
(RE)SIGNIFICANDO OS ESPAÇOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Amanda Nathale Soares², Belisa Vieira da Silveira³, Fernanda Batista Oliveira Santos⁴, Patrícia Natália Medeiros Alves⁵, Francisco Carlos Félix Lana⁶

¹ Artigo elaborado a partir da disciplina - Saúde, doença e espaço, do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2012.

² Mestranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: mandinha0708@yahoo.com.br

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Centro de Atendimento e Proteção a Jovens Usuários de Tóxicos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: belisavs@yahoo.com.br

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: fernandabos@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: patricianm.alves@yahoo.com.br

⁶ Doutor em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil E-mail: xicolana@enf.ufmg.br

RESUMO: Relato de experiência de pós-graduandas da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, na disciplina "Saúde, doença e espaço". O artigo objetivou relatar a discussão sobre a relação entre saúde mental e espaços assistenciais, a partir da vivência na disciplina. Utilizaram-se recursos dinâmicos, como música, leitura de cartas e exploração do espaço físico da sala de aula, com o intuito de favorecer a sensibilização e a reflexão acerca do tema. São apresentadas, como resultados, cartas que traduzem os diálogos reflexivos sobre os espaços assistenciais em saúde mental em cada recorte paradigmático. Conclui-se que a vivência contribuiu para a construção de conhecimentos e para a sensibilização sobre a temática. Essas contribuições colocam-se como essenciais à formação de futuros professores, que devem ser capazes de incitar a formação de enfermeiros, corresponsáveis pela construção de novas formas de perceber o sujeito em sofrimento psíquico e a assistência a ele dirigida.

DESCRIPTORES: Estrutura dos serviços. Geografia médica. Assistência em saúde mental. Enfermagem.

GIVING (NEW) MEANING TO MENTAL HEALTH CARE CENTERS: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This article is the report of an experience of graduate students from the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais, as part of the subject "Health, disease, and space". The article aims to report the discussion regarding the link between mental health and care centers, based on the experience in that subject. Dynamic resources have been used, such as music, letters and exploration of the physical space in order to raise awareness and reflection on the topic. Results are presented by means of letters that express the reflective dialogues on mental health from each perspective. We conclude that the experience contributed to the construction of knowledge and the awareness regarding this subject. These contributions are essential for the training of new teachers who should be able to foster the training of nurses who would be co-responsible for the construction of new ways to understand the individual experiencing psychological suffering and the care provided to them.

DESCRIPTORS: Service structure. Medical geography. Mental health care. Nursing.

(RE)SIGNIFICANDO LOS ESPACIOS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL: RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN: Se trata de un relato de experiencia de posgraduandas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais en la asignatura "Salud, Enfermedad, Espacio". El artículo objetiva relatar la discusión acerca de la relación entre la salud mental y los espacios asistenciales desde la vivencia en la asignatura referida. Se utilizó de recursos dinámicos, como música, lectura de cartas y exploración del espacio físico de la sala de clase, con el objetivo de favorecer la sensibilización y la reflexión acerca del tema. Son presentadas como resultados cartas que traducen los diálogos reflexivos acerca de los espacios asistenciales en salud mental en cada recorte paradigmático. Se conclui que la vivencia contribuyo para la construcción de conocimientos y para la sensibilización acerca del tema. Esas contibuiciones se ponen como esenciales a la formación de futuros profesores que deban ser capaces de incitar la formación de enfermeros co-responsables por la construcción de nuevas maneras de perceber el sujeto en sufrimiento mental y la asistencia dirigida a el.

DESCRIPTORES: Estructura de los servicios. Geografía médica. Asistencia en salud mental. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As configurações espaciais, abstraídas de suas variações simbólicas, constituem um elemento que tangencia, há mais de dois mil anos, a história da medicina ocidental e da saúde pública, apresentando importância também na epidemiologia.¹ No decurso histórico, revelam-se distintas concepções acerca das implicações do espaço nos processos de saúde e doença, compreendendo, em geral, o espaço como um sítio referenciado por coordenadas geográficas e caracterizado por estruturas físicas e ambientais.² Assim, verifica-se uma perspectiva de espaço que o qualifica como sinônimo de paisagem.³

Embora, não raro, abordados como sinônimos, os conceitos de espaço e paisagem inserem-se em traduções diferentes, dadas as propriedades do tempo e da materialidade. A paisagem carrega, em si, as expressões de heranças representativas das relações estabelecidas entre homem e natureza, constituindo um sistema material manifesto por um conjunto de formas concretas distribuídas na superfície terrestre. O espaço preenche-se dos atributos temporais, consistindo no momento em que os homens e as relações sociais agregam-se às formas da paisagem. Em sua concepção ampla e aberta, o espaço é essência, abstração, rede de relações salientada na ordem dos símbolos, inexpressável nas estruturas concretas, mas se mantém, não paradoxalmente, em interação com a paisagem.

Essa interação entre espaço e paisagem remete ao conceito de topofilia, um neologismo que compreende os laços afetivos dos seres humanos com o meio ambiente material.⁴ A resposta ao meio pode compreender diferentes conotações, mas as mais permanentes expressões dessa relação sustentam-se na contemplação de referentes emanentes ao espaço, sendo esses construídos a partir de afetos, sensações, valores e organizados em um sistema de símbolos fundados na vivência individual.²

Na área da saúde e, em especial, na psiquiatria, a abordagem do espaço dá-se, prioritariamente, sob a ótica da paisagem, considerando-se as contribuições de recursos tecnológicos e geográficos no diagnóstico precoce, no manejo clínico, na disponibilidade e no acesso aos serviços de saúde mental. Denota-se uma apreensão estrutural e tradicional da concepção de espaço, vinculando-a a um esquadramento do território e da população.⁵⁻⁶

Em convergência à diferenciação especificada entre paisagem e espaço, alguns autores defendem uma distinção simbólica e humanística entre local e espaço no âmbito da saúde mental. Local refere-se a uma concepção geométrica, de distância entre corpos, e espaço relaciona-se a um caráter social, vinculado às experiências dos sujeitos nas estruturas sociais.⁷

A interação entre espaço e local/paisagem adquire particular relevância, uma vez que a arquitetura dos estabelecimentos destinados ao tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico apresenta-se, desde sua origem, como importante estratégia para a implementação dos modelos assistenciais.⁸ Os espaços consolidados nas paisagens psiquiátricas mostram-se submetidos a uma lógica superior, revestida por concepções acerca do processo saúde-doença mental e do próprio sujeito em sofrimento psíquico.

Este artigo tem por objetivo relatar a discussão sobre a relação entre atenção em saúde mental e espaços assistenciais. Essa discussão decorre-se do relato de experiência de participação das alunas, autoras deste artigo, na disciplina "Saúde, doença e espaço", da Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Essa experiência resultou da apresentação do trabalho final da disciplina, em que se discutiu a relação entre a assistência em saúde mental e os espaços assistenciais adotados como paisagens terapêuticas. Destaca-se que este estudo, por ser originado de um Programa de Pós-Graduação, pode contribuir com a construção do conhecimento em saúde e em enfermagem.

Acredita-se que a temática deste artigo insere-se em três importantes movimentos do contexto atual de saúde: o primeiro refere-se ao aumento dos estudos que abordam a questão espacial no campo da saúde, com ênfase em uma concepção temporal e relacional de espaço;³ o segundo tangencia o movimento da Reforma Psiquiátrica, que aborda a transformação principiológica e prática da assistência em saúde mental, contemplando a reorganização estrutural e relacional dos lócus terapêuticos;⁹⁻¹⁰ e o terceiro refere-se à necessidade hodierna de um novo perfil de docentes do ensino superior em saúde¹¹ e na enfermagem,¹² que, em consonância com as atuais demandas socioeconômicas, políticas e tecnológicas, seja capaz de mediar um processo ensino-aprendizagem que favoreça o questionamento, a reflexão, a análise crítica e a interação sensível com o mundo.

PERCURSO METODOLÓGICO

A disciplina “Saúde, doença e espaço”

A disciplina “Saúde, doença e espaço” é oferecida no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Apresenta como um de seus objetivos analisar o conceito de espaço e a sua aplicação ao estudo do processo saúde-doença. A carga-horária total da disciplina é de 30 horas e, no primeiro semestre de 2012, período de realização do trabalho em foco, estavam inscritos 23 alunos.

Como requisito para obtenção de créditos nessa disciplina, foi proposta aos alunos a realização de um trabalho que envolvesse a dimensão espacial em algum contexto de saúde. Diante da experiência prévia de duas alunas no âmbito teórico-prático da saúde mental, e da relevância das paisagens e dos espaços assistenciais dessa área para a implementação das estratégias de cuidados, optou-se por desenvolver o trabalho com enfoque na relação entre a assistência em saúde mental e os espaços de cuidado adotados como paisagens terapêuticas. Percebeu-se que a disciplina, por meio das leituras e das discussões acerca do espaço, promoveu a reflexão e foi capaz de provocar, nas alunas, o desejo de trabalhar o espaço como categoria em saúde.

Apresentação do trabalho: abordagem metalinguística do espaço

Para representar, espacialmente, as ideias construídas, a experiência vivenciada pelas alunas, na apresentação do trabalho, abordou uma proposta diferenciada de manejo do espaço físico da sala de aula, utilizando a disposição das discentes em sala como recurso para melhor visualização e contextualização do tema abordado.

Para melhor descrição dessa experiência, optou-se, neste artigo, por utilizar figuras para representação da disposição das alunas em cada momento de apresentação do trabalho. Assim, as alunas estão representadas nas figuras e no texto como A1, A2, A3 e A4. Os demais alunos da disciplina estão representados nas figuras como “cadeiras”.

A experiência é representada em cinco momentos distintos. O primeiro momento da disposição em sala representa a presença considerada dissonante do “louco” na sociedade (Figura 1); o segundo momento representa a introdução do conceito de topofilia e a apresentação da proposta do trabalho (Figura 2); o terceiro momento representa o início do diálogo construído entre Foucault, Goffman, Tenório e a sociedade contemporânea, com

introdução das ideias de Foucault e Goffman, lidas sob o formato de cartas (Figura 3); o quarto momento representa a leitura, também sob o formato de cartas, das ideias de Tenório sobre a Reforma Psiquiátrica (Figura 4); e o quinto momento representa a coexistência do modelo manicomial e da reforma psiquiátrica e a apresentação da realidade assistencial vivenciada e almejada na sociedade contemporânea (Figura 5).

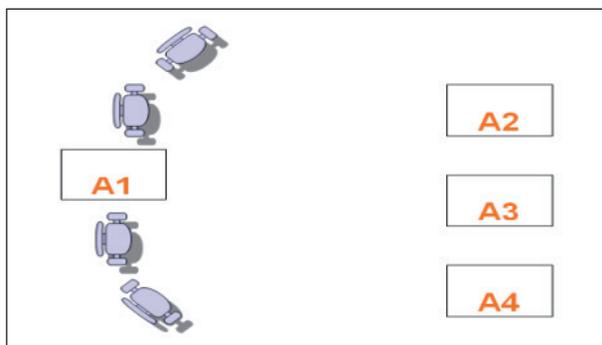


Figura 1 - Presença dissonante do “louco” na sociedade

No primeiro momento, representado pela figura 1, o objetivo era surpreender e sensibilizar os alunos sobre a presença estigmatizada do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade. Para tanto, as alunas utilizaram um recurso musical para a apresentação do tema; a aluna A1 cantou, à capela, a canção “Balada do Louco”.¹³ Essa aluna encontrava-se sentada em uma das carteiras que compunham o semicírculo dos demais alunos da disciplina e iniciou, repentinamente, a música, causando surpresa a todos os presentes. A inserção de um membro com comportamento divergente dos demais no semicírculo remete ao comportamento “fora da norma”, que pode ser recontextualizado no cenário social com a figura do “louco”.

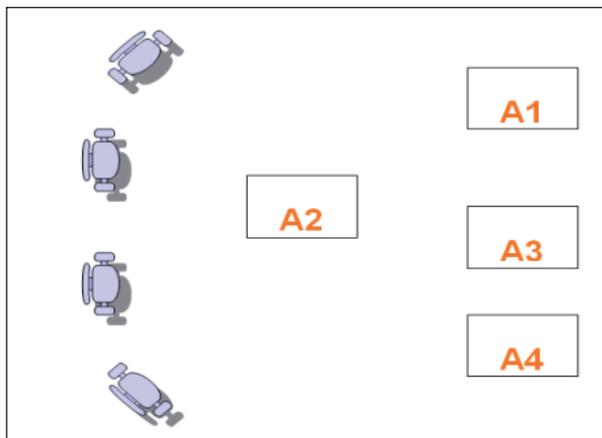


Figura 2 - A introdução do conceito de topofilia e a apresentação da proposta do trabalho

No segundo momento, o intuito era contextualizar o tema a ser abordado. A figura 2 representa o agrupamento da aluna A1 às demais integrantes do grupo de trabalho (A3 e A4), enquanto a aluna A2, em posição centralizada, inicia em tom formal a contextualização da proposta de discussão da Reforma Psiquiátrica, a partir da explicitação do conceito de topofilia. A centralização de A2 e o tom formal de seu discurso representam os conceitos rígidos e tradicionais da lógica hospitalocêntrica a serem denotados naquele momento. Posteriormente, A2 realiza uma breve apresentação do contexto da Reforma Psiquiátrica iniciada no Brasil no final da década de 1970, explicitando a proposta de mudança paradigmática na saúde mental brasileira. Nesse momento, as discentes emitiram em som agudo e repentino, com palmas sincronizadas concomitantemente, a pronúncia da palavra topocídio, representando o rompimento trazido pelo próprio conceito da palavra.

Topocídio é a eliminação do significado cultural de uma dada paisagem, atribuído por uma determinada sociedade. É um caminho sem volta para a aniquilação de uma cultura, pois expõe sua fragilidade, mediante as forças topocídicas.⁴ A Reforma Psiquiátrica traz a proposta de rompimento com a lógica hospitalocêntrica e com a assistência em saúde mental pautada na dominação, no obscuro e na subjugação do sujeito, almejando ao modelo psicossocial e à idealização de novos espaços de atenção.

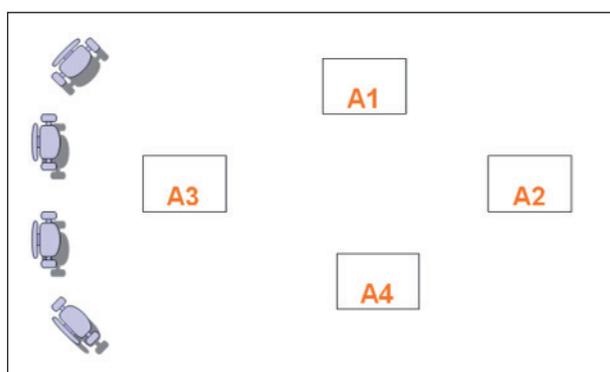


Figura 3 - O olhar de Foucault e Goffman em seus diálogos com Tenório e a sociedade contemporânea

O terceiro momento, representado pela figura 3, tinha como objetivo demonstrar a dicotomia entre os modelos assistenciais em saúde mental – manicomial e substitutivo – e conduzir à reflexão acerca do espaço. A disposição mostrada representa o início de uma discussão crítica sobre

a evolução da saúde mental brasileira, a partir de diálogos entre Foucault, Goffman, Tenório e a sociedade atual, desvelando a relação dicotômica entre o modelo manicomial e o modelo de assistência em saúde mental almejado. A discussão e a reflexão sobre espaço, suscitadas pela disciplina, permitiram o desenvolvimento de resultados que foram apresentados por meio de cartas, aqui reproduzidas na seção dos resultados.

No momento representado pela figura 3, foi iniciada a apresentação dos resultados por meio da exposição da Carta 1, denominada de “Revisitamos Foucault e Goffman para compreender a incompreensão de Tenório”. Para essa parte da apresentação, a aluna A3 posicionou-se no centro do círculo de alunos e expôs uma reflexão acerca dos principais conceitos, relacionados à temática, trazidos por Foucault e por Goffman em suas obras. A posição central de A3 representa os traços de uma lógica tradicionalista ainda presente hoje, apesar da flexibilidade já estar representada nesse momento cronológico da discussão.

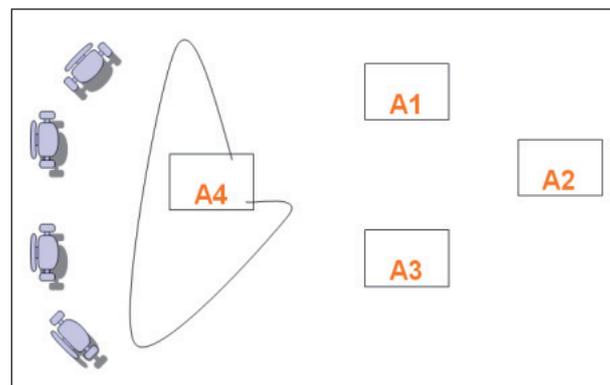


Figura 4 - O olhar de Tenório em seu diálogo com Goffman, Foucault e a sociedade contemporânea

No quarto momento, o objetivo principal foi apresentar a Reforma Psiquiátrica e a mobilidade expressa em sua proposta terapêutica. A figura 4 representa o início da exposição da Carta 2, denominada de “Nossos relatos invocam Tenório e convocam liberdade”, que abordou uma reflexão sobre ideias discutidas por Tenório. Essa carta, apresentada por A4, discorre sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos de saúde mental.

Ao iniciar a leitura da Carta 2, A4 realizou um brusco movimento em direção à A3, relatora da carta anterior, sentando-a no chão da sala, como forma de representação da transição paradigmática proposta. Enquanto A4 apresentava a

segunda carta, ela percorreu toda a sala, indicando a mobilidade espacial da proposta reformista. A mobilidade na figura 4 encontra-se representada pela linha que a circunda.

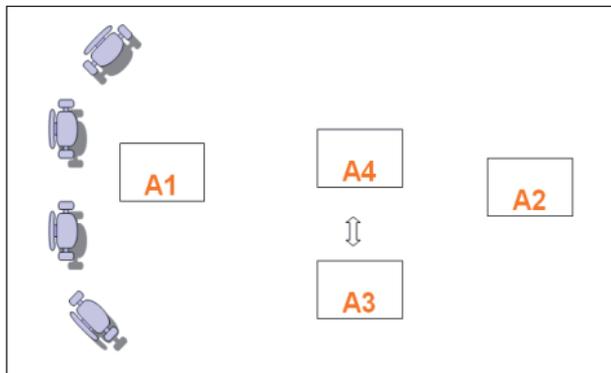


Figura 5 - A coexistência do modelo manicomial e do modelo substitutivo em saúde mental

A figura 5 representa a coexistência dos modelos manicomial e substitutivo e a realidade da atenção à saúde mental vivenciada na sociedade atual. Nesse momento, a aluna A1 leu a Carta 3, denominada de “Foucault, Goffman, Tenório e a sociedade contemporânea: paralelas que se cruzam”, que possui um caráter crítico em relação à dialética entre os dois modelos.

Ao início da exposição da Carta 3, A4 (leitora da Carta 2) colocou-se sentada no chão da sala em posição oposta à A3 (leitora da Carta 1), representando a contraposição das duas concepções, conforme representado na figura 5. Percebe-se que, apesar da evolução cronológica apresentada trazer grandes avanços na flexibilidade da proposta e na utilização dos espaços, até o momento final, no qual se encontra representada a sociedade contemporânea, os diversos modelos ainda coexistem, mesmo que em proporções menores do que em momentos anteriores.

Nesse último momento, de apresentação do trabalho, são revisitadas as etapas anteriores da vivência e, a partir de reflexões críticas provocadas pela disciplina, são trazidas novas percepções das alunas acerca do espaço em saúde mental, o que culminou com a criação do conceito de “autoespaço”.

RESULTADOS: AS CARTAS

A carta é um modelo redacional livre em que uma mensagem é transmitida de um remetente para um destinatário; suas características são determinadas por esses dois atores envolvidos e pelo conteúdo a ser abordado na mensagem prestada

entre eles. A utilização das cartas nessa proposta de apresentação buscou uma aproximação entre remetentes e destinatários em cada um dos momentos paradigmáticos da saúde mental, com enfoque no conteúdo abordado e na linguagem utilizada.

Como citado anteriormente, serão apresentadas a seguir as cartas que traduzem os diálogos reflexivos sobre os espaços assistenciais de saúde mental em cada recorte paradigmático – modelo manicomial, modelo substitutivo e realidade atual.

Carta 1 - Revisitamos Foucault e Goffman para compreender a incompreensão de Tenório

Para abordar a assistência psiquiátrica no decurso do século XX e no século vigente, é necessário revisitar a “história da loucura” e enxergar com os olhos da época o percurso do louco e da loucura, porém com uma lente contemporânea.

A sociedade começou a direcionar os olhos para a loucura quando, como e por quê? Será possível um processo iniciado há quatrocentos/quinhentos anos ainda estar presente e vigente nos dias atuais? De onde surgiu a concepção de louco violento e alienado, para o qual a única possibilidade de existência é “viver” preso e segregado do convívio social?

Séculos XVI e XVII, uma época marcada pela religiosidade e pelo controle da sociedade, em que nada é mais normal do que a tentativa de controle do patológico, do desvio da norma. Pensava-se que a maneira de normalizar os desviantes seria regulá-los pela vigilância constante, para modular seus comportamentos e seus pensamentos. Mas como fazer isso na sociedade? Em liberdade? Nada mais conveniente e eficaz do que o enclausuramento em um mesmo local, onde é possível vigiar todos os internos e normatizá-los conforme as regras sociais. Quase uma obra de arte, uma bela e respeitosa paisagem arquitetônica, criou-se o “panóptico”, símbolo da ordem e do controle; uma construção imponente.¹⁴⁻¹⁵

Paisagem em forma de anel, com um pátio e uma imponente torre central, estrategicamente projetada para a distribuição e a domesticação dos corpos de seus internos. O campo de visão era unilateral: o vigilante tinha controle total sobre os internos, porém, a recíproca não era verdadeira. Cumpre ressaltar que atrelada à vigilância, há a punição: dos corpos e da alma, respaldada por essa paisagem arquitetônica repressora.¹⁴ Semelhanças

com instituições psiquiátricas presentes no século XXI não são mera coincidência.

O panoptismo é caracterizado pela observação total dos corpos, pela disciplina, pelo controle, sendo, portanto, uma instituição total. Da mesma forma que em um manicômio e em uma prisão, no hospital psiquiátrico, uma instituição total, toda a rotina diária é realizada em seu próprio interior, de modo coletivo, com horários preestabelecidos, sem haver contato entre vigilantes e internos.^{14,16}

Frente a essa paisagem de restrição e inadequações, iniciou-se um questionamento, por trabalhadores de saúde mental, usuários dos serviços e familiares, acerca do modelo de “tratamento” do louco e da loucura. Há a necessidade dos internos e condenados pela loucura dormirem em leito-chão, alimentarem-se por grades, permanecerem nus e morrerem pela exposição ao ambiente? Quantas mortes continuariam a ser negligenciadas e quantas vidas ainda seriam tomadas por esse sistema punitivo?

No Brasil, no final da década de 1970, iniciaram-se denúncias sobre os abusos físicos e psicológicos sofridos pelos loucos, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Divulgaram-se publicamente os maus-tratos e foram solicitadas novas formas de acolhimento e de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico.¹⁷ Nesse momento histórico, houve uma interação entre sujeitos implicados no processo e a paisagem assistencial. Surge, então, o delineamento de um novo espaço para a loucura?

Essa mudança paradigmática e assistencial foi posteriormente conhecida como Reforma Psiquiátrica. Um marco dessa mudança no Brasil é a intervenção da saúde pública na Santa Casa de Anchieta, na qual celas fortes foram arrancadas, eletrochoques proibidos, visitas aos internos permitidas e, o mais importante, as portas das instituições foram abertas para a comunidade.¹⁷

Surgem, então, novos olhares para a loucura, com novas lentes. A concepção inicial de assistência comunitária ao sujeito em sofrimento psíquico, transformação de um depósito humano em um espaço de cuidado.

O percurso histórico da psiquiatria/saúde mental apresentado nessa carta favorece a percepção da proposta de metamorfose das paisagens psiquiátricas/espaços de cuidado ao “louco”/sujeito em sofrimento psíquico. Propõe-se uma ruptura com os espaços que, por si só, regulam, limitam, controlam, normatizam, vigiam e punem.

Carta 2 - Nossos relatos invocam Tenório e convocam liberdade

Hoje, nossos relatos encontram-se permeados por novos olhares, vislumbram novos objetivos e descrevem um novo período. Período de luz, de destituição, de rompimento. Rompimento com toda uma história escura, normativa, que retira do indivíduo o que lhe é mais próprio, mais íntimo; que lhe retira de si mesmo. Esse novo período salienta a incorporação do sujeito em si; a sua penetração em si mesmo; o seu auto e heterorreconhecimento.

Ressalta-se a libertação do outrem, do rígido, do frio, do obscuro, para, então, introduzi-lo em um novo espaço. Um espaço seu. Um espaço como momento a ser vivido e (re)vivido no interior das relações sociais; no interior de uma paisagem dinâmica, aberta, que ele possa explorar ao invés de ser explorado; que ele possa manusear, ao invés de ser manuseado; que ele possa então viver, ao invés de ser vivido.

A crise do modelo clássico asilar desencadeou-se no período pós-guerra, frente a uma necessidade de revisão normativa e de redefinição da psiquiatria como saber e como instituição. O automatismo existente entre diagnóstico psiquiátrico e cronicidade, exclusão e condenação, abre espaço a uma nova ordem psiquiátrica, na ideologia e na prática.¹⁸

A experiência italiana iniciou um processo de reformulação paradigmática e prática em saúde mental, ao propor a possibilidade de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na comunidade. Assim, emergiu a concepção de serviços comunitários alternativos à lógica asilar, contrapondo ao internamento compulsório e deslocando a lógica de categorização dos transtornos para o tratamento e o acompanhamento do sujeito em sofrimento.¹⁸

O início de abertura desse período, no Brasil, deu-se nos anos 1970, perante um contexto político-econômico marcado pelo fim do “milagre econômico”, em que se destacou a manifestação dos profissionais de saúde mental e de demais integrantes da sociedade civil acerca das lamentáveis condições que permeavam a assistência dirigida aos sujeitos em sofrimento psíquico.¹⁹

Estendendo-se essa manifestação, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, as quais propiciaram a definição dos propósitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como de propostas substitutas do modelo centrado no hospital,¹⁹ sob o enfoque de ações integradas à

saúde, respeito à cidadania, conforme um processo saúde-doença mental intimamente relacionado à qualidade de vida.

Complementarmente, no campo legislativo, esse período abriu-se em 1989, com o então deputado Paulo Delgado, que propôs um projeto de lei que, aprovado em 2001, retirou das possibilidades práticas a autorização para construção ou contratação de novos leitos psiquiátricos.¹⁷ Tratava-se, assim, do rompimento legal com uma paisagem sombria, dominadora que, embora estática, atuava rigidamente na vida dos internos.

A retirada do sujeito em sofrimento psíquico dos espaços asilares pressupunha a criação de novos ambientes. Estes seriam integrados em uma rede, na qual os sujeitos pudessem circular livremente, imprimindo-se em cada um desses espaços terapêuticos que, antes disso, consistiam em espaços sociais, inseridos em uma realidade viva e dinâmica.

Em 2011, a Portaria n. 3.088, considerando os termos da Lei n. 10.216 e da Portaria n. 339, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aos sujeitos em sofrimento psíquico que fazem uso abusivo ou não de substâncias psicoativas. A RAPS consiste em uma estratégia de criação e articulação dos serviços de saúde, conforme pressupostos da Reforma Psiquiátrica.²⁰

A RAPS prima pelo atendimento humanizado em saúde mental e pela diversificação das estratégias de cuidado, baseadas em projetos terapêuticos individuais e em serviços inseridos na comunidade, a exemplificar, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência, Residência Terapêutica, Consultório de Rua, dentre outros.²⁰

O CAPS configura-se o ponto central de atendimento especializado e de urgência em saúde mental, respeitando o território dos sujeitos em sofrimento, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. De acordo com a quantidade de pessoas referenciadas em um território e com o perfil dos sujeitos em sofrimento psíquico (adulto/criança e dependente químico/não dependente), o CAPS pode ser classificado em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPSI.²⁰

O CAPS constitui um serviço ambulatorial de atenção diária, que somente pode funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Esse serviço deve propiciar ao sujeito em sofrimento psíquico um novo cotidiano, construído por meio de atividades individuais

e em grupos, que incluem psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterpêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades de cunho comunitário.²⁰

A permanência dia, estratégia de cuidado semi-intensivo, emerge como um recurso assistencial intermediário e transitório, entre o cuidado intensivo (hospitalidade noturna) e o não intensivo (acompanhamento ambulatorial). Visa à assistência em casos agudos como estrutura de passagem em situações pós-internação ou como recurso para evitar a internação.²¹

Outro dispositivo assistencial substitutivo à hospitalização psiquiátrica é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), que constitui moradia situada na área urbana concebida com o objetivo de atender às demandas de portadores de transtornos mentais graves, egressos, ou não, de hospitais psiquiátricos e de auxiliá-los na reintegração na comunidade.²⁰

O Centro de Convivência é, também, um espaço substitutivo de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico, que se pauta na construção conjunta de momentos de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Nesses espaços, oficinas e atividades são desenvolvidas visando a relações de convívio, à sustentação das diferenças e à edificação de laços sociais.²⁰

Essa perspectiva de recursos terapêuticos, proporcionados por um tratamento que mantenha o paciente na comunidade, propõe que os sujeitos em sofrimento psíquico sejam cabíveis de habitar o social e não uma instituição de reclusão. A aceitação das particularidades e das diferenças apoiada na rede social constrói-se como uma relevante estratégia opositora ao espaço terapêutico centrado em manicômios e à segregação desses indivíduos do ambiente social.¹⁷ Esses espaços substitutivos de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico permeiam e se preenchem da liberdade, da integração social e das possibilidades de movimentos movidos pela subjetividade.

Essa carta traduz momento de renascimento, de reinvenção e de reestruturação da assistência em saúde mental. Trata-se da criação de espaços flexíveis, ávidos pela liberdade, pela autonomia e pela interação social, familiar e comunitária dos sujeitos em sofrimento psíquico. No entanto, muitas vezes, a proposta de espaços flexíveis depara-se com raízes do “panóptico”; com a inflexibilidade social; com a rigidez na formação e na atuação profissional dos profissionais de saúde, da equipe de enfermagem; com a própria normatização humana.

Carta 3 - Foucault, Goffman, Tenório e a sociedade contemporânea: “paralelas que se cruzam”

É possível dialogar com o passado? Angústia... E quando esse passado está presente nas formas institucionais, no conteúdo escancarado/velado do preconceito que mora dentro do interior de cada um de nós da sociedade contemporânea?

Ah, Foucault... Ah, Goffman... como não lembrar de vocês ao vermos que espaços, como os serviços substitutivos, são aparentemente abertos e dialéticos e, ainda, mantêm tanta proximidade com o “panóptico” e com as instituições totais? Seriam espaços ou ainda paisagens? Vigilância ou autonomia? Punição ou liberdade?

Confessamos nossa preocupação. Pertencemos à sociedade contemporânea e, como profissionais de saúde, enfermeiros, façamo-nos refletir sobre aqueles que abordam o espaço em saúde mental como um momento relacional... Ainda há resquícios fortes arraigados no cotidiano assistencial? Vemos Foucault e Goffman vivos na morta estrutura arquitetônica dessas instituições.

Olhamos a torre central e as instituições totais e gritamos forte em busca de um diálogo com Tenório. Nossos olhos se assustam com esta realidade! Buscamos uma nova forma de conceber e abordar o sofrimento psíquico a partir da qual os espaços de tratamento são, também, espaços de construção de si, do outro e das relações. Buscamos?

Queremos estruturas físicas abertas que permitam o livre trânsito aos sujeitos em sofrimento psíquico, para que esses se construam e reconstruam na relação com o outro e com o ambiente, agregando em suas vidas os movimentos espaciais mais próprios de si. Nossa consciência pesa como um fardo. Queremos? E o que temos feito para que isso aconteça?

Nós somos a sociedade contemporânea. Conhecemos o nosso autoespaço o bastante para requerer em prol do outro aquilo que nós não temos certeza sobre nós? Buscamos o espaço mais profundo que envolve o interior de cada sujeito? Queremos buscar? Queremos encontrar, viver, sentir o espaço que, na relação com o outro e com o mundo, preenche-se de nós mesmos; o espaço em que residem os anseios, as angústias, os interesses, os desígnios. É esse o espaço que mais relevamos e revelamos sobre a significância de uma vida, para nós e para o sujeito em sofrimento psíquico! Autoespaço!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro avanço, possibilitado por este trabalho, encontra-se na distinção entre os conceitos de paisagem e espaço que, relacionada à assistência psiquiátrica, permitiu superar a visão de que os serviços de saúde mental, em uma lógica manicomial, constituem simples estruturas arquitetônicas direcionadas à implementação da tecnologia de cuidados.

A estratégia utilizada para a apresentação do trabalho possibilitou uma abordagem dinâmica e interativa da atividade, tanto pela utilização metalinguística do espaço quanto pelos recursos audiovisuais. As falas e as expressões faciais dos participantes indicaram que este trabalho mobilizou diferentes sentidos, suscitou afectos e perceptos e favoreceu a reflexão e a sensibilização sobre a temática. Essas potencialidades da estratégia desenvolvida colocam-se como essenciais à formação de futuros professores que, como tais, devem ser capazes de incitar uma formação de enfermeiros pautada no questionamento, na reflexão, na análise crítica e na interação sensível com o mundo.

Acredita-se que a efetiva transformação paradigmática em saúde mental requer a sensibilização acerca dos diferentes aspectos que se relacionam ao cuidado, dentre esses, o espaço assistencial e o posicionamento dos que regem o cuidado nesses espaços, os profissionais de enfermagem. O espaço, aqui tratado em seu sentido macro e micro, consiste em um elemento essencial para permitir ao sujeito em sofrimento psíquico os direitos e as possibilidades defendidos a partir da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. Gazzinelli A, Kloos H. The use of spatial tools in the study of *Schistosoma mansoni* and its intermediate host snails in Brazil: a brief review. *Geospatial Health*. 2007 Nov; 2(1):51-8.
2. Nossa P. A (des)construção do conceito de espaço e de saúde à luz da abordagem humanista e cultural. *Revista da FLUP: Geografia - Universidade do Porto*. 2008; 2(2):83-102.
3. Bousquat A, Cohn A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2004 Set-Dez; 11(3):549-68.
4. Tuan YF. *Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. São Paulo (SP): Difel; 1980.
5. Priebe S, Saidi M, Kennedy J, Glover G. How to select representative geographical areas in mental health service research: a method to combine

- different selection criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Dez; 43(12):1004-7.
6. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica.* 2009 Ago; 43(1):8-15.
7. Kearns RA, Joseph AE. Space in its place: developing that link in medical geography. *Soc Sci Med.* 1993 Set; 37(6):711-7.
8. Soares NA, Silveira BV, Reinaldo AMS. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev Rene.* 2010 Jul-Set; 11(3):47-56.
9. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2009 Jan-Mar; 13(28):151-64.
10. Guimarães NA, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enferm.* 2010 Abr-Jun; 19(2):274-82.
11. Machado JLM, Machado VM, Vieira JE. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2011 Jul-Set; 35(3):326-33.
12. Terra FS, Secco IAO, Robazzi MLCC. Perfil dos docentes de cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas e privadas. *Rev Enferm UERJ.* 2011 Jan-Mar; 19(1):26-33.
13. Baptista A, Lee R. Rita Lee Acústico MTV [DVD]. São Paulo (SP): Universal Music; 1998.
14. Foucault M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1979.
15. Foucault M. *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões.* Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1999.
16. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo (SP): Editora Perspectiva; 2001.
17. Tenório F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos.* *Hist Cienc Saude-Manguinhos.* 2002 Jan-Abr; 9(1):25-59.
18. Basaglia F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro (RJ): Garamound; 2005.
19. Ribeiro SL. Reflexos da Reforma Psiquiátrica brasileira no cotidiano dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial. *Cad Bras Saúde Mental.* 2010 Jul-Dez; 2(4-5):60-73.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 24 dez 2011.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Brasília (DF): MS; 2004.