

A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil

The forming of new practices in the Psychiatric-social care: review of two pioneer projects in the Psychiatric Reform in Brazil

Paulo Duarte de Carvalho Amarante¹
Eduardo Henrique Guimarães Torre²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar documentos históricos de dois serviços pioneiros no âmbito da Reforma Psiquiátrica no Brasil num contexto específico de transformações no campo da saúde mental. Busca-se captar os principais conceitos e dados históricos contidos nos projetos originais a fim de entender a constituição deste novo campo de intervenção em saúde mental e de estudar a produção teórica que dá base às novas formas de atenção e cuidado aos sujeitos em sofrimento mental e situações de crise. Também é destacada a necessidade de discussão sobre as portarias ministeriais que instituíram a regulamentação dos novos serviços. Neste sentido, as reflexões aqui presentes podem servir como subsídio para o trabalho de técnicos, profissionais, pesquisadores e gestores na produção de novos conhecimentos, políticas e ações de saúde mental no momento atual de implementação da Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: *atenção psicossocial; serviços substitutivos; Modelo Assistencial em Saúde Mental*

ABSTRACT

This paper aims to review historical documents from two pioneer services of the Psychiatric Reform in Brazil within a specific context of transformations in Mental Health. We seek to capture the main concepts and historical data found in the original projects so as to understand the development of this new field on Mental Health intervention and to study the theoretical production that supports new ways of providing attention and care to individuals in psychiatric suffering or crisis situations. We also highlight the need for discussion over ministerial decrees which regulate the new services. In that way, the reflections put forward here can be used as a source of work for technicians, professionals, researchers and managers in producing new knowledge, politics and Mental Health actions as the Psychiatric Reform is implemented today.

KEY WORDS: *psychiatric-social care; substitutive services; assistance model in mental health*

¹ Médico, Doutor em Saúde Pública, Pesquisador Titular da ENSP/FIOCRUZ

² Psicólogo, Especialista em Saúde Mental, Mestrando em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ

Endereço para correspondência:

Av. Brasil, 4036/506
CEP 21040-361 – Manguinhos – RJ.
e-mail: amarante@ensp.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade dos anos 80, no Brasil, o movimento de transformação no campo da saúde mental passa por importantes mudanças, caracterizadas pelo surgimento de novos serviços num contexto histórico, político e conceitual emergente. A realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, somada à inscrição da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988, abrem novos caminhos para a saúde pública no Brasil da “redemocratização”. Junto a esses movimentos, profissionais da saúde mental, articulados por todo o país em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios” (adotado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em dezembro de 1987), promovem discussões e produzem uma série de novas experiências em suas intervenções junto à loucura e ao sofrimento psíquico.

Dentre estas novas experiências, destacam-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em março de 1987 em São Paulo, e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, no bojo das transformações mais gerais ocorridas naquele município no âmbito da saúde mental, após a histórica intervenção na Clínica Anchieta em 03 de maio de 1989.

Neste contexto de transformações e eventos sociais, políticos, técnicos e ideológicos, são promulgadas as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92, que instituem novos grupos de procedimentos nas tabelas dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA)/ Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando a criação de muitos novos serviços de atenção em saúde mental. Assim, torna-se essencial refletir so-

DENTRE ESTAS NOVAS EXPERIÊNCIAS,
DESTACAM-SE A CRIAÇÃO DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) PROF.
LUIS DA ROCHA CERQUEIRA, EM MARÇO
DE 1987 EM SÃO PAULO, E DO
PRIMEIRO NÚCLEO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (NAPS) EM SANTOS

bre os chamados “novos serviços”, considerando fazerem parte de um processo importante na construção de uma nova *praxis* da área.

HISTÓRICO

Este artigo foi escrito a partir da reformulação de trabalho produzido anteriormente em colaboração com outros autores (Amarante et al., 1999). Este, por sua vez, surge no âmbito de uma pesquisa mais am-

pla sobre os novos serviços de saúde mental no Brasil, indicada na bibliografia ao final deste texto.

O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e o Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos são pioneiros enquanto serviços alternativos à internação e ao tratamento psiquiátricos convencionais. Apesar de existirem outros tipos de dispositivos alternativos à internação psiquiátrica (como hospitais-dia, pensões protegidas, etc.), alguns talvez até mesmo anteriores à criação do CAPS e do NAPS, os projetos destes serviços foram escolhidos como objeto de análise deste estudo devido ao fato de tais experiências serem consideradas referências para se pensar o contexto atual da problemática existente no campo da saúde mental. Sabemos que os serviços evoluíram, incorporaram novas questões e sofreram transformações, mas seus projetos de origem marcaram um certo campo de intervenção, e estas experiências primárias vêm ainda influenciando a criação de novos serviços, na medida em que serviram de referência para as referidas portarias ministeriais.

A análise dos projetos não visa estabelecer uma comparação entre os serviços, mas captar as singularidades e especificidades dos mesmos, procurando identificar suas bases teóricas, suas estratégias e tendências, com o objetivo de servir de instrumento para o planejamento e invenção de novas possibi-

lidades para muitas outras experiências que venham a surgir. Cumpre ressaltar que, para um maior aprofundamento acerca destes serviços pioneiros existem as dissertações de Goldberg (1992), *A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas*, e Yasui (1999) sobre o CAPS, e Nicácio (1994), *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*, sobre o NAPS, dentre outras referências, algumas das quais indicadas nas referências bibliográficas.

METODOLOGIA E ADVERTÊNCIAS

No presente trabalho, utilizamos a análise de conteúdo que consiste em “um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento” (Chizzotti, 1995, 98). Analisamos os documentos referentes aos projetos originais do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira e do Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos, destacando “unidades de registro” como palavras, expressões e conceitos que possibilitam analisar o conteúdo de sua mensagem, além de “unidades de contexto” (Minayo, 1994, 75), procurando situá-los dentro de um contexto específico.

Os projetos analisados são documentos de natureza distinta: o

projeto do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (Coordenadoria de Saúde Mental, 1987), criado em São Paulo; e o texto de apresentação do Núcleo de Atenção Psicossocial (Nicácio et al., 1990), criado em Santos em 1989.

Embora os documentos tenham sido elaborados com objetivos de divulgação ou de tramitação administrativa, e apesar de oferecerem algumas limitações enquanto instrumentos de análise, possuem

ANALISAMOS OS DOCUMENTOS REFERENTES AOS PROJETOS ORIGINAIS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PROF. LUIZ DA ROCHA CERQUEIRA E DO NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTOS

conceitos e noções que lhes conferem representatividade. A natureza destes deve ser levada em consideração, sendo importante ressaltar que o documento do CAPS é um projeto escrito antes da montagem do serviço, com o objetivo de obter recursos para sua implementação, portanto, sem uma preocupação de fundamentação teórica; enquanto que o documento do NAPS é um texto preparado a partir da criação do serviço, no qual podemos iden-

tificar conceitos e noções que parecem ser próprios à equipe, e ter nascido da própria experiência do serviço e de sua reflexão sobre ela. Além disso, se faz necessário atentar ao fato de que tais serviços evoluíram radicalmente em determinados aspectos. O objetivo da presente análise não é, mais uma vez, compará-los, mas subsidiar o debate sobre a construção de novas formas de atenção e cuidado no campo da saúde mental.

O PROJETO ORIGINAL DO CAPS

O CAPS é inaugurado em março de 1987, em meio a um processo de redemocratização do país e num contexto de transição de uma fase sanitária (de reformas que tinham como princípio a inversão de uma política nacional de privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra-hospitalares), para a chamada “desinstitucionalização” ligada, por um lado, à idéia de desospitalização (influência do modelo americano), e por outro à idéia de transformação cultural (influência do movimento italiano). O projeto, de autoria da Coordenadoria de Saúde Mental, define a estrutura de seu funcionamento e a clientela prioritária a que se propõe a atender, descrevendo-a como aquela “socialmente invalidada”, com “formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior complexida-

de”, de “pessoas que tenham enve-
redado por um circuito de cronifica-
ção”, de “pessoas com graus variá-
veis de limitações sociais” e com
“graves dificuldades de relaciona-
mento e inserção social” (Coordena-
doria de Saúde Mental, 1987, 01).

Tratando-se de um documento
de natureza eminentemente admi-
nistrativa, não cita explicitamente
autores de referência, nem define
um marco teórico específico.

O projeto define o CAPS como “es-
trutura intermediária” entre o hospi-
tal e a comunidade, que oferece às
pessoas “um espaço institucional que
buscasse entendê-las e instrumenta-
lizá-las para o exercício da vida civil”.
Neste contexto, pensa-se, portanto,
numa rede assistencial externa inter-
mediária, não-cronificante e não-bu-
rocratizada, ligada à sociedade e à
comunidade, quando é ressaltada a
cronificação do hospital e a burocratização dos serviços externos. O CAPS
corresponde, então, a um “filtro de
atendimento entre o hospital e a co-
munidade com vistas à construção de
uma rede de prestação de serviços
preferencialmente comunitária”
(idem: 02), de cunho desburocratizan-
te e de caráter multiprofissional, for-
mando uma “estrutura de continên-
cia multiprofissional que busque es-
timular múltiplos aspectos necessá-
rios ao exercício da vida em socieda-
de respeitando-se a singularidade dos
sujeitos”. (idem, ibidem).

O serviço propõe um funciona-
mento de 8 h/dia, 5 dias por sema-

na, tendo como núcleo organizador
a assistência, a reflexão sobre suas
práticas e a transmissão de suas ex-
periências a outros profissionais.
Trata-se de uma dinâmica docente-
assistencial que pretende uma dupla
instrumentalização: a dos profissio-
nais que atuam neste campo, a fim
de que possam lidar melhor com as
“patologias de maior complexidade”
(idem: 01), e a dos usuários, para a
vida em sociedade. A assistência é
definida como de atenção integral

O PROJETO DEFINE O CAPS COMO
“ESTRUTURA INTERMEDIÁRIA” ENTRE O
HOSPITAL E A COMUNIDADE, QUE OFERECE
ÀS PESSOAS “UM ESPAÇO INSTITUCIONAL
QUE BUSCASSE ENTENDÊ-LAS E
INSTRUMENTALIZÁ-LAS PARA O
EXERCÍCIO DA VIDA CIVIL”

(no sentido psicossocial), personali-
zada, exercida através de “progra-
mas de atividades psicoterápicas,
socioterápicas de arte e de terapia
ocupacional” (idem: 02), dentro de
um enfoque “multidisciplinar” e
“pluri-institucional”. A doença men-
tal deve ser pensada no campo da
saúde coletiva, levando-se em conta
os contextos micro e macro social,
como a família, o trabalho e seu con-
texto histórico, tentando produzir
uma reinterpretação de elementos

culturais. O serviço deve buscar um
“cuidado personalizado” a quem
atende, através de um “tratamento
de intensidade máxima”, funciona-
do como um núcleo de reflexão dos
serviços, de sistematização de infor-
mações e experiências, gerando uma
tecnologia capaz de ser transmitida
aos profissionais de saúde mental,
realizando investigações epidemio-
lógicas, clínicas e institucionais na
construção desta rede de serviços
preferencialmente comunitária.

O PROJETO ORIGINAL DO NAPS

O primeiro Núcleo de Atenção
Psicossocial nasce em setembro de
1989, na Zona Noroeste de Santos,
vinculado à Secretaria de Higiene e
Saúde, no contexto do processo de
transformação da Saúde Mental que
se desenrola em Santos, a partir da
intervenção municipal na Casa de
Saúde Anchieta.

O projeto foi elaborado após a
criação do serviço, e fundamenta-
se em determinados autores, a co-
meçar por Basaglia, do qual é to-
mada a noção de utopia para pen-
sar a ação prática de transformar a
realidade, entendendo que “abrir o
manicômio não é apenas abrir as
suas portas, mas ao abri-las, abrir
as nossas cabeças para a realidade
de vida dos pacientes” (Basaglia
apud Nicácio et al., 1990, 02).

O NAPS tem como eixo “a des-
construção do manicômio”, produ-

zindo um novo projeto de Saúde Mental que se constitua numa instituição que não segregue e não exclua. Tendo o manicômio como lugar de violência, sua desconstrução implica uma ética que permeia o trabalho. Este é um ponto-chave no NAPS que visa superar a lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde: “A ética, enquanto o buscar realizar praticamente a utopia é seu maior impulso; utopia como ação prática de transformar a realidade (Basaglia) e a clareza de que a negação do manicômio como lugar de violência não se realiza no sonho das idéias” (Nicácio, 1990: 02).

A partir de Rotelli, outro autor referido no texto, entende-se que, ao contribuir com um processo de ação e reflexão para a transformação da estrutura manicomial, possibilita-se uma nova e complexa realidade no campo da saúde mental:

“(...) sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo, e belo (...) A complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento, (...) em ‘aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos da existência não reduzindo o sujeito à doença ou a comunicação ‘perturbada’, ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo e

ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social’.” (idem: 02-03).

Este desafio, acredita-se, é o da construção de algo que não é dado, o que requer uma certa abertura no enfrentamento de incertezas e conflitos, além da necessidade de envolvimento de diferentes atores sociais.

Algumas estratégias da estrutura e ação do NAPS são consideradas fundamentais para a realização de seus objetivos. A estratégia

MAIS UMA ESTRATÉGIA NA AÇÃO DO NAPS

É A DE TER UM *PROJETO TERAPÊUTICO*, QUE ENVOLVE O “CUIDAR DE UMA PESSOA”, “FAZER-SE RESPONSÁVEL”, “EVITAR O ABANDONO”, “ATENDER À CRISE” E “RESPONSABILIZAR-SE PELA DEMANDA”

de *regionalização*, compreendida como o ponto de partida para a mudança de perspectiva, visando uma ação de transformação cultural, e não como uma divisão administrativa da cidade:

“(...) ou seja, o trabalho na região, conhecer as necessidades, a demanda, o percurso da demanda psiquiátrica, conhecer e intervir nas organizações institucionais que tecem esta Região, no sentido do NAPS ser um ponto de referência, de possibili-

tar o real acesso ao serviço e do serviço às pessoas que implica superar a lógica da assistência como reparação do dano para a lógica de produção de saúde (...)” (idem: 03).

Outra estratégia consiste na abertura do debate aos cidadãos, no dialogar com a comunidade através das associações, Sindicatos, Igrejas. Este debate, “não mais compreendido como de domínio exclusivo dos técnicos”, deve abordar

“(...) o significado social do manicômio e de uma instituição aberta (...), as diferentes formas de compreender a loucura, sobre a exclusão social, a questão da cidadania. Este é um trabalho constante (...) na prática concreta na região: são as visitas domiciliares, a conversa com a vizinhança quando alguém está em crise, o diálogo no local de trabalho (...)” (idem: 03-04).

Mais uma estratégia na ação do NAPS é a de ter um *projeto terapêutico*, que envolve o “cuidar de uma pessoa”, “fazer-se responsável”, “evitar o abandono”, “atender à crise” e “responsabilizar-se pela demanda”, através de diferentes instrumentos técnicos:

“O ‘cuidar de uma pessoa’, ou seja a construção do projeto terapêutico implica a existência daquele sujeito para além da remissão do sintoma, reparação do dano ou o olhar para a doença. (...) Este projeto coloca em ação os diferentes instrumentos técnicos de conhecimento: a medicação, o estar junto, os grupos, a reunião de familiares, o atendi-

mento individual, o atendimento familiar, a assembléia, o grupo de mulheres, os núcleos de trabalho, o passeio na cidade e na praia, a visita domiciliar." (idem: 04).

O projeto terapêutico requer responsabilidade pela demanda, que tem dois aspectos. Primeiro, a não-separação entre prevenção/tratamento/reabilitação. Segundo, o atendimento à crise, que não se limita ao atendimento das emergências que chegam ao Pronto-Socorro, mas também no NAPS e nas casas. Em síntese, "(...) a presença e intervenção ativas do serviço em diferentes momentos e situações numa ação de *transformação cultural*" (idem, ibidem).

É a partir destes princípios que o NAPS pretende tornar-se um serviço substitutivo ao modelo manicomial: "Esta compreensão e a real possibilidade do *atendimento à crise* são fundamentais para as instituições que se pretendem ser substitutivas ao manicômio." (idem: 05-06). Com fundamento nesta estratégia, a proposta do NAPS é de funcionamento integral, isto é, de funcionamento de 24 horas, 07 dias na semana, com um conjunto de recursos que incluem a existência de seis leitos.

A transformação da equipe (assim como o conceito de equipe) é outra estratégia importante:

"A equipe é aqui compreendida como o trabalhar junto, como o es-

paço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das 'crises' e do pensar e repensar o próprio serviço. (...) A transformação do papel do técnico, as crises geradas na construção de um serviço aberto, o se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura, são alguns dos temas nas reuniões diárias da equipe. (...) além dos prontuários de cada paciente, escreve-se no 'livrão', de forma a ter informações mais imediatas, registro do que é necessário ser

mesmo da prática, serve de inspiração para a proposta de dois eixos fundamentais de discussão:

" – a construção de uma política de saúde mental a partir de experiências locais e de transformação do interior das estruturas institucionais em particular o manicômio;"

" – no desenvolvimento desse processo a construção de estruturas externas que busquem ser totalmente substitutivas à internação." (idem: 08-09)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos projetos dos dois serviços demonstra, por um lado, uma riqueza de concepções e uma multiplicidade de estratégias no enfrentamento do modelo assistencial psiquiátrico tradicional. Por outro lado, existem várias distinções entre os mesmos, o que vem a indicar sua natureza diversa. Tanto a multiplicidade do conjunto de suas contribuições, quanto suas diferenças, fazem de tais projetos documentos fundamentais de referência para auxiliar a reflexão e a construção das novas experiências no campo da Saúde Mental.

As portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde instituíram e regulamentaram a estrutura dos novos serviços em saúde mental. Embora tenham viabilizado a construção de muitos novos serviços, produziram

AS PORTARIAS 189/91 E 224/92 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE INSTITUÍRAM E REGULAMENTARAM A ESTRUTURA DOS NOVOS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL

feito, do que está sendo realizado, uma comunicação informal; as reuniões e o 'livrão' são a base da organização do trabalho. (...) Talvez a frase que mais expresse todo esse processo seja a de Rotelli, dos profissionais que 'aprendem a aprender'; e fundamentalmente que as relações de poder e de saber possam ser colocadas em discussão (...)" (idem: 06)

Gramsci é o outro autor citado no texto, do qual a premissa *contra o pessimismo da razão o oti-*

uma homogeneização das experiências originais, uma vez que as pioneiras, porém distintas, experiências do CAPS e do NAPS, são consideradas sinônimos em tais portarias¹.

Na medida em que a utilização dos “nomes próprios” de ambas as instituições tornou-as modelos ou modalidades de serviços, e ainda, modelos idênticos, perdeu-se a pluralidade das questões por elas introduzidas. Uma das contradições importantes está no fato de que, embora esteja previsto o funcionamento de NAPS/CAPS por 24 horas, sua definição é a de serviço intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, não sendo utilizado o conceito de serviço substitutivo introduzido pelo Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos.

Os documentos analisados desenhavam serviços distintos que surgiram da crítica prático-teórica ao tratamento psiquiátrico convencional, não correspondendo a qualquer tipo de prática em saúde mental, a princípio, até então desenvolvida no Brasil. A presente preocupação com este tipo de análise se deve à grande importância desses serviços no contex-

to das transformações ocorridas na área, que buscam construir não uma modernização ou humanização do modelo anterior, mas uma superação efetiva do mesmo. Estes têm sido, ao menos, os princípios explícitos do amplo e plural movimento no campo denominado de antimanicomial ou de reforma psiquiátrica.

Serem denominados de “novos” não garante que os serviços de saúde mental criados sejam mediadores e operadores de novas formas de in-

OS DOCUMENTOS ANALISADOS DESENHAM
SERVIÇOS DISTINTOS QUE SURGIRAM DA
CRÍTICA PRÁTICO-TEÓRICA AO TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO CONVENCIONAL, NÃO
CORRESPONDENDO A QUALQUER TIPO DE
PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL

tervenção no trato com a loucura ou que sejam substitutivos do modelo manicomial. “Novo” implica certa direção, que deve ser explicitada.

Neste sentido, acreditamos existirem algumas questões e noções de base que necessitem de maior debate, a fim de oferecerem um aprofundamento e uma clareza acerca da problemática dos novos serviços, num contexto de construção do campo da saúde mental e suas práticas.

Mais importante que os termos são os seus significados. Por exemplo, ocorre que sob a denominação “antimanicomial”, são realizadas práticas bastante conservadoras, e sob a de “Reforma Psiquiátrica” muitas inovadoras. O fundamental é precisamente esta clareza com que os princípios são postos em discussão, assim como as estratégias conscientes que visam, e tornam possível ou não, a superação do modelo tradicional. A reflexão sobre os novos serviços só é realizada de forma consistente quando se coloca um questionamento dos princípios que norteiam a relação com a loucura. É a partir deste aspecto central que a inovação pode ser analisada. Isso envolve, portanto, uma abordagem histórica que oriente o enfrentamento do processo de desconstrução do manicômio e que funcione para ana-

¹ A Portaria 189/91 introduz dois códigos de NAPS/CAPS na Tabela SIA/SUS, um para serviço de um turno e outro para serviço de dois turnos. A Portaria 224/92 define os NAPS/CAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e *que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar*, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional”, e que “podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental”. E ainda: “São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00 h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual”. (MS, PM 224;91). Grifo nosso.

lisar a reprodução do modelo psiquiátrico, risco considerável com o qual todos os novos serviços lidam ao tentar se constituir. Para o trabalho no campo da saúde mental, hoje, estas idéias são decisivas.

O objetivo dos novos serviços, caso procurem inscrever-se no processo de *rupturas* – aqui entendidas no sentido epistemológico ou arqueológico, de rompimento radical com determinado paradigma, ou de construção de um novo paradigma – com o modelo anterior, é o de produzir estruturas ou recursos que efetivamente não reproduzam as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico, que fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como ortopedia e normalização.

É importante que o Ministério da Saúde, que normaliza as ações e princípios do SUS, assim como o seu financiamento, enriqueça as denominações CAPS e NAPS com outras tipificações que digam mais respeito à natureza dos serviços, o que não significa que a terminologia CAPS e NAPS deixaria de ser importante. Talvez ainda mais importante, e isto não compete apenas ao Ministério, é a formação de técnicos, de profissionais, nas questões conceituais e práticas que envolvem os novos serviços, para que os mesmos não sejam atualizações da psiquiatria, não sejam *reformas*, no

sentido mais precário do termo, e sim rupturas. E como rupturas fundamentais entende-se, aquelas operadas com:

- método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;
- conceito de doença mental, enquanto erro, desrazão, periculosidade; e como doença, patologia, desordem;
- princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em nossas velhas e “novas” instituições e serviços;
- os princípios do tratamento moral, atualmente presentes nas bases das terapêuticas normalizadoras.

Isto é, se não existirem rupturas, não existirão os novos (sem aspas) serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens ‘novas’ para velhos princípios. Assim, cumpre verificar como se organizam os novos serviços no sentido de produzir uma instituição com caráter substitutivo, assumindo a demanda real dos portadores de sofrimento psíquico e assumindo os recursos financeiros e o pessoal atualmente destinado ao sistema hospitalar, ao invés de seguir criando uma nova demanda, formando uma rede paralela, talvez medicalizante/ psicologizante, talvez cronicizante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. D. de C. et al., 1999. *Metamorfose ou Invenção: notas sobre os novos serviços de saúde mental no Brasil*. In: *Clio-Psyché – Histórias da Psicologia no Brasil*. Jacó-Vilela, A. M., Rodrigues, H., Jabur, F., (Org.), Rio de Janeiro: UERJ/NAPE (trabalho produzido no âmbito da pesquisa “*O Estado da arte dos novos serviços, estratégias e dispositivos em saúde mental no Brasil: uma trajetória em cartografia*”, desenvolvida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.)
- CHIZZOTTI, A., 1995. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*, 2^a ed. São Paulo: Cortez
- COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – SES/SP, 1987. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de Implantação*. São Paulo: SES/SP
- GOLDBERG, J. I., 1992. *A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- _____, 1996. *Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Reabilitação psicossocial no Brasil* (A. Pitta,

- Org.), pp. 33-47, São Paulo: Hucitec.
- _____, 1989. Centro de Atenção Psicossocial – uma estratégia. *Cadernos do NUPSO*, ano 2, nº 3, p. 37-40, Rio de Janeiro.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.), 1994. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes.
- NAPS II, 1991. *Texto sobre o NAPS II*. Santos: NAPS, mimeo.
- NAPS, 1990. *Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos: NAPS, mimeo.
- NICÁCIO, M. F. de S. et al., 1990. *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos, mimeo.
- _____, 1994. *O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- PITTA, A., 1992. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. *Revista Brasileira de Administração Pública*, 26(2): 44-61, abr/jun.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991.
- _____, 1992. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.
- YASUI, S., 1989. CAPS: Aprendendo a perguntar. *SaúdeLoucura 1*, (A. Lancetti, org.), pp. 47-59, São Paulo: Hucitec.
- _____, 1999. *A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Dissertação de Mestrado, Assis: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista.