 2007. O Técnico de Referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? Revista Vivência (Natal), n. 32.

Vasconcelos, E. M. 2002. *Saúde mental e serviço social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Editora Cortez. São Paulo.

Valentini, W. 2001. Nenhum Ser Humano Será Bonsai. In: Harari, A.; Valentini, W. (Orgs.). 2001. *Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*. São Paulo. Ed. Hucitec.

Venâncio, A. T. A. 1990. *Sobre a —Nova Psiquiatria no Brasil: Um Estudo de Caso do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado PPGAS Museu Nacional, Rio de Janeiro.