



**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PROCESSOS FORMATIVOS
NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Juliana Cerutti Ottonelli

Fonte: Mentres vívidas. Disponível em: br.depositphotos.com. Acesso: setembro, 2020.¹

¹ Em concordância com a Tese aqui defendida, a figura implica nos processos de subjetivação dos profissionais da saúde mental ao considerar que a reabilitação psicossocial ocorre a partir dos processos formativos e das próprias experiências que conduzem o exercício da autonomia e da autogestão do cuidado.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS– UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
NÍVEL DOUTORADO**

JULIANA CERUTTI OTTONELLI

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PROCESSOS FORMATIVOS
NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

São Leopoldo/RS

2020

JULIANA CERUTTI OTTONELLI

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PROCESSOS FORMATIVOS NA
PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maura Corcini Lopes.

SÃO LEOPOLDO/RS

2020

O91e Ottonelli, Juliana Cerutti.
Educação permanente em saúde mental : processos formativos na perspectiva da reabilitação psicossocial / por Juliana Cerutti Ottonelli. – 2020.
244 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Educação, São Leopoldo, RS, 2020.
“Orientadora: Dr^a. Maura Corcini Lopes”.

1. Educação permanente em saúde. 2. Saúde mental.
3. Reabilitação psicossocial. 4. Governamento. 5. Gestão.
6. Autonomia. I. Título.

CDU: 37:613.86

JULIANA CERUTTI OTTONELLI

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL: PROCESSOS FORMATIVOS
NA PERSPECTIVA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Tese de doutorado defendida e aprovada como requisito parcial à obtenção do título de
Doutora em Educação pela banca examinadora constituída por:

São Leopoldo, _____ de _____ de 2020.

Orientadora Prof.^a Dra. Maura Corcini Lopes
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof.^a Dra. Betina Schuler
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof.^a Dra. Cristiane Famer Rocha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dra. Eli Terezinha Henn Fabris
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof.^a Dra. Neuza Maria Guareschi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

São Leopoldo 2020

LISTA DE SIGLAS

ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social;
ACS – Agentes Comunitários de Saúde;
AT – Acompanhamento Terapêutico;
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;
CGESP/SAA/SE – Coordenação Geral de Gestão de Pessoas;
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição;
CIES – Comissões Integração Ensino Serviço;
CNSM – Conferências Nacionais de Saúde Mental;
CODEP – Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas;
DEGES – Departamento de Gestão da Educação em Saúde;
DSM V – Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais – 5ª edição;
EAD – Ensino a Distância;
EP – Educação Permanente;
EPS – Educação Permanente em Saúde;
EUA – Estados Unidos da América;
FHC – Fernando Henrique Cardoso;
GAM – Gestão Autônoma da Medicação;
GEPI – Grupo de Estudos e Pesquisa em Inclusão;
GM – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde;
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;
IPES – Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais;
LULA – Luís Inácio Lula da Silva;
MS – Ministério da Saúde;
MTMS – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental;
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial;
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
OMS – Organização Mundial de Saúde;
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde;
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Âmbito do SUS;
PEPS – Polos de Educação Permanente em Saúde;
PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde;

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

PNAD – Política Nacional sobre drogas;

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental;

PRÓ-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde;

PT – Partido dos Trabalhadores;

PTS – Projeto Terapêutico Singular;

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial;

RET/SUS – Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS;

RP – Reforma Psiquiátrica;

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel à Urgência;

SGTES – Secretaria de Gestão de Trabalhos e da Educação em Saúde;

SILOS – Sistemas Locais de Saúde;

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde;

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

UNA – Universidade Aberta do Brasil;

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura;

UPA – Unidade de Pronto Atendimento;

VER-SUS – Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Materiais de análise.....	69
Quadro2 - Materiais selecionados.....	70
Quadro 3 - As Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	75
Quadro 4 - Leis Nacionais de Saúde Mental.....	77
Quadro5 - Portariase notas técnicas.....	80
Quadro 6 - Educação permanente das equipes da atenção básica.....	90
Quadro 7 - RAPS e os processos de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.....	92
Quadro 8 - Trajetos da construção da Política de Educação Permanente em Saúde.....	94
Quadro 9 - PNEPS e Saúde Mental.....	101

RESUMO

A presente Tese trata da educação permanente em saúde na perspectiva da saúde mental, a partir de uma inspiração foucaultiana. Buscou-se problematizar a formação dos profissionais de saúde mental no cotidiano dos seus serviços a partir das alterações da Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como recorte temporal o período de 1987 a 2019 por comporem o quadro político na área. Para tanto, foi realizada uma análise documental das Conferências Nacionais de Saúde Mental, da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Decorrentes de tal procedimento foram criadas duas categorias de análise que tratam da possibilidade da construção de uma educação psicossocial engajada nos processos de reabilitação psicossocial, e das tecnologias de governmentação que são operadas na formação em saúde mental. As análises permitiram perceber que a construção de um novo lugar social para o sofrimento psíquico permite a autogestão do tratamento e consequentemente, das condutas referentes aos processos reabilitadores, que se dão por meio da inserção no trabalho e do fortalecimento dos laços sociais do sujeito com sofrimento psíquico, bem como a gestão e a responsabilização pela própria saúde e de seus riscos pelas equipes de saúde e pelos próprios usuários dos serviços de saúde mental. Conclui-se a pesquisa afirmando que, os discursos gestores, presentes nas políticas, atuam com o intuito de desenvolver nos indivíduos envolvidos na área, habilidades de autonomia e responsabilização pelas suas ações em atividades ocupacionais e sociais da vida, o que faz defender a Tese que, as políticas de saúde mental e de educação permanente em saúde ao operarem por meio de estratégias gestoras ativam, tanto nos profissionais quanto nos sujeitos com sofrimento psíquico, competências de autocondução de acordo com o princípio de autonomia.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde. Saúde Mental. Reabilitação Psicossocial. Governmentação. Gestão. Autonomia.

ABSTRACT

The present Thesis deals with continuing education in health from the perspective of mental health, from a Foucaultian inspiration. It aimed at problematizing mental health professionals' daily formation in their services, based on the changes in the Brazilian Psychiatric Reform, with a temporal cut-off period from 1987 to 2019, as they are part of the political framework in the field. Therefore, a documentary analysis of National Conferenceson Mental Health, National Policyon Mental Health and National Policyon Permanent Health Education was performed. As a result of such procedure, two categories of analysis were created, dealing with the possibility of building a psychosocial education engaged in psychosocial rehabilitation processes and governance technologies that are operated in mental health training. The analyses allowed for there alization that the construction of a new social place for psychic suffering allows for self-management of treatment and, consequently, of behaviors related to rehabilitating processes, which take place through insertion into work and strengthening of the subject's social bonds with psychic suffering, as well as management and responsibility for his/her own health and risks by health teams and by the users of mental health services themselves. The research concludes bystating that the management speeches, present in the policies, act with the purpose of developing in the individuals involved in the field, abilities of autonomy and accountability for their actions in occupational and social activities of life, which makes the Thesis defend that, the policies of mental health and permanent education in health when operating through management strategies activate, both in professionals and subjects with psychic suffering, self-conducting competences according to principle of autonomy.

Keywords: Permanent health education. Mental Health. Psychosocial Rehabilitation. Governance. Management. Autonomy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS (DES)CONTÍNUAS.....	29
2.1 Reabilitação psicossocial: processos in/exclusivos.....	40
2.2 Saúde mental na saúde pública: um lugar para a reabilitação psicossocial.....	48
2.3 Educação permanente em saúde mental: uma estratégia para a reabilitação psicossocial.....	53
3 DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS: A CAIXA DE FERRAMENTAS.....	58
3.1 Caminhos metodológicos e manuseio das ferramentas.....	60
3.1.1 As escavações.....	68
4 (DES)CONSTRUINDO CAMINHOS: OS MATERIAIS GARIMPADOS.....	73
a) As conferências nacionais de saúde mental.....	74
b) Política nacional de saúde mental.....	77
c) Política nacional de educação permanente em saúde.....	94
4.1 Reabilitação psicossocial do sujeito com sofrimento psíquico: a guisa da construção de uma educação psicossocial.....	110
4.1.1 Um lugar social para o sofrimento psíquico.....	112
a) O trabalho: a constituição do indivíduo contemporâneo.....	122
b) Laços sociais como estratégia de reabilitação psicossocial.....	130
4.2 Processos formativos em saúde mental.....	136
4.2.1 Educação permanente: possibilidades de uma prática educativa em saúde mental.....	154
5 NOVOS CAMINHOS, MESMOS RUMOS: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS TECNOLOGIAS DE GOVERNAMENTO.....	167
5.1 A gestão das condutas: a autonomia como artifício da reabilitação psicossocial.....	180
5.2 Autogestão da saúde: as novas tecnologias de governo e os riscos em saúde mental.....	190
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	200
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	209
APÊNDICES.....	233
Apêndice A– Quadros e tabelas de publicações indexados no banco de dados do IBICT e da CAPES no período de 2007 a 2017.....	234
Apêndice B – Materiais analisados.....	238

APRESENTAÇÃO

Qualquer caminho leva a toda a parte. Qualquer ponto é o centro do infinito. E por isso, qualquer que seja a arte de ir ou ficar, do nosso corpo ou espírito, tudo é estático e morto. Só a ilusão tem passado e futuro, e nela erramos.

Fernando Pessoa (1990, p. 95)

Decidir os caminhos de uma tese é escolher caminhos que dão sentido a quem somos e ao que desejamos. Caminhos estes muitas vezes incertos, de difícil acesso, permeados por algumas fragilidades. Caminhos que, em diferentes momentos, me projeto e me subjetivo, olhando para mim e buscando dar sentido ao que me motiva, o que me torna militante² em busca de um ideário comum compartilhado na coletividade.

Um caminho desconhecido e que vislumbrei percorrer suas trilhas frente a inquietações que buscava compreender. Caminhos que me movem, que falam de mim, da minha trajetória, que constituem o meu *self*. E é nas palavras de Nicolas Rose (2011, p. 11) que encontrei sentido nessa minha busca, neste caminho que desejei trilhar. “É em termos dos nossos *selves* autônomos que entendemos nossas paixões e desejos, moldamos nossos estilos de vida [...]. É em nome dos tipos de pessoa que realmente somos [...] que mostramos nossas singularidades”.

Assim, meu caminho foi cheio de chegadas e partidas, mas entre tantas idas e vindas, foi o caminho que me impulsionava a querer seguir. Na tentativa de desbravar o desconhecido, de trilhar novos rumos, Veiga-Neto (1996, p. 242) me deu a primeira direção: “Caberá a cada um de nós descobrir ou inventar os caminhos”. E, nestes primeiros passos, vi que “Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (FOUCAULT, 1984, p. 13). Assim, compreendo que, para que eu enxergasse de outros modos, era preciso, no meio do meu caminho, me construir e me desconstruir a todo o momento, assumindo novos olhares e deixando alguns para trás, ou seja: “(...) questionar algumas de nossas certezas contemporâneas a respeito do tipo de pessoa que nos levamos a

²A militância “pode ser compreendida como um conjunto de ações coletivas que seguem um ideário comum, partilhado e assumido pelos membros da coletividade que, no caso, se constituem como uma comunidade. Não cabe aos militantes ficarem questionando continuamente o ideário que norteia suas ações; eles devem é seguir, junto com seus pares, as ações e os preceitos já desenhados por alguns poucos” (VEIGA-NETO, 2011, P. 273).

ser, é ajudar a desenvolver meios através dos quais poderemos começar a nos pensar de outra forma” (ROSE, 2011, p. 11).

Assim se deu a construção dessa pesquisa, busquei por um tema que estivesse presente em minha trajetória pessoal e profissional, me enxerguei em diversas circunstâncias, discussões e problematizações que surgiram no decorrer desse período. Vivi, em diversos momentos, inquietações e certo desconforto naquilo que já me parecia ser claro, pertencente ao meu universo de saberes e que me fizeram olhar com outras lentes, compreender de outras formas aquilo que eu acreditava ter domínio.

A ideia inicial para a proposta investigativa era pesquisar sobre a subjetivação do sujeito com sofrimento psíquico, quem era esse sujeito, qual o seu lugar na sociedade, suas formas de tratamentos, enfim, buscava compreender como se dava a educação dos corpos e as formas de subjetivação. Para a concretização de tal pesquisa, o material empírico consistiria nos documentos de um Hospital Psiquiátrico do Estado do Rio Grande do Sul, dos quais seriam analisados os prontuários dos pacientes que lá tiveram internados por um longo período de suas vidas, buscando olhar para as formas de governamento sob seus corpos e na constituição de suas subjetividades. Com as discussões no grupo de pesquisa e nas orientações, percebemos que tais materiais poderiam não ser suficientes para sustentar a pesquisa e acabei alterando o meu material para as edições da Revista Psicologia e Sociedade e os Anais da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), ambos publicados pela própria ABRAPSO desde o ano de 1986. Após o manuseio e a análise desses materiais e, posteriormente discutido com o grupo em orientação, observamos que esses materiais abordavam outras temáticas da área da psicologia social e os materiais existentes acerca do tema pretendido para a pesquisa poderiam não ser suficientes, o que motivou o abandono de tal material.

A partir disso, busquei algumas das minhas inquietações, tanto como pesquisadora quanto como profissional da área da psicologia e da saúde pública, sobre a formação dos profissionais a partir das políticas públicas brasileiras de saúde. É nas bases para a formação dos profissionais de saúde mental que alio a minha formação acadêmica e experiências profissionais. Não é de hoje que esta temática está presente em minha vida e como esta vem me constituindo enquanto sujeito de conhecimento e na constituição de práticas profissionais em razão da minha formação em psicologia e em educação. Além disso, alio este estudo às práticas em saúde mental que exerço como psicóloga da saúde pública, bem como nos processos de gestão e de formação profissional no período em que coordenei um Núcleo de

Apoio a Saúde da Família (NASF I) e na docência como pesquisadora da área em diferentes tempos e espaços que ocupei e ainda ocupo.

Desde o Mestrado em Educação, tenho realizado estudos acerca da inclusão de minorias. O interesse por esta temática surgiu frente as minhas experiências e práticas profissionais na rede pública de saúde e nas práticas docentes voltadas aos processos inclusivos. Assim, em 2016, iniciei o curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS – Dinter (UNISINOS/URI) – nível Doutorado, linha Formação de Professores, Práticas Pedagógicas e Currículo, sendo esta pesquisa fruto desta formação acadêmica. Para esta, busquei reunir as minhas formações e as minhas experiências em uma única temática, traçando caminhos para a compreensão da formação de profissionais, do sofrimento psíquico e dos processos de inclusão, temáticas estas que estão presentes na minha trajetória. Reuni os saberes da psicologia juntamente com os saberes da Educação, permeados nas áreas da saúde coletiva e das práticas formativas em in/exclusão³.

Além disso, neste mesmo período, iniciei a minha participação no Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão – GEPI⁴. Participar deste grupo tem me oportunizado aprofundar conhecimentos sobre as práticas educativas que circulam em nosso tempo, olhar para a inclusão com diferentes lentes e a partir da noção de in/exclusão, vista como “um imperativo do Estado brasileiro materializada em práticas observáveis em distintos gradientes de inclusão” (LOPES, FABRIS, 2013a, p. 21). Nesse sentido, compreendemos a inclusão como uma necessidade de movimento, de participação nas diferentes relações estabelecidas, conforme suas possibilidades, dificultando apontar quem são os excluídos (FRÖHLICH, 2016).

Pensar nas formas de inclusão imperativas em nosso tempo é uma das temáticas centrais do GEPI, ampliando esse olhar para todas as formas e contextos inclusivos. Assim, meu olhar e minha contribuição para com o Grupo foi pesquisar as formas de reabilitação psicossocial dos sujeitos com sofrimento psíquico na sociedade, por meio das ações formativas dos profissionais de saúde mental. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial dos sujeitos com sofrimento psíquico aplicado nos campos da saúde e da educação é um tema ainda a ser aprofundado pelo grupo, pois neste sentido, contém apenas uma pesquisa que se

³In/exclusão: entendimento de que a inclusão se constitui também pelas práticas de exclusão. (LOPES, FABRIS, 2013a, p. 19).

⁴O Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão – GEPI iniciou suas atividades em 1999, mas foi oficializado junto à Universidade do Vale dos Sinos e ao CNPq em 2006, tendo como suas fundadoras a Prof^a. Dr^a. Maura Corcini Lopes e a Prof^a. Dr^a. Elí Henn Fabris.

aproxima a minha Tese que é o trabalho da Dr. Édina Mayer Vergara, intitulada: *A in/visibilidade do sofrimento psíquico nas bio/políticas de educação inclusiva e de saúde mental* apresentada no ano de 2011.

A tese citada trata da questão de como os professores destacam, nomeiam e posicionam alunos em sofrimento psíquico e desses dizeres problematiza a tríade Educação Inclusiva – Saúde Mental – Sofrimento Psíquico, em seus múltiplos enredamentos. Assim, a pesquisa defende que a in/visibilidade do sofrimento psíquico discente nos movimentos ainda paralelos das bio/políticas de Educação Inclusiva e de Saúde Mental não permite movimentar saberes e ações frente aos direitos educacionais inclusivos desses alunos (VERGARA, 2011).

Dessa forma, desloquei meu olhar para a formação dos profissionais em saúde mental a partir da perspectiva da reabilitação psicossocial, buscando visualizar o que está presente nas políticas públicas que circulam na contemporaneidade. Cabe evidenciar, que as políticas públicas adotaram o termo “reabilitação psicossocial” para referir-se à reinserção social dos sujeitos que apresentam diagnósticos de transtorno mental e dependência química e álcool. Assim, vi que era preciso, recorrer à noção de reabilitação psicossocial, a qual pode ser compreendida pelo conjunto de ações destinadas a aumentar as habilidades dos indivíduos, diminuindo suas desabilitações, deficiências e danos (LUSSI, PEREIRA, JÚNIOR, 2006).

Saraceno (1999, p. 8) comenta que a reabilitação consiste em “reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social”. Já Pitta (1996, p. 19) defende que a reabilitação psicossocial pode ser considerada como um processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade.

Assim, na minha busca de analisar como se dá a formação dos profissionais de saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial dos sujeitos com sofrimento psíquico, percorri a legislação nacional vigente em diferentes tempos, presentes nas CNSM e na PNSM a partir do Movimento da RP brasileira e na construção e promulgação da PNEPS. Dessa forma, busquei essa relação, frente as minhas inquietações e reflexões acerca deste tema, o qual sempre esteve presente, o sentimento do cuidado com o outro, a busca incessante de compreender suas subjetivações, o seu sofrimento e a preocupação desconcertante sobre a denominação do sofrimento psíquico e as práticas inclusivas que são governadas para os “loucos” constituídos como saberes imperativos na área da saúde mental.

Dessa forma, ao organizar essas discussões nesse estudo, a sua divisão se apresenta em seis capítulos. No *primeiro capítulo* introduzo à temática pesquisada, justificando a sua

relevância para as áreas da educação e da saúde, bem como as questões norteadoras e os seus objetivos. No *segundo capítulo*, abordo a circulação da temática por meio da revisão teórica⁵, ou seja, o que tem sido produzido academicamente acerca da EPS na perspectiva da reabilitação psicossocial, dividindo-o em três momentos: a reabilitação psicossocial como processo in/exclusivo; a reabilitação psicossocial na saúde mental dentro do contexto da saúde pública, abordando definições e práticas desenvolvidas em diferentes tempos e espaços; e posteriormente, os processos de educação permanente voltadas à formação e práticas profissionais de reabilitação psicossocial.

No *terceiro capítulo* apresento a materialidade da pesquisa e os caminhos metodológicos trilhados. Inicialmente, apresento os materiais selecionados, ou seja, as CNSM, a PNSM e a PNEPS destinadas aos processos formativos em saúde mental a partir da RP brasileira, tendo como recorte temporal o final da década de 1980 até os dias atuais, por compor o quadro político nacional da legislação em saúde mental. Posterior, apresento os caminhos metodológicos, os quais discorrem acerca das ferramentas utilizadas para a interpretação dos documentos analisados acerca da formação dos profissionais de saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial.

No *quarto capítulo*, apresento a descrição e algumas discussões dos materiais analisados. Trago duas subcategorias analíticas que discorrem acerca do novo lugar social para o sofrimento psíquico e a formação profissional em saúde mental voltada aos processos de reabilitação psicossocial. No *quinto capítulo*, discorro sobre a análise dos materiais entorno da EPS e os regimes de governmentação, discutindo sobre a gestão das condutas ao abordar a autonomia nas ações, como um artifício da reabilitação psicossocial; e a autogestão da saúde a partir de novas tecnologias de governmentação e os riscos na saúde mental. E por fim, no *sexto capítulo*, apresento as considerações finais desse estudo, considerando novas possibilidades na construção de problematizações acerca da formação profissional em saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial.

A partir de tais discussões e análises foi possível concluir que a PNSM e a PNEPS atuam como estratégias gestoras, que intencionam desenvolver habilidades de autocondução nos profissionais de saúde mental e nos sujeitos com sofrimento psíquico, para a efetivação dos processos de reabilitação psicossocial. Estes estão engajados no desenvolvimento da autonomia e na autogestão de ações ocupacionais e sociais que possibilitam a inserção desse sujeito na comunidade, admitindo as suas potencialidades e limitações.

⁵Apêndice A – Quadros e tabelas de publicações indexados no banco de dados do IBICT e da CAPES.

1 INTRODUÇÃO

Proveniente de reivindicações de movimentos sociais na década de 1970, a Reforma Psiquiátrica (RP) prevê alterações na organização, gestão e atenção à saúde mental, propondo entendimentos específicos do processo saúde-doença e das relações entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a RP reorienta a formação dos profissionais em saúde, tencionando a produção de saberes. Latour (1994) e Schweig (2009) compreendem que as mudanças na formação dos recursos humanos em saúde mental, apoiadas nos princípios do SUS e para a Luta Antimanicomial, perspectiva que perpassa a RP, são um movimento de politização da própria formação, das concepções sobre saúde e do rompimento com a naturalização e purificação operada pelas ciências biológicas e naturais, tradicionalmente hegemônicas na formação em saúde.

A atual conjuntura política em saúde mental, na perspectiva da formação de recursos humanos, articula a alteração de discussões em volta das RP ocorridas nos últimos quarenta anos. Estas discussões iniciaram na década de 1960, a partir das ideias de Franco Basaglia na Itália. No ano de 1972, influenciou diretamente o Brasil por meio de um movimento de questionamentos sobre os saberes psiquiátricos e a assistência em saúde mental (AMARANTE, 1996). A partir da abertura da democracia brasileira, intensificada desde o final da década de 1970, que culminou nas eleições diretas e na promulgação da Constituição Federal de 1988, passam a serem disseminadas no país, as bases para um novo modelo de assistência à saúde (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; SCHWEIG, 2009).

A RP, juntamente com a Reforma Sanitária⁶, além de se configurar como luta político-ideológica, defendeu uma nova concepção sobre o processo saúde-doença. Assim, os movimentos e as obras de autores como Thomas Szasz, David Cooper, Ronald David Laing e Franco Basaglia se tornaram base para fundamentações críticas a esse processo, na tentativa de desconstruir a legitimação da psiquiatria como o único saber autorizado a submeter à loucura, vista como doença mental, a tratamentos confinados em hospitais psiquiátricos.

A mobilização por uma reforma na área da saúde mental emergiu a partir de contestações frente à ideia de a doença mental ser proveniente apenas de causas orgânicas. Conforme Serrano (1983) e Schweig (2009), tal movimento aponta para os fatores não-

⁶ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (PAIM, 2008).

biológicos como possíveis causas de doença mental. Essa nova concepção acerca da doença originou críticas ao tratamento baseado no isolamento do paciente.

As denúncias sobre os tratamentos e a busca da desinstitucionalização do doente mental dos hospitais psiquiátricos, perspectiva do movimento de Franco Basaglia, ocorreu por meio do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTMS) no fim da década de 1970, no Brasil, originando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a partir do *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios”⁷. Esse processo culminou em toda uma luta por buscas de diversas transformações nesse cenário, seja do modelo assistencial, do fechamento dos manicômios e/ou da constituição de serviços substitutivos ao atendimento dos doentes mentais, mas todos engajados em prol da RP no país. O almejo por um novo tratamento baseava-se na ideia de que o modelo hospitalocêntrico não auxiliava no bem-estar dos internos, mas sim, promovia mais doença e somente ocasionava a exclusão social destes sujeitos.

O MTSM seguindo o direcionamento do movimento da Reforma Psiquiátrica, abriu críticas em relação ao saber psiquiátrico, a uma postura diante da doença mental, produzindo novas iniciativas práticas e teóricas de transformação e permitindo o surgimento de novas interrogações nessa área. Esse movimento foi contemporâneo ao da reforma sanitária - que culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país - e fez com que os ideais da reforma psiquiátrica constituíssem um grande movimento social em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Esses ideais foram permeados, então, pelas diretrizes e pelos princípios do SUS, que podem ser descritos como: descentralização; atendimento integral, envolvendo atividades curativas e, sobretudo, preventivas; a participação da comunidade efetuando um controle social; universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência; igualdade da assistência; preservação da autonomia da pessoa em defesa de sua integridade física e mental; e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão (FOSCACHES, 2017, p. 11).

Concomitante as lutas sociais em prol da RP, ocorreram discussões no cenário legislativo/normativo com o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989. Consolida-se a ideia da Reforma como uma política oficial do Estado brasileiro, a qual foi aprovada somente no ano de 2001, sob a Lei nº 10.216, conhecida como a lei da RP no país e

⁷ O *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios” foi proposto por militantes e trabalhadores da área da saúde no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru/SP. A partir disto, “trabalhadores da saúde mental, gestores, parlamentares, docentes, usuários e familiares, estudantes, militantes de movimentos sociais antimanicomiais, orientados por essa insígnia, construíram uma das mais importantes e respeitadas políticas públicas brasileiras, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” (GOLÇALVEZ et. al, 2017, p. 6).

que prevê a criação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais de base comunitária, com a sua respectiva extinção nos moldes em que se encontrava estruturada (BRASIL, 2005).

Desde a década de 1990, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no país vem passando por diversas transformações advindas da busca para se desvincular do modelo de atenção hospitalar e ao encontro de um modelo de atenção diversificada de base territorial e comunitária (FOSCACHES, 2017). Em 2004 (BRASIL, 2004c), o Ministro da Saúde Humberto Costa, em material publicado pelo Ministério da Saúde (MS), afirmou que as transformações na área da saúde mental permaneciam em andamento e que era perceptível a noção de que há muito por se fazer, pois o Brasil ainda despendia, na época, uma parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar, mas que os novos caminhos a serem seguidos, a partir da nova política, apontavam para a expansão de uma rede extra-hospitalar.

Atualmente, o cenário da RP no país vivencia um momento polêmico, em função da publicação da Nota Técnica nº11/2019, divulgada pelo MS no dia 04 de fevereiro de 2019, a qual apresenta diretrizes que esclarecem um conjunto de portarias e resoluções aprovadas no período de 2017 e 2018, dentre as principais alterações, destacam-se: a inclusão de hospitais psiquiátricos como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o investimento em eletroconvulsoterapia (ECT) como estratégia de tratamento no caso de pessoas com doenças mentais graves. Além disso, foi publicada a nova Política Nacional de Álcool e Drogas (PNAD), trazendo em seu bojo a extinção do tratamento baseado na redução de danos e na abertura de uma nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS – AD-IV). Embora a Nota nº 11/19 tenha sido retirada alguns dias após a sua publicação, seu conteúdo transmite uma ideologia inversa da lógica de cuidado em saúde mental, sendo uma ameaça frente aos direitos e conquistas adquiridos com o movimento da RP.

Trago nessas poucas palavras, um breve olhar sobre a RP no Brasil com a intenção de apresentar que, em distintos momentos históricos, as práticas sobre saúde mental foram alterando-se (e permanecem em alteração) conforme as novas exigências sociais e políticas foram surgindo. Meu objetivo em trazer esses momentos históricos não visa descrever e analisar o processo da RP, nem o sujeito com sofrimento psíquico⁸, embora estejam

⁸ A expressão “sujeitos com sofrimento psíquico”, utilizada nesta pesquisa, refere-se à perspectiva multidimensional e sistêmica proposta por Cassell, que destaca que o sofrimento pode ser compreendido como uma vivência de ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. Esta modelagem permite que a abordagem do sofrimento psíquico – associado às situações descritas como sofrimento mental comum e em casos de transtornos graves e persistentes – assumam maior inteligibilidade e estratégias de ação racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas (BRASIL, 2013). Desviat (2018) comenta acerca da existência de certa dificuldade em denominar as pessoas com problemas mentais em termos, assumindo o termo “sofredores psíquicos” por considerar o mais adequado.

imbricadas no meu objeto de estudo, mas a minha intenção foi a de problematizar os processos formativos em saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial a partir do cenário legislativo nacional.

Assim, torna-se imprescindível tratar sobre três momentos históricos e seus atravessamentos: o modelo hospitalocêntrico, anterior à RP; o movimento em prol da RP e a sua concretização; e o modelo atual de assistência em saúde mental, atuantes na RAPS presentes na PNSM e as suas atuais alterações para analisar os processos formativos em saúde mental, consoantes a ideologia da desinstitucionalização do sujeito com sofrimento psíquico. Para adentrar neste território, foi preciso percorrer a história, sinalizar os trajetos nos quais emergiu o conceito de reabilitação psicossocial e olhar para as práticas trilhadas em diferentes tempos e espaços.

Considero que este território é marcado por histórias, relatos, retratos de dor e exclusão daqueles que, por muito tempo, permaneceram institucionalizados em hospitais psiquiátricos, vistos como formas de vida e de tratamentos imperativos, até o processo da RP. Mas vejo também, que essas formas de vida e de tratamentos lançados em diferentes momentos não possibilitaram definir moldes corretos, caminhos certos para produzir saúde a todos em uma perspectiva que prima à singularidade.

As práticas para a promoção de saúde mental, presentes no contexto nacional atual, estão incorporadas na PNSM, as quais iniciaram com o Movimento Sanitarista e com a construção da Constituição Brasileira de 1988, juntamente com o Movimento da RP no Brasil. Estes movimentos surgiram em um contexto de luta contra a ditadura militar e buscaram lançar um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença, para além dos aspectos biológicos. Carvalho, Martin, Condor Júnior (2001) e Schweig (2009) afirmam que as referências teóricas que orientavam a RP se pautavam nas ideias da Medicina Social e do materialismo dialético marxista, apoiadas nas determinações sociais da doença, ou seja, na transição do modelo assistencial privatista para um modelo plural apoiado na compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

L'Abbate (2003) compreende que as reivindicações no setor da saúde nesse período estavam de acordo com a constituição do campo da saúde coletiva, afirmando que os profissionais da saúde pública e da medicina preventiva passaram a defender o sistema público de saúde, no âmago das lutas pelo direito à cidadania e à saúde. A saúde no Brasil é uma questão de politização e, nesse contexto, se firmou frente a resistência à ditadura militar e ao movimento sanitário, na luta pela democratização do país.

Politizar a saúde por meio das reformas é uma característica no cenário brasileiro. Dessa forma, em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, reunindo cerca de quatro mil pessoas, a qual definiu o conceito de saúde envolvendo diversos aspectos da vida humana e a partir de uma concepção marxista, ou seja, a saúde é caracterizada como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

A RP no Brasil é considerada um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com sofrimento psíquico e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Por ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que este processo, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios, avança (BRASIL, 2005).

Amarante (2011) expõe que o atual modelo de atenção à saúde mental no Brasil exige uma revisão em relação às práticas tradicionais nesta área, principalmente em relação à formação de profissionais habilitados para atuar neste campo, a partir dos novos paradigmas assistenciais, tanto na atenção à saúde mental, quanto no que se refere à atuação do sistema de saúde vigente no país. Tal exigência se faz devido o movimento da RP brasileira ter proporcionado mudanças multissetoriais no campo teórico-técnico assistencial, teórico conceitual, jurídico-político e sociocultural.

Cabe evidenciar que o modelo assistencial implantado como técnica de intervenção em saúde mental está ancorada em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, adotando como objeto de ação as pessoas e os grupos sociais em seu contexto de vida, gerando a necessidade de mudanças intensas em todos os aspectos implicados no cuidado e na promoção da saúde. Nesse sentido, a valorização do território, da autonomia, da singularidade, do aumento do poder contratual das pessoas em sofrimento psíquico se constitui, gradualmente, como pilares norteadores das políticas e das práticas em saúde mental. Conforme Amarante (2011), Mângia, Muramoto e Marques (2010), o deslocamento do cuidado de um modelo hospitalocêntrico para um modelo extra-hospitalar, de base

comunitária e territorial, exige uma revisão criteriosa das práticas tradicionais e da formação dos profissionais.

Esse modelo de atenção extra-hospitalar se consolida no processo de desinstitucionalização no Brasil a partir da perspectiva da RP, com ênfase na reabilitação psicossocial (DESVIAT, 1999; BRASIL, 2002; AMARANTE 2011). A análise da rede de serviços de atenção à saúde mental, constituída como substituta ao modelo hospitalocêntrico, apresenta inúmeros desafios que merecem novos olhares, como: a organização da própria rede, a inclusão e a articulação com a atenção básica, a formação e educação permanente dos profissionais e a efetivação das transformações para o oferecimento de um cuidado integral. “Para a efetivação desse novo paradigma, a perspectiva da integralidade deve estar presente em cada ação desencadeada pelo sistema de saúde, local, global, individual e/ou coletivo” (PALM, 2014, p. 16).

Assim, a formação dos profissionais para atuarem no campo da saúde mental é repleta de desafios que foram impostos pela RP, a qual não acompanhou as significativas transformações ocorridas nas últimas décadas no contexto da saúde mental, desconsiderando ainda, as práticas de cuidado e o convívio com os sujeitos com sofrimento psíquico (LOBOSQUE, 2010). Gradella Júnior (2008) comenta que os debates acerca do movimento da luta antimanicomial sobre saúde mental giram entorno da noção da diferença de formas de produção de vida e de subjetividades ao buscar romper com a cultura asilar, presente na formação dos profissionais da área, mesmo estes atuando em serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. “Ou seja, perde-se a discussão que questionou não só o modelo asilar, mas também as concepções cientificistas sobre o fenômeno e também a sua origem histórica de exclusão e normatização” (p.3).

A compreensão do sofrimento psíquico como produção social e como objeto de intervenções psicossociais, pouco tem sido incorporada na formação dos profissionais da área da saúde no país de forma a superar a cultura manicomial. Ao sustentar um modelo individualizante hegemônico, que não possibilita o entendimento das determinações sociais do sofrimento psíquico, Gradella Júnior (2008) compreende que esta configuração constitui um dos maiores desafios de atuação na saúde mental e na saúde pública.

Ao refletir acerca das práticas de atenção e gestão da saúde desenvolvidas no país, o MS (BRASIL, 2014) apresenta na “Agenda 2014 de Educação Permanente em Saúde” um distanciamento da formação dos profissionais em relação às reais necessidades do SUS, frente às dificuldades em prover ações e serviços demandados pela população. Além disso, o MS aponta a dificuldade de articulação entre as instituições formadoras e o sistema público de

saúde como “um desafio permanente para os atores envolvidos com estas temáticas no Brasil, considerando a educação como uma das variáveis centrais para a efetiva consolidação do sistema de saúde” (p. 5).

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como finalidade a promoção de ações direcionadas aos profissionais da saúde pública, articuladas as competências individuais. A Educação Permanente em Saúde (EPS) aposta no fortalecimento de novas práticas de orientação e reflexão acerca do trabalho e da construção de processos de aprendizagem ao ofertar ações coletivas de desenvolvimento aos profissionais, frente aos principais impedimentos de atuação no cotidiano da saúde pública (BRASIL, 2014).

É neste cenário, implicado pela educação permanente dos profissionais da saúde mental na perspectiva da reabilitação psicossocial, que busquei em meio às Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), analisar as normativas de formação em saúde mental. Embora a RP altere todo o campo de atuação em saúde mental por ações e serviços substitutivos ao modelo asilar, ainda está presente, resquícios da cultura manicomial e a reflexão sobre tais transformações possibilitaram visualizar alguns descompassos, os quais constituíram as questões que nortearam este estudo:

Como a Reforma Psiquiátrica brasileira impactou a formação e as práticas profissionais de saúde?

Como as bases para a formação e atuação dos profissionais de saúde mental nas práticas cotidianas voltadas à reabilitação psicossocial aparecem na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

Frente a estes questionamentos, construí uma questão mais ampla, norteadora, que buscou discutir estes e os demais questionamentos que surgiram no decorrer da elaboração deste estudo, ou seja, o problema da pesquisa:

Como a Política Nacional de Saúde Mental e a Política de Educação Permanente em Saúde entendem a formação profissional para atuar na perspectiva da reabilitação psicossocial do sujeito com sofrimento psíquico?

Dessa forma, ao trilhar os primeiros caminhos, compreendo a partir da ideia de Lobosque (2010), que as transformações oriundas da RP se deram não somente pela racionalização (ou aplicação) criteriosa de recursos, pela modernização das técnicas, pela humanização dos cuidados, mas também, sobre a ruptura com todo um ideário de normatização e controle, ao produzir as singulares experiências da loucura como direito pleno de cidadania. Pensar nesse processo no mundo contemporâneo traz indagações que, “partem das produções da cultura, em que afetos e desejos, ideias e imagens, ficções e fantasias tecem laços com a arte e a criação. Tais produções não se autorizam por regras institucionalmente definidas, e sim por seus próprios efeitos vitais no espaço social onde tiveram origem” (LOBOSQUE, 2010, p. 13).

Falar da fragilidade dos discursos científicos sobre o sofrimento psíquico não é o objetivo que propus na busca de preencher lacunas, faltas e até mesmo falhas nas formas de produção de saúde mental e da reabilitação psicossocial dos sujeitos considerados desviantes das normas, e tão pouco, busquei preencher estes espaços encontrando uma forma única e imperativa na formação dos profissionais frente a todas as demandas de saúde mental, pois,

O aprendizado junto aos chamados loucos certamente busca entrar em relações com o campo conceitual, em supervisões, seminários, pesquisas, publicações e atividades afins. Contudo, os traços que conferem originalidade a esses novos conhecimentos são os mesmos que dificultam seu trânsito nas instituições de formação: a indispensável ancoragem na experiência, a legitimação pelo exercício cotidiano, a recusa das pretensões tecnicistas, o reconhecimento dos usuários como atores políticos e sociais. Daí os desafios que se colocam para o avanço, a formulação e a transmissão de tais saberes. Caso se submetam docilmente aos cânones da produção científica formal, perdem a contundência crítica e a potência inventiva que os singulariza (LOBOSQUE, 2010, p.14).

Trago esta questão de forma descritiva e analítica, não como forma de responder a estes questionamentos, mas de analisar como as políticas públicas desenvolvem a formação do profissional de saúde para atuar na reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico. A formação dos profissionais em saúde mental, nesse sentido, requer atenção, oferecendo a todos os segmentos envolvidos no trabalho nesta área as condições necessárias para pensá-la ativamente. Dessa forma, meu olhar se volta aos processos formativos na área e as técnicas aplicadas que estão em constante transformação desde o Movimento da RP no país.

Amarante (2011) e Bezerra Júnior (2007) comentam que a pretensão da saúde mental e da atenção psicossocial é a existência de uma rede de relações entre os sujeitos que inclua aqueles que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais,

assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados no processo social complexo com sujeitos que vivenciam as problemáticas – até os usuários e familiares e outros atores sociais. Nesse sentido, há certa urgência em repensar a formação dos profissionais de saúde, preparando-os para atuarem em equipe, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, intersetorial e humanista, visando as suas ações na integralidade da atenção à saúde, conforme preconizam as diretrizes e princípios do SUS.

As políticas públicas buscam formar profissionais na perspectiva da integralidade das ações nas áreas da Saúde, da Educação e da Assistência Social e estas, têm permitido maior aprofundamento do debate e do desenvolvimento de estratégias que visam à formação superior integrada. Historicamente, a formação dos profissionais na área da saúde, foi influenciada pelo modelo biomédico, baseada na visão do corpo como máquina, enfatizando a natureza biológica das doenças, minimizando as causas das enfermidades e as consequências do tratamento hospitalocêntrico, do individualismo, da especialização, da tecnificação e da exclusão, dentre outras práticas.

Ballarin e colaboradores (2013) expõem que a insuficiência apresentada pelo modelo biomédico produziu novas propostas de formação aos profissionais da saúde, oferecendo uma formação generalista. Uma formação com base na Epidemiologia como alicerce no estabelecimento de prioridades em saúde, voltada para a compreensão das relações saúde/sociedade, exclusão/inclusão social e na utilização de recursos terapêuticos para promoção, proteção e recuperação da saúde e na autonomia das populações.

Ao olhar para os diferentes movimentos e entendimentos sobre o sofrimento psíquico, foi visível o predomínio do diagnóstico como imperativo em todas as produções, alterações e atravessamentos nas formas de tratamento, formação e reabilitação psicossocial. Assim, é visto que as práticas em saúde mental partem da noção de diagnóstico que se faz presente na formação dos profissionais em saúde mental, como uma permanente racionalidade expressada pelas mudanças, em diferentes espaços e tempos, constituídos como prática formativa e reprodutora de saberes, os quais tentam reabilitar o sujeito com sofrimento psíquico na sociedade.

Frente a isto, percebi a necessidade de discutir a respeito da formação destes profissionais a partir dos princípios normativos operacionalizados pelas políticas públicas, como saberes dados na constituição do sujeito de conhecimento, o que trilha os caminhos para as práticas profissionais e os saberes que circulam na contemporaneidade e, como estas se concretizam e articulam o processo de reabilitação psicossocial do sujeito com sofrimento psíquico. Dessa forma, esta pesquisa objetivou:

Problematizar as práticas de formação de profissionais de saúde na perspectiva da reabilitação psicossocial, presente nas políticas nacionais de saúde mental e de educação permanente em saúde, destinadas à implantação e gestão dos serviços.

Para dar conta de tal objetivo, busquei, inicialmente, descrever e discutir os processos formativos em saúde mental, a partir de um novo lugar social para o sofrimento psíquico, presentes na construção das políticas públicas de saúde mental e de educação permanente em saúde, voltados aos processos de reabilitação psicossocial. Posterior, procurei analisar os processos formativos em saúde mental como uma tecnologia de condução das condutas, adotada pelo Estado para o controle e regulação da população. Nesta tentativa, fez-se necessário olhar para: “o que ficou de fora dos ideais e objetivos que acompanharam ou sustentaram as primeiras experiências da reforma. O que há de real da saúde pública, da atenção à subjetividade, da pluralidade terapêutica ou da desinstitucionalização da saúde mental” (DESVIAT, 2018, p. 15).

Conforme Desviat (2018), a pretensão da reforma era mais que uma reordenação dos serviços no território, que uma otimização dos serviços e uma criação de redes de atenção à saúde. Com o advento da RP, mais especificamente, a partir do ano de 1992, expandiu-se o fortalecimento da rede de serviços comunitários, destacando a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos municípios e o processo de redução de leitos psiquiátricos, embora a internação psiquiátrica ainda faça parte do tratamento destinado a saúde mental. Pessoa Júnior (2014) compreende que ainda existem diversos fatores que contribuem para a permanência desse modelo, seja pela escassez de recursos humanos e de profissionais qualificados, pela alta demanda de usuários em atendimentos ambulatoriais e da atenção primária⁹.

⁹ A atenção à saúde no Brasil é dividida em Atenção Primária, Secundária e Terciária. A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e do atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais. A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Já a Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise, otologia (BRASIL, Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso: 28 de Abril de 2019).

Ao olhar para os profissionais de saúde mental, observei a necessidade de ampliação das discussões acerca das políticas públicas e dos recursos humanos nesse campo. Este olhar se voltou às mudanças advindas da RP sobre o sofrimento psíquico frente à adoção de novas estratégias terapêuticas mais humanizadas e reabilitadoras. Tais estratégias geram mudanças na rede de atenção de saúde mental com influências e reflexos nos perfis e práticas dos profissionais, ao deixar o tratamento de base hospitalar para assumir um trabalho de base comunitária.

Amarante (2011), Cardoso, Galera (2011) e Pessoa Júnior (2014) afirmam que, nesse cenário, as ações e as práticas na área da atenção psicossocial demandam transformações no processo de cuidar em saúde mental, voltadas à reabilitação psicossocial e à desinstitucionalização. O cuidar em saúde mental remete à ideia de uma relação contínua e intrínseca entre os serviços de saúde, profissionais, usuários e familiares com foco na intervenção, não somente na minimização de crises e sintomas, mas sim, no avanço de particularidades emocionais, culturais e pessoais do adoecimento mental.

O cuidado em saúde mental presente no cotidiano dos serviços em saúde ainda concentra sua lógica nos conceitos clínicos, o que demonstra que ainda há lacunas a serem preenchidas, como a ampliação de investimentos nos serviços e a qualificação dos profissionais. Ceccim (2004) e Radke (2017) contribuem ao afirmar em que a atenção básica em saúde prima pelos critérios de prevalência e alta resolutividade dos casos apresentados pelos usuários, sendo a área da saúde mental orientada por ações da clínica individual do diagnóstico-prescrição e dos procedimentos biomédicos, não pelas necessidades sociais em saúde. Nesse sentido, a formação na atenção psicossocial se volta à resolutividade da assistência primária para os quadros de sofrimento psíquico, na construção de atributos de acolhimento e em uma clínica eficaz.

Para tanto, os mesmos autores apontam que para ocorrer alterações nesse campo se torna imprescindível adotar a renovação de estratégias das práticas do cuidado em saúde mental, pois, o acesso ao conhecimento e/ou a informação não corresponde à prontidão nas ações de acolhimento e tão pouco, em estratégias contínuas de educação em serviço; estas só são possíveis a partir de uma política técnica atravessada pela construção de equipes, serviços e redes.

A renovação de práticas de cuidado em uma rede de atenção psicossocial que busca promover a reabilitação psicossocial, incide em pensar na formação e na educação em saúde frente às experiências do cotidiano dos serviços e na tentativa de prover maior qualidade nas ações prestadas. As propostas dos processos formativos em saúde consistem em importantes

ferramentas para a análise do desenvolvimento de práticas em território e do trabalho em equipe, visando à integralidade, equidade, responsabilidade e resolutividade.

Nessa proposta, Ceccim (2004), Feuerwerker e Arckerman (2016) comentam que a saúde coletiva assume a função de desenvolver competências comuns a todo o campo da saúde: na promoção, prevenção e no cuidado integral à saúde; na tomada de decisões a partir da técnica e na visão do sistema de saúde; na interação com a cultura e pelo uso de interpretações epidemiológicas e sociais que produzem formas de aprendizagem por meio das experiências coletivas e pela produção *in actu* dos processos singulares de trabalho.

A aprendizagem frente ao movimento da RP não visa somente o abandono dos saberes profissionais acumulados e dos saberes biocientíficos antecedentes, mas sim, de um aprender constante e permanente que ocorre no cotidiano dos serviços, nas ações em território e por uma técnica mais contemporânea em ciência, política e inclusão acerca do sofrimento psíquico. Frente a isso, Desviat (2018, p. 14) aponta que “parte do pressuposto do esgotamento da reforma psiquiátrica e a integração de suas realizações na sociedade dos mercados, onde a saúde e os benefícios de segurança social são regidos pelo lucro privado e não pela solidariedade”.

Dessa forma, os estudos e as discussões em volta da RP demonstram não ter fim, embora sua exausta bibliografia aparente o contrário. Desviat (2018) inicia a apresentação de seu livro “Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva” com a citação acima, para apresentar uma nova proposta na área da saúde mental: a reforma da RP ao comentar que esta não poderá ser um processo deliberado no contexto de um Estado do bem-estar social, mas sim como “uma tarefa na contracorrente no horizonte de uma sociedade do bem-estar” (p. 14).

Trago brevemente fragmentos da apresentação deste livro na tentativa de demonstrar, que, embora pareça haver poucas possibilidades de novas discussões na área, de acordo com Desviat, há espaços ainda não habitados, os quais permitem novas discussões acerca da RP e de seus processos posteriores. É neste campo que precisa ser ainda habitado que busquei circular ao pesquisar a permanente formação profissional, frente às práticas do cotidiano nos serviços de saúde mental que estão sempre em transformação e em movimento de aprendizagem, a partir da possibilidade de reabilitar o sujeito com sofrimento psíquico em uma abordagem psicossocial.

Frente à análise e interpretação dos materiais, foi possível identificar a presença de tecnologias de governo na formação e nas práticas profissionais, ao instaurar a EPS como uma política pública que conduz a transformações no cotidiano dos serviços e nos

próprios profissionais de saúde, subjetivando-os por meio da incorporação de saberes pré-determinados e a saberes adquiridos ao longo da vida. Além disso, as presentes formas de governmentação conduzem transformações nos processos de reabilitação psicossocial do sujeito com sofrimento psíquico, ao lhe responsabilizar pelo seu próprio tratamento a partir daquilo que é definido entre ele mesmo e a equipe de saúde. A ideia de autonomia nas ações situa tanto os profissionais de saúde quanto os usuários do sistema, a uma condição de sujeitos empresário de si, ao mesmo tempo em que essa condição atua sob formas de assujeitamento e dominação.

2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: PRÁTICAS (DES)CONTÍNUAS

Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.

Michel Foucault (1996, p.45)

O conhecimento, compreendido como produto de discursos de uma lógica construída, apresenta sua axiomatização de forma arbitrária, buscando fundamentações fora de si, transformando os discursos em contingentes e subjetivos. Por assim ser, os discursos não podem ser encontrados fora dos acontecimentos e, portanto, dos poderes que circulam a partir destes (VEIGA-NETO, 2014).

Revisitar aspectos históricos dos discursos circundantes na área da saúde mental constitui um exercício filosófico reflexivo necessário quando se remontam saberes produzidos pelos homens em diferentes tempos e espaços e suas inter-relações com a dinâmica social envolta de contextos políticos, econômicos e culturais. Há o reconhecimento da existência de sujeitos, práticas e pensamentos que se destacaram tradicionalmente dentro de um percurso de transformações, mas ao problematizar a história clássica contada, se faz preciso compreender os discursos daqueles que não são mencionados nos livros, nos discursos científicos e estabelecer um contraponto: o não dito ao que foi institucionalmente dito e formulado como produção de saberes.

Não é meu objetivo recontar a história da loucura e seus variados discursos sobre as diferentes práticas de contenção e tratamentos destinados aos loucos, mas sim, analisar os princípios normativos que se articulam como mecanismos na formação dos profissionais de saúde mental, voltados às ações de reabilitação psicossocial. As leituras que realizei acerca das produções acadêmicas na última década, que envolvem a temática investigada para a realização desta tese, pautam-se nos discursos sobre a necessidade de reinserir o sujeito com sofrimento psíquico na sociedade, de práticas realizadas em torno de oficinas terapêuticas como produção de sujeitos para o mercado de trabalho, da necessidade de formações e capacitações para os profissionais da área da saúde mental para atuarem com as diferentes demandas presentes no cotidiano do cuidado. Diferentes demandas a partir da noção de diagnóstico, que definem o sujeito capaz ou incapaz para uma sociedade capitalista, que gira em torno da produção para o mercado.

Foucault (1978) já pontuava o surgimento de uma nova postura no campo da produção do conhecimento, pela defesa de ideias críticas em torno da psiquiatria enquanto saber científico, rompendo o pensamento absolutista dominante da época em uma perspectiva epistemológica em direção ao homem enquanto sujeito, protagonista da produção de conhecimento e da própria filosofia. Há um lugar social para o louco a partir da institucionalização de novas formas de lidar e tratar a loucura na sociedade, sob a égide do poder médico. A ordem e o controle das condutas humanas dentro de espaços confinados, promovem a ideia de que estas instituições são o lugar ideal para estes sujeitos e a sua saída destas, constitui-se como um risco social.

Nesse cenário, diversas transformações ocorreram, inicialmente pela inserção da classe médica nesses espaços, com a intenção de modificar as práticas institucionalizadas, agora com ideais humanistas decorrentes da modernidade. Os hospitais psiquiátricos se alteram para ambientes de cura e tratamento, privilegiando a medicalização e o saber científico da medicina (AMARANTE, 2011). Foucault (1978) e Desviat (1999) já mencionavam acerca do enclausuramento vigente determinado pelos *lettres de cachet* (ditames de reis e autorização dos governos) que baniam dos espaços sociais os sujeitos considerados ameaças à ordem social, sendo abolido tal processo por não conceber um pensamento que privasse o direito humano à liberdade. Este período é reconhecido como a transição entre a sociedade absolutista (determinada pela égide de governos totalitários e clericais) para a sociedade disciplinar (de base normalista e que, gradativamente, imprimiram aspectos de cidadania) (CASTEL, 1978; PASSOS, 2009; AMARANTE, 2011; PESSOA JÚNIOR, 2014).

A microssociologia das instituições psiquiátricas é considerada por Goffman (2003), como “instituições totais” ao se referir que a institucionalização, forçada ou voluntária, gera o início do processo de mortificação do eu do sujeito. “Mais do que somente uma relação de opressão e violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa” (GRADELLA JÚNIOR, 2002).

Foucault (1978) comenta que, nesse contexto, a noção de doente emerge e se naturaliza como produto de exclusão social, ao considerar esse sujeito perigoso e violento para o convívio social. Assim, prevalece a cultura de poder do diagnóstico *psis* (psiquiátrico e psicológico) sobre a vida deste sujeito, o qual conseqüentemente, vivencia o processo de estigmatização ao ser destituído de seus direitos civis e tutelado por técnicos e agentes psiquiátricos.

Em 1801, Phelippe Pinel publicou o *Traité Médico-Philosophique*, o qual se tornou base para constituição da psiquiatria e de uma nova ordem social, contendo fundamentos essenciais para a ciência da alienação mental, definida como a doença das paixões, produzida pela perda da sensatez humana sobre a realidade do mundo (DESVIAT, 1999; RICCIARDI, 2001; PESSOA JÚNIOR, 2014). Dessa forma, o termo “alienado” remete-se à alienígena, algo externo, fora do mundo e que gera riscos e perigos para a sociedade e para a ordem moral.

Assim, a noção de doença parte da ausência de saúde ou de aspectos considerados sadios, quando presentes, resultava na exclusão do sujeito da vida social. Saúde e doença¹⁰ são conceitos que evoluíram ao longo do tempo e que se relacionam com os novos paradigmas, nos quais as representações sobre o sofrimento psíquico estão incorporadas na busca de estratégias curativas. Encontra-se o paradigma mais antigo sobre o conceito de saúde e doença no pensamento pré-lógico e mágico do homem primitivo, na busca de explicar a doença de uma única maneira, a sobrenatural. Dessa forma, Vieta, Kodato e Furlan (2001) expõem que as primeiras tentativas de controle humano sobre as doenças estão vinculadas às explicações mágico-religiosas, com as causas atribuídas a outros seres humanos ou a fenômenos sobrenaturais, numa atitude animista.

Este modelo predominou até a Idade Média, em que a psicopatologia era vista por meio da concepção místico-religiosa, na qual todo comportamento desviante era considerado demoníaco, feitiçaria ou possessão. Este modelo predominou até a Renascença e o começo do humanismo. “As psicologias filosóficas do século XVII forneceram aos médicos um conhecimento menos fatalista do ser enfermo, fazendo declinar o poder da teologia”(VIETTA, KODATO, FURLAN, 2001, p. 99).

Nessa nova visão que emergia, os dogmas religiosos foram se transformando gradativamente em dogmas da razão. É no Renascimento e com a Reforma¹¹ que os loucos deixam de ser considerados como seres possuídos pelo demônio, e passam a ser vistos como pessoas perigosas e/ou improdutivas. Por esta razão, passam a serem excluídos da sociedade e internados com outras categorias de doentes.

¹⁰Conforme a OMS (1947), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e, a doença, é definida pelo MS (1987), como uma alteração ou desvio do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio ambiente.

¹¹O termo Reforma se refere a uma das maiores revoluções religiosas do mundo moderno em um tempo em que o mundo vivia dominado pela própria religião. A Reforma Protestante foi um movimento reformista cristão do século XVI liderado por Martinho Lutero.

As contribuições da medicina psiquiátrica neste período, alegavam que os sujeitos desviantes eram incapazes de conviver em sociedade e trabalhar. A inauguração desse campo de saber e de intervenção médica se fundamenta no princípio de que algumas pessoas eram incapazes de se guiarem por sua própria razão, considerando estas como alienadas.

Nesse sentido, Kant (1985, p. 100) contribui ao afirmar que os sujeitos precisam de esclarecimentos, ou seja, “[...] a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo”. Assim, cada um deve desenvolver a capacidade de tomar suas próprias decisões, ser senhor de seu destino, avaliar as alternativas que a vida apresenta e guiar-se por si mesmo, buscando sua emancipação. A psiquiatria surge nesse contexto entendendo que os loucos eram incapazes de fazer uso da própria razão e, por isso, suas vidas deveriam ser guiadas por outrem.

Na emergência de conduzir a vida desprovida de razão, Foucault (1978, p. 48) comenta que “[...] o século XVII criou vastas casas de internamento”. Essas casas consistiam em uma estrutura semi-jurídica destinada a abrigar os pobres, os miseráveis e os vagabundos, estes eram confinados, sem caráter médico-interventivo. A loucura, não era sistematicamente internada, era considerada como uma forma de erro ou de ilusão.

É a partir do século XVIII que se deu “o grande confinamento”, a institucionalização da loucura. Os novos valores, ligados à mentalidade da era moderna, são fundamentados no trabalho e no dinheiro. Nesse período, a Europa enfrentava uma crise econômica, caracterizada pelo desemprego, por baixos salários e moeda escassa. Essa situação estava investida de um forte conteúdo moral, atribuindo esta condição aos pobres, considerando a tendência destes à vagabundagem: “[...] impelem seus pobres e os operários válidos que não querem trabalhar [...] a mendigar, trapacear ou roubar para viver, de modo que o país se vê miseravelmente infestado por eles” (FOUCAULT, 1978, p. 66).

Com a intenção de limpar a sociedade dessa infestação, criou-se o Hospital Geral. Os poderes executivo e judiciário detinham a faculdade de estabelecer ordens de reclusão, de forma que qualquer pessoa poderia ser enviada para o Hospital Geral por ordenação de qualquer um desses poderes. Os atos do executivo eram mais frequentes, devido aos processos do poder judiciário ser mais lentos e exporem as famílias às críticas da sociedade (CASTEL, 1978).

Esse modelo fracassou e foi extinto em quase toda a Europa no início do século XIX. Assim, “se, por um lado, visava abrigar os desempregados nos ateliês obrigatórios custeados pelo Estado, por outro, acabava estabelecendo uma concorrência que diminuía às vendas e

aumentava o desemprego junto aos outros produtores. Além disso, o Hospital Geral tinha um custo de manutenção muito alto”. (SOUZA, 2006, p. 156).

Esse fato consistiu no estabelecimento de uma determinada consciência ética, ou seja, o valor do trabalho como eixo regulador da sociedade nos países europeus. Foucault (1978) expôs que o período vivenciado por transformações sociais e de afirmações do poder da burguesia, considerava que todo tempo ocioso era um afronto a Deus e o trabalho passou a ser uma exigência irrefutável.

Assim, consolidam-se as ideias capitalistas e com estas o conceito de lucro e a noção de que só o trabalho produz riquezas. Os loucos agora não são mais vistos como “possuídos”, mas sim, como improdutivos e vagabundos, tornando-se uma ameaça social e um problema moral. Castel (1978) comenta que por mais que o Hospital Geral não diferenciasse os normais dos loucos, essa questão gerou apenas consequências administrativas acerca da distribuição dos internos, a qual não visava intervenções médicas sobre a loucura.

A loucura, vista como um horizonte social da pobreza, da incapacidade de trabalhar e da impossibilidade de integração nos grupos, inseriu-se nos problemas urbanos. As significações atribuídas à pobreza, à importância ao trabalho e aos valores éticos a este vinculados, determinaram a experiência dada à loucura e aos novos sentidos (FOUCAULT, 1978). O novo sentido atribuído aos loucos, aos incapazes de conviverem em sociedade, alicerça a criação dos asilos de alienados. Com a permanente ascensão burguesa, os limites da liberdade se transformaram, de forma que não poderia mais ser suprimido sem garantias jurídicas, favorecendo assim, o fim dos hospitais gerais.

A subordinação da loucura ao saber médico autorizou o seu aprisionamento ao espaço do asilo, devido à incapacidade dos loucos de se autodirigirem aos limites impostos pela moral. O louco passa a ser confinado em um lugar de cuidado e proteção, ao mesmo tempo, com esta ação, a sociedade pode se sentir protegida de seus desviantes. Dessa forma, a loucura é vista como o avesso da ordem, sinônimo de agitação, exagero, arrebatamento, imoderação, desregramento, impulsividade, imprevisibilidade, periculosidade e circunscrita aos limites de "uma segunda natureza", ela é definida como "um excesso que é falta". (CASTEL, 1978, p.111).

O julgamento sobre a incapacidade de o louco trabalhar coincide com o julgamento aos trabalhadores incapazes de conduzir suas próprias vidas. Castel (2011, p. 305) expõe que sobre o operário e o louco pesavam um julgamento de incapacidade devido à necessidade de acúmulo e reprodução de capital por meio da produção, sendo possível ao operário, viver e

morrer nessa “liberdade” capitalista, enquanto ao louco, somente o seu confinamento nos asilos, sem direito à reivindicação de ser parte dessa produção.

Aos poucos, os operários se desvincularam do julgamento de incapazes para a produção e conquistaram alguns direitos por meio da luta de todo um movimento dos trabalhadores em massa e por uma medicina do trabalho, contrariando a característica de incapacidade de trabalho (ODDONE, 1981). O louco, por sua doença, permanece com o caráter de incapaz e permanece confinado nos hospícios com a intenção de receber um tratamento moral, por não se encaixar nas normas burguesas.

A responsabilidade sobre a loucura passa a ser administrada pelo saber médico. Em meio às descobertas significativas no campo da biologia, da física e da química, a medicina postula a loucura a partir de causas físicas, procurando no substrato orgânico as suas origens, levando a psicopatologia do século XVIII a um impasse, em razão da neurofisiologia: não ter condições para determinar e localizar substratos orgânicos claros para a loucura e, muito menos, correlatos cerebrais específicos para as diversas formas de insanidade (VIETTA, KODATO, FURLAN, 2001). Nesse sentido, Pessotti (1977) contribui que, nesse período, a medicina recusava qualquer explicação da loucura sem bases orgânicas subjacentes ao delírio e ao comportamento desviante.

Assim, a medicina justificou o isolamento dos loucos a partir de seu saber, constituindo a criação de possibilidades de tratamento, mantendo aprisionados em seus muros aqueles que estavam à margem da produção capitalista, vistos como desviantes sociais. Os hospícios passaram a ser definidos “como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. (GOFFMAN, 2001, p. 11).

Ao ser confinado em uma instituição total¹², o sujeito traz consigo toda uma concepção de si mesmo, construída no meio ao qual estava inserido. O período de institucionalização apresenta, como uma de suas tendências, novas formas de subjetivação, assumindo então, uma nova condição de sujeito, produzida discursivamente: a de interno.

Nas diversas instituições de confinamento, ocorrem inúmeras situações de violência, transformando-as em instituições de sequestro das almas, disciplinando corpos na busca de

¹² As instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, nas quais um grupo relativamente numeroso de internos vive em tempo integral e, em contrapartida, há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição (GOFFMAN, 2001).

articular uma governamentalidade¹³, por meio de tecnologias de sujeição e subjetivação¹⁴(CRUZ, SARAIVA, 2012).“A utilidade do trabalho penal? Não é um lucro; nem mesmo a formação de uma habilidade útil, mas a constituição de uma relação de poder, de uma forma econômica vazia, de um esquema da submissão individual e de seu ajustamento a um aparelho de produção” (FOUCAULT, 1983, p. 217).

Assim, Goffman (2001) expõe que o trabalho nas instituições totais assume o sentido de submissão, pois para o interno, não há uma cessação da autoridade do chefe, como em situações de trabalho na vida em sociedade. Por estar o tempo todo confinado na instituição, ele está constantemente submetido à autoridade da equipe dirigente. Além disso, há poucas tarefas a serem realizadas pelo interno e não há o pagamento formal de suas pequenas atividades.

O trabalho nos hospícios coloca o louco em uma posição de submissão e inutilidade, adquire uma capacidade de reproduzir doenças, indo contra o desenvolvimento pessoal do interno. Schwartz (1995) afirma que no trabalho o sujeito é completo ao se colocar nele, sendo este um lugar em que cada um pode se desenvolver, utilizando sua capacidade de produzir e de conviver coletivamente. Ao contrário, nos hospícios, o trabalho não busca desenvolver a autonomia dos internos, e sim, colocá-los no lugar de inúteis e submissos.

Nesse contexto, no final do século XVIII, surge Pinel, seguido posteriormente por Esquirol, e emerge uma teoria moral sobre a loucura. Pinel e Esquirol são considerados os responsáveis pelo desacorrentamento dos loucos e pelas reformas nos manicômios, que se espalharam pela Europa no início do século XIX.

Sob a promoção da humanização no tratamento dos loucos, a concepção de loucura passou a ser representada pela originalidade do pensamento de Pinel (PESSOTTI, 1996; VIETTA, KODATO, FURLAN, 2001) que concebe a loucura como doença. Pinel evidencia que não é no órgão em que se localiza a maior parte das doenças mentas, mas sim, no

¹³Designa ao “conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, ainda que complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por forma maior de saber a economia política, por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Segundo, por ‘governamentalidade’ entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não cessou de conduzir, e desde muito tempo, à preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de ‘governo’ sobre todos os outros: soberania, disciplina, e que, por uma parte, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, de outra parte], ao desenvolvimento de toda uma série de saberes” (FOUCAULT, 2004a, p. 111-112).

¹⁴Michel Foucault “buscou compreender os discursos em que o próprio sujeito é colocado como objeto de saber possível, os seus processos de subjetivação e de objetivação que fazem com que o sujeito se torne, na qualidade de sujeito, objeto de conhecimento”. (FOUCAULT, 2004, p. 236).

desarranjo das impressões sensíveis responsáveis pela produção de ideias e vínculos com a realidade, resultando em comportamentos imorais.

Dessa forma, a medicina assume o papel de reconduzir o doente à racionalidade. O desarranjo perceptivo é ocasionado por fortes paixões vividas pelo sujeito, assim o ambiente de tratamento e as atividades terapêuticas deveriam se voltar à adequação do restabelecimento da racionalidade. Daí que emergem as ideias de o ambiente de tratamento ser um lugar calmo e tranquilo, da ausência de conflitos e ameaças, justificando o confinamento dos loucos nos hospitais psiquiátricos, isolado das suas redes de relações e de disciplina para conter a desordem social.

Os organicistas adotaram essa mesma concepção por acreditarem que estas atuariam sobre os órgãos afetados. Assim, prescreviam tratamentos físicos de excessiva violência, os quais eram recusados pelos moralistas, por acreditarem que estes provocariam mais paixões violentas nos pacientes (PESSOTTI, 1977). É válido evidenciar a atuação médica no tratamento destinado aos loucos nesse período, pois a atuação dessa área de conhecimento estava vinculada a uma única forma de tratamento: a terapêutica e a pedagógica na reordenação das ideias delirantes e do comportamento imoral.

Posteriormente, surge Esquirol (1772-1840), que afirmava que no hospício o que cura é o próprio hospício, devido a sua estrutura e funcionamento, o qual deve operar transformações nos indivíduos. Esquirol é considerado um precursor da psiquiatria, integrando juntamente com Auguste Morel (1809-1873) e Édouard Séguin (1812-1880) a escola francesa iniciada por Pinel. Postulava que ao penetrar na mente humana, a intencionalidade era compreender os transtornos do humor e da melancolia como agentes que conduzem à perda do juízo, elevando os alienados à condição de homens. Também é considerado um reformador de asilos e hospícios franceses, sendo o primeiro a fundar um curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. A criação da primeira instituição brasileira de assistência aos doentes mentais – Hospício de Pedro II – é fortemente influenciado pelo seu pensamento.

Nesse período, o desconhecimento sobre a doença mental ocasionou a criação de uma instituição que, por meio do aprisionamento e enclausuramento de sujeitos, buscava a compreensão das causas que tornavam uns diferentes dos outros. Foi somente no século XIX que a Psiquiatria assumiu bases biológicas para seus preceitos, mediante o paradigma imperativo das ciências naturais. Gradella Júnior (2002) expõe que o processo de cronificação do doente mental, reforçado pela submissão de mecanismos de violência institucional, impôs a prática do internamento e da segregação social por toda a vida, seja pelo desconhecimento

do fenômeno estudado e até mesmo pela ausência de estratégias terapêuticas de reinserção do sujeito ao convívio familiar e comunitário.

No fim do século XX, conforme Vietta, Kodato e Furlan (2001), as teorias morais da doença foram gradativamente substituídas à noção de lesões anatomopatológicas, e a loucura passa a se tornar discurso oficial da medicina organicista. Consolidava-se a concepção do comportamento humano irracional ser explicado pelo funcionamento anormal do cérebro, fruto das descobertas no campo da microbiologia e da neurologia.

Assim, no século XX, a psiquiatria esteve atrelada a explicações das desordens do comportamento, da afetividade e do pensamento em causas físicas, lesões ou modificações da matéria cerebral. Essa visão resultou na transferência de conceitos e métodos até então considerados úteis no tratamento das doenças físicas para o campo dos distúrbios emocionais e comportamentais. Embora a abordagem organicista tenha fracassado frente às tentativas explicativas da etiologia da maioria dos distúrbios mentais, ela foi amplamente adotada, pois acreditava que os distúrbios mentais se baseavam em mecanismos biológicos específicos, enfatizando o estabelecimento de diagnósticos como um sistema reducionista de classificação.

Ainda no mesmo século, conforme Vietta, Kodato e Furlan (2001), a descoberta da origem sífilítica da paralisia progressiva e da busca de um bacilo causador da esquizofrenia, fez com que o modelo médico psiquiátrico entrasse em decadência, devido ao insucesso nos resultados e na ineficácia dos tratamentos utilizados. Frente a estas inquietações, agravava-se a situação dos hospitais psiquiátricos a partir das denúncias de maus tratos e violência aos pacientes, bem como, a superlotação dessas instituições.

Neste período de ascensão e declínio da psiquiatria, surgem novas descobertas para uma melhoria da assistência psiquiátrica. Estas se vinculam as ideias de Freud a partir da *Interpretação dos Sonhos*, ao trazer à tona a noção de inconsciente. O corpo representado pelo enfermo é visto como um corpo simbólico e não mais apenas como um corpo anatomopatológico. Os sintomas têm significados e são menos indícios de uma doença do que a mensagem expressada pelo sujeito, que não pode ser de outra forma, ou seja, é a via pela qual se processa a descarga pulsional (BIRMAN, 1980).

Em uma perspectiva semiológica-médica-neurológica, Emil Kraepelin (1855-1926) descreve os sintomas clínicos, a sua evolução e a análise anatomopatológica, formulando sua doutrina no livro *Psychiatrie*, servindo como referência a muitas gerações de especialistas em doenças mentais. Isolou as formas básicas da enfermidade psíquica: psicose maníaco-depressiva e demência precoce e promoveu a separação entre demência senil e paralisia geral. Alegava que o manicômio devia diferir o mínimo possível de uma casa particular, buscando

aplicar esta ideologia na Clínica de Munique, oferecendo aos pacientes um ambiente semelhante ao doméstico, o que influenciou a formulação da primeira legislação brasileira de assistência às doenças mentais.

Em contraponto, na década de 1950, surgem os psicofármacos, promovendo transformações nos contextos hospitalocêntricos, favorecendo, de certa forma, o progresso da psicoterapia individual e grupal, dos hospitais-dia e hospitais-noite, além de outras modalidades socioterápicas. Por outro lado, ocasionaram um déficit na redução dos efeitos colaterais e das manifestações delirantes provocadas pelos psicofármacos, bem como de expressões motoras que acompanham estes medicamentos. Tehns (1977) afirma que o ânimo pela redução do tempo de internação e pelo controle dos sintomas sufocados por neurolépticos, não diminuiu o número de internações após sua utilização. Constatou-se que o tratamento por meio de substância química controlava os sintomas, mas não era a cura.

Iniciou-se neste período um movimento de relacionar as doenças mentais a fatores ambientais e sociais, visto não somente a necessidade de lidar com os fatores biológicos dos problemas mentais, mas também dos fatores sociais. Assim, surge a psiquiatria social, a qual buscou descrever as estruturas sociais como fatores geradores de doença, encontrando nesse aspecto bases para o movimento de saúde mental e da antipsiquiatria.

Houve um crescente interesse na prevenção e na promoção da saúde mental, contrapondo a ideologia de apenas amenizar a gravidade da doença mental. O hospital psiquiátrico do século XX foi convocado a repensar sobre as suas reais funções. “De mero oferente de isolamento e proteção estéril ao doente mental, passa a ter que proporcionar situações terapêuticas, condizentes com seus autênticos propósitos” (VIETTA, KODATO, FURLAN, 2001, p. 101).

Contudo, os hospitais não concretizaram este fim em razão das suas características: número reduzido de recursos humanos, inexistência de estratégias terapêuticas, despreparo do pessoal disponível, desinteresse por parte dos administradores e superlotação, além das características de instituição total. Nesse sentido, Tehns (1977), Negrete (1974) e Barton (1959) apontam que os hospitais foram considerados como ambientes propícios à proliferação e à cronicidade iatrogênica do internado, levando-o ao institucionalismo, à neurose institucional e à contaminação ou deterioração do eu, desencadeando dois tipos de doença nos internos: a esquizofrenia e a neurose institucional.

Os manicômios apresentaram seu caráter antiterapêutico e iatrogênico, não se constituindo somente como uma técnica ou instrumento que se revelou ineficaz em seu interior, mas desvelando todo um conjunto da organização hospitalar, da sua capacidade

técnica (SZASZ, 1977). Conforme Vietta, Kodato e Furlan (2001), em 1960, surge a estratégia psicoprofilática nas atuações comunitárias e nas ações da atenção primária, secundária e terciária. Este modelo foi altamente criticado devido a sua invasão cada vez maior nos setores da vida pessoal como passíveis de medicações e tratamentos especializados da área.

Szasz (1977) expõe que a medicalização da psiquiatria, nesse período, era termo consagrado, sob a denominação de psiquiatrização, como oposição a essa perspectiva se erguia uma das bandeiras do movimento da antipsiquiatria. Foi a partir da psiquiatrização que o princípio dominante do sistema de saúde se voltava para a normatização e controle do comportamento social em países capitalistas, induzindo as populações à crença na possibilidade ilimitada da ciência médica e na solução técnica de todos os problemas da vida.

Assim, na década de 1970 ocorreu um aumento da demanda aos serviços de saúde mental frente aos diversos questionamentos que indagavam se as perturbações mentais haviam se proliferado ou a psiquiatrização havia sido promovida. No fim do século XX, surge uma proposta de reformulação assistencial e da cultura manicomial, evidenciando a instituição asilar, a cidadania do “louco” e os modelos assistenciais (VIETTA, KODATO, FURLAN, 2001).

A década de 1970 foi marcada pelo movimento da psiquiatria democrática inspirada no sistema instalado na Itália por Franco Basaglia, que lutava pelo fim dos manicômios, o qual articulou o paradigma da desinstitucionalização em saúde mental. Afirmava Basaglia (1985): “(...) a psiquiatria desde seu nascimento é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres”.

Nesse formato, Basaglia introduziu uma série de transformações no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, abolindo as medidas institucionais de repressão e criando condições para reuniões entre médicos e pacientes na tentativa de devolver a dignidade de cidadão ao doente mental. Basaglia visitou o Brasil, na década de 1970, tornando-se uma figura emblemática na questão da luta antimanicomial brasileira.

Assim, surge no Brasil a proposta de reformulação da assistência manicomial do século XX e com ela o projeto de Lei nº 08/91-c, do deputado Paulo Delgado, que prescreve a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos brasileiros e a adoção de recursos terapêuticos alternativos para atender os doentes mentais. Este movimento culminou no combate das políticas hospitalocêntricas, opressivas e estigmatizantes que negavam a cidadania ao doente mental.

Frente à construção sociopolítica no país, a PNSM vem passando por diversas transformações desde o início da década de 1990 quando suas práticas começaram a se desvincular do modelo hospitalocêntrico e se aproximar de técnicas baseadas em um modelo de base territorial e comunitário (BRASIL, 2004d). É somente no ano de 2001, após aprovação da Lei nº 10.216, que o país alterou e criou novos mecanismos para as ações em saúde mental. A ideia de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltada à reabilitação do sujeito com sofrimento psíquico ocorreu no ano de 2011, pela Portaria nº 3.088, a qual tinha por objetivo a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, a formação em saúde também apresentou necessidade de alterações, ao deixar o modelo de cuidado apenas prescrito no modelo biológico para assumir o modelo biopsicossocial de base comunitária. Para dar conta de tais transformações, a abordagem da Saúde Coletiva se tornou essencial nos processos formativos dos profissionais da área. Fagundes (2006) e Radke (2017) descrevem a noção de Saúde Coletiva como um processo construtor de atores sociais desencadeadores de transformações nas formas de pensamento, sentimentos e efetivação de políticas, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, ao extinguir e substituir práticas tradicionais por outras que contribuam na criação de projetos de vida.

Ao promover a vida nas ações de saúde em território e na intervenção em aspectos de formação de subjetividades, a Saúde Coletiva implica no cuidado em saúde e na produção da existência não somente sob o viés psiquiátrico, mas sim, na promoção e inscrição em rede entre a clínica e a cultura (RADKE, 2017). Corroborando, Ceccim e colaboradores(2016) e Merhy (2016) apontam que o Brasil tem investido práticas de Saúde Coletiva no SUS com a intencionalidade de romper com o paradigma biomédico e promover saúde, um novo perfil terapêutico e estilos de trabalho e formação.

É válido evidenciar nesse cenário que a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida no ano de 2001 (BRASIL, 2001b) visibilizou a importância da formação profissional em saúde mental após as transformações ocorridas desde a década de 1990, destacando: a compreensão da doença mental em seu contexto de existência; a clínica ampliada; a necessidade de financiamentos na área; as internações em hospitais gerais; a criação de uma rede em saúde mental extra-hospitalar e a criação dos CAPS, dos hospitais-dia e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Frente às novas demandas formativas para as ações do novo modelo de cuidado em saúde mental no país, em 2003, o MS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde (SGTES). Responsável pela elaboração das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos profissionais de saúde no país, a SGTES abriu campo para a elaboração e efetivação de novas diretrizes para a formação e a educação permanente em saúde.

Ainda em 2003, o MS introduziu a noção de Educação Permanente para a proposta de uma política de educação na saúde no contexto do SUS com o objetivo de ordenar a formação dos seus profissionais. A proposta consistia em abandonar a lógica dos cursos de treinamento e capacitação para o estabelecimento de práticas de interação regionais em educação e ensino da saúde. A implantação da PNEPS surge com o intuito de acompanhar as alterações nos entendimentos acerca das noções de saúde-doença e as suas possíveis intervenções, além de fornecer conhecimentos das ações a serem prestadas pelos serviços públicos com base no modelo interventivo vigente.

Radke (2017) comenta que, no campo da saúde mental, as ações educativas se vinculam a estratégias pedagógicas de apoio à atenção da gestão, cursos de qualificação e de formação de profissionais da saúde bem como, no aumento da oferta de vagas em residências médicas e em áreas específicas da saúde, nas estratégias de interação entre universidades e sociedade e de estruturas de suporte educativo. Dessa forma, evidencia-se a relevância em analisar a educação permanente em saúde voltada aos processos de reabilitação psicossocial, a compreensão de suas alterações históricas e seus movimentos na elaboração de novas estratégias.

2.1 Reabilitação psicossocial: processos de in/exclusão

A crítica consiste em desmontar o pensamento e em ensaiar a mudança; mostrar que as coisas não são tão evidentes quanto se crê, fazer de forma que isso que se aceita como vigente em si não o seja mais em si.

Michel Foucault (2011, p. 356)

Compreender que a inclusão ocupa um *status* de imperativo de Estado é uma das mais potentes estratégias contemporâneas de um ideal de universalização dos direitos humanos, seus processos afirmativos são vistos como uma possibilidade dentro de uma grade de inteligibilidade que promove a ampla circulação das pessoas, a diversidade, a autonomia, entre outros aspectos (LOPES, FABRIS, 2013). Esta noção se funda em uma trajetória

histórica na qual foram inventadas noções acerca dos processos inclusivos a partir da presença de ações exclusivas.

Conforme Lopes e Fabris (2013) a emergência da inclusão se dá no seio dos movimentos sociais, econômicos e culturais produzidos na história da Modernidade, a partir de tramas discursivas que criam o termo como uma necessidade primordial do mundo contemporâneo. Suas raízes estão presentes em conceitos e terminologias que surgiram no decorrer dos tempos a partir das noções de reclusão, integração e reinserção social.

Esses termos foram descritos frente a condições de discriminação negativa destinadas àqueles que foram segregados, em algum momento, do convívio em sociedade. Castel (2008) defende a existência da discriminação negativa e da positiva ao descrever que a positiva tem como princípio o esforço suplementar a favor das populações menos favorecidas na integração ao regime comum; já a discriminação negativa refere-se àquela que estigmatiza o sujeito, lhe colocando em uma posição menor.

Assim, a noção de in/exclusão busca visibilizar o caráter subjetivo implicado na discriminação negativa e na degradação humana (LOPES, FABRIS, 2013). Os movimentos voltados à diversidade humana, que vivencia formas de discriminação negativa, buscam condições para saírem da posição de risco que ocupam, porém, é preciso olhar para a localização da exclusão para encontrar as formas em que e como se produz a inclusão:

Não se trata de tomar uma postura contra ou a favor da inclusão, mas sim de toma-la como um imperativo, forjado na Modernidade a partir da noção de exclusão, ou seja, trata-se de entende-la como a invenção de um tempo moderno que ganha o maior destaque na Contemporaneidade devido, entre outros aspectos, às desigualdades acentuadas entre os sujeitos, suas formas de vida e condições econômicas, culturais, sociais, religiosas, individuais, etc. (LOPES, FABRIS, 2013, p. 13-14).

Para compreender os processos inclusivos é preciso remeter-se as condições de sua emergência, “focar acontecimentos passados, buscando estabelecer, sempre de forma arriscada e perigosa, relações entre acontecimentos aparentemente desconexos” (LOPES, FABRIS, 2013, p. 19). E são nesses acontecimentos desconexos que o termo “reabilitação psicossocial” emerge, em meio ao exercício crítico aos sentidos dos processos de discriminação negativa sustentadas por políticas, leis, discursos que o materializam.

Jorge e colaboradores (2006) discorrem que a reabilitação psicossocial do sujeito com sofrimento psíquico, é um conceito forjado no interior do movimento da RP no Brasil, a partir das propostas da Psiquiatria Democrática na Itália. As propostas desse movimento defendiam a ruptura com o paradigma clínico (causa e efeito) sob a loucura e a sua rotulação como

periculosa, negando os hospitais psiquiátricos e propondo uma nova alternativa de tratamento voltada ao amparo social do sujeito com sofrimento psíquico.

Foucault (1978), em sua obra *a História da Loucura na Idade Clássica*, apresenta como conceito-chave a progressiva separação da loucura com a razão no plano do conhecimento e no centro das experiências sociais. Assim, a loucura passa a ser excluída da ordem da razão e ocorre o confinamento dos loucos; também neste período, há a dissociação entre a percepção dos loucos frente às suas experiências de enclausuramento bem como, o saber médico baseado no paradigma classificatório-taxonômico.

Na Modernidade, a loucura recebe a liberdade das correntes com Pinel, mas ainda permanece no espaço asilar sob o estigma da doença mental. “Nas palavras de Foucault, liberta-se o louco das correntes das antigas casas de correção, mas ele é ao mesmo tempo confinado às peculiaridades do saber médico e das marcas da natureza humana” (PINTO, FERREIRA, 2010, p. 28).

É na década de 1970 que Foucault (2001; 2006a; 2006b) transfere o conceito-chave da idade clássica (loucura desprovida da razão) para a noção de poder, que assume a importância das prisões e não mais, na gênese do saber psiquiátrico. Em 1983, em *A Casa dos Loucos*, Foucault altera a sua discussão para a constituição histórica de uma dupla experiência e verdade no ocidente: enquanto prova e como revelação. “No primeiro caso, a verdade toma caráter explícito de uma justa, de batalha corpo a corpo, de um jogo de forças (poderes) locais na qual ela cabe ao vencedor. No segundo caso, ela busca se universalizar pondo-se à distância de qualquer produção meramente situada” (PINTO, FERREIRA, 2010, p. 29).

Ainda assim, na dupla caracterização da verdade e na tentativa de afastamento das relações de forças locais, a psiquiatria ocupa um lugar em destaque. O modo de produção de verdade desta área médica, especificamente a entrevista psiquiátrica, possui caráter de justa, ou seja, em sua forma de verificação, semelhante a confissão cristã¹⁵, busca que o louco confesse por meio do poder asilar, a verdade de sua loucura. Trata-se de uma batalha demarcada no tempo, espaço e da vontade médica e do paciente frente a um saber (PINTO, FERREIRA, 2010).

Foucault (1982) discorre ainda acerca das estratégias de despsiquiatrização e do rompimento da relação entre o poder asilar e a verdade da loucura no século XX por meio de

¹⁵ A confissão cristã pode referir-se, em uma perspectiva foucaultiana, a complexa arte de conduzir a conduta dos indivíduos, fixada no Ocidente pelo cristianismo, bem como seu comportamento, avaliando os seus progressos e objetivos cuidadosamente, fazendo incliná-los à obediência restrita sob a direção de um guia da verdade e das verdades instauradas como guia (FOUCAULT, 2018).

práticas da psicocirurgia, da psicofarmacologia e da psicanálise. Mas é o movimento antipsiquiátrico liderado por David Cooper, Ronald Laing, Thomas Szaz e Franco Basaglia que produz a desinstitucionalização psiquiátrica ao libertar o louco de qualquer forma de confinamento e de qualquer verdade, cabendo a ele mesmo, a produção de seu próprio saber.

A partir destas transformações, da liberdade da loucura e da produção de suas próprias verdades, outros autores (DELEUZE, 1992; CASTEL, 1987) problematizaram o lugar da loucura e as formas de controle sobre ela. Deleuze (1992) expõe a existência de uma sociedade de controle por meio da transmissão da ordem pelo controle do confinamento; o apoderamento dos corpos se dá em espaços livres e de forma contínua. Castel (1987) discute a concepção da loucura como doença mental e objeto de intervenção e saber médico dentro dos manicômios; comenta que é a partir do século XVIII que a ideia de internamento assume uma visão positiva, ou seja, é nos espaços de confinamento que é organizada a liberdade do louco sob caráter pedagógico, assumindo uma abordagem terapêutica e tornando-se asilo.

No Brasil, as estratégias de desinstitucionalização da loucura se deram com o movimento da RP influenciada pelos modelos antipsiquiátricos que ocorriam desde os anos de 1960 nos Estados Unidos, e na Europa. Adotando o modelo da Psiquiatria Democrática Italiana, o país alterou seus dispositivos institucionais passando dos manicômios aos serviços abertos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 1999).

Estes serviços, por sua vez, não possuem caráter asilar e intervenções parasitárias; sua abertura se deu a partir da criação da proposta de Lei defendida pelo Deputado Paulo Delgado no ano de 1990, sendo aprovado, com alterações, no ano de 2001, sob a representação do Deputado Sebastião Rocha. A referida Lei nº 10.216/01 conhecida como a Lei da RP no país possibilita o tratamento de base comunitária e visa à inserção social do sujeito com sofrimento psíquico, tendo como seu maior dispositivo a reabilitação psicossocial.

Ao percorrer a emergência do termo reabilitação psicossocial, é visto que este surgiu na década de 1940 nos Estados Unidos, a partir de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos denominados “Não estamos sós” e avançou nas décadas posteriores, por meio de novos programas e associações civis, centralizados em ações de capacitação/trabalho protegido, oficinas protegidas, moradias ou alojamentos. Na década de 1970, o governo americano interviu e financiou ações na área com a criação de redes complexas e por recursos comunitários (DESVIAT, 1999). No Brasil, conforme Guerra (2004), a reabilitação psicossocial se funda a partir de duas obras: “Reabilitação Psicossocial no Brasil” de Ana Maria Fernandes Pitta (1996) e “Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível”

de Benedetto Saraceno (1999). Estas obras estão ancoradas nos processos de constituição das práticas na saúde pública voltadas à reinserção social do sujeito com sofrimento psíquico.

Pitta (1996) situa a heterogeneidade e os paradoxos que habitam o território nacional frente às dificuldades estabelecidas pelos discursos ou tendências comuns à prática. Dessa forma, a autora apresenta o conceito de reabilitação psicossocial não somente como uma tecnologia, mas sim, como uma exigência ética e como uma estratégia implicada na política de saúde mental. O termo passa a ser compreendido como uma possibilidade de reconstrução do exercício pleno de cidadania e contratual em três esferas: casa, trabalho e rede social. Nesse entendimento, em 1985, a *International Association of Psychosocial Rehabilitation* definiu a reabilitação psicossocial como:

[...] o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. [...] O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo (PITTA, 1996, p. 19).

Pitta (1996, p. 23-24) expõe que a “reabilitação psicossocial poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos”. Tal entendimento evidencia a autonomia funcional como eixo para a reabilitação, ou seja, da capacidade de o sujeito gerar ordens, regras, normas para a sua vida frente às situações a serem vivenciadas.

A segunda obra, escrita por Saraceno (1999), avança nas discussões ao tentar construir uma teoria para a reabilitação psicossocial. Nesta, apresenta uma proposta crítica às práticas até então realizadas e aponta a adoção da perspectiva adaptacionista a partir de quatro abordagens centradas na correção, nos desvios do sujeito, do funcionamento sociofamiliar e nas aprendizagens de habilidades pelos sujeitos e as consequentes mudanças na dinâmica familiar. Além disso, comenta o espaço dos hospitais psiquiátricos, definindo-os como espaços desabilitadores; espaços esses em que a vida não habita e reina a ausência de obra.

Ainda, o autor identifica quatro variáveis do processo de reabilitação: sujeitos, contextos, serviços e recursos e define a reabilitação como cidadania. Ao criticar o modelo darwiniano de reabilitação¹⁶ a partir desses entendimentos, Saraceno (1999) propõe o modelo de redes múltiplas de negociação centralizadas na participação e não na autonomia, ou seja,

¹⁶ Refere-se à perseguição da capacidade singular de participar de forma vitoriosa na batalha da sobrevivência e, conseqüentemente, na busca da autonomia, como mito responsável pela hiperseleção de sujeitos à reabilitação, deixando de lado os casos mais graves (GUERRA, 2004).

não trata de tornar o fraco em forte, mas sim, da modificação das regras do jogo que possibilita que todos possam participar de trocas permanentes de competências e interesses.

A capacidade contratual dos sujeitos com sofrimento psíquico se constitui por meio da morada (casa, apropriação do espaço vital), da rede social (lugar no qual ocorre as trocas sociais vivas) e o trabalho (visto como processo de articulação do campo dos interesses, necessidades e desejos, meio de sustento e autorrealização) (SARACENO, 1999). É na lógica de pensamento de Saraceno que a reabilitação psicossocial assume uma dimensão política e social, ao mesmo tempo em que se observa a capacidade contratual de cada sujeito. Corroborando com o autor, Rotelli (1994) e Goldberg (1996a; 1996b) deslocam o sujeito da perspectiva do produtor ideal, para o consumidor que realiza trocas sociais e efetiva a contratualidade social.

Os processos reabilitadores buscam minimizar os consequentes prejuízos e as inúmeras formas de exclusão que geraram a discriminação negativa àqueles que foram considerados desviantes das normas, das regras da sociedade ao longo da história. Foi na exclusão do sujeito com sofrimento psíquico que, historicamente, instaurou-se o estigma e o seu confinamento contribuindo para a perda do seu valor social. A exclusão da doença mental, naturalizada sob o saber psiquiátrico e no aprisionamento de corpos em manicômios foi altamente criticada, numa proposta articulada à clínica, enquanto dimensão inarredável de inscrição do sujeito e de possibilidade de implicação nas respostas que constrói.

Estes aspectos históricos implicam com as emergências do presente, na noção da rede discursiva que gera efeitos de verdades sobre os sujeitos, instigando a uma consciência capaz de compreender dados históricos como acontecimentos, ou seja, dados que foram “forjados por regimes de verdade estabelecidos dentro do jogo de forças assumidos por distintos campos discursivos [...]” (LOPES, FABRIS, 2013, p. 20). Dessa forma, a reabilitação psicossocial está vinculada à noção de inclusão descrita por Lopes e Rech (2013, p. 212): “[...] se materializa na atualidade como uma alternativa econômica viável para que os processos de normação e de normalização se efetivem, bem como para que outras formas de vida não previstas na Modernidade [...] se expandam no tecido social”.

Nesse viés, as práticas para a reabilitação se associam à noção de norma que, conforme Foucault (1999) é o que circula entre a disciplina e a regulação do corpo e da população. Veiga-Neto e Lopes (2007) afirmam que a norma opera como uma medida e um princípio de comparabilidade ao tentar incluir todos conforme critérios que são construídos no interior de grupos sociais. A norma, para os autores, age sempre de forma prescritiva, provocando ações de homogeneização dos sujeitos ou, até mesmo, a exaltação das diferenças

a partir de referências sociais. “Então, a norma age tanto na definição de um modelo tomado *a priori* aos próprios sujeitos, quanto na pluralização dos modelos que devem ser referência para que todos possam se posicionar dentro de limites locais, e uns em relação aos outros” (LOPES, FABRIS, 2013, p. 42).

Lopes e Fabris (2013) expõem que a partir da norma se fundem os processos de normalização, os quais apontam o normal e o anormal a partir de diferentes curvas de normalidade. Assim, a norma existe dentro de um jogo constante de forças que são necessárias para as artes de governar, ou seja, a norma opera de duas formas: nos dispositivos disciplinares que tratam da normação, a qual descreve, identifica, posiciona, corrige e controla corpos; e de seguridade que se referem à normalização, a qual opera como estratégias de governo sob a população a partir do jogo entre liberdade e seguridade.

A norma disciplinar é constituída a partir de um normal universal. Isso significa que primeiro se define a norma e depois se identificam os sujeitos, sempre de forma dicotômica ou polarizada, como normais e anormais, incluídos e excluídos, sadios e doentes, deficientes e não deficientes, aprendentes e não aprendentes, ricos e pobres, brancos e negros, etc.” (LOPES, FABRIS, 2013, p. 42-43)

Na saúde mental, os parâmetros que definem o anormal ou o patológico se situam no campo dos valores. “A doença mental, correlato de anormalidade, é concebida em relação às normas sociais, sendo, por isso, aplicável aos sujeitos que não se submetem adequadamente a elas” (SILVA, 2008, p. 141). Dessa forma, os tratamentos mentais atuam na ordem da normalização dos sujeitos ao fixá-los às normas das quais estão distanciados e a reabilitação psicossocial se inscreve como uma prática da saúde mental que se constrói sob o ideal da normalização.

Viganó (1997; 1999) comenta que a reabilitação, nesse sentido, não renuncia o interesse pelos sintomas, pois estes se constituem como modos em que o sujeito se implica e responde ao campo social em que está inserido, mas sim, são formas diversificadas de adaptação frente a um rompimento com a realidade. “A reabilitação não reabilita senão à ordem simbólica, aquilo que permite a um sujeito se comunicar com a realidade. Esta afirmação tem uma consequência: a reabilitação pode ser bem-sucedida somente com a condição de seguir o estilo que sugere a estrutura subjetiva do psicótico” (VIGANÓ, 1997, p. 63).

Olhar para estes acontecimentos, aos enredamentos que o termo e a noção de reabilitação psicossocial é remeter ao campo da saúde mental vigente no SUS. Reabilitar

assume, nesse sentido, a construção de estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito a partir de suas habilidades, de seus aspectos positivos. Saraceno (1999) aponta que a reabilitação não implica em um conjunto de técnicas instrumentalizadas para a ocupação do tempo dos sujeitos com sofrimento psíquico e nem tão pouco, do enquadre desse sujeito a modelos pré-estabelecidos, mas sim, de olhar para as suas potencialidades e criar situações que respeitem as suas limitações.

Nessa configuração, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) define a reabilitação psicossocial como:

[...] um processo que oferece aos indivíduos que estão desabilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.

Assim, a reabilitação psicossocial passa a ser compreendida como um processo e não somente como uma técnica, trata, portanto, de uma estratégia de aquisição ou da recuperação de aptidões fundamentais para a reinserção social (OMS, 2001; PINTO, FERREIRA, 2010). Ao considerar a reabilitação como um processo-técnica singular e destinada à reintegração social do sujeito, Pitta (1996) alerta para o reducionismo que o termo pode gerar ao estar associado à recobrança de algo que se perdeu e precisa ser recuperado, ao retorno da normalidade, mantendo, dessa forma, o poder do saber médico sobre a loucura.

Pinto e Ferreira (2010) questionam se a minorização da loucura, frente ao poder médico, está atrelada à noção de normalização da doença mental e da naturalização da inserção do sujeito com sofrimento psíquico em uma sociedade marcada por práticas excludentes. Em concordância, Viganó (1999) comenta o cuidado necessário para não cair em uma nova cronicidade, pois mesmo com a desconstrução do modelo asilar, corre-se o risco da ocorrência de novas formas de exclusão e segregação do sujeito com sofrimento psíquico.

Normalizar ou naturalizar a presença do sujeito com sofrimento psíquico na sociedade dentro do gradiente social em que participa, vem ao encontro do que Lopes e Fabris (2013) comentam que este sujeito, além de ser tratado a partir da noção de normalidade, ele é quantificado e mostrado como mais um que se enquadra dentro de uma zona de normalidade que é determinada pelos processos inclusivos. As ênfases dadas às práticas sociais de exclusão, reclusão e inclusão se caracterizam como *indivíduos a corrigir*, ou seja, o louco até então considerado incorrigível, passa a ser alguém a se recuperar (FOUCAULT, 2003). A