

JONAS SALOMÃO SPRICIGO

***DESINSTITUCIONALIZAÇÃO OU DESOSPITALIZAÇÃO - A
APLICAÇÃO DO DISCURSO NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA DE UM
SERVIÇO DE FLORIANÓPOLIS***

Florianópolis, Santa Catarina

2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA DA ENFERMAGEM

JONAS SALOMÃO SPRICIGO

***DESINSTITUCIONALIZAÇÃO OU DESOSPITALIZAÇÃO - A
APLICAÇÃO DO DISCURSO NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA DE UM
SERVIÇO DE FLORIANÓPOLIS***

*Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Filosofia da
Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para a obtenção do título de Doutor.*

ORIENTADORA: Dra. MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Florianópolis, Santa Catarina 2001

9 DE JULHO DE 2001

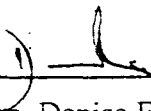
**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO OU DESOSPITALIZAÇÃO - A
APLICAÇÃO DO DISCURSO NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA DE UM
SERVIÇO DE FLORIANÓPOLIS**

JONAS SALOMÃO SPRICIGO

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

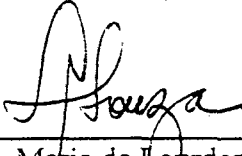
Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 09 de julho de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em enfermagem. Área de Concentração: Filosofia da Enfermagem




Prof. Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora da PEN/UFSC

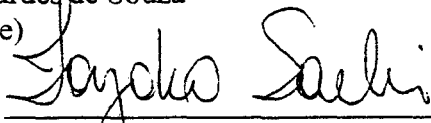
BANCA EXAMINADORA



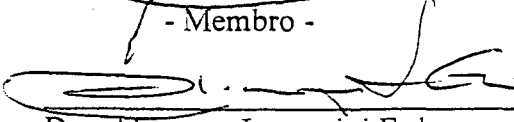
Prof. Dra. Maria de Lourdes de Souza
(Presidente)



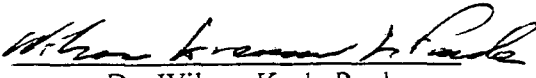
Dr. Mário Teixeira
- Membro -



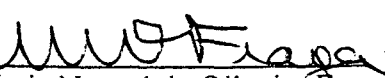
Dra. Toyoko Saeki
- Membro



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
- Membro -



Dr. Wilson K. de Paula
- Membro



Dra. Maria Nazaré de Oliveira Praga
- Membro -



Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
- Membro

DEDICATÓRIA

A Eline, mulher e companheira que, com sua afeição e amor, foi meu porto seguro nos momentos de “tempestade”.

Aos meus filhos, Caroline, Jonas Junior e Bruno que compreenderam e suportaram minhas ausentes presenças.

Ao Prof. Wilson Kraemer de Paula, mestre, amigo, guia que, com a sua maneira e idéias, despertou meu interesse pela assistência aos doentes mentais.

AGRADECIMENTOS

Agradecer evoca a consciência do recebido, do agraciado pelo ato e vontade do outro, do privilégio de se ter alguém que conosco se preocupa, que partilha e oferta cuidados. A suprema infelicidade, para mim, seria não ter a quem agradecer.

São tantos os que me apoiaram e vibram com a minha possibilidade de concluir este trabalho, dentre estes os colegas do Departamento de Enfermagem, funcionários e professores. Os professores que compõe do Colegiado da Pós-Graduação que, compreendendo as minhas dificuldades, me oportunizaram um tempo maior para concluí-lo.

Um agradecimento especial às colegas da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, Professoras Maria Inêz Bez Krüger, Rosangela Maria Fenili e Tânia Mara Scoz pelo apoio e companheirismo demonstrado ao longo da realização deste trabalho.

A Maria de Lourdes de Souza, orientadora, que com sua capacidade de despertar energias e esperança, me conduziu até este ponto.

A equipe de funcionários do local pesquisado, pelo acolhimento, respeito e colaboração. A todos vocês, minha gratidão.

RESUMO

O presente trabalho trata da análise de alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica, em curso no Estado de Santa Catarina. Para tanto, optou-se por pesquisa qualitativa, sendo o Estudo de Caso o método escolhido e, a coleta de dados se fez através de entrevista semi-estruturada e observação participante. O material coletado foi submetido à técnica de análise de conteúdo, de Bardin. A questão é analisada a partir das concepções teóricas, elaboradas por Franco Rotelli e colaboradores, enfocando o processo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. A abordagem dada a questão, tem como assertiva, a influência marcante da Psiquiatria Democrática na Reforma Psiquiátrica brasileira e, por extensão, catarinense.. Para Rotelli, a Psiquiatria, ao *haver separado um objeto fictício, a 'doença', da 'existência' global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social*", e sobre esta separação *construir um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos à doença – a instituição - impossibilitou a aproximação com a pessoa doente.* Para tanto, necessário se faz desmontar/remontar esta construção, desinstitucionalizar. Desinstitucionalização refere-se a um processo de mudanças radicais, tendo por primeiro passo a desinstitucionalização do paradigma, renunciando a perseguir a normalidade plenamente reestabelecida. Como consequência, muda-se o objeto da psiquiatria, deixando de ser a doença, passa a ser a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social da pessoa. O trabalho terapêutico se amplia, adquirindo o sentido de *tomar encargo*, de cuidar da pessoa. Por consequência, a relação terapêutica passa a ocupar-se de questões econômicas, afetivas, jurídicas, trabalhistas, tornando mais complexa a profissionalidade dos operadores. Nesta ótica, a organização da assistência tem como foco os serviços substitutivos ao modelo centrado na doença, com o redirecionamento dos recursos antes destinados ao modelo hospitalocêntrico; a questão loucura deixa de ser preocupação exclusiva dos técnicos e passa a envolver a comunidade, pois trata-se de encontrar para "louco" um lugar na sociedade, que não seja a exclusão e tutela. Da análise dos dados se evidenciam discurso e prática díspares dos sujeitos da pesquisa. Encontramos discurso que se coadunam com princípios da desinstitucionalização, mas também identificamos aqueles que se distanciam, identificando-se mais com uma compreensão que aponta para a desospitalização, além da coexistência de ambos no mesmo discurso. Assim, prescindir do hospital psiquiátrico é visto como uma possibilidade, sendo ao

mesmo tempo um recurso utilizado. A prática, muitas vezes sustentada por um discurso desinstitucionalizante, é mais condizente com as práticas da desospitalização, visto que, embora exista a preocupação com a qualidade de vida do usuário do serviço, as ações se restringem, quase que exclusivamente, no emprego das técnicas terapêuticas derivadas dos saberes específicos da área de formação profissional. Quanto à organização dos serviços assistenciais, há uma convergência dos discursos, no entanto, não existe hegemonia. Mudanças são percebidas como sendo necessárias, de tal forma que a assistência vá ao encontro das necessidades do usuário, não só no tocante ao controle dos sintomas mas também enfrentando as questões do viver em sociedade. Portanto, o serviço enfocado não apresenta uma definição precisa dos pressupostos que animam sua prática.

ABSTRACT

Desinstitutionalization or de-hospitalization: Case study of a service in Florianópolis.

An analysis is conducted on some of the aspects of the Psychiatric Reform presently under way in the State of Santa Catarina. Qualitative research was the chosen method, with data collection made by means of semistructured interviews and participative observation. The collected material was submitted to Bardin's contents analysis technique. The question is analyzed based on theoretical conceptions prepared by Franco Rotelli and coworkers, with a focus on the process of desinstitutionalizing the psychiatric assistance. The approach to the question asserts basically the marked influence the Democratic Psychiatry has on the Brazilian Psychiatric Reform and also extended to that of Santa Catarina. For Rotelli, Psychiatry, in *having separated a fictitious object, the 'disease', from the complex and concrete global 'existence' of patients and of the social tissue*", and *having built upon this separation an ensemble of scientific, legislative and administrative apparatus, all of them referred to the disease, the institution, made impossible an approximation to the sick person*. It becomes thus imperative to disassemble/reassemble this construction, to desinstitutionalize it. Desinstitutionalization says respect to a process of radical changes, of which the first step is the desinstitutionalization of the paradigm, renouncing to pursue the fully reestablished normality. As a consequence, the object of Psychiatry is changed: stopping to be the disease, it becomes the existence - suffering of the patients and the relation they keep with the social tissue. Emphasis is not anymore placed on the cure process, but rather on the health invention project and on the person's social reproduction. The therapeutic work widens, acquiring the meaning of to *take on an obligation*, of looking after the person. As a consequence, the therapeutic relationship starts occupying with questions which are economical, affective, legal, and of labor, making more complex the professional tenor of the operators. Within this way of looking, the organization of assistance places its focus on those services which substitute the disease-centered model, whereby resources previously destined to the hospital-centered model are now re-directioned. The question of madness stops being an exclusive concern of the technician, and starts to involve the community, since it is a question of finding for the "madman" a place in society other than exclusion and guardianship. From an analysis of data, unequal discourse and practices of the subjects of research become evident. We have found discourses and practices which agree with principles of desinstitutionalization, but we have also spotted those which drive away from it and identify more with a comprehension pointing towards the de-hospitalization, and also their coexistence in the same

discourse. Thus, to do without the psychiatric hospital is seen as a possibility, being at the same time an employed resource. Practice, often supported by a desinstitutionalizing discourse, agrees more with de-hospitalization practices, since in spite of an existing concern with the quality of life of the service user, actions become almost exclusively restricted to the use of therapeutic techniques originated from knowledge which is specific of the professional formative area. As to the organization of assistance services, a certain convergence of discourse exists; however, no hegemony is seen. Changes are perceived as being necessary, in such a way as to direct assistance towards the user's needs, not only in what says respect to control of symptoms but also to coping with the questions of living in society. Thus, the service in focus does not present an exact definition of the surmises which animate its practice.

SUMÁRIO

	Pág.
CAPÍTULO I	
Introdução	12
CAPÍTULO II	
O paradigma psiquiátrico	18
2.1. A psiquiatria clássica	18
2.2. Questionamentos ao modelo assistencial	29
2.2.1 Críticas à estrutura asilar	30
2.2.2 Críticas à instituição psiquiátrica	37
A antipsiquiatria	37
A psiquiatria democrática	38
CAPÍTULO III	
A psiquiatria no cenário brasileiro	47
3.1. Os passos e descompassos	47
3.2. A assistência ao doente mental em Santa Catarina	68
CAPÍTULO IV	
Referencial teórico	81
4.1. Desinstitucionalização, segundo Franco Rotelli	81
4.2. Desinstitucionalização como desospitalização	81
4.3. Desinstitucionalização como desconstrução/reconstrução	85
4.3.1 A desinstitucionalização do paradigma	86
4.3.2 A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional	92
4.3.3 A transformação das relações de poder	94
4.3.4 A profissionalidade dos operadores	96
4.3.5 A desinstitucionalização também é lei	97
4.3.6 A desinstitucionalização libera a necessidade de internação	99
4.3.7 A desinstitucionalização muda as formas de administrar os recursos públicos	100
CAPÍTULO V	
Tese, pergunta de pesquisa e objetivos	101
5.1. Tese	101
5.2. Pergunta de pesquisa	101
5.3. Objetivos	101
Geral	101
Específico	101
CAPÍTULO VI	
Metodologia	103

6.1. Escolha do tipo de estudo	103
6.2. Local de estudo	104
6.3. Coleta de dados	106
6.4. Acesso aos sujeitos e local da pesquisa	109
6.5. Sujeitos da Pesquisa	109
6.6. Tratamento do material coletado	109
CAPÍTULO VII	
Os dados e sua análise	111
7.1. A desinstitucionalização do paradigma.....	112
7.1.1. Renúncia a qualquer explicação causal da doença	112
7.1.2. Renúncia à normalidade plenamente (re) estabelecida	116
7.2. A profissionalidade dos operadores	129
7.2.1 A formação.....	130
7.2.2 Trabalho em equipe	135
7.2.3 Auto-avaliação.....	138
7.3. Liberação da necessidade de internação.....	140
7.3.1. Centro de Saúde Mental.....	140
7.4 Transformação das relações de poder	146
7.4.1. Restituição do direito da palavra.....	146
7.4.2. Reativação de uma base de rendimento para a pessoa poder ter acesso aos intercâmbios sociais	148
7.5. A gestão dos recursos públicos	150
CAPÍTULO VIII	
Considerações finais	154
BIBLIOGRAFIA	162
ANEXOS	
Anexo 1 - Quadrol – Surgimento dos hospícios no Brasil	168
Anexo 2 - Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.....	169
Anexo 3 - Instrumento de coleta de dados	171
Anexo 4 – Roteiro guia para observação	173

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica no Brasil, até bem pouco tempo, revelava o descaso com as Pessoas que apresentavam transtornos mentais. A partir de 1990, inicia-se uma reformulação impulsionada pelos movimentos sociais que, desde o final dos anos setenta e início dos oitenta, lutavam pela redemocratização do país, e pela influência dos pensadores da reforma psiquiátrica na Itália que passou a ser conhecida como Psiquiatria Democrática.

As reformulações da assistência psiquiátrica, com propostas alternativas à psiquiatria tradicional, manifestam-se em vários países, como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália onde ocorre a reforma mais radical.

Vale dizer que, desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, pensa-se, fala e se faz reforma. Várias experiências foram realizadas, algumas de curta duração e outras mais duradouras. A concepção que orienta a criação dos Hospitais Colônia não deixam de ser uma reforma, como inúmeras outras relatadas na literatura psiquiátrica.

É após a Segunda Guerra que iniciam as mudanças mais específicas da assistência psiquiátrica com projetos mais claramente definidos, apresentando um conjunto de enunciados e reformulações de natureza técnica e administrativa, partindo do pressuposto que o emprego correto das técnicas psiquiátricas e a gestão administrativa seriam suficientes para

corrigir as distorções apontadas sem, no entanto, fazer qualquer referência ao paradigma psiquiátrico que lhe dá sustentação.

A criação de serviços extra-hospitalares, decorrentes da proposta de prevenção formulada por Caplan (1966), nos Estados Unidos, nos anos sessenta, passando a ser conhecida como Psiquiatria Preventiva, é uma das expressões da reforma levada a efeito.

Esta proposta, calcada na crítica conceitual ao modelo da organização psiquiátrica, visa diminuir as internações pela redução do tempo de permanência e/ou pela redução pura e simples do número de internações, uma vez que os serviços extra-hospitalares e as práticas preventivas dos três níveis propostos, tenderiam a ocupar-se da quase totalidade da demanda, ficando o hospício como reserva estratégica, com isto ocorreria uma desinstitucionalização do doente mental.

Com o passar dos anos, observou-se que esta reforma não atingiu os fins propostos, ocorrendo um aumento da demanda pela implantação de novos serviços, como bem relata Castel¹ (1987), e pelo alargamento do conceito de doença que passa a ser equivalente a desvio, desajustamento e anormalidade.

De outra parte, surge nos anos setenta, na Itália, um movimento denominado Psiquiatria Democrática que pretende levar a efeito a reforma da assistência psiquiátrica, partindo dos questionamentos ao próprio paradigma psiquiátrico e não mais à gestão inadequada dos recursos ou ao emprego das técnicas assistenciais.

¹ Robert Castel, na obra, *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria a pós- psicanálise*, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987, oferece um minucioso relato da multiplicação de serviços que, em última instância, patologizam o cotidiano do homem.

Tendo como referência, Franco Basaglia, os operadores da reforma italiana elaboraram uma crítica ao método científico empregado pela psiquiatria, centrado no método da Ciência Natural, afirmando que este é inapropriado para o trato das coisas humanas, uma vez que coloca o indivíduo entre *parênteses* para se ocupar de definições abstratas de uma doença, “separando um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global e concreta dos pacientes e do corpo social” (Rotelli, 1990, p.27-28). Os operadores propuseram a inversão, qual seja, a de colocar a doença entre *parênteses* para poder se ocupar do doente e de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Desta forma, o objeto deixa de ser a doença para torna-se existência/sofrimento. A isto, os operadores da reforma italiana designam de Desinstitucionalização, com o sentido de desconstrução/reconstrução, isto é, a desconstrução da instituição psiquiátrica, entendida como sendo o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos e da relação de poder que se estrutura em torno da doença.

No Brasil, a questão da assistência psiquiátrica ganha relevo quando, no século XX, a partir da década de 60, se institui a prática assistencial que fomenta, de maneira desmesurada, as internações psiquiátricas, ficando conhecida como a “indústria da loucura”.

Com a unificação de todo o sistema previdenciário, que originou o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, a partir de 1966, ocorre um incremento desta forma de assistência ao “doente mental”, pela extensão desta possibilidade, a todos os previdenciários.

Como nos informa CERQUEIRA (1989, p. 31), em 1965 ocorreram, apenas por neurose, 5.186 internações chegando à cifra de 18.936 em 1970. Destas, 3.166 foram em hospitais públicos e 15.766 em hospitais

particulares. Em 1977, estes números chegaram a cifra de 200.000 internações, por neurose, em hospitais conveniados com INPS.

Frente a esta situação, são tomadas algumas medidas, tendo como foco o discurso preventivista, onde se priorizou o desenvolvimento de ações comunitárias, extra-hospitalar, tendo como objetivo a prevenção primária, secundária e terciária, executada por equipes multiprofissionais, revestindo-se num forte apelo financeiro, uma vez que pretendia imprimir uma racionalidade dos gastos aplicados nesta área assistencial, através da redução das internações.

A pretensão de diminuir o número de internações e reinternações, através das ações preventivistas, mostrou-se ineficaz pois, em 1984, a população internada em hospitais psiquiátricos totalizava 362.924 (SANTOS, 1994, p.75).

Entre afirmações que visam justificar o incremento das consultas e internações psiquiátricas - o desenvolvimento do capitalismo, provocando desajustes e frustrações individuais, a migração do campo para a cidade e a desordenada ocupação dos espaços urbanos - críticas ao modelo assistencial, hegemonicamente hospitalocêntrico, às condições desumanas nas quais se encontram os internos das instituições psiquiátricas, chega-se ao ano de 1986, quando é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

É fruto dessa Conferência a compreensão de que são necessárias mudanças para além de reformas, necessitando um novo enfoque, expresso na concepção que saúde, num sentido abrangente, é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, emprego, lazer, transporte, dentre outras, que decorre da forma de organização social de produção,

podendo gerar desigualdades que se expressam nos níveis de vida da população.

Na “esteira” da 8ª CNS, é realizada em 1987, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), cujas deliberações reforçam as da 8ª CNS acrescidas as que propugnam a reversão do modelo vigente, o qual deve ser substituído por serviços extra-hospitalares e multiprofissionais. Aborda também a legislação referente ao doente mental, recomendando a sua modificação, de tal forma que as figuras da interdição, da inimputabilidade e da periculosidade não sejam utilizadas para cercear a liberdade individual. Além disso, propugna o direito do usuário de ter acesso ao seu prontuário e de escolher o tipo do terapeuta e de tratamento.

Em dezembro de 1992, é realizada a 2ª CNSM, abordando três grandes temáticas: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e direito à cidadania.

As deliberações tomadas nas conferências de saúde mental apresentam concepções marcadamente originárias da Psiquiatria Democrática, cujos pressupostos propugnam uma desconstrução/reconstrução do aparato psiquiátrico, de modo que a pessoa não mais seja a expressão de um diagnóstico, mas sim, um cidadão que necessita e tem direito a ser assistido, sem que isto implique na supressão dos demais direitos.

Na atualidade, vários serviços inspirados na experiência italiana estão em funcionamento, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). No entanto, a criação de serviços substitutivos ao hospital tradicional não garante a consecução da reforma pretendida. Não são os lugares ou formas arquitetônicas que asseguram a transformação da assistência dispensada aos doentes mentais. A reforma, se guiada pelos pressupostos da

desinstitucionalização, a ênfase se dá, não mais no processo de cura, mas no projeto de “invenção de saúde”, entendida como a ampliação das possibilidades do doente se emancipar, participar da vida em sociedade, ser cidadão, sem ser abandonado e muito menos tutelado.

Tendo passado mais de dez anos da implantação do primeiro CAPS em Santa Catarina, e cerca de trinta da concepção teórica de Rotelli (1990), estariam o discurso e a prática do CAPS de Florianópolis **direcionados para a desinstitucionalização ou para a desospitalização?**

CAPÍTULO II

O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

2.1 – A psiquiatria clássica

A *loucura* como questão médica é concebida como produto das reformas decorrentes da Revolução Francesa, ponto culminante de um movimento de idéias que têm raízes não somente na França, mas em todos os centros vitais do pensamento europeu nos séc. XVII e XVIII.

Destacados filósofos elaboravam a idéia do progresso geral e da felicidade do gênero humano à luz da ciência, da razão esclarecida e do humanismo, em oposição ao obscurantismo e à aceitação cega dos dogmas. Destacaram-se as idéias principalmente de Hobbes, Locke, Spinoza, Descartes, Montesquieu, Voltaire, Diderot e Rousseau (Enciclopédia Mirador, 1986, p. 9.854).

No plano político, essas doutrinas embasavam-se na tese da separação dos poderes - legislativo, executivo e judiciário - com o predomínio do primeiro. Ao Direito Histórico, base da autocracia do absolutismo e fonte de privilégios da nobreza e do clero, contrapunha-se o Direito Natural dos homens nascidos iguais.

Na França, em 26 de agosto de 1789, a Assembléia Constituinte aprova a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com ênfase na liberdade, entendida como o direito de fazer tudo aquilo que não prejudica outrem. A declaração outorga o direito natural não somente à liberdade mas também à igualdade, à propriedade e à segurança. O direito de propriedade é dado como imprescritível, inviolável e sagrado (Enciclopédia Mirador, 1986, p. 9.855).

A soberania é estabelecida pela nação, na qual todo governante não passa de mandatário. A lei é a expressão da vontade geral, e o respeito à ordem legal fica assegurado pela separação dos poderes.

A Revolução Francesa conjuga este feixe de idéias, colocando-as em prática. Emerge a concepção moderna de democracia pautada na figura do cidadão, indivíduo dotado de subjetividade fundada na razão universal, atributo que o eleva à condição de sujeito apto a gerir sua vontade e responder por seus atos. Não sendo mais aceitável o poder absoluto, as condutas devem, de agora em diante, pautar-se em normas racionais (Enciclopédia Mirador, 1986, p. 9.858).

É neste contexto que a questão relativa à *loucura* recebe uma nova face. Segundo Castel (1978.b, p. 9), em 27 de março de 1790, na França, a Assembléia Constituinte estabelecia no Decreto que abolia as **Lettres de cachet**, cujo Art. 9º prescreve que:

“As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogados pelos juizes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sob seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para esse fim”.

Esta decisão circunscreve toda a problemática moderna da *loucura*.

A abolição das **Lettres de cachet** se inscreve nessa ordem e são definidos, pela primeira vez, os elementos que constituem até os dias atuais, os fundamentos da assistência ao *louco*.

Para Castel (1978.b, p. 10), os elementos são os seguintes:

- o contexto político do advento do legalismo – a lei é a expressão da vontade geral - donde decorre a ruptura pela supressão do poder real que,

juntamente com a família e o judiciário, mantinham o equilíbrio na questão da seqüestração do *louco*;

- o surgimento de novos agentes - a justiça, os diretores de distritos e a medicina - passam a ter a incumbência de gerir a questão *loucura*;

- a atribuição do status de doente ao *louco* indicando que este deve se diferenciar dos seus companheiros da Grande Internação - os criminosos, vagabundos, mendigos e outros. O *louco* passa a ser reconhecido na sua diferença a partir do aparelho que vai tratá-lo de agora em diante;

- a constituição de uma nova estrutura institucional, inscreve essa prática nos hospitais indicados para esse fim, definindo um lugar próprio para o *louco* “dentro” da sociedade burguesa em vias de se estabelecer.

É interessante observar que justamente num momento em que as instituições que serviram de local de segregação dos indesejáveis, que se propunha extinguir, serão as destinadas à assistência aos insanos. Locais até então destinados à reclusão de uma massa heterogênea - que Foucault (1999, p. 50) descreve como a Grande Internação, local de soberania quase absoluta, jurisdição sem apelação - o Hospital Geral é dotado de um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei, constituindo-se a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontra em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo - os indesejáveis de toda ordem, como os vagabundos, os indigentes, os desempregados, os delinqüentes e os pobres - é o local onde Pinel e a psiquiatria do século XIX encontraram os *loucos*, e onde permanecerão sem, no entanto, afirmarem que os tinham libertado.

As casas de internamento tinham a finalidade dupla de assistência e de repressão, encerrando “os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados, os opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos de toda espécie, as pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em

infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração” (Foucault, 1999, p. 78).

Os reclusos das casas de internamento constituíam um todo homogêneo, caracterizado pelo que deve ser reprovado e banido, sendo que a *loucura* não se caracterizava como uma especificidade.

As críticas ao grande enclausuramento decorrente da nova ordem impuseram a necessidade de outras formas de gestão no mundo dos internos.

Na economia mercantilista, o pobre é marcado pelo signo de indesejável, restando-lhe o internamento. Entretanto, no processo de instalação da economia capitalista, a força braçal dos trabalhadores passa a integrar a riqueza de uma nação na medida em que permitirá o desenvolvimento da produção e do comércio. Ocorre a reabilitação moral do pobre, que designa, mais profundamente, a reintegração econômica e social deste personagem (Foucault, 1999, p. 405).

Este enfoque requer uma nova forma de gestão da política assistencial. O pensamento econômico elabora, sobre novas bases, a noção de pobreza, necessitando separar o elemento positivo da indigência, do fardo da doença, passando a guiar-se por duas categorias: pobre válido e pobre doente. Os primeiros deverão trabalhar, não sob coação, mas em plena liberdade, isto é, sob as leis econômicas que fazem dessa mão-de-obra desempregada um bem precioso e o pobre doente é, por excelência, o elemento negativo. Somente ao pobre miserável, sem recurso, sem riqueza virtual é concedida assistência total (Foucault, 1999, p. 409-410).

No debate sobre a assistência ao pobre doente, confrontam-se duas posições, como nos informa Foucault (1999, p. 412-441): os que consideravam que todo dever social é um dever de Estado e os que, sendo maioria, consideram que antes de ser um dever social é um dever do homem em sociedade, e não da

própria sociedade. Assim concebida, a assistência não é uma estrutura do Estado, mas um elo pessoal que vai do homem ao homem.

Se, ao invés de construir hospitais, cuja manutenção é dispendiosa, se distribuísse auxílio a família do doente, haveria nisto uma tríplice vantagem: sentimental, econômica e médica porque, vendo o doente todos os dias, a família não perderia a piedade real que sente por ele; com o auxílio, estaria assegurada a alimentação e alojamento em sua própria casa e livraria o doente do espetáculo deprimente que é a internação, dos contágios diversos e do afastamento de tudo que lhe é caro, agravando o seu estado. O lugar natural da cura não é o hospital, é a família, ou seja, o meio imediato do doente.

Antes mesmo da Revolução, o *louco* é “livre”. Livre de parcela dos seus companheiros do “Grande Enclausuramento”, onde tinha como companhia os criminosos condenados ou passíveis de condenação. Com a Revolução, o *louco* embaraça o legislador que, devendo seguir a lei, não encontra o lugar do louco e para o louco.

Para justificar a permanência do *louco* nos locais que eram vistos como símbolo do poder despótico, incompatíveis com as idéias que estavam em vias de estabelecer a nova ordem social, calcadas na razão, se fazia necessário uma justificação, congruente com o novo contexto social cujo lema passa a ser a liberdade, igualdade e fraternidade.

Com a nova ordem burguesa, faz-se necessário que o todo social seja ordenado por contrato, que possibilita um espaço autônomo necessário ao livre desenvolvimento de uma economia de mercado.

Ao Estado, compete a vigilância da realização do acordado, fazendo respeitar a liberdade dos cidadãos, os contratos firmados acerca da propriedade privada e a livre realização das trocas sob as leis de mercado. Sua função é, portanto, garantir as premissas da legislação, somente intervindo quando é

colocada em risco a estrutura contratual da sociedade. É nesta matriz que o “louco” não encontra o seu lugar, sendo necessário impor-lhe um estatuto.

As transgressões cometidas pelo alienado provocam embaraço na medida em que as normas jurídicas vigentes não são aplicáveis para estas situações. O transgressor “comum” transgride uma lei precisa, ao passo que o alienado transgride a todas.

Num horizonte social onde a norma e a previsibilidade assumem caracteres dogmáticos, a abolição das **Lettres de cachet** reativa a imagem do alienado como nômade, animal feroz, da não-norma, da associabilidade, da inocência que precisa ser controlado. Na impossibilidade de enquadrá-lo nos dispositivos jurídicos - o que revela uma lacuna da ordem contratual, motivo de inquietação no momento da instauração da sociedade burguesa - o “louco” irresponsável continua a vagar nos interstícios da justiça, da administração e da família pois, segundo Castel (1978.b, p. 45), longe de serem culpados, são doentes cujo estado penoso merece toda a consideração dada à humanidade sofredora, e para a razão perdida, deve-se procurar os meios mais simples para restabelecê-la. A compaixão para com os “desafortunados”, que está na base da atitude filantrópica, supre as lacunas da lei. Ela instaura, para aqueles que escapam ao legalismo, uma nova relação que não é mais de reciprocidade formal e sim de subordinação regulada, ou seja, uma relação de tutela.

A relação de tutela regulamentada se constitui de dominação e subordinação, cuja violência é legitimada na competência do tutor “versus” a incapacidade do tutelado (Castel, 1978.b, p. 20).

O estatuto jurídico é alcançado através da promulgação pela Assembléia Constituinte, em 1838, na França, que definiu o regime dos insensatos. Dessa forma, o alienado passa a ser não somente um doente, mas um doente que precisa ser internado. Interessante observar que numa época em que a doença e a

pobreza passaram, pela primeira vez, a ser entendidas como coisa privada, a *loucura* exigiu um estatuto público.

A justificativa para o internamento, além da esfera puramente jurídica, vai sendo produzida à medida que se desenvolve a idéia de que a reclusão é capaz de eliminar a *loucura*.

O internamento de pura exclusão e correção, através da mudança de seu significado social, da crítica política, passa a ser o lugar da verdade e da ~~abolição~~ da *loucura*.

A passagem do Hospital Geral - local de segregação sem, no entanto, representar um espaço de assistência médica - para uma instituição médica, encontra no gesto de Pinel uma grande colaboração. Quando Pinel assume a direção do Bicêtre, manda desacorrentar os alienados inscrevendo-os na nosografia médica. Este gesto simboliza que a *loucura* está controlada e que outros procedimentos passam a estar disponíveis para lidar com o alienado, se coadunando com os valores da época.

Gladys Swain, citada por Roudinesco et al. (1994, p. 22), Pinel nunca fizera aquele gesto, pois, na realidade, foi o Enfermeiro Pussin que promoveu a gradativa liberação dos alienados, e que:

“a psiquiatria nascera não de um ato de liberação dos ‘loucos’ - seguramente um mito -, e sim da atribuição ao alienista dos poderes exercidos antes pelos enfermeiros. O mito da abolição servia, portanto, para eliminar Pussin, permitindo melhor a Esquirol reinar sobre o manicômio e sobre a nosologia, em nome de um ancestral totêmico, tornado sujeito hagiográfico: Fhélippe Pinel”.

O Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental elaborado por Pinel é considerado a primeira incursão médica sobre a *loucura*. Para Castel (1978.b,

p. 83), “o ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas o ordenamento do espaço hospitalar”.

Ao destinar espaços próprios para cada categoria das classificações realizadas, separa o *louco* de seus vizinhos, tornando-o visível naquilo que lhe é próprio: a *louçura*.

Pinel que, além de médico, é filósofo, matemático e enciclopedista, pretende explicar a *louçura*, para a qual busca uma base verdadeiramente científica, tomando como suporte principal o modelo da História Natural, cujo conhecimento era conquistado pela observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade.

Conhecer a *louçura* é observar, descrever e classificar o que às vistas do alienista era estranho ao padrão moral. Para Bercherie (1989, p. 31), “Pinel funda uma tradição, a da Clínica, como orientação consciente e sistemática”.

Conhecer passa a ser sinônimo de classificar, separar e, posteriormente agrupar pelas suas semelhanças. Com a publicação do Tratado, em 1809, Pinel contribui decisivamente para que esta área do conhecimento passe a fazer parte da medicina. A *louçura*, que até este momento era campo da filosofia, passa a ser também objeto da medicina, à medida que esta constrói uma forma de classificar e tratar a alienação.

Fielmente aderente ao método da Ciência Natural, Pinel afirma;

“...tudo aquilo que, na acepção comum, se entende por delírio, extravagância, desvario, *louçura*, deve-me ser estranho, tanto quanto todas as diatribes metafísicas e as várias hipóteses sobre a natureza das funções intelectivas ou afetivas, sobre a sua origem, sobre a sua ordenação, sobre suas inter-relações recíprocas, sobre a sua sucessão. Apego-me rigorosamente à observação” (Pessotti, 1995, p. 146).

As manifestações exteriores da doença são a fonte de coleta de dados. Uma vez identificadas claramente estas manifestações - o que exige uma habilidade específica do observador - e registradas a sua periodicidade, torna possível a classificação e ordenamento de tal forma que oferece uma inteligibilidade, sendo que o seu desenvolvimento pode ser previsto, tal como os fenômenos naturais.

Pinel prossegue seu trabalho mantendo a postura objetivista: “evitei discussões metafísicas sobre a natureza da mania, limitando-me a falar das diferentes lesões do intelecto e da vontade, das correspondentes alterações físicas que se pode notar no exterior, através de numerosos sinais, como os movimentos descoordenados, as incoerências ou os absurdos de propósitos, os gestos insólitos e bizarros” (Pessotti, 1995, p. 148).

O *louco* é o “diferente”, aquele que não se enquadra e, assim, torna-se visível e perfeitamente identificável a partir do grupo que se considera portador das normas da razão. Sendo social, normativa e solidamente apoiada desde o início, esta consciência da *loucura* não deixa de ser menos dramática; se ela implica na solidariedade do grupo, indica igualmente a urgência de uma divisão. É o que Foucault (1999, p. 167) identifica como uma consciência prática da *loucura*.

O conhecimento gerado sobre a alienação decorre da observação sistemática e possibilita descrever e classificar tudo aquilo que, no entendimento do alienista, é estranho ao padrão moral.

As manifestações dos alienados são registradas, comparadas e agrupadas de acordo com as semelhanças. Desta forma, o alienista, conduzindo-se dentro de uma crença de observador neutro, não sujeito às influências culturais, determina o que é normal e o que é patológico e, com isso, promove a passagem da *loucura* para a alienação mental.

A partir desse momento, a *loucura* ganha um status de doença com possibilidade de cura, ganhando também um espaço próprio, o hospital. A internação, através do seqüestro do alienado, passa a ser a modalidade de assistência eleita, o que não deixa de ser uma contradição, num momento em que a liberdade é um dos sustentáculos da nova ordem. Contradição aparente pois, a alienação, entendida como decorrente das paixões violentas ou exacerbadas, não sendo, portanto, a perda da razão, como até então se acreditava, mas o produto de um distúrbio da paixão no interior da própria razão, um desregramento da razão, tornando-se possível a sua correção.

Desta forma, o asilo constitui-se o anteparo necessário à reclusão do alienado com vistas a sua possível recuperação, inscrevendo-se num ideário de liberdade na justa medida em que o alienado aí recluso, recobrando a razão, volta a comungar dos direitos de todo cidadão e a participar do contrato social.

A noção de imprevisibilidade, de violência, de periculosidade social - tarefa para a justiça que, no entanto, encontra limitações para executá-la, associado ao conceito de alienação mental formulado pela medicina, propiciou a extinção da contradição, na medida que anula um de seus pólos, caracterizando, no mesmo gesto, a punição e o tratamento.

Segundo Bezerra Junior (1992, p. 120), citando Gauchet e Swain, ao invés do signo de exclusão, o asilo refletiria a utopia igualitária dos revolucionários e a noção disseminada entre eles de que a sociedade e o ambiente modelam o homem. Daí a necessidade de que “as paredes fossem terapêuticas” (Esquirol) e onde a hierarquia, a arquitetura e a disciplina pudessem servir ao objetivo de resgatar, de fato, a igualdade para aqueles que somente a possuíam como direito.

Quer sigamos a linha de argumentação de Foucault, quer a de Gauchet e Swain, é no asilo que encontraremos o doente mental.

Pinel define as formas de imposição da ordem: o isolamento do mundo exterior, fonte de influências nefastas e alimentadoras das desordens; a

constituição da ordem asilar através da articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, do emprego do tempo, da hierarquia constituindo uma rede de regras imutáveis; a relação de autoridade que une o médico e seus auxiliares ao doente, no exercício de um poder sem reciprocidade (Castel, 1987, p. 85).

A pedagogia da ordem caracterizou o asilo como um lugar especial, onde o tratamento moral ganha sentido, realizando-se através da hierarquia, vigilância e dominação, tendo como principal objetivo submeter o alienado a este sistema.

O tratamento tinha na ordem seu recurso mais valioso. Os espaços e o tempo eram controlados, de forma a oferecer ao alienado uma polícia interior, primeiro remédio para seu descontrole passional, estando curado o alienado que retificou os seus vícios, que aprendeu a ser um homem útil.

Numa sociedade em que o trabalho passou a ser um divisor entre saúde e doença, a restauração da força de trabalho também atingiu o asilo. O tempo ocioso, improdutivo do alienado passou a ser preenchido pelo trabalho, tanto como forma de suprir necessidades da instituição como de tratamento, pois o estar ocupado permite fixar a atenção do alienado, reprimir suas paixões e impulsos, aprender regras e leis, além de produzir maior tranquilidade asilar.

Num esforço para oferecer uma justificativa médica, “Pinel afirma que o trabalho tornaria a circulação mais uniforme, preveniria as congestões cerebrais; prepararia para um sono tranquilo” (Birman, 1978, p. 418).

Hierarquia, ordem, vigilância e dominação caracterizam o asilo como um lugar especial, onde o tratamento moral ganha sentido, cujo objetivo era subjugar o alienado de forma a inseri-lo num sistema hierárquico. Assim, os pilares da construção alienista estão definidos: um saber médico sobre a *loucura*, a outorga de um estatuto de doença mental, a alienação, um espaço próprio e a tecnologia assistencial.

2.2 – Questionamentos ao modelo assistencial

A solução dada à questão da *loucura*, expõe a doença mental como um problema, gerando críticas que se estendem desde a estrutura asilar até os seus fundamentos teóricos.

Com a promulgação, na França, da Lei nº 1.838, cujo artigo primeiro estabelece a obrigatoriedade de estabelecimentos especialmente destinados a receber e cuidar dos alienados,

“coloca no centro de seu dispositivo uma **instituição**, o asilo, que se inscreve em meio a outras instituições numa estratégia de controle total de certas categorias sociais (loucos, criminosos...) cuja presença constitui um perigo tanto mais intensamente percebido, quanto mais o desenvolvimento do capitalismo nascente acarreta uma dissolução das relações sociais anteriores” (Castel, 1978.b, p. 152).

As críticas abordam duas questões distintas. Uma abordagem enfoca o conjunto das condutas institucionais em termos de sua maior ou menor adequação à consecução da finalidade proclamada pela psiquiatria, qual seja, a cura do doente. O que é trazido à discussão são as precárias condições do asilo, seu arcaísmo organizacional que contraria as exigências de uma gestão racional. Trata-se de corrigir distorções, de recuperar o atraso, de atualizar as práticas gerenciais.

Noutro enfoque, as críticas estão centradas na instituição psiquiátrica, onde se manifesta de forma mais clara, uma das contradições das sociedades modernas. Torna-se visível a contradição entre uma ideologia humanista, liberal e racionalizadora e a existência de instâncias oficiais que institucionalizam a segregação social e perpetuam as mais absolutistas formas de poder sobre o homem (Basaglia, 1985, p. 101-105).

Estas críticas levam a um redimensionamento do campo teórico e assistencial. Acerca disso, Birman e Costa (1994, p. 41-72) registram um redimensionamento do campo teórico assistencial dividido em dois grandes períodos.

O primeiro período é caracterizado pela crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação, sem, no entanto, atacar a modalidade da prática assistencial centrada na internação, mas percebida como a gestão inadequada dos recursos que a instituição asilar possui. O hospital continua a ser um lugar de cura, necessitando, porém, corrigir os desvios decorrentes de uma gestão inadequada, fazendo-se urgente o resgate de sua positividade através de reestruturações internas. Destas reformas surgem as Comunidades Terapêuticas nos Estados Unidos da América e na Inglaterra e a Psicoterapia Institucional na França.

O segundo período é caracterizado por um nível de superação das reformas referidas, marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-a com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental. São exemplos dessa modalidade assistencial, a Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos da América.

Numa outra vertente, as críticas são dirigidas a própria instituição psiquiátrica, lançadas pelas correntes que passaram a ser denominadas antipsiquiatria, na Inglaterra, e psiquiatria democrática, na Itália.

2.2.1 - Críticas à estrutura asilar

Na década de 40, período de crise decorrente da Segunda Grande Guerra, intensificam-se as críticas, ora questionando o papel e a natureza, ora o saber psiquiátrico. A partir daí, surgem reformas que dão origem a Psicoterapia

Institucional e a Comunidade Terapêutica, que são reformulações intra-institucionais, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva que vão além dos muros hospitalares.

A *Psicoterapia Institucional* provém da experiência realizada por François Tosquelles (Gallio e Constantino, 1994, p. 86), no Hospital Saint-Alban, França, nos últimos anos da Segunda Guerra Mundial. Sendo também um local onde se reuniam ativistas da Resistência, das reflexões deste grupo originou um movimento que viria a transformar a prática psiquiátrica francesa.

Com forte inspiração na terapia ativa e mais tarde na psicanálise, desenvolveu-se uma prática visando recuperar o potencial terapêutico do hospital, tendo como premissa que não se pode tratar o doente sem antes tratar a instituição; que a cura só se torna possível numa coletividade, onde não há definição de papéis a desempenhar nem funções a executar sempre pela mesma pessoa, ou seja, a abolição total do modelo psiquiátrico piramidal, visto como um campo de alienação social, que deforma as mensagens e cristaliza a pessoa no seu papel, “reprimindo todo o desejo atrás duma couraça de defesa: estatuto, insígnia, uniforme, estereotípiia profissional, etc.” (Fleming, 1976, p. 46).

No dizer de Tosquelles, segundo Gallio e Constantino (1994, p. 85-128), o hospital, nesta prática, passaria a ser uma escola de liberdade. Trabalhando o meio, a psicoterapia institucional visa separar os aspectos mórbidos decorrentes da própria instituição, daqueles que caracterizam a doença.

Com isto, a Psicoterapia Institucional pretende resgatar o potencial terapêutico do hospital que, em consequência de gestão inadequada e das circunstâncias sócio-econômicas – escassez de recursos - desviou-se de sua finalidade primeira: a cura e o tratamento das doenças mentais. A instituição hospitalar gerida inadequadamente acaba por desenvolver características patológicas e, para desempenhar sua função primeira, necessitava ser “curada”.

“Tendo por ‘axiomas de base’ a liberdade de circulação, lugares estruturados concretos: serviços (cozinha, administração, etc.); contratos facilmente revisáveis de entrada e saída e acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediação, pretende fazer frente aos aspectos considerados patológicos da instituição: a rígida hierarquia e os papéis cristalizados; a circulação limitada a espaços determinados em função dos papéis e impedindo a construção de uma rede de relacionamentos, de trocas. Estas mudanças possibilitam a acolhida do que há de singular em cada psicótico que chega a instituição” (Vertzman et al., 1992, p. 24-25).

O hospital continua sendo reconhecido como o lugar privilegiado de acolhimento e tratamento do doente mental. Esta forma de assistência recebeu críticas de Basaglia (1985, p. 104) na medida que, um espaço social com estas características estaria longe de ser real, pois a sociedade está organizada segundo padrões que definem o modo de ser de cada um, decorrente do lugar que ocupa na pirâmide social.

A outra reforma, seguindo uma linha próxima a da terapia institucional, é a denominada **Comunidade Terapêutica**, termo criado por Maxwell Jones (1972), que desenvolve uma metodologia assistencial marcada pela adoção de medidas liberalizantes que visam a participação de toda a comunidade hospitalar, objetivando a transformação da dinâmica do hospital.

Percebendo o hospital psiquiátrico como algo semelhante aos campos de concentração, situação inconcebível para a Europa marcada pelas conseqüências da guerra, tornava insustentável qualquer situação que atentasse contra os direitos humanos. A miséria na qual se encontravam os internos clamava por mudanças, além de que se fazia necessário o recrutamento da maior quantidade de força de trabalho possível para a reconstrução do pós-guerra, apresentando-se o hospital como um local possível de recrutamento.

O espaço hospitalar passa assim por uma remodelação movida por necessidades de ordem econômica e social, isto é, decorrente de um contexto

social que reclama pela observância dos direitos humanos e pela valorização do trabalho, portanto, as mudanças levadas a efeito são expressões de um campo que não é o psiquiátrico.

Neste contexto, surge a terapia ativa ou terapia ocupacional. Na década de 20, necessitando ampliar um hospital, Simon utiliza, como mão de obra, pacientes internos, considerados crônicos, conseguindo que estes realizem a tarefa proposta, além de observar os efeitos benéficos de tal atividade aos pacientes.

Para Simon, “o trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo-se respirar ali uma atmosfera de ordem e tranqüilidade, que até então não era possível” (Birman e Costa, 1994, p. 47).

O doente mental, num determinado contexto histórico, é descoberto como capaz de realizar algum trabalho, ou seja, a ocupação revela-se como válida, um potencial terapêutico, sem que os profissionais tenham clareza do que isto significa em termos de concepção. São também revividas outras experiências fundamentadas no “potencial” dos doentes mentais de se relacionarem e participarem de grupos onde os problemas da instituição e os de cada paciente são discutidos.

Na Comunidade Terapêutica criada por Jones, a partir de 1959, na Inglaterra, os técnicos não são os únicos responsáveis pela administração e definição das terapias, passando a participar os internos e seus familiares. Através de reuniões, assembléias, grupos operativos e outras modalidades de agrupamento, procura-se dinamizar a vida da instituição e a responder as críticas dirigidas ao asilo.

“Os tipos de atitude que contribuem para uma cultura terapêutica são, resumidamente, a ênfase na reabilitação ativa, contra a ‘custódia’ e a ‘segregação’, a ‘democratização’, em contraste com as velhas hierarquias e formalidades na diferença de status; a

‘permissividade’, como preferência às costumeiras idéias limitadas do se pode e se deve fazer ou dizer; e o ‘comunalismo’ em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico” (Amarante, 1998, p. 30).

A Comunidade Terapêutica não abandona o hospital como o *locus* da prática psiquiátrica, no que se refere as modificações introduzidas nesta forma de assistência. Propondo uma vida comunal, com uma estrutura social mais horizontalizada e a participação de toda a comunidade hospitalar, com uma janela aberta à participação da comunidade extra-hospitalar, o hospital continua a ser o local do “*louco*”.

O hospital continua a ser o local de cura, do resgate da razão. “Dessa maneira a loucura continua a ser representada como ‘ausência de obra’, pois apenas na sua conversão ortopédica nas ‘práticas do bem fazer e do bem dizer’ os ‘loucos’ poderiam ser reconhecidos como sujeitos da razão e da verdade” (Birman, 1978, p. 87).

Na década de 60, nos EUA, também em decorrência da constatação da precariedade da assistência oferecida aos doentes mentais e dos altos índices de cronificação, surge o que passou a ser denominado de **Psiquiatria Comunitária ou Preventiva**.

Apoiada na obra de Caplan (1966), produz-se um novo enfoque de assistência ao doente mental, tendo como objeto privilegiado não mais a doença, mas a saúde mental, deixando de ser a cura o objetivo, passando este a ser a prevenção e a comunidade é eleita como o “locus” das ações assistenciais em detrimento do hospital. O conceito chave da produção teórica de Caplan é o de *crise*, que se guia pelo marco teórico do modelo da História Natural das Doenças que possibilita construir as prioridades da assistência psiquiátrica, assim definidas por Caplan (1966, p. 34):

“Psiquiatria preventiva se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teorico como práctico, que pueden utilizarse para

planear y llevar a cabo programas para reducir (1) la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo ("prevención primaria"), (2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan ("prevención secundaria"), (3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos ("prevención terciaria").

Crise tem o sentido de dificuldade, de vulnerabilidade, um ponto decisivo quando se tem que optar por uma ou outra direção, podendo levar à adaptação ou à desadaptação. A crise, neste enfoque, passa a conter um duplo sentido; pode significar doença como também pode significar saúde, apresentando-se como um momento privilegiado da ação psiquiátrica pois,

"Los cambios pueden llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso la crisis habrá sido una oportunidad positiva; si por el contrario conducen a una reducción de la capacidad para enfrentar efectivamente los problemas de la vida, la crisis ha sido un episodio perjudicial (Caplan, 1966, p. 53), y que en muchas personas que sufren trastornos mentales, los cambios significativos en el desarrollo de la personalidad parecen haber ocurrido durante períodos de crisis bastante cortos... Durante algunos de estos períodos de crisis, el individuo parece haber encarado sus problemas en una forma inadaptada, y haber emergido de la crisis con una pérdida de salud" (Caplan, 1966, p. 52).

Crises repetidas levariam à doença mental. Assim, a crise representa a encruzilhada onde a saúde ou a doença espreita o indivíduo, à medida que ela for ou não superada. O indivíduo pode, por si próprio, superar a crise, mas, como garantia e de maneira mais rápida e eficaz, a crise pode ser superada com a intervenção de um técnico em saúde mental.

"Un individuo sospecho de padecer un trastorno mental puede terse a un examen psiquiatrico por propia iniciativa, o ser enviado por la familia y los amigos, por un profesional asistencial comunitario, por un juez, o por un superior administrativo de su trabajo. La persona que alentaron la consulta advierteron desviaciones del pensamiento, los sentimientos o el comportamiento, y los interpretaron como posible trastorno mental" (Caplan, 1966, p. 109).

Com estes procedimentos, evitando-se o aparecimento da doença, a instituição hospitalar, alvo de críticas serradas, tende à extinção. Com a criação de “serviços alternativos” à hospitalização, ocorreria a “desospitalização”.

Neste enfoque, a psiquiatria rompe o espaço avançando rumo a comunidade. Nesta, realizará as suas ações terapêuticas, primordialmente centradas na prevenção primária, na identificação do desvio, ou mais ainda, no desvio potencial. Por conseguinte, isto remete à eleição de situações ou sujeitos potencialmente desviantes, propondo-se auxiliá-los a encontrar uma forma de adequação de suas condutas às normas socialmente valorizadas. Este modelo assistencial tem, portanto, como parâmetro para a definição de perda de saúde, a desadaptação social.

O preventivismo significa, para Amarante (1998, p. 41), um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas sociais.

Do indivíduo que apresenta sintomas de doença mental - que no modelo hospitalocêntrico seria encaminhado à internação - estende-se a ação psiquiátrica aos indivíduos suspeitos, mantendo-os sob o olhar atento do saber psiquiátrico, que nada mais representa do que “interná-los nas suas origens”, mantendo-os cidadãos tutelados.

A doença mental objetivada em seus sintomas e projetada no espaço social serve de parâmetro para a identificação do desvio, assim como inquieta e impulsiona o surgimento de outras concepções como a seguir é registrado.

2. 2.2- Críticas à instituição psiquiátrica

A antipsiquiatria

Na década de 60, surge na Inglaterra um movimento contestatório das práticas psiquiátricas vigentes, no qual se destacam Ronald Lang, David Cooper e Aaron Esterson, que formularam a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico.

O primeiro questionamento é dirigido aos princípios que são adotados para a construção desse saber. Os princípios das ciências naturais aplicados ao campo das ciências do homem, são vistos como inapropriados. Mesmo que a ação do homem possa ser probabilística, nada assegura que o homem não possa agir improvavelmente.

“Nas ciências naturais, verificabilidade e falseabilidade de hipóteses dependem da repetibilidade de situações. Nas ciências do homem, no entanto, notamos que é, em princípio, impossível a repetição de uma situação histórico-vital de indivíduo ou de grupo. Se a repetição de situações histórico-vitais é impossível, então os critérios científico-naturais de verificabilidade e falseabilidade de hipóteses se tornam irrelevantes e devemos encontrar outros critérios mediante os quais possamos saber que dizemos ‘a verdade’” (Cooper, 1967, p. 20-21).

A antipsiquiatria vê a doença entre os homens e não dentro do homem. A doença é vista como consequência das relações estabelecidas entre as pessoas. “A idéia chave para a antipsiquiatria é a de relação, na medida que nossa vida se dá e se define a partir dos relacionamentos que mantemos com os outros, donde decorre a insistência da antipsiquiatria no caráter político da vida humana” (Duarte Junior, 1987, p. 30).

Política refere-se ao poder que permeia as relações sociais, como por

sobre o empregado. A antipsiquiatria destaca, enfaticamente, o poder que o terapeuta tem sobre o cliente e em definir o que é normal ou anormal, sadio ou doente, portanto, tal poder nasce de injunções estabelecidas socialmente. As relações de poder passam a ser a gênese da doença mental, na medida que impede o indivíduo de ser ele mesmo para ser aquilo que os outros querem que ele seja.

“A loucura não se encontra ‘numa’ pessoa, porém num sistema de relacionamentos em que o ‘paciente’ rotulado participa: a esquizofrenia, se é que significa alguma coisa, constitui um modo mais ou menos característico de comportamento grupal perturbado” (Cooper, 1967, p. 47).

O “*louco*” nada mais é do que a vítima da alienação geral tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública.

Para Manonni (1982, p. 62), a questão para a antipsiquiatria é a instauração de uma verdadeira *despsiquiatrização* empreendida a partir de uma reinterrogação sobre o saber psiquiátrico.

A antipsiquiatria considera o episódio psicótico como uma desestruturação dos esquemas alienantes de vida, para posterior reestruturação em bases mais sólidas, enraizadas nas reais vivências do indivíduo. Para Cooper (1967, p. 104), “a experiência psicótica, contando com a orientação certa, é capaz de conduzir a um estado humano mais avançado, porém, muito freqüentemente, é convertida pela interferência da psiquiatria num estado de paralisia e de estultificação da pessoa”.

A psiquiatria democrática

A experiência italiana, nas palavras de Barros (1994, p. 53), pode ser considerada como “um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo de

comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade”.

Para Basaglia (1985, p. 29), o doente mental é “doente” sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo.

A partir dessa concepção, a exclusão fundada num ato de força decorrente do mandato social do psiquiatra, onde a exclusão caracteriza-se como o mal maior, desenvolve-se um questionamento ao próprio saber que dá apoio a prática psiquiátrica.

Os operadores da psiquiatria democrática reelaboram as críticas à psiquiatria a partir do próprio paradigma psiquiátrico, nomeando as reformas psiquiátricas como sendo a expressão de uma psiquiatria reformada, na medida que não questionam os fundamentos que dão suporte às formas assistências colocadas em prática.

As reformas levadas a efeito, na Europa e nos Estados Unidos, por vezes transformaram os sistemas de saúde mental, que tinham por finalidade renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria.

“Nestas, desinstitucionalização era uma palavra de ordem central, tendo por finalidade diferentes objetivos. Para os reformadores, o objetivo foi o de impulsionar a capacidade terapêutica da psiquiatria, livrando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Para os políticos e técnicos radicais, ela simboliza a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social. Finalmente, financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares” Rotelli (1990, p. 19).

Tais reformas propunham-se a atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento

da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção e a reabilitação. A criação de estruturas extra-hospitalares, médica e social, deveriam assistir aos pacientes, constituindo-se num “filtro” as internações ulteriores.

Na ótica de Rotelli (1990, p. 20), as internações continuam e o hospital psiquiátrico mantém um peso não secundário. A política de desospitalização foi acompanhada por uma redução do tempo de internação, aumentando as altas e recidivas, a medida em que surgem estruturas que internam e asilam pacientes psiquiátricos, destacando-se como exemplos os lares protegidos, as casas de albergados e outras. Além disso, emergem os serviços que se especializam segundo a lógica de “um serviço para cada problema”, isto é, cada problema vem selecionado e é assumido com base no critério da coerência e da pertinência aos códigos da prestação do serviço.

Estes serviços formam um circuito, no qual a internação “estática” num hospital, passa a ser substituída pela “dinâmica” no circuito, entre os vários serviços especializados, prestando assistência pontual e fragmentada. Esta fragmentação origina inicialmente, um modelo médico, cuja tarefa principal é a ministração de fármacos; o modelo do auxílio social voltado para as condições materiais da vida da pessoa e o modelo de escuta terapêutica que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia, sem que haja uma relação entre estes diversos tipos de serviços.

O internamento como modalidade assistencial, pretensamente garantindo um direito - o de ser assistido - ao passo em que o indivíduo é internado, geralmente sem o seu consentimento, fruto da própria compreensão sobre as características da doença, priva-lhe da liberdade, reduzindo o sujeito de direito a uma doença objetivada, na qual todas as manifestações do indivíduo passam a ser percebidas como manifestação da doença. O sujeito objetivado numa doença

nada mais lhe pertence, sendo-lhe negado a sua subjetividade, a sua identidade, não importando sua história, sua cultura, seu sofrimento.

A doença objetivada fala pelo doente, diz da pessoa, um dizer que é o fruto do modo pelo qual se constitui um conjunto de formas de lidar, de perceber a partir daquilo que se supõe ser o “*louco*”.

Seus gestos, falas, desejos e respostas são entendidos como sendo “falas” da doença. As estereotípias, a apatia, a revolta e as manifestações decorrentes de descobrir-se que “não é responsável”, da impossibilidade de realizar qualquer negociação promovida pela perda do poder contratual, em fim, tudo aquilo que a instituição deseja que se torne, passa a ser entendido como sinais e sintomas do curso natural da doença e nunca como decorrente, mesmo que parcial, da própria internação.

A isto Basaglia (1985, p. 124) denomina como sendo o duplo da doença mental; a face institucional que é construída a partir da negação da subjetividade do “*louco*” e da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber.

Este “olhar” sobre o doente mental não é próprio somente enquanto indivíduo internado, mas é o “olhar” conseqüente da forma como o saber psiquiátrico elaborou seu conhecimento. A idéia do duplo é o ponto de partida, pois, além de mostrar a iatrogênese desta modalidade de assistência, coloca em questão sua potencialidade terapêutica.

Separando a doença do doente, da sua existência concreta, descolada da sua realidade social, o saber produzido pela psiquiatria possibilitou a construção de aparatos legislativos, administrativos e códigos de poder sempre referidos à doença. A imprevisibilidade, periculosidade e improdutividade são expressões desta ordem.

Para Basaglia (1985, p. 132), faz-se necessário colocar a doença “entre parênteses” para poder perceber o doente em seu caminhar e para ocupar-se do doente e não de sua doença como conceito psiquiátrico. Assistir a pessoa porque ela precisa, está sofrendo, e não porque ela é perigosa. A *loucura* e o sofrimento psíquico não são condições a serem nem violentas, nem simplesmente toleradas, precisam, pelo contrário, de aceitação da sociedade e serem verdadeiramente tratadas.

Numa sociedade marcadamente dividida entre os que possuem e os despossuídos, as relações que se estabelecem são sempre relações de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transformam em exclusão do segundo pelo primeiro.

Numa sociedade organizada a partir da divisão radical entre os que têm e os que não têm, da qual resulta a subdivisão entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não-respeitável, faz-se necessário criar instituições que sejam funcionais, que se encarreguem da aplicação da norma e que apresentem uma face racional para torná-las aceitáveis e não expondo abertamente seu lado violento dissimulando as contradições insustentáveis. Para suavizar os conflitos entre excluído e excludente, a psiquiatria lança mão de argumentações científicas que nada mais fazem do que confirmar a inferioridade do primeiro (Basaglia, 1985, p. 101).

Tal papel é desempenhado pela psiquiatria e executado pelo psiquiatra, enquanto poder delegado da sociedade. Sendo a instituição manicomial uma estrutura “imune” a práticas assistenciais que privilegiem o doente e não a doença,

“a única possibilidade de aproximação e de *relação terapêutica* no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá ao doente mental *livre*, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o

psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita relação com seu poder contratual” (Basaglia, 1985, p. 105).

Na impossibilidade de uma transformação das instituições psiquiátricas que não seja através de sua negação dialética, onde ela é, ao mesmo tempo, negada e gerida, a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é concomitantemente refutada e executada, isto é, percebendo que as soluções técnicas até então produzidas e expressas nas várias modalidades de execução, não se mostraram suficientes frente ao problema mental enquanto doença, necessário se faz a busca e invenção de novos tipos de terapêutica que permitam uma aproximação a realidade da experiência, do sofrimento e da vida do indivíduo enquanto doente. (Basaglia, 1985, p. 105).

Nesta forma de apreender o problema da doença mental, a desinstitucionalização, não sendo correlato da desospitalização, torna-se a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. Uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade, gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais.

Por conseguinte, os papéis profissionais tal como concebidos se transformam e ampliam-se na passagem de uma relação de tutela para uma relação contratual, requerendo nova concepção e nova prática, como por exemplo, o enfermeiro, que de agente de custódia e controle, expande suas ações pautada numa relação de reciprocidade com o internado, busca outras alternativas para além do espaço institucional da loucura, repropõe ações, procurando o contato com a família, resgatando laços sociais.

“Neste processo, não apenas se reconstitui a subjetividade do internado, mas do próprio trabalhador - a emancipação diz respeito a todos; evidentemente, a relação agora é nova porque não se trata do louco ‘inábil, incapaz e perigoso’ mas do louco cidadão” (Nicácio, 1989, p. 100).

A relação contratual somente é possível quando há uma confluência de vontades do par envolvido, o que implica afirmar que ambos estejam e sejam reconhecidos como estando de posse de suas vontades, cuja expressão caracterizaria a liberdade. No entanto, mesmo que o doente mental não se encontre internado - ou estando, mesmo com o seu consentimento - será considerado incapaz para os atos da vida civil, tanto em termos legais como na visão dos profissionais da psiquiatria clássica, se não incapaz, no mínimo, estará sob suspeita.

Para Sonenreich (1992, p. 93), “o delirante é um homem insubmisso, que pensa de uma maneira original, que não se submete às normas? Se for assim, não vamos considerá-lo doente. Somente fazemos um diagnóstico quando a pessoa age de uma determinada maneira. A doença mental começa, para nós, justamente quando a pessoa perdeu a liberdade de opção”.

Na ótica deste autor, é possível a escolha, provavelmente em qualquer circunstância social, esquecendo que a liberdade por si só já fere a “normatividade”, além de que, politicamente, com todo sistema de comunicação hoje vigente, nenhuma escolha é realmente livre. A liberdade, como se pode deduzir dos escritos de Ortega y Gasset, citados por Kujawski (1994, p. 53), é decorrente das circunstâncias em que o indivíduo vive, por conseguinte, é limitada.

O Iluminismo, momento histórico no qual a Razão passa a ser o supremo critério de orientação do homem, por natureza, igual em todos os homens, “aprisionou-o” a uma igualdade, a uma essência humana.

Desta forma, toda alteridade é percebida como um desvio do reto caminho da razão, uma desrazão, necessária para reafirmar a primazia da razão.

Estabelecida como forma única e válida de acesso à verdade, o conhecimento assim produzido, fundado em métodos objetivos, cujos fatos serão aceitos na medida, ou sob a condição de que a razão os aceite, o conhecimento produzido sobre a *loucura* decorre destes princípios, no qual a experiência da *loucura* é definida em termos objetivos, separados da existência real do sujeito que sofre, real no sentido atribuído por Herrmann (1992, p. 45), “como sendo a profundidade produtora, que possui o vício de esconder-se por detrás de seus produtos”, reduziu o “*louco*” à expressão de sua *loucura* objetivada na doença mental.

Passando a razão a ser o distintivo da humanidade, o ato ou comportamento desrazoado passa a ser percebido como uma “perda” ou um “afastamento” da condição humana e, neste caso, passível de ser recomposto para que a pessoa possa voltar a circular, sem romper as teias das relações sociais.

Ancorado nesta perspectiva, abre-se ao doente mental uma e somente uma possibilidade, a de ser, enquanto não se reconhecer a sua “cura”, um indivíduo mutilado nos seus direitos, restando-lhe apenas o direito de ser assistido, tutelado no sentido amplo, ou seja, àquele a quem é impedida uma relação contratual.

As várias épocas e suas sensibilidades estabeleceram formas de lidar com o mundo e com os sujeitos. Assim encontramos o “*louco* livre”, expressando sua *loucura* que diz de uma verdade iluminada, de um mal potencial, venerado e rechaçado; o “*louco*” como expressão da indisciplina das paixões que precisa ser recluso para aprender a educá-las; o “*louco*” doente mental, expressão de um desarranjo na sua constituição biológica que necessita submeter-se à correção; o “*louco*”, doente mental por decorrência de seus conflitos psicológicos que necessita percebê-los para adquirir a possibilidade de resolver-se o “*louco*”

doente mental enquanto efetividade ou potencialidade decorrente do encontro da tríade biológica, psicológica e social que passa a ser percebido como /o constitutivo deste indivíduo.

Comum a todas as formas de percebê-lo, desde o advento da constituição da psiquiatria como saber médico, é a redução à condição de doente, efetivo ou latente, que o indivíduo necessita submeter-se.

Submete-se a técnicas de “aprendizagem”, outras vezes a técnicas de correção somática; também necessitando chegar a insight e, noutras, a uma síntese das anteriores, acrescida das relações sociais. Submete sua vontade, seu corpo, seus desejos, suas relações pessoais para, em troca, ter a possibilidade de reavê-las “corrigidas” segundo um padrão idealizado, uma norma pretensamente comum a todos, uma essência humana.

Nesta perspectiva, a individualidade passa a ser, não uma “essência” própria a cada indivíduo, mas uma individualidade comum, um paradoxo.

CAPÍTULO III

A PSIQUIATRIA NO CENÁRIO BRASILEIRO

3.1 – Os passos e descompassos

A assistência psiquiátrica no Brasil tem como marco inicial a construção do Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, então capital do império, inaugurado em 05/12/1852 - com capacidade inicial de 350 leitos, iniciando com 144 doentes, atinge a lotação completa, passado um pouco mais de um ano, Resende (1987, p. 37), e expressa uma nova concepção da prática médica que investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social.

No dizer de Machado et al. (1978, p. 18), é

“um tipo de medicina que procurou estabelecer e justificar sua presença na sociedade, através sobretudo da higiene pública, não estando em continuidade com a evolução da medicina desde os primórdios de nossa história, compreendida como projeto incessantemente retomado e aperfeiçoado ou incessantemente contornado e deformado, que preservaria suas características fundamentais”.

Significa, pelo contrário, o início de um período que assinala para a medicina um novo tipo de existência enquanto saber e enquanto prática social, que se distingue e se opõe às várias formas de seu passado.

A assistência à saúde entre os indígenas era prestada pelos pajés e, com a colonização, surgem outras figuras como os curandeiros, curiosos, cirurgiões, cirurgiões- barbeiros, barbeiros, boticários e outros (Pires, 1989, p. 32).

Antes do séc. XIX, a produção de saúde não está presente nas preocupações, quer nas instituições propriamente médicas quer no aparelho de Estado. As preocupações no campo da saúde tinham por finalidade evitar a morte, estando toda idéia de prevenção ausente do âmbito da medicina, atuando sempre de forma recuperadora.

No período colonial, a solicitação dos moradores das cidades ao Rei, se referia ao envio de médicos para tratar de seus males, caso contrário, corriam o risco de perder seus vassallos, o que colocava em perigo a defesa e colonização da nova terra.

O cargo ocupado pelo médico está ligado à administração colonial, com salários e obrigações especificadas pela Coroa, com funções quase que exclusivamente ligadas à tropa e à Câmara, e uns poucos praticavam o exercício liberal da medicina, atendendo os que podiam pagar. O tratamento das doenças do restante da população ficava a cargo de outras figuras que não a médica, não significando que o exercício de cura fosse livre, estando a cargo da Fisicatura, autoridade médica ligado ao dispositivo político administrativo da monarquia, a autorização dessas práticas (Machado et al., 1978).

Encarregada de fiscalizar o exercício da medicina e outorgar carta de licença aos práticos, a Fisicatura não é uma instância de produção de discurso que oriente a prática médica, mas somente o lugar político de regulação dessa prática. A fiscalização tem por finalidade articular a atividade médica ao poder soberano.

Os exercentes da prática médica formavam uma pirâmide, estando no topo os físicos ou licenciados formados nas universidades européias, que detinham o saber teórico reconhecido socialmente e que lhes conferia poder para emitir parecer sobre os atos dos demais praticantes da medicina (Pires, 1989, p. 34).

No Brasil Colônia, até o século XVII não se configurava como preocupação do Estado a questão relativa ao ensino, sendo que esta ficou ao

encargo de ordens religiosas que fundaram escolas e eram responsáveis pela quase totalidade da rede de ensino.

O ensino superior inicia, na área da saúde, com as primeiras escolas de formação de médicos.

Em 1808, na Bahia, é criada a Escola de Cirurgia e, no Rio de Janeiro, a cadeira de medicina teórica a ser ministrada no Hospital Militar e da Marinha (Machado et al., 1978, p. 172).

As ordens religiosas também realizaram atividades de assistência, sendo as Santas Casas as primeiras instituições a prestarem assistência à saúde.

No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada em 1534, em Santos, seguida pelas do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, sendo que outras surgiram no compasso do surgimento de outros centros de expressão econômica e política (Pires, 1989, p. 36).

Locais de assistência aos desvalidos, mais voltados à salvação da alma do que à cura dos males do corpo, tanto para os que prestavam a assistência como para os assistidos, é também o local onde a filantropia e a caridade encontraram o espaço para manifestar suas consternações frente ao sofrimento do próximo.

Estas instituições foram construídas e mantidas através de doações de pessoas de posses e em nada se assemelhavam ao hospital moderno, pois não existia assistência médica que pudesse, pela observação constante, oferecer um diagnóstico. A assistência aos enfermos era realizada por pessoas leigas e de ordens religiosas que, com base em alguns conhecimentos, executavam os cuidados e prescreviam as medicações.

Com o surgimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1829, cria-se um veículo através do qual a classe médica expõe seu ponto de vista sobre temas não mais restritos às questões da doença, mas indo além, posicionando-se sobre temas de ordem política e social. Anteriormente, mais

voltado para a cura da doença, agora passa a se preocupar com tudo aquilo que, no entender médico, pode levar à doença e que, se levada a termo, uma intervenção guiada pelo saber médico, poderia alcançar uma sociedade ordenada, disciplinada.

A higiene pública é a primeira preocupação da Sociedade Médica para a qual propõe reformulações dos regulamentos sanitários, pelo controle de sua aplicação por médicos, por mudanças de costumes, reorganização dos espaços hospitalares e prisões além do controle da venda de medicamentos, extrapolando para esferas até então não alcançadas como a educação física das crianças, os casamentos precoces, a destinação de espaço para sepultamentos que não sejam as igrejas, a necessidade de esgotos, calçamentos, asseio das ruas e praças, drenagem dos pântanos urbanos e outros (Machado et al., 1978, p. 188).

Os mesmos autores informam que o hospital é tratado segundo duas vertentes: a sua localização e organização interna. A localização deve guiar-se por um saber no qual o clima, a umidade, o tipo de solo são apontados como os menos propícios ao desenvolvimento de doenças, além do que devem ser retirados do centro da cidade; medidas que visam neutralizar os efeitos de contágio, de propagação do mal que os hospitais abrigam. A segunda vertente aponta para a arquitetura e o ordenamento do espaço interno do hospital, passando de “casa de doença” à “casa de saúde”, lugar de cura e de aprendizagem, local de produção do saber médico.

A prática eminentemente curativa, restauradora é suplantada pela nova ordem na qual se esboçam as relações causais, permitindo ao médico intervir em qualquer espaço da vida social.

Expressa-se, dessa forma, uma ruptura com o antes compreendido e praticado pela medicina, passando esta a se preocupar com o todo da vida na cidade, caracterizando o seu novo projeto, a medicina social. A medicina, conhecendo o homem e as alterações de seu organismo provocado pela

desordem, deve guiar o processo de estabelecimento e o funcionamento desta sociedade, apontando sempre as causas de alteração e nelas intervindo, sendo que, um Estado esclarecido e guiado pelas luzes da medicina, pode transformar o caos em calma.

A edificação do Hospício Pedro II, que a partir de 1890 passa a denominar-se Hospital Nacional dos Alienados, é fruto desse novo olhar do saber médico, que medicaliza a sociedade e patologiza o comportamento do “louco” que, passando a ser anormal, é passível de medicalização.

A crítica às condições nas quais se encontravam os “loucos”, assim identificados a partir de critérios que a própria medicina social instituiu, quer estejam eles em hospitais, quer vagando pelas ruas, oferecem os argumentos que justificam a destinação de um espaço específico para a atenção ao “louco”.

No tocante ao “louco” internado, criticam-se as condições do hospital, por ele não estar organizado segundo o que prescreve o saber médico. Não oferece condições de tratamento, estando o “louco” no hospital como se estivesse numa prisão, somente sendo apartado do convívio social, não recebendo nenhum tratamento requerido por sua doença, não dispondo o hospital de espaço específico para este tipo de paciente nem médicos e enfermeiros competentes para dispensarem os tratamentos preconizados, portanto, “louco” injustiçado.

Os “loucos” na rua eram objeto de crítica, segundo dois enfoques: a ameaça à ordem pública e a necessidade de submetê-los a tratamento. Nas ruas, em liberdade, insensíveis a ordem estabelecida, os “loucos” agitados constituíam-se em risco permanente.

Diante de tal situação, em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia lança a palavra de ordem: aos loucos, o hospício. “A loucura é doença a ser tratada e perigo a ser evitado nas ruas da cidade” (Machado et al., 1978, p. 424).

A produção teórica sobre a *loucura*, agora elevada ao status de alienação mental inicia, no Brasil, na metade do séc. XIX, sendo estritamente de cunho burocrático, visando a obtenção de títulos acadêmicos, sem ligação com a prática assistencial.

É interessante destacar a precedência da criação de instituições destinadas especificamente a abrigar *loucos* sobre o nascimento da psiquiatria como corpo de saber médico especializado, pois somente em 1881, através do Decreto nº 8.024, de 12 de março foi criada a primeira cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Resende, 1987, p. 39).

Os alienistas brasileiros, ao modo principalmente dos franceses, oscilam nas explanações de suas compreensões sobre o que seja a alienação, afirmando que a doença afeta o cérebro, cuja lesão compromete basicamente a inteligência e cuja expressão é o delírio, sendo que o delírio geral é mais comum quando há desordem nas atividades intelectivas propriamente ditas, o parcial refere-se mais aos afetos e, neste caso, a inteligência está intacta. Não havendo a abolição da inteligência, em alguns casos, ela está comprometida, mas não impedida, e noutros não há comprometimento, a inteligência deixa de ser o foco, deslocando-se a atenção para a conduta. São as paixões que, vitoriosas sobre a razão, levam o indivíduo a agir de maneira não convencional (Machado et al., 1978).

Dessa forma, o comportamento passa a ser o objeto privilegiado na formulação do diagnóstico que, por sua vez, apresenta-se como um problema na medida da dificuldade de reconhecer-se àqueles denunciadores da alienação, haja vista, a gama de comportamentos em uma sociedade civilizada.

Para tanto, busca-se a alteração na trajetória do indivíduo, comparando como era e como se apresenta no momento. É pelo emprego dos métodos da ciência natural que, pela observação constante e diligente, identifica-se a descontinuidade denunciadora da patologia.

Uma vez detectado o comportamento desviante, necessário se faz identificar as causas correspondentes, a etiologia.

Para Esquirol, não há na vida circunstâncias que não possam tornar-se causa de alienação mental. Seguindo o mestre, os alienistas brasileiros vão buscar no vivendo, tanto na esfera pública como privada, os fatores determinantes da alienação.

Assim, invadem todos os recantos da vida dos indivíduos, desde as diversões que estimulam a imaginação, as profissões que expõe o homem a mudanças bruscas, o trabalho e a moradia com seus vapores, o clima, a vida política que, através da liberdade de pensamento e das paixões favorecem o desenvolvimento da *loucura*, bem como, a educação com suas normas muito rígidas ou frouxas e a depravação dos costumes. É a totalidade da vida social que está relacionada à alienação mental, o que fornece a psiquiatria o poder de intervir nos mais diferentes aspectos da vida do indivíduo.

Esta característica não se restringe a psiquiatria, é a própria constituição da medicina social que delinea o caminho. Como afirma Birman (1978), podemos explicar a institucionalização médica da *loucura* no século anterior, pelo caráter adquirido pela Medicina, no limiar da sociedade industrial. Ela surge como Medicina Social, realizando a **higiene dos corpos e dos espaços sociais e a higiene moral**, com o objetivo de controlar as individualidades que transgredissem a ordem estabelecida e em processo de instituição.

A edificação dos asilos e manicômios é consequência desse novo olhar que identifica o transgressor e as causas que levam a tal. A um só tempo, o hospício atende a necessidade de um espaço próprio para o tratamento do alienado e isola-o das condições geradoras da alienação.

No Brasil, as construções dos hospícios surgem, principalmente, naquelas localidades onde se constatava certa sensibilidade à retirada dos *loucos* das ruas, geralmente àquelas com maior densidade populacional. Na historicidade da

psiquiatria brasileira, apresenta-se (Anexo 1) o quadro do surgimento dos hospícios no Brasil.

Ao tratamento moral, terapêutica até então empregada, é incorporado o trabalho como nova modalidade de tratamento, decorrente do ideário europeu, no qual o trabalho e o não trabalho são os divisores do normal e anormal.

Guiando-se por estas idéias, associadas às da melhor localização, a maioria dos asilos foram construídos em localidades afastadas dos centros urbanos, reproduzindo as características de uma colônia, pois se coadunava com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira. Era corrente na época a idéia que “o fazendeiro é o tipo representativo da nacionalidade e a fazenda é ainda o lar brasileiro por excelência, onde o trabalho se casa com a doçura da vida e a honestidade dos costumes completa a felicidade...” (Resende, 1987, p. 48).

O mesmo autor (p. 49) refere que, diferentemente dos centros europeus que, com a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo trouxe a necessidade de um “novo” homem, introduzindo exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos, entre eles o *louco*, no Brasil, o *louco* faz sua aparição na cena das cidades em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista.

No século XIX, a “onipresença” do escravo, no Brasil, restringe a possibilidade de trabalho, restando poucas oportunidades de ocupação consideradas dignas, pois o trabalho era tido como uma atividade pejorativa e desabonadora, favorecendo o aumento da mendicância daquela parcela da população que, não sendo escravo, também não era proprietário.

Os desocupados permanentes, os vadios que, vagando pelas ruas a procura do que se manter, passam a ser percebidos como um incômodo, tornando-se preocupação da autoridade, na medida que eram percebidos como parcela desordeira e perigosa, colocando em risco o transitar por lugares ermos das cidades, mesmo à luz do dia.

“Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum de repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade” (Resende, 1987, p. 35).

Recolher o “*louco*” das ruas, deixa de ser um ato de caridade e humanismo, passando a ser um ato terapêutico. Esta situação gera alguns embaraços aos alienistas, pois o poder de seqüestro é prerrogativa do Estado.

Em 1902, no Governo do Presidente Rodrigo Alves, é levado a cabo um inquérito que revela que o Hospital Nacional é simplesmente uma casa de detenção de *loucos*, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização, momento em que o Governo decide reformular a assistência psiquiátrica, nomeando como novo diretor Juliano Moreira, com o que a psiquiatria ganha um novo impulso.

Sob a sua influência, é sancionada a primeira legislação específica do doente mental. Através do Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, fica estabelecido que o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida comprometer a ordem pública, ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados (Brasil, Presidência da República. 1903). Observa-se que o motivo da internação não é a doença. Este mesmo decreto também estabelece que a direção destas instituições passa a ser privativa do médico, amenizam-se, dessa forma, as críticas quanto à prática policial dispensada aos “*loucos*”.

No Governo de Getúlio Vargas, é sancionado o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que permanece em vigor até os dias atuais. Dispondo sobre a assistência e proteção à pessoa e aos seus bens, institui o Conselho de Proteção aos psicopatas com as funções de estudar os problemas sociais relacionados com a proteção dos psicopatas e de auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental nas lutas contra os grandes males sociais.

Segundo Corrêa (1996, p. 111), este decreto dividiu os estabelecimentos psiquiátricos públicos em regime aberto, misto e fechado, permitindo que em seus arredores fossem mantidos serviços de assistência hétero-familiar.

Através do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado através do Decreto-Lei nº 3.171, de 02/04/1941, o Estado desenvolve a política de proliferação de hospícios-colônia. Adalberto Botelho, o primeiro diretor do SNDM e defensor desse modelo de gestão asilar, incentivou a criação de vários hospícios-colônia.

Esta modalidade assistencial, com o passar dos anos, perde sua vocação pois, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornou-se um anacronismo (Resende, 1987, p. 55). A assistência centrada na internação, com breves iniciativas assistenciais extra-hospitalares, foi a prática dominante até a década de 80, quando os questionamentos à modalidade assistencial se fazem mais presentes, com as denúncias das condições nas quais se encontravam os internos.

A psiquiatria asilar, desde sua instituição, tem sido objeto de críticas o que a levou a repetidas reformas, que Rottelli (1990, p. 17-59) descreve como psiquiatria reformada em contraposição a uma reforma psiquiátrica.

As críticas são dirigidas às condições sub-humanas a que são submetidos os internos, à superlotação, ao alto índice de cronificação, às práticas autoritárias, às terapêuticas violentas aplicadas aos “loucos” e à exclusão praticada em nome de um tratamento.

Portanto, a solução dada a questão *loucura* passa a ser o problema. No dizer de Amarante (1996, p. 116), “como podemos hoje reconhecer, o problema é construído pela solução que dele se tem.”

Após a Segunda Grande Guerra, e em parte decorrente dela, transformações, no início ocorridas principalmente naqueles países diretamente

envolvidos no conflito, se expandiram posteriormente para grande parte do ocidente, incluindo o Brasil, onde ocorrem reformulações guiadas pelos princípios da Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e, por último, a Psiquiatria Preventivo ou Comunitária.

Superando o modelo até então vigente, o novo projeto se propõe promover a saúde mental, cujo objeto passa a ser a saúde mental e o objetivo a prevenção da doença mental.

Estes enfoques repercutem na Psiquiatria do Brasil, começando pela mudança da denominação do setor administrativo burocrático responsável pelas diretrizes da área da assistência psiquiátrica sendo que, a partir de 1970, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), passa a ser designado Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

O abrandamento da censura nos últimos anos do regime militar, final da década de 70 e início de 80, e o fim do “milagre econômico” trazem à tona as insatisfações populares. Questões como liberdade, participação, condições de vida e de trabalho são temas que retornam a pauta de luta dos sindicatos mais organizados e combativos. As manifestações, de forma mais aberta e contundente, questionam o modelo econômico e político vigente exigindo mudanças.

Neste contexto, surgem outras entidades da sociedade civil, sendo que no setor saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criado em 1976, se constitui num importante espaço de discussão das políticas de saúde e local de produção e organização do pensamento crítico em saúde e, ultrapassando as estas questões específicas, passa à reflexão e análise das políticas governamentais como um todo.

Dessa maneira, o CEBES passa a ser um espaço de discussão e canal de expressão de um pensamento mais crítico em saúde, com participação destacada na Reforma Sanitária brasileira e veículo de denúncias dos desmandos, da

carência de recursos e das condições sub-humanas na qual se encontravam os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos.

No que se passou a denominar de crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental, emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esta crise, provocada pelas denúncias das péssimas condições do Centro Psiquiátrico Pedro II, gerou um movimento que “desemboca” na formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, constituindo-se num espaço de discussão e formulação de propostas para a assistência psiquiátrica.

O Movimento expressa as insatisfações daqueles que trabalham neste setor e também daqueles preocupados com a situação reinante, portanto, não sendo um movimento corporativo, mas múltiplo, dele participando profissionais do setor, pessoas ou entidades que se coadunam com a luta empreendida, simpatizantes e familiares, passa a ser conhecido como o movimento pela reforma psiquiátrica (Amarante, 1998, p. 51).

São apontadas várias questões que concorrem para a situação na qual se encontram os serviços de assistência ao doente mental: salariais, qualificação e formação dos recursos humanos; quantidade insuficiente de pessoal, relações autoritárias da instituição com suas estruturas hierarquizadas e as modalidades terapêuticas empregadas.

Critica-se também os centros formadores de recursos humanos, particularmente as universidades, pela ausência de produção crítica relativa à assistência ao doente mental.

Denuncia-se a forma como o Estado administra a assistência aos doentes mentais e o vertiginoso crescimento das internações em hospitais próprios e conveniados, o que ficou conhecido como a indústria da *loucura*.

O MTSM, inicialmente restrito ao Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Bahia, estrutura-se nacionalmente por ocasião do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978), realizado na cidade de Camboriú-SC. Neste congresso, previsto para ser um encontro científico de psiquiatras ligados aos setores conservadores das universidades, aos consultórios e hospitais privados, termina por ser “tomado de assalto” pela militância dos movimentos de saúde, aprovando moções que repudiam a privatização do setor, a proletarização de setores médicos, a agudização do mau atendimento dispensado à população e a exploração, que tanto os profissionais quanto a clientela estão submetidos (Amarante, 1998, p. 54).

Em 1979, realiza-se o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de São Paulo, desvinculado das estruturas do Estado. As críticas se acentuam. Discute-se o modelo asilar e as diretrizes técnicas e legais para a superação dos problemas dessa realidade.

No II Congresso, realizado no ano de 1980, em Salvador-BA, as críticas se acentuam ainda mais e aparece a questão da defesa dos direitos do paciente psiquiátrico. Como decorrência das denúncias, é constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito pelo Congresso Nacional, para apurar as distorções da assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental (Amarante, 1998, p. 56).

Por ocasião da VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, são apresentadas as Diretrizes programáticas de Saúde Mental, dando origem ao Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM, de caráter preventivista, que propõe a expansão da assistência psiquiátrica através do atendimento dos distúrbios psiquiátricos de nível primário, ações a serem desenvolvidas nos ambulatórios e postos de saúde. Para realizar esta tarefa, deveria ser implementado um processo de qualificação dos médicos generalistas e dos auxiliares de saúde.

Este programa conseguiu ser implantado em muitos Estados. No entanto, o impacto na assistência aos problemas de saúde mental foi abaixo de esperado, sendo que, muitas vezes provocou um aumento da demanda e não respondia às necessidades de atenção dos egressos de instituições psiquiátricas, sendo desativado posteriormente.

No início da década de 80, a reforma psiquiátrica segue a trajetória sanitarista. Marca este período, o convênio de Co-Gestão estabelecido entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e o Ministério da Saúde (MS), que cria mecanismos de gerenciamento conjunto de unidades assistenciais.

Esta reformulação é decorrente, não de um desejo de melhor assistir, mas fundamentalmente da crise do próprio modelo de assistência que apresenta uma baixa resolutividade, em contraste com o constante aumento dos gastos.

Em 1981, é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que sob certos aspectos, é uma continuidade da co-gestão, ficando responsável pela reversão gradual do modelo médico assistencial da Previdência - entendido como de natureza privatizante, causador de ociosidade e desprestígio do setor público, incapaz de permitir um planejamento racionalizador e, principalmente, pela contenção de custos na área.

O CONASPS tem como objetivos o aumento da produtividade, a racionalização do sistema, a melhoria da qualidade dos serviços, a extensão de cobertura e o controle estatal (Andrade, 1992, p. 23).

O Plano CONASPS desdobra-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1985, surgindo, posteriormente, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES), preparando o terreno para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), hoje garantido na Constituição (Amarante, 1998, p. 92).

Em junho de 1987, realiza-se em Brasília, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo como temário; I) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e; III) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

O relatório dessa conferência revela que o setor da saúde mental espelha as contradições da forma da organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, sem responder às necessidades sentidas na área social, pautando-se mais em ações de contenção e controle das insatisfações populares do que na transformação dos serviços, visando o atendimento das reais necessidades assistenciais.

Aponta que os trabalhadores de saúde mental podem constituir-se em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses da classe dominante, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica.

Propugna a reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental guiada pelos princípios já estabelecidos na 8ª CNS, de participação da população em todos os níveis da política de saúde. Quanto ao modelo assistencial, enfatiza-se a necessidade da reversão da tendência “hospitalocêntrica e psiquiatricocêntrica”, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional. A ampliação de hospitais psiquiátricos tradicionais fica proibida, devendo ser estimulada a implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificante, peculiar dos serviços específicos.

O relatório aborda também, dentre outras, a questão da legislação, recomendando a modificação no tocante aos aspectos relativos à interdição, da inimputabilidade e da periculosidade, de modo que estas situações não sejam

utilizadas para cercear a liberdade individual e da opção de forma de vida das pessoas.

Fica estabelecido, também, o direito do usuário a ter acesso ao seu prontuário e de escolher o tipo de tratamento e o seu terapeuta (Brasil, Ministério da Saúde, 1988).

Para Amarante (1998, p, 93), a 1ª CNSM marca o fim da trajetória sanitária - na medida em que é percebida a impossibilidade de reformular a assistência prestada ao doente mental, sem trabalhar o âmago da questão, sem destruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidado, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividade - e início de uma outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

Adotando como lema “por uma sociedade sem manicômios”, o MTSM aponta para a necessidade de discussão da *loucura* para além dos limites assistenciais.

O documento final do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru, SP, em 1987, afirma:

“Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizada, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da *loucura* e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada” (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1987).

Neste posicionamento, fica clara a influência da psiquiatria democrática, na medida em que os trabalhadores em saúde mental recusam as reformas intrainstitucionais, por compreenderem que estas não contribuem para modificar o status do “*louco*”, sendo que o hospital continua a ser o seu lugar.

Na tradição da psiquiatria democrática, o conceito chave é o de desinstitucionalização como sendo “a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas sobre a doença mental e invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente”.

No dizer de Basaglia (1985), é colocar o “*louco*” na praça para, a partir daí, encontrar um novo lugar que não seja uma nova forma de exclusão. Para tanto, é necessário construir outros saberes e práticas que não sejam as de objetivar o doente através da sua doença. Nesta perspectiva, é preciso desinstitucionalizar o paradigma que dá sustentação à instituição psiquiátrica (aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relação de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”).

Na experiência italiana, o ponto inicial que origina o movimento de transformação da assistência psiquiátrica, parte da percepção de que a psiquiatria não conseguiu adequar os seus métodos de trabalho “aos princípios abstratos” que a governam.

Analisando o paradigma racionalista problema-solução como guia das ações da psiquiatria, Rotelli (1990, p. 26) constata que este mostrou-se insuficiente para responder às questões postas à psiquiatria, na medida que esta se propõe a resolvê-las dentro deste paradigma.

Descartada a solução-cura, o cuidar passou a significar ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. Uma nova forma de se relacionar com o doente alicerçada na possibilidade de se estabelecer uma relação na qual exista

reciprocidade, entre sujeitos, uma relação baseada num contrato entre doente, terapeuta e sociedade, o que gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas também políticas, sociais e culturais.

Costa (1996, p. 27-36) descreve três tipos de ética que existem na assistência psiquiátrica. Um dos que julgamos estar relacionado e que pode ajudar a explicitar o anteriormente exposto, é o que o autor designa como sendo a ética da ação social em contraposição à ética da interlocução e à ética da tutela.

“A ética da ação social, sujeito e agente definem-se sobretudo não como um ou outro sendo despossuído de razão ou vontade, mas como os dois tentando refazer a ordem geral ou a vontade geral. Sujeito e agente da assistência definem-se como pares, normalmente como cidadãos, e há sobretudo a vontade de renovar o instituído, de abrir espaços para a ação e integração outras que não as previstas pelo status quo. Idealmente eles são definidos como iguais. A ênfase no estatuto de cidadão é prioritária. O ideal da assistência, neste caso, quase que faz equivaler virtudes políticas a virtudes terapêuticas”.

Na concepção que ora orienta a criação de novos serviços, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo no ano de 1987, propondo-se a ser um “filtro” de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitários. Pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas e socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeitos a expansão, caso se mostre necessário.

Em 1989, com a intervenção realizada pela Prefeitura Municipal de Santos-SP - neste momento sob administração de um partido político de esquerda - na Casa de Saúde Anchieta, hospital privado, localizado na cidade de Santos-SP, com grande repercussão na imprensa nacional, face às denúncias acerca das condições sub-humanas nas quais se encontravam os internos, impulsionou o processo de criação de espaços assistenciais, como são os CAPS/NAPS, apoiados em outras bases.

Foram criados, pela Prefeitura Santista, os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS que, de acordo com Nicácio (1994, p. 82-91),

“representavam o eixo do circuito santista, distribuídos regionalmente, com funcionamento ininterrupto. Diferentemente dos ambulatórios², dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isso, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, e atenção à crise, lugar de ação de reabilitação psicossocial, de agenciar espaço de transformação cultural”.

O NAPS tem como horizonte à criação de uma diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território.

Esta modalidade assistencial posteriormente foi regulamentada através da Portaria nº 224 (Brasil, Ministério da Saúde, 1992), tornando-se o modelo de assistência para todo o país, estabelecendo as diretrizes de atendimento em saúde mental e as normas para o atendimento ambulatorial – Unidade Básica, Centro de Saúde, Ambulatório CAPS/NAPS e para o atendimento hospitalar - Hospital dia/noite, Serviço de Urgência Psiquiátrica, leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria.

² Os ambulatórios surgem no cenário da assistência psiquiátrica com a criação, em 1977, do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM).

Os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial são unidades de saúde locais/regionais, 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 multidisciplinar.

Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica, ou egressos de internações hospitalares. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 08:00 às 18:00 horas, segundo a definição do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b) atendimento de grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, dentre outras);
- c) visitas domiciliares;
- d) atendimento à família;
- e) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- f) os pacientes que freqüentarem o serviço por 4 horas (um turno), terão direito a duas refeições. Os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos), terão direito a três refeições.

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra
- 1 Enfermeiro
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de nível médio e elementar, necessários ao desenvolvimento das atividades.

No campo jurídico, uma nova legislação na forma de ante-projeto, foi elaborada pelo Deputado Federal Paulo Delgado, cuja tramitação na Câmara Federal iniciou em 1989 e, após vários substitutivos ao projeto original e os trâmites regimentais, foi aprovada pela Câmara Federal, a Lei nº 10.216, de 16 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Pela sua importância histórica, está apresentada, na íntegra, no Anexo 2.

Na atualidade, várias leis estaduais já se encontram em vigor, seguindo a diretriz do PL nº 3.657.

Em dezembro de 1992, foi realizada na Capital Federal, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foram reafirmados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, seguindo a linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Outra reformulação proposta pelo Ministério da Saúde, seguindo a diretriz de criação de locais de assistência extra-hospitalar, está expressa na Portaria nº 106 (Brasil - Ministério da Saúde, 2000).

Nesta Portaria, está prevista a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento do portador de transtornos mentais.

Entende-se como Serviço Residencial Terapêutico, moradias ou casas, inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social ou laços familiares que viabilizem sua inserção social.

3.2 – A assistência ao doente mental em Santa Catarina

A assistência ao doente mental em Santa Catarina seguiu os pressupostos que orientaram a assistência ao doente mental nas demais unidades da federação, diferenciando-se quanto ao momento em que o Estado passa a ocupar-se da assistência, sendo um dos últimos a erigir uma construção nos moldes então recomendados (1940). Distante 22 Km do centro da Capital, em área rural “reproduzindo a colônia”, gerando grande parte dos necessários a sua subsistência, é construído o Hospital Colônia Sant’Ana, no qual os “loucos de toda espécie” receberão os tratamentos preconizados pelo saber psiquiátrico da época.

Anterior a qualquer destinação de um espaço próprio, em Santa Catarina, as cadeias eram o destino dos que enlouqueciam.

Na Florianópolis do século XIX, a cadeia pública ficava no andar térreo da Casa da Municipalidade, construção que hoje abriga a sede da Câmara de Vereadores, praça central da cidade, onde eram recolhidos os *loucos*, escravos mal comportados e os paus d’água da Vila (Cabral, 1979, p. 66).

A primeira iniciativa, visando o atendimento do doente mental, foi tomada em 1909, por Dom João Becker, Bispo de Santa Catarina que, solicitando apoio financeiro ao governo estadual, constrói o Hospício de Azambuja, próximo à cidade de Brusque.

Inicialmente com vinte vagas, após sete anos contava com quarenta e sete internos. Na cidade de Joinville, em 1923, é criado o Hospício Oscar Schneider com capacidade inicial de cem leitos, logo sendo ampliado para 250 (Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde, 1998).

O governo do estado, a partir de 1936, manifesta interesse no atendimento dos alienados mentais, expresso através da mensagem enviada à Assembléia Legislativa na qual afirma que “já é tempo de se cuidar da construção pelo Estado de um estabelecimento em que se recolham os alienados e onde lhes ministre o tratamento que a psiquiatria vem aperfeiçoando.” (Santa Catarina. Imprensa Oficial, 16/01/1936, p. 33).

A alienação mental como uma questão de Estado começa a se evidenciar através da Lei nº 416, de 30/01/1940 que cria o Serviço de Assistência a Psicopatas com a finalidade de assistir e tratar as pessoas que apresentam perturbações mentais; dar amparo médico-social aos predispostos às doenças mentais e aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos além da proteção legal aos psicopatas, tratamento da infância anormal e realização da higiene e profilaxia mental.

Seguindo as diretrizes do Serviço Nacional de Doença Mental, criado através do Decreto-Lei nº 3.171, de 02/04/1941, o Governo do Estado constrói na localidade do Salto do Maroim, município de São José, distante 22 Km do Centro de Florianópolis, o Hospício Colônia Sant’Ana, doravante designado Colônia Sant’Ana, inaugurado em 10 de novembro de 1941, com capacidade para 300 leitos, passando a constituir-se em serviço de referência da assistência à doença mental.

O processo de construção e implantação da unidade assistencial confunde-se, por um lado, com o surgimento dos primeiros médicos psiquiatras no Estado, entre os quais Percy João de Borba, Agripa Castro Faria e Denis Malta Ferraz, sendo este último responsável pela escolha do local para instalação do hospital (Teixeira, 1993, p. 20).

Começando a funcionar em janeiro de 1942, com 311 pacientes, em sua maioria, transferidos do Asilo de Azambuja, chega ao final da década de 40 com 534 internos (Santos, 1994, p. 88), característica que se acentuará com o passar dos anos, chegando em 1971 com uma população de 2.156 (Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. 1998, p. 13), embora dispusesse somente de aproximadamente 1.300 leitos, fato que leva ao surgimento do “leito chão”, como passou a ser designada a “solução” encontrada para acomodar, em colchões colocados diretamente sobre o piso das enfermarias, as internações que ultrapassavam a capacidade instalada.

As técnicas terapêuticas empregadas até o final dos anos cinquenta, caracterizavam-se, quase que exclusivamente, pela utilização da insulino-terapia e eletroconvulsoterapia.

Com a descoberta dos psicofármacos na década de 50, e seu emprego no tratamento dos doentes mentais, a partir de 1970, a assistência passa a ter uma abordagem medicalizada, centrada no saber e na figura do médico, provocando o gradual deslocamento das religiosas que até então respondiam pela assistência ao doente mental (Teixeira, 1993, p.21).

A política de Saúde Mental desenvolvida em concordância com a Política Nacional, privilegiando a internação como forma de assistência ao doente mental, faz elevar os gastos de tal forma que a Colônia Sant’Ana, a partir de 1954, ocupa o segundo lugar nos gastos realizados pelo Estado com as instituições prestadoras de assistência à saúde, superando o hospital Colônia Santa Tereza, destinado a internação de leprosos. O grande enclausuramento

descrito por Foucault, anteriormente representado pela lepra, agora passa a ser a *loucura*.

A demanda psiquiátrica aumenta não somente em número de internações mas também em consultas realizadas no ambulatório do Serviço Nacional de Doença Mental, localizado em Florianópolis, que no ano de 1951 atendeu 1.261 pessoas e em 1953, atendeu 2.390 pessoas. (Santos, 1994, p. 89)

Na década de 60, em conformidade com as diretrizes vigentes, amplia-se o número de leitos, com a criação de três novos hospitais, todos da iniciativa privada. Na Região Sul do Estado, foi criada a Casa de Saúde Rio Maina Ltda., com capacidade para 90 leitos, localizada no município de Criciúma. Na Grande Florianópolis, surge o Instituto São José, com capacidade de 173 leitos, localizado no município de São José e a Clínica Nossa Senhora da Saúde, extinta na década de 70, com 80 leitos, localizada no município de Joinville, região Norte do Estado. O município de Chapecó, na região Oeste do Estado, no início dos anos 70, pleiteava a implantação de um hospital psiquiátrico, inclusive dispendo de estrutura física; não obtendo autorização para o funcionamento, esta estrutura, mais tarde, foi utilizada para a instalação da Universidade do Oeste.

Em 1971, foi criado o Manicômio Judiciário, “decorrente das implicações derivadas das internações referentes às prescrições judiciárias e também devido à ‘periculosidade’ destes internos, justificaram, desde então, a proposta de criação de um manicômio, subordinado ao Poder Judiciário, com explícita função carcerária.” (Teixeira, 1993, p. 21-22).

A partir de 1971, face à crise no setor saúde e o advento da psiquiatria preventiva/comunitária, outros serviços são criados, antecipando-se ao que mais tarde, em 1977, seriam formulados pelo Ministério da Saúde.

Através do Decreto nº 10, de 24/03/1971 do Governo do Estado, é criada a Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública, iniciando uma

estratégia de desospitalização, com o propósito de manter os pacientes nas suas regiões de origem, através de serviços de primeiro atendimento, realizado nos ambulatórios da rede de saúde pública, e através da assistência aos egressos de hospitais psiquiátricos, possibilitando que pacientes em condição de alta hospitalar, mas que permaneciam internados, pudessem retornar as suas cidades de origem e dispor de algum serviço ao qual pudessem recorrer.

A integração com a rede de saúde pública e com outras instituições da comunidade visava desenvolver ações de saúde mental em níveis primário, secundário e terciário o que requeriria a capacitação e requalificação de recursos humanos, implantação de ambulatórios de saúde mental e formação de equipes multiprofissionais, compostas por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e auxiliares. Somente a partir de 1977, foram contratados enfermeiros e assistentes sociais para atuarem nos ambulatórios implantados.

Santa Catarina se antecipou ao que, em 1977, seria formulado pelo Ministério da Saúde através do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) que, pela primeira vez, concretiza uma política de saúde mental de caráter preventivista em grande parte do território nacional.

O PISAM visava a qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento dos distúrbios psiquiátricos de nível primário, em centros de saúde e serviços básicos de saúde em geral.

Neste período, 1971, se inicia em Santa Catarina a execução da desospitalização através de uma das estratégias, qual seja, a de redução do número de internos que naquele ano alcançava a cifra de 2.156 (Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. 1988, 13). Para tanto, realiza-se uma série de viagens para várias regiões do Estado levando, em ônibus fretados para este fim, os internos procedentes destas regiões, acompanhados por uma equipe de funcionários da Colônia Sant'Ana, geralmente composta por enfermeiro, atendentes de Enfermagem e assistente social.

Muitos desses pacientes, internados há vários anos, quando chegavam às residências de seus familiares causavam enorme surpresa, provocando reações diversas e, não raro, resistência da parte dos familiares.

Estas situações decorriam da própria política de assistência à doença mental, centrada na internação aliada aos altos índices de cronificação e o elevado tempo de permanência na instituição. Em 1965, a média era de 302 dias nos hospitais públicos e 110 nos particulares (Cerqueira, 1989, p.2).

O retorno do egresso ao convívio familiar não era precedido de um “preparo” daqueles que iriam recebê-lo, o que dificultava e, algumas vezes, impedia que isto acontecesse. Quando a equipe que acompanhava os pacientes retornava, alguns pacientes que haviam sido “devolvidos” aos familiares já tinham reinternado.

Em 1971, a Colônia Sant’Ana foi incorporada à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), passando a integrar a rede de unidades da FHSC, oportunidade em que várias remodelações foram realizadas na Colônia, como a criação e ampliação de setores (clínica médica, emergência, triagem, dentre outros), e a implantação de novos procedimentos de alta hospitalar.

Naquele ano, inicia a participação do profissional enfermeiro, inicialmente na condição de assessor, papel desempenhado pelo enfermeiro Wilson K. de Paula, então professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Somente a partir de 1972, são contratados enfermeiros, inicialmente em número de quatro, com vistas à constituição de equipes multidisciplinares, como unidades básicas, de atendimento.

Procura-se reformar o Hospital, adequando-o a sua vocação, qual seja, o tratamento da doença mental. Ao mesmo tempo o espaço físico da Colônia Sant’Ana é “loteado”, visando agrupar os internos por região geográfica de

procedência, ficando conhecido como projeto CARS. Esta forma de organização orienta-se pelo ordenamento implantado pelo Departamento Autônomo de Saúde, que dividiu o estado em VI regiões, denominando-as de Centros Administrativos Regionais de Saúde (CARS).

Os internos procedentes de um CARS eram alojados na mesma enfermaria, pretendendo-se dessa forma, o inter-relacionamento da equipe que o assistia na Colônia Sant'Ana com a do CARS de origem, possibilitando uma ação mais integrada, funcionando com um sistema de referência e contra-referência e também com o intuito de preservar as características culturais dos internos.

Compreendia-se que a preservação destas características amenizava as conseqüências da separação do doente de seu meio social além de lhe servir de referencial num espaço que lhe é totalmente estranho.

Este projeto teve duração efêmera por dois motivos principais: a integração pretendida entre as equipes não ocorreu e, a organização do espaço interno na Colônia Sant'Ana, destinando enfermarias específicas para cada CARS não se manteve, principalmente pela demanda desproporcional de cada região.

O projeto preventivista, no entanto, continua a ser incrementado através da implantação de ambulatórios. No ano de 1973, existiam 32 ambulatórios que se dedicavam ao tratamento nas primeiras 72 horas: atendimentos dos egressos pela regional, encaminhamento de pacientes para a Colônia Sant'Ana, integração do ambulatório com outros serviços assistenciais e coordenação das atividades de prevenção primária, secundária e terciária.

Esta estratégia de descentralização do atendimento psiquiátrico visava a racionalização e a redução do número de internações e a conseqüente redução dos gastos neste setor. No entanto, o que se observou foi crescimento do número de internações.

Para Santos (1994, p. 94), “os ambulatórios exclusivamente psiquiátricos, que vinham aumentando, serviam de local de triagem para encaminhamento dos solicitantes aos hospícios privados ou mantidos por verbas públicas, fazendo com que Santa Catarina fosse um dos estados com mais alta taxa de internações por consultas no Brasil”.

Os ambulatórios que deveriam dispor de uma equipe composta por médico psiquiatra, médico generalista, enfermeiro, assistente social e auxiliar, muitos funcionavam somente com médico psiquiatra ou generalista e poucos contavam com enfermeiros. Em 1977, somente 7 ambulatórios tinham o enfermeiro em seus quadros.

Com o objetivo de capacitar enfermeiros para atuarem nestes ambulatórios, numa iniciativa do enfermeiro Wilson Kraemer de Paula, professor do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC, juntamente com a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), foi criada em 1976, a Residência em Enfermagem Psiquiátrica em Santa Catarina, com a duração de 01 ano, funcionando até 1978, tendo formado duas turmas, sendo posteriormente desativada.

Outra estratégia de superação da assistência manicomial e dos problemas dela decorrentes, passa a utilizar leitos destinados à internação psiquiátrica em hospitais gerais. No ano de 1998, existiam no Estado, 216 leitos destinados a internações psiquiátricas. O número de hospitais gerais cadastrados pelo SUS para o atendimento de casos psiquiátricos evoluiu de 14, em 1995, para 44, em 1998. No ano de 1997, as internações psiquiátricas pelo SUS totalizaram 15.772 internações, sendo que destas, 2.720 foram em hospitais gerais, o que representa 17% (Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. 1998, p.17).

Santa Catarina se distingue dos demais Estados da Região Sul e Centro Sul do país, no tocante ao número de leitos em hospitais psiquiátricos integrantes do SUS, por habitante. No estado do Rio de Janeiro, a relação de leitos por cem mil habitantes é de 98; em São Paulo é 90; no Paraná, a relação é de 36 e em Santa

Catarina, é 18,82. (Santa Catarina.Secretaria de Estado da Saúde. 1998, p. 16-18).

A Colônia Sant'Ana, hoje Instituto de Psiquiatria (IPQ), tem sido, ao longo dos anos, o centro da assistência psiquiátrica em Santa Catarina, cuja trajetória confunde-se ou é a própria história da psiquiatria do estado. Sendo o único hospital psiquiátrico especializado público, recebe pacientes de todas as regiões. Nos últimos anos, a maior demanda é proveniente da região da Grande Florianópolis, com 62% do total das internações do setor de psiquiatria e 74% do setor de dependências químicas.

Vêm se acentuando as internações decorrentes de transtornos por uso de substâncias psicoativas que, em 1998, representaram 43,64% das internações no IPQ e, na Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma, totalizaram 51% (Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. 1998, p. 22-23).

O crescimento dos atendimentos e serviços direcionados à dependência química vem crescendo nos últimos anos, tendendo a suplantar os destinados à assistência psiquiátrica. Seriam os dependentes químicos os substitutos dos doentes mentais que, por sua vez, substituiriam os leprosos?

Com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, emergem princípios que irão nortear as ações no campo da saúde mental.

No âmbito jurídico, em Santa Catarina, é apresentado à Assembléia Legislativa o Projeto de Lei nº 380/95, que adota os mesmos princípios propostos no PL nº 3.657 apresentado à Câmara Federal em 1989. No ano de 1997, o referido PL recebeu um substitutivo global e até o momento ainda não foi apreciado.

No âmbito assistencial, surgem novas modalidades de atenção que passam a representar uma alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional, sendo os CAPS/NAPS, a forma concreta dessas mudanças.

Depois de longo período de governos ligados à ditadura militar, o Estado de Santa Catarina foi administrado por um governante eleito por um partido político, PMDB, (período 1986 a 1990) que fazia oposição ao regime, portanto, em princípio, um governo mais sintonizado com os anseios populares, dentre os quais o de reestruturação do setor saúde. É neste período (1989) que é criado o primeiro CAPS de Santa Catarina.

A implantação desse serviço, como já mencionado, foi precedida pelos insucessos das tentativas anteriores de implantação de serviços de saúde mental extra-hospitalares e de dificuldades para a formação da equipe profissional.

Em entrevista concedida ao pesquisador, Serrano³, um dos principais idealizadores da criação do CAPS, serviço que pretendia ser diferente daqueles que até então haviam surgido ou sido planejados, informa a trajetória percorrida até a sua implantação.

“A primeira idéia foi a de inventar alguma coisa parecida com São José do Murialdo⁴. A idéia era assim: ter um serviço de saúde mental onde se trabalhasse em conjunto com outras especialidades médicas não psiquiátricas, imaginando que por esse método se poderia fazer o plano piloto que viesse dali a uma década servir de modelo para as prefeituras municipais” (Serrano, 2001).

A preocupação com a implantação de um modelo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, associava-se a de realizar uma experiência que possibilitasse

³ Alan Índio Serrano, médico, psiquiatra, ocupou o cargo de Diretor Geral da Secretaria de Estado da Saúde durante o Governo de Pedro Ivo Campos, 1986-1990 e implantou o CAPS - Florianópolis. Entrevista concedida ao pesquisador em junho de 2001.

⁴ Projeto de Saúde Mental desenvolvido no bairro São José do Murialdo, na cidade de Porto Alegre-RS.

às Prefeituras Municipais do Estado de Santa Catarina implantarem serviços de atenção à saúde mental em consonância com a nascente idéia de municipalização da assistência à saúde.

O projeto implantado na cidade de Porto Alegre era objeto de críticas por adotar os princípios da psiquiatria preventivista de Gerald Caplan, entendido como uma psiquiatrização de questões culturais e sociais, não atendendo ao modelo de serviço idealizado.

“Então, a idéia de montar o CAPS aqui em Florianópolis era um desafio para o governo estadual, no sentido de inventar alguma coisa que não existia e que para a qual não havia modelo”. (Serrano, 2001)

Rejeitado o modelo preventivista, o desafio que se apresentava era encontrar algum serviço que pudesse oferecer alguma diretriz, servindo de parâmetro ao que se pretendia implantar.

“Descobrimos então que, em São Paulo, havia um centro de atenção psicossocial que funcionava próximo ao Museu de Arte Moderna, que era um serviço novo que fazia uma ligação com a comunidade sem interferir diretamente na comunidade. Ele procurava não assumir a feição de um serviço que iria adentrar as entidades comunitárias, as igrejas, os clubes e as escolas, mas que se reservava um papel de ambulatório para onde as pessoas se dirigiam quando tinham algum problema de ordem médica ou psicológica e, achamos então que esta linha que estava começando a se criar em São Paulo poderia nos dar alguma noção de como montar algo também em Santa Catarina” (Serrano, 2001).

Encontrado um “modelo”, a questão que se apresentava era a formação da equipe profissional para gerir o serviço, pois os técnicos dessa área, principalmente a categoria médica, mostraram-se céticos face às experiências anteriores fracassadas, associado ao fato de que a assistência ao doente mental estar essencialmente vinculada ao hospital, local onde grande parte dos

profissionais da psiquiatria trabalhavam, sendo estes os que determinavam as diretrizes da assistência nesta área.

“Pensamos que seria interessante criar um ambulatório novo, totalmente desvinculado do Hospital Colônia Sant’Ana porque, até aqui, quase todas as atividades de saúde mental no Estado, eram dirigidas e diretamente planejadas ou vinculadas às pessoas ligadas ao hospital. Pensamos então que esse serviço deveria ser organizado em um bairro e tentar a sua inserção comunitária no bairro e, ao longo do tempo, poderia se firmar e servir de modelo para que, futuramente, com a municipalização geral da saúde, as prefeituras pudessem ali encontrar um certo modelo para a saúde mental” (Serrano, 2001).

Inicialmente, foi utilizado o espaço físico até então usado como ambulatório do antigo Departamento de Saúde Pública (DSP), localizado no Bairro do Estreito. Como não houve adesão ao projeto daqueles que geriam os serviços nesta área, decidiu-se pelo aproveitamento de profissionais concursados.

“Nós não tínhamos uma equipe de médicos para tocar esse ambulatório, então eu precisei tomar uma decisão muito dura, que foi a de aproveitar um grupo de médicos concursados para a Colônia Sant’Ana. Em vez de irem para o Hospital, viriam trabalhar no ambulatório, ganhando um pouco menos, porque não teriam participação nas AIH do Hospital (Autorização de Internação Hospitalar), a chamada caixinha, e não teriam possibilidade de fazer plantão, o que daria um rendimento a mais. A maior parte deles topou participar do ambulatório pelo ato de que seria um desafio, seria uma novidade e seria algo que poderia trazer um pouco de criatividade” (Serrano, 2001).

Na compreensão de Serrano, a criação do CAPS de Florianópolis foi influenciada pelas idéias da psiquiatria democrática mas, no entanto, a preocupação primeira foi oferecer um serviço àqueles que ainda não foram submetidos à internação em instituição psiquiátrica, sem desprezar os egressos dos hospitais psiquiátricos.

Para Serrano (2001),

“O modelo italiano começou a partir da pergunta: o que fazer com esses doentes mentais que passaram a vida dentro do hospital? E nós partimos do seguinte pensamento ao criar o CAPS: o que fazer com aqueles que nunca estiveram morando dentro um hospital psiquiátrico, ou seja, como abrir uma nova porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, pela qual possam ingressar pessoas com transtornos mentais e que não são os crônicos, os asilados, os ex-moradores da Colônia Sant’Ana, mas também o que fazer com estes. A idéia era um anteparo a internação”.

O CAPS, quando de sua criação pretende, prioritariamente, ser um serviço voltado para o primeiro atendimento, local de acolhimento daquelas pessoas que apresentam sofrimento mental, ofertando assistência de tal forma a evitar a internação em hospital psiquiátrico.

Na atualidade, em Santa Catarina existem 11 CAPS/NAPS prestando atendimento, sendo que o CAPS Florianópolis está atualmente localizado na Policlínica de Referência Regional, região central da cidade, sendo referência para 21 municípios da Grande Florianópolis.

CAPÍTULO IV

REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 – Desinstitucionalização, segundo Franco Rotelli

O compromisso com a consecução dos objetivos é mediado pela aplicação do referencial teórico construído à luz da concepção de Franco Rotelli, no que se refere a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica.

O termo desinstitucionalização adquire significados distintos de acordo com o contexto no qual se desenvolvem as ações de reformulação da assistência psiquiátrica, exigindo uma explicitação do significado que adotaremos no presente trabalho. Num determinado contexto, a desinstitucionalização está associada a desospitalização. Noutro, adquire o significado de desconstrução/reconstrução, sendo este o que utilizaremos neste trabalho.

4.2 - Desinstitucionalização como desospitalização

A noção de desinstitucionalização surge nos Estados Unidos da América, como decorrência da mensagem sobre a enfermidade e retardo mental apresentada, em 05 de fevereiro de 1963, ao Congresso daquele país, pelo então Presidente Kennedy. Disse o Presidente; “ propongo un programa nacional de Salud Mental para contribuir a que en delante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se los encare desde un nuevo enfoque... Los gobiernos de todos los niveles – federal, estatal y local – las fundaciones

privadas y las ciudadanos, deben por igual hacer frente a sus responsabilidades en este campo” (Caplan, 1966, p. 21).

Este programa, que passou a ser conhecido como psiquiatria preventiva ou comunitária, empreendeu uma reformulação não só na organização dos serviços de assistência ao doente mental, mas também elegeu um novo objeto para psiquiatria. Contrapondo-se ao modelo psiquiátrico clássico cujo objeto é a doença mental e o objetivo a cura do indivíduo sujeito do tratamento, sendo o psiquiatra o agente e tendo o hospital como espaço de tratamento, a psiquiatria preventiva elege como objeto a saúde mental, a prevenção da doença mental passa a ser o objetivo, a coletividade como sujeito do tratamento tendo como agentes as equipes comunitárias e a comunidade como espaço de intervenção.

Partindo da crítica ao modelo hospitalocêntrico, mas não a natureza do saber que o autoriza, a superlotação, condições desumanas na qual se encontravam os doentes mentais e aos altos índices de cronificação, propõe uma “saída” para além dos muros do hospital, dirigindo-se à comunidade, sem no entanto esquecer o hospital como integrante *provisório* de uma rede que passará a se formar juntamente com o ambulatório e outros serviços comunitários.

Tal programa tem, como princípios fundamentais, a prevenção das internações inadequadas em instituições psiquiátricas, através do tratamento em serviços comunitários alternativos; retorno para a comunidade de todos aqueles pacientes institucionalizados, que tiverem preparo adequado para tal mudança e o estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade.

Com a existência de um serviço extra-muro intermediário, encarregado de ações preventivas, além de ser local de *passagem* entre a comunidade e o hospital ou vice-versa, isto é, anteparo à internação como primeira ação

assistencial ou processo de readaptação social daqueles oriundos de internação, acredita-se poder diminuir as internações, conseqüentemente os leitos e o tempo médio de permanência hospitalar.

Desta forma, há a pretensão de *extinguir* o hospital à medida que os serviços comunitários respondam pela totalidade das ações assistenciais no campo da doença mental, agora saúde mental.

Portanto, esta estratégia visa a desospitalização do doente mental, sem, no entanto, deter-se no questionamento do arcabouço teórico com o qual a psiquiatria apreende o fenômeno da *loucura* ou, ainda, na forma como constrói sua vocação terapêutica. “Ao contrário, reporta à psiquiatria um campo epistêmico que delinea o ideal da saúde mental, o que significa dizer, ao vislumbrar para além do tratamento ou da cura das doenças mentais, aspectos por si só absolutamente polêmicos, edifica o ideal da ausência das doenças mentais no meio social” (Amarante, 1996, p. 19).

Imprime-se, assim, um reordenamento da assistência em termos administrativos, perseguindo mais uma redução dos custos do que uma transformação da natureza da assistência.

Um outro significado associado ao termo desinstitucionalização diz respeito a desassistência, decorrente da mera desospitalização sem a criação dos serviços substitutivos associado ao direito à liberdade e não reconhecendo o direito de ser assistido, abandonam o doente à própria sorte.

Rotelli (1990, p. 19) afirma que as reformas psiquiátricas dos anos 60, ocorridas na Europa e nos Estados Unidos tiveram diferentes objetivos: para os reformadores, o intento foi renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação; para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simboliza a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social e para os administradores, ela era sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa,

sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações conseqüentes à crise fiscal.

Da análise que este mesmo autor faz das reformas psiquiátricas, emerge a constatação de que o hospital psiquiátrico permanece com um peso não secundário, pois as internações continuam, ocorrendo somente uma redução do tempo de permanência, segundo a lógica do “*revolving door*”. Ao mesmo tempo, surgem outras estruturas do tipo assistencial judiciário que internam e asilam pacientes psiquiátricos, como o são as casas de repouso, lar protegido e outras formas de internação.

Outra forma através da qual se expressa a “psiquiatria reformada” é a organização de uma rede de serviços, sem no entanto substituir as internações, organizada segundo a lógica de “um serviço para cada problema”, com pouca ou nenhuma articulação entre os serviços, diferenciando-se em três tipos: o modelo médico que tem seu lugar institucional no hospital geral e se presta principalmente a ministração de fármacos; o modelo do auxílio social que privilegia as condições materiais e o modelo de escuta terapêutica que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia.

Destes novos serviços, incluindo o hospital psiquiátrico, emerge, a “internação no circuito”, uma vez que o doente é remetido constantemente de um serviço a outro.

A internação “estática” num determinado local foi substituída por uma internação “dinâmica” em vários locais. O doente passa a ter a característica de “passageiro da internação”.

O circuito passa a ser o “local de descarga” necessário e temporário, sendo também uma espiral, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos.

A intenção de liberar a psiquiatria da coação e da cronicidade que esta produziu, para restituir-lhe o estatuto terapêutico, resultou na construção de um sistema de prestações que, "...reproduzindo e multiplicando somente os aspectos negativos da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam" (Rotelli, 1990, p. 24).

Para os autores da reforma italiana, a psiquiatria "reformada" faliu, pois, conseguiu somente "dispersar o problema" através de múltiplos agentes e agências que se referem à problemática da assistência ao doente mental.

Na raiz dessa falência, identificam as atitudes que guiam as ações e que levou a psiquiatria a separar um objeto fictício, a 'doença', da 'existência global complexa e concreta' dos pacientes e do corpo social, e sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relação de poder, precisamente a instituição, que se estruturam em torno e se referem ao objeto 'doença' a qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade (Rotelli, 1990, p. 28-30).

4.3 - Desinstitucionalização como desconstrução/reconstrução.

A partir da constatação da realidade da assistência ao doente mental na Itália, na década de 60, um grupo de psiquiatras, dentre eles, Franco Rotelli, imprimiram reformulações das práticas assistenciais, tendo como objetivo, não mais a cura, mas a produção de vida.

O termo desinstitucionalização passa a ser empregado pelos atores da reforma italiana com o sentido de desconstrução/reconstrução, tendo como primeiro passo a atitude de

“colocar ‘entre parênteses’ a doença mental e o modo como o doente foi isolado, classificado, para que a psiquiatria pudesse se ocupar de definições abstratas de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas (...) para poder considerar o doente no seu desenvolver-se em modalidades humanas que – propriamente enquanto tal – devemos procurar avizinhar-nos” (Basaglia, 1968, p. 498).

Colocar entre parênteses a doença mental significa questionar o próprio estatuto, a identidade da psiquiatria, desinstitucionalizar o paradigma racionalista problema-solução que pretensamente a governa.

4.3.1 – A desinstitucionalização do paradigma

No entender dos operadores da psiquiatria democrática, como Franco e Franca Basaglia, Slavich, Jervis e Franco Rotelli dentre outros, a psiquiatria clássica faliu, por não conseguir confirmar os seus pressupostos, calcado no modelo racionalista problema-solução. Para Rotelli (1990, p. 27),

“a desconfirmação apresenta-se em primeiro lugar no objeto de competência da psiquiatria: a doença mental...que na realidade é bastante ‘não conhecível’ e freqüentemente incurável, malgrado os enormes esforços para dar-lhe uma explicação e definição racional ampliando e tornando mais complexo o quadro das causas... Ao final da cadeia causal a doença continua largamente indeterminada e indefinida (...) e a cronicidade continua a ser o objeto por excelência, o problema e o sinal mais evidente da impotência da psiquiatria em alcançar a solução-cura”.

O questionamento do paradigma também é evidenciado na constatação de que a psiquiatria absorve os resíduos de outras instituições que lhe fazem fronteira, como a medicina e a justiça, porque administra tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que as governa e por resultarem incoerentes, insolúveis, irreduzíveis são por isso expulsos.

O próprio campo de conhecimento do objeto, apesar do desenvolvimento das pesquisas epidemiológicas e etiológicas, é desconfirmador do paradigma, porque não obedece a uma definição e explicação racional, fundada em cadeias causais.

Partindo dessa concepção, a doença mental passa a ser compreendida como uma construção da psiquiatria, utilizada para justificar a exclusão daqueles considerados enfermos. Assim, o questionamento do paradigma toma-se a pedra angular da desinstitucionalização na experiência italiana.

A partir do encontro com a realidade manicomial, isto é, da realidade diretamente conseqüente às definições, aos instrumentos e às finalidades da psiquiatria enquanto ciência, toma corpo a crítica à cientificidade da psiquiatria.

A psiquiatria confronta-se hoje com uma realidade que está colocada em discussão desde sempre – superado o impasse da dualidade cartesiana – o homem se revela objeto de um mundo objetal, mas contemporaneamente sujeito de todas as suas possibilidades... A psiquiatria clássica, de fato, está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade e retirado do seu contexto social em que vive, vem etiquetado, “constrangido” a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica” (Basaglia, 1985, p. 309).

A discussão do método científico empregado pela psiquiatria torna-se a preocupação central. Seguindo este caminho, como já afirmamos, a psiquiatria separou um objeto fictício, a “doença”, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a “instituição”) todos referidos à “doença”. Este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente” (Rotelli, 1990, p. 28).

Ao pretender analisar a doença mental em si mesma, a psiquiatria rompe a relação da doença com a sociedade.

“Quem produz os ‘sentidos da doença’ é o meio social, com a nossa sociedade reservando um lugar privilegiado, neste processo simiótico, para a Medicina. Dessa forma, doença, do ponto de vista histórico, é o seu **status** físico mais sua significação social. O médico suprime a segunda parcela da soma e, por isso, minimiza a significação social da doença” (Perussi, 1995, p. 118).

Toda e qualquer significação social da doença fica subsumida ao seu status físico, a uma conformação meramente biológica. A redução da doença ao seu status físico, como um fenômeno essencialmente biológico, naturalizando a doença, mitigando o papel social da doença não deixa de ser menos dramático para a psiquiatria devido a dificuldade e ambigüidade na definição do status físico da doença, pois não conseguiu minimamente precisar os limites nos quais se realiza.

Para Perussi (1995, p. 119), o problema se constitui na forma de abordagem, não sendo uma questão de insuficiência científica.

“Quando encontramos uma patologia orgânica, ‘naturalmente’ isolamos a totalidade fisiológica do indivíduo; porém, ante uma psicopatologia, necessitamos colocá-la na dinâmica das relações interpessoais e sociais em que está inscrita. O ‘modo de estar’ do doente na sociedade é condicionado pela dinâmica social e histórica que a modela e lhe dá forma, fazendo com que a psicopatologia de um sujeito seja incompreensível fora das práticas do meio em relação a ele”.

Retirando o doente de seu meio social, retirando a doença do doente e fechando-se sobre esta para pesquisá-la exhaustivamente, passa a psiquiatria à “dialogar” com ela mesma, desocupando-se do paciente.

A exclusão do indivíduo, de toda subjetividade é, a priori, o modo de agir dessa forma de pensar. O conceito de sujeito não tem lugar nenhum.

A busca por uma ordenação que dê sentido ao caos da *loucura*, por uma lei que a torne inteligível e possibilite um diagnóstico e o conseqüente prognóstico, que dê racionalidade à terapêutica, se apresentou à psiquiatria como o meio necessário para que esta reivindicasse um estatuto científico, desvencilhando-se das críticas de não-científico. No entanto, à medida que lança mãos do arsenal científico se vê enredada na crítica àquilo que justamente seria a sua redenção.

O “colocar entre parênteses” a doença mental, é entendido não como uma negação da sua existência, mas uma negação da construção que a psiquiatria erigiu entorno dela, dos conceitos de sintomas de doenças sobre fenômenos que, em última instância, lhes são absolutamente incompreensíveis e que, portanto, cumprem um papel meramente ideológico (...) uma recusa à aceitação da positividade do saber psiquiátrico em explicar e compreender a loucura/sofrimento psíquico (Amarante, 1996, p. 84).

A institucionalização da doença mental produz a homogeneidade, objetiva e serializa todos àqueles que entram na instituição. Nesta, é construído um conjunto de formas de lidar, olhar, sentir o doente, a partir daquilo que se supõe ser o *louco* e sua *loucura*.

A instituição constrói uma face para o doente que é formulada a partir da negação de sua subjetividade, da negação da identidade, da objetivação extrema do indivíduo enquanto objeto do saber.

O olhar médico não encontra o doente, mas uma doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver, ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas com a qual o

médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas (Rotelli, 1990, p. 93).

Toda e qualquer manifestação do doente é interpretada como uma manifestação da doença. Comum é a expressão “ele é esquizofrênico” como resposta a alguma demanda do doente. A inércia, a estereotipia, as formas de alheamento da realidade, assim como tudo aquilo que tem relação com as perdas, a perda de contratualidade, a perda de uma colocação socialmente reconhecida e, enfim, todo o fenômeno de de-socialização passam a ser entendidos como sinais e sintomas do curso de uma doença que tem um desenvolvimento natural, de um percurso que é dado pela própria natureza da entidade psicopatológica, e nem ao menos parcialmente, das conseqüências diretas da institucionalização (Amarante, 1996, p. 86).

A institucionalização do doente mental produz estas incrustações que se sobrepõe à doença, designada pelos protagonistas da experiência italiana como sendo o duplo da doença mental, isto é, o que não é próprio da condição de estar doente. A doença colocada entre parênteses possibilita a individuação da pessoa doente, em ocupar-se dela enquanto singularidade, enquanto pessoa vivendo num mundo, sujeito concreto, ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Através da negação do paradigma, do modelo, da estrutura de pensamento que controla todos os pensamentos que daí se originam, da doença mental entre parênteses, torna-se possível a emergência do sujeito, da existência-sofrimento, recolocando o homem como centro das preocupações.

Portanto, a negação da instituição psiquiátrica é a negação do manicômio; da forma de conceber o doente mental como resultado de uma doença incompreensível, das relações, onde não havendo reciprocidade, poder contratual, reduz-se ao exercício do poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia, facilmente

constatado quando se observa que o tratamento dispensado ao interno, diferencia-se do tratamento do paciente externo somente no fato deste encontrar-se internado; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (Amarante, 1996, p. 77).

Nesta perspectiva, o objeto da psiquiatria deixa de ser a doença para ser a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. Quando o olhar não é clínico, é o doente, e não a doença a ser considerado e visto. Portanto, negar a instituição psiquiátrica

“é a desmontagem da causalidade linear e a reconstrução de uma nova concatenação de possibilidade-probabilidade: como toda ciência moderna nos ensina diante de objetos complexos. O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado” (Rotelli, 1990, p. 90-91).

A renúncia a qualquer intenção de explicação causal, da solução racional (a cura), a desmontagem da relação causa-efeito, abre a possibilidade de remontar o problema, de produzir saberes, de buscar novos paradigmas para se conhecer a *loucura*.

A mudança do objeto da psiquiatria, não mais a doença, mas a existência-sofrimento, transforma o modo pelo qual as pessoas são tratadas para transformar o seu sofrimento, reconstruindo a complexidade do objeto.

Considerando insuficiente a explicação oferecida sobre a *loucura* pelo modelo da simplificação, da redução do complexo em unidades simples, elementares, da separação daquilo que está unido, da causalidade linear, da disjunção que separa o objeto de seu meio, necessário se faz reunir, contextualizar, recolocar o problema para possibilitar outras soluções.

A doença mental entre parênteses tem essa finalidade. É a negação das soluções prontas por uma a ser construída, um depois, a *posteriori*, um futuro que não está dado. Contextualizar exige um pensamento que supere a forma do pensar especializado, que permita dialogar com outros saberes, que não se justifique por si mesmo, que possibilite tratar as incertezas.

O projeto de desinstitucionalização, passa então, a significar a transformação do próprio objeto da psiquiatria e como tal não se identifica com a desospitalização ou com a proposta de construção de modernos serviços de assistência.

“A ruptura com a instituição referida à doença, abre um campo de produção de saber, a busca de novos paradigmas para o conhecimento da loucura” (Nicácio, 1994, p. 42). Portanto, a reconstituição do objeto indica que a terapia não é mais compreendida tendo a cura como ideal, mas a invenção da saúde, a reprodução social.

“O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos esforços) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos” (Rotelli, 1990, p. 30).

4.3.2 – A desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional

A desinstitucionalização como desconstrução/reconstrução não implica numa substituição das coisas existentes, sendo produzidas a partir de dentro,

trabalhando com aquilo que existe, mas mudando e decompondo os sistemas de ação e interação nos quais cada elemento está inserido.

A liberdade passa a ser exercida e ao mesmo tempo são problematizados os seus limites. “Uma porta feita para estar fechada é usada, mas ativamente usada para estar aberta - a abertura cria problemas, mas a gestão desses problemas modifica a cultura dos atores em jogo” (Rotelli, 1990, p. 35), envolvendo outros atores que não somente os técnicos e os pacientes. A desinstitucionalização, desta forma, não fica restrita aos espaços e atores diretamente envolvidos na questão.

O diálogo com outros atores é um imperativo, rompendo o território exclusivamente psiquiátrico, pois a desinstitucionalização não se reduz a uma questão técnica; mobiliza outros atores: os gestores e técnicos do sistema de saúde, as famílias, a comunidade local, a opinião pública, os políticos, o judiciário, todos os sujeitos que, de diferentes formas, entram em contato, interagem, atravessam a instituição, enfim, a sociedade, enquanto espaço real da vida humana, participa da solução.

“O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica de neutralidade científica – que atua como sustentação dos valores dominantes – para depois tornar-se crítica e ação política” (Basaglia, 1985, p. 09).

Recolocando a loucura/sofrimento psíquico na “praça”, abre-se a possibilidade de encontrar um outro lugar para o “louco” que não seja um lugar de exclusão, de tutela, de violência. Abre-se também um terreno de contradições, de incertezas, onde o *que fazer* não está dado, necessitando ser inventado. Para *inventar*, são chamados todos aqueles que, direta ou indiretamente estão envolvidos com a questão. “A singularidade desta forma de agir redimensiona a noção tradicional da participação; a transformação institucional que se configura como ‘cultura de inovação’ propõe como

prioridade não o caminho da representação, da participação, mas o de protagonismo” (Basaglia, 1992, p. 105).

4.3.3 – A transformação das relações de poder

Consiste em transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos através da negação da violência com aparência de ato terapêutico; de não utilizar o isolamento como única forma de tratamento e de buscar uma relação de reciprocidade,

“produzida através de gestos elementares: resgatar/construir laços sociais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; produzir relações, espaços e objetos de interlocução, liberar os sentimentos; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais” (Rotelli, 1990, p. 33).

Neste entendimento, as atividades nas quais os pacientes se envolvem, deixam de ter o sentido de terapia e passam a ser entendidas como um direito, como condição preliminar para que o paciente possa estar melhor, como direito a uma ocupação que muda de acordo com o interesse e significado que passa a ter ao paciente, algo que ajude a constituir-se cidadão.

A relação que procura se estabelecer é a relação com o “*louco* cidadão” e não mais com o *louco* “inábil, incapaz e perigoso”. Desta forma,

“a desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado ‘a solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se

transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (Rotelli, 1990, p. 33).

Mas como reivindicar cidadania ao “*louco*”, tipo social cuja característica central é a de não se encontrar de posse de sua razão? Quando a doença mental é caracterizada pela perda da liberdade de opção? A questão assim colocada aponta inapelavelmente para uma relação de oposição entre cidadania e *loucura*, e o “*louco*”, na praça, seria possível somente como um ato de tolerância, uma concessão.

Para pensarmos a possibilidade de cidadania do “*louco*”, necessitamos afastar-nos das definições racionalista e universal do ser humano que postula uma natureza comum (a razão) a todos os homens, de uma essência humana que tende a se realizar uniformemente, e pensarmos que a marca fundamental do humano é a contingência, a ausência de “natureza” (Bezerra Junior, 1992, p. 119).

Colocar a doença mental “entre parênteses” além da tentativa de liberar o doente das injunções da instituição psiquiátrica, oferece a oportunidade de ampliação de possibilidades ao doente, de ser o que não era, alargando a noção de liberdade.

4.3.4 – A profissionalidade dos operadores

Muda-se o objeto, muda-se a terapia e a profissionalidade. Quando o olhar encontra a doença, mas não o doente, este é objetivado nos sinais sintomáticos da doença que não remetem a um ambiente, a um modo de viver, mas a um quadro clínico onde o sujeito é diluído.

Mas quando os sintomas são vistos como expressão de um sofrimento, de uma dificuldade e de desequilíbrio nas condições de vida, como expressão do vivendo, é o doente que o olhar encontra. É o indivíduo vivendo que se apresenta ao serviço, para o qual não se tem resposta pronta à sua demanda.

“A profissionalidade se expressa menos em termos de competências técnicas especializadas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção” (Rotelli, 1990, p. 45).

O trabalho passa a ser centrado na equipe, num trabalhar junto, na colaboração e no confronto cotidiano entre os operadores, enfrentando juntos os problemas, compartilhando os conhecimentos, avaliando e corrigindo as decisões que cada operador toma.

As responsabilidades, mesmo aquelas adscritas aos estatutos de cada profissão, são assumidas em conjunto.

A profissionalidade de cada operador em particular não é avaliada separadamente, mas no interior do trabalho operativo da equipe. Esta avaliação refere-se sobretudo à capacidade de autotransformação e aprendizagem da equipe e de cada operador.

À formação definida pelo título acadêmico soma-se a adquirida através da ancoragem no trabalho operativo, no cotidiano do serviço.

As terapias codificadas (médica, psicológica, psicofarmacológica) não são descartadas, ao contrário, são consideradas como momentos também importantes, mas pontuais, constituindo-se a relação terapêutica num amplo espectro que tende a se ocupar de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, da família, do trabalho sem cindir estas questões, sem confiá-las a profissionalidades separadas (Rotelli, 1990, p. 46).

As demandas passam a ser assumidas como uma totalidade indivisível. O trabalho terapêutico deve enfrentar efetivamente um campo de ações complexas.

Desta forma a profissionalidade se expande, assumindo uma dimensão, muito além da inerente ao título acadêmico, além de subverter determinadas práxis, como a eliminação da dimensão afetiva na relação terapêutica que passa a ser valorizada; a presença de não profissionais no campo que, as vezes é vista com desconfiança, é incentivada; as regras e normas são vistas tendencialmente como emprobecedoras das possibilidades de trocas sociais e terapêuticas; a separação por diagnóstico ou prognóstico é negada.

“Por conseguinte, os papéis profissionais tais como concebidos se ‘desmancham’ (...) requerendo nova concepção e nova prática” (Nicácio, 1989, p. 100).

Portanto, os serviços devem responder a totalidade das necessidades de saúde mental de uma população. Para isso, necessitam organizar-se de forma a responder as demandas nas circunstâncias nas quais se apresentam. Daí a necessidade de serviços nas 24 horas, de leitos para acolher as pessoas a qualquer momento e de equipes para cuidá-las.

A desinstitucionalização inclui também, a negação de determinada conformação dos espaços terapêuticos, passando a constituir-se como espaço de encontro, de socialização, de vida cotidiana, não se referindo somente àqueles que necessitam de cuidados.

4.3.5 – A desinstitucionalização também é lei

A desconstrução/reconstrução da assistência prestada ao doente mental implica também na desconstrução/reconstrução das leis que se referem ao doente mental.

Como pontos centrais, encontram-se a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos e um processo gradual de alta dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos.

Os serviços territoriais passam a ser os responsáveis pela saúde mental de uma determinada população.

Consonante com a idéia de “*louco cidadão*”, são abolidos os estatutos de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas, as internações coagidas e o tratamento coagido; o doente mental é um cidadão para todos os efeitos, com os respectivos direitos civis e sociais, incluindo o direito de tratamento.

O Tratamento Obrigatório assume outra característica que não a de internação compulsória, compreendendo dois elementos em geral tomados separadamente: o direito do paciente de recusar o tratamento e a obrigação do serviço de não abandonar o paciente a si mesmo, fixando uma responsabilidade terapêutica do serviço e não uma sanção legal ao paciente. Estas duas dimensões conflitantes, por isso mesmo tomadas separadamente, implicam que o serviço trabalha sem a possibilidade de descarregar em outros os problemas, necessidades, comportamentos que são incoerentes, problemáticos e também ativamente conflitivos nos seus confrontos. Tensão, contradição e mudança começam a fazer parte do modo de trabalhar, tornando-se terreno efetivo da ação terapêutica (Rotelli, 1990, p. 50).

Por isso, *os papéis se “desmancham”*, não podendo o serviço se fixar em modelos estáveis, em normas e regras rígidas, pois, pretendendo atender a toda demanda, deve permanecer dinâmico e em transformação. O serviço não fixa uma solução positivamente concluída e não estabelece um quadro normativo, mas ao contrário, suscita dinâmicas, conflitos e transformações, mantendo aberto um campo de incertezas e possibilidades no qual continuam a ser relevantes as ações operativas concretas, as experimentações, as aprendizagens.

4.3.6 –A desinstitucionalização libera a necessidade de internação

Uma vez que as antigas estruturas de internação são substituídas por uma variedade de serviços e espaços de intervenção, liberam a necessidade de internação, na medida que respondem pela totalidade das necessidades de saúde mental de uma determinada população.

Os Centros de Saúde Mental passam a ser o eixo de todo o sistema de saúde mental e coordenam outras possibilidades e estruturas que venham a surgir.

Os Centros, quanto a sua arquitetura, não se distinguem de residências, locais de moradia, não seguindo nada que lembre os ambulatórios médicos ou psiquiátricos. São casas ou apartamentos com todos os seus equipamentos comuns, dispendo de alguns leitos, que são utilizados pelos pacientes que têm necessidade de serem particularmente acompanhados, ou aqueles que têm necessidade de separar-se do próprio ambiente de vida por um período de tempo variável.

Nestes centros, o trabalho é organizado e distribuído conforme as exigências que se apresentarem. Estando sempre abertos, passam a ser também local de encontro, de socialização, onde convivem pessoas da comunidade, pacientes, figuras sociais de todos os tipos. Das atividades participam tanto os pacientes como não pacientes.

O trabalho terapêutico usa todos os instrumentos à disposição: medicação, colóquios, subsídios, ocasiões de trabalho, passeios, por isso mesmo, grande parte do trabalho se desenvolve fora do centro, porque tende a ir ao encontro dos pacientes em casa, ou ainda, a fazê-los viver na cidade e com as pessoas. Necessitando buscar os meios para estas realizações, a mobilização de outros

atores no processo de desinstitucionalização é uma exigência (Rotelli, 1990, p. 39).

4.3.7 – A desinstitucionalização muda as formas de administrar os recursos públicos

Os recursos não são mais utilizados para alimentar uma estrutura institucional, passam a ser utilizados para fornecer serviços diretos às pessoas com base nos seguintes critérios: *mobilidade das pessoas*, uma vez que é o serviço que vai na busca das pessoas; *individualização do serviço* na medida que os recursos disponíveis se adaptam às exigências dos pacientes individualmente; *aumento dos recursos geridos diretamente pelo paciente*, na forma de subsídios; *uso produtivo dos recursos*, com investimento crescente para financiar os trabalhos dos pacientes, através de bolsa de trabalho ou contribuição às cooperativas (Rotelli, 1990, p. 43).

Em síntese, o processo de desinstitucionalização é caracterizado basicamente por três aspectos: a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objeto na relação com a instituição e a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio.

A desinstitucionalização transforma as necessidades dos doentes, dos operadores e da comunidade, as quais a internação correspondia, construindo respostas inteiramente substitutivas. Assim, cada realidade, incluindo a de Santa Catarina, possivelmente representa um dos caminhos para novas construções no campo da prática e das idéias.

CAPÍTULO V

TESE, PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS

5.1 – Tese

O cuidado ao ser humano com transtorno mental prescinde do hospital psiquiátrico e independe do local onde se realiza.

5.2 – Pergunta de pesquisa

Estariam o discurso e a prática do CAPS de Florianópolis, SC, sinalizando algum direcionamento para a desinstitucionalização ou para a desospitalização da assistência psiquiátrica?

5.3 – Objetivos

Geral

Analisar se o discurso e a prática dos profissionais que trabalham no CAPS sugerem um direcionamento para desinstitucionalização ou para a desospitalização da assistência psiquiátrica.

Específicos

Identificar, em que pesem as argumentações, justificativas da ausência de recursos humanos, financeiros, afetivos e outros, se o cuidado prestado no

CAPS-Florianópolis aponta para a possibilidade de uma assistência que prescindia do hospital.

Observar se o cuidado prestado pela Equipe de Profissionais do CAPS contribui para a desinstitucionalização, ou seja, na forma de fazer e organizar a assistência psiquiátrica.

Analisar se a compreensão, esclarecimento, elucidação da forma de pensar e fazer assistência no CAPS sugere a possibilidade de prestação de assistência psiquiátrica guiada pelos pressupostos da desinstitucionalização.

Refletir sobre a assistência psiquiátrica prestada num serviço extra-hospitalar de Santa Catarina, à luz dos escritos sobre desinstitucionalização de Franco Rotelli.

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

6.1 - Escolha do tipo de estudo

A assistência psiquiátrica no Brasil e, por decorrência, a de Santa Catarina estão em processo de reformulação desde a década de 80, dando origem a serviços alternativos à internação em hospitais especializados e a criação de serviços extra-hospitalares. Na raiz dos processos de mudança em curso estão as críticas ao modelo de assistência custodial e a formulação de novos princípios e diretrizes.

Refletir sobre a assistência psiquiátrica prestada num serviço extra-hospitalar do Estado de Santa Catarina, á luz dos escritos sobre a Desinstitucionalização de Franco Rotelli, representa uma possível contribuição para compreender a construção teórica e prática da desospitalização x desinstitucionalização.

Os objetivos estabelecidos levaram-me a escolher o Estudo de Caso como um caminho possível, modalidade que para Lüdke e André (1986, p. 8-21), propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, revelando a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreender sua manifestação.

Captar a perspectiva dos participantes da pesquisa nos aspectos inseridos nos objetivos, possibilita a compreensão e o exercício das questões que estão

sendo focalizadas. Questões que não são passíveis de revelar somente através de números, pois necessitam da busca do significado da ação humana, com isso o estudo adquire um caráter qualitativo. Segundo Triviños (1995, p. 133), o Estudo de Caso, dentre os tipos de pesquisa qualitativa talvez seja um dos mais relevantes.

Para Minayo (1994, p. 22), o estudo qualitativo responde a questões muito particulares. Ele se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ele trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.

Ao analisar uma unidade, uma instância singular, o Estudo de Caso coloca alguma limitação, como a apontada por Triviños (1995, p. 136), qual seja, a da generalização dos resultados obtidos. Mas ao estudar um caso específico, a possibilidade de generalizações passa a ser menos relevante. Entretanto, desejando, pode-se enriquecer o estudo com um enfoque comparativo: Estudo Comparativo de Casos.

6.2 – Local de estudo

O local escolhido para a realização do presente estudo foi o Programa para Psicóticos, desenvolvido numa instituição que presta assistência psiquiátrica extra-hospitalar, pertencente à rede pública de assistência à saúde, subordinado a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina. Além do programa para psicóticos, é desenvolvido o programa para ansiosos e o destinado a usuários de drogas.

Tal escolha decorreu da compreensão de que, dentre os programas desenvolvidos na instituição, o destinado a psicóticos representa com maior fidedignidade a assistência psiquiátrica e suas práticas, propiciando uma leitura das transformações propostas pela reforma psiquiátrica em curso.

O programa para psicóticos oferece atendimento individual ou de grupo, de acordo com a formação/experiência de cada profissional do programa e de acordo com a necessidade do paciente. A dinâmica do programa se constitui em triagem diária (no momento não está sendo realizada), atendimento individual e de grupo, sob a responsabilidade de um profissional de acordo com a atividade a ser realizada. No atendimento em grupo pode participar, além dos pacientes, os familiares e/ou acompanhantes.

Inicialmente criado com a finalidade de ser um serviço voltado para o primeiro atendimento, local de acolhimento daquelas pessoas que apresentam sofrimento mental, ofertando assistência de tal forma a evitar a internação em hospital psiquiátrico, na atualidade o programa para psicóticos atende pacientes egressos de internações psiquiátricas, tendo como objetivo manter o paciente em tratamento extra-hospitalar e impedir, sempre que possível, a sua reinternação.

O programa para ansiosos, geralmente atende pacientes com transtornos neuróticos, através de psicoterapia individual, de grupo e familiar.

O programa destinado aos usuários de drogas é denominado serviço de atenção ao usuário de drogas. Atende diariamente, utilizando as modalidades de atendimento individual com diferentes profissionais; atendimento de grupo, oficina terapêutica e troca de seringas, visando a redução de danos.

A estrutura física está composta de sete salas, sendo: uma sala de espera com balcão onde ocorre a recepção do paciente, uma para a enfermagem, uma para a terapia ocupacional, uma para administração, uma para lanche dos

funcionários, duas salas com dimensões maiores destinadas aos trabalhos em grupo além dos consultórios para atendimento psicológico, médico e serviço social, dispondo também de banheiros para funcionários e pacientes.

Dos recursos humanos mais diretamente vinculados ao programa para psicóticos fazem parte um médico, dois terapeutas ocupacionais, dois psicólogos, um enfermeiro e dois agentes administrativos. Ausência muito sentida é a do profissional assistente social que se demitiu em fins do ano 2000, permanecendo a vaga aberta até os dias atuais.

6.3 – Coleta de dados

Os dados foram obtidos através de entrevistas, registro das falas e das ações dos sujeitos lotados no local da pesquisa. Para tanto, adotou-se a técnica de entrevistas semi-estruturadas e observação participante, cujos instrumentos de coleta de dados encontram-se nos Anexos 3 e 4.

A entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o fenômeno de seu interesse. Esta modalidade de coleta de dados se desenvolve em processo de retroalimentação, possibilitando que pontos obscuros, conflitantes ou divergentes possam ser novamente abordados (Triviños, 1987, p. 146).

A combinação de perguntas fechadas e abertas possibilitou, aos entrevistados, discorrer sobre o tema sem condições prefixadas.

Para Polit e Hungler (1995, p. 183), a entrevista brinda ao pesquisador mais liberdade na tarefa de busca dos dados. Além disso, poderá ser reaplicada com o objetivo de obter o máximo de informação bem como avaliar as variações das respostas em diferentes situações. Não devemos esquecer que a entrevista caracteriza-se por ser um encontro, uma interação entre dois parceiros, com um significado subjetivo próprio para cada momento. Portanto, reaplicar a entrevista tem o sentido de voltar ao tema tratado anteriormente, sem pretender repetir a situação.

A entrevista, neste tipo de estudo, apresenta-se como uma ferramenta que possibilita a obtenção de dados mais profundos da realidade, aqueles que só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos, como os valores, opiniões, maneiras de sentir, dentre outros.

Com o consentimento dos entrevistados, e garantido o anonimato, as entrevistas foram gravadas, “liberando” o entrevistador para, se desejar, fazer anotações gerais sobre as atitudes do entrevistado, podendo com isso obter maiores esclarecimentos sobre o que ele busca. Logo após, foram transcritas e analisadas.

A observação participante complementou os dados coletados nas entrevistas. Nesta forma de coleta de dados, buscou-se registrar detalhadamente o que ocorre no campo, na cena observada. Assim, de acordo com os objetivos do estudo, podemos centrar a observação em aspectos distintos mas sempre contextualizando, de maneira tal que o observado não se “descole” da cena mais ampla onde os fatos se desenrolam. Deste modo, a observação centrou-se nos sujeitos, sua maneira de agir, descrição das ações realizadas; reconstrução dos diálogos; conversas dos profissionais acerca dos pacientes e do serviço, dentre outros assuntos, o que possibilitou reconhecer o discurso acerca da assistência psiquiátrica. Para Minayo (1994, p. 59),

“a importância da observação reside no fato de podermos captar uma gama de situações ou fenômenos, que não seriam obtidos por meio de perguntas, sendo que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

Estar presente na cena, *in loco* propicia ao observador captar aspectos novos de um problema, bem como chegar mais perto da perspectiva dos sujeitos envolvidos na pesquisa. No papel de observador participante, que para Lüdke e André (1986, p. 29) é aquele no qual são revelados, desde o início, tanto a identidade, como os objetivos do estudo, o pesquisador pode ter acesso a uma gama variada de informações.

Outro aspecto é o relativo a amostragem de tempo, isto é, o período de tempo que se utilizará para realizar a observação. No presente estudo, utilizamos dias alternados num espaço de tempo de oito semanas consecutivas, sempre no período matutino, pois é neste turno que se desenvolvem as ações, sendo o tempo considerado suficiente na medida que ocorreu reincidência de informação.

As anotações de campo, o registro escrito decorrente da observação guiaram-se pelo que propõe Triviños (1987, p. 154): “anotações de campo de natureza descritiva”, etapa na qual se busca registrar de maneira a mais fidedigna possível, com o mínimo de interpretação possível - sem desconhecer as dificuldades decorrentes da interferência da subjetividade do observador - os comportamentos, sujeitos, atividades, meio físico, diálogos, ou toda situação que seja entendida pelo pesquisador com sendo fonte de dados; *anotações de campo de natureza reflexiva* que são aquelas que o observador faz, interrogações, reflexões, idéias que surjam no transcorrer da observação.

6.4 – Acesso aos sujeitos e local da pesquisa

Numa primeira aproximação, contatei com a enfermeira lotada no programa escolhido, para a qual manifestei meu interesse na realização da presente pesquisa, tendo sido incentivado a prosseguir. Seguindo sua indicação, conversei com outros profissionais que se encontravam no local e, posteriormente, com o chefe do serviço, aos quais relatei minha intenção, havendo concordância. Ficou acertada a data para a entrega do projeto para que, em reunião da equipe o mesmo fosse analisado, culminando com a manifestação de aceite.

No tocante aos aspectos éticos e legais, a pesquisa foi conduzida dentro do que preceitua o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996, com a devida Declaração de orientação, consentimento informado e autorização para publicização de resultados da pesquisa e termo de compromisso do pesquisador (Anexo 4).

6.5 – Sujeitos da pesquisa.

O universo pesquisado foi composto por um representante de cada categoria profissional: psicólogo, enfermeiro, médico e agente administrativo, vinculadp ao programa pesquisado.

6.6 – Tratamento do material coletado

Nesta pesquisa, o tratamento dos dados “acompanha” *pari passu* à coleta, alimentando e dirigindo-a. O material colhido foi submetido à técnica

de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977, p. 42) como sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. No presente estudo, optamos pela análise categorial temática – base de desospitalização x desinstitucionalização do cuidado.

“O tema é a unidade de significação que se libera naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 1977, p. 105). Portanto, a análise temática possibilita descobrir núcleos de sentido presentes numa comunicação e que signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico pretendido.

Para operacionalizar a análise, seguimos os passos propostos por Minayo (1994, p. 234), quais sejam: 1) a ordenação dos dados, englobando tanto as entrevistas como o conjunto de material de observação, buscando estabelecer uma certa ordenação; 2) a classificação dos dados configura-se num exercício de relação entre o definido no referencial teórico e objetivo e o identificado na realidade concreta, donde emergem as categorias analíticas e empíricas; 3) a análise final consistindo num movimento contínuo entre o empírico e o teórico e vice-versa fazendo, do caos aparente das informações colhidas, revelações da sua especificidade.

CAPÍTULO VII

OS DADOS E SUA ANÁLISE

Neste capítulo, os dados serão apresentados sob a forma de categorias e as respectivas subcategorias e analisados à luz do referencial escolhido.

No transcurso da análise, utilizamos as seguintes denominações: **pessoa** para nos referirmos aos pacientes; **serviço** para designar o local do estudo; **profissionais, trabalhadores**, indicam os sujeitos do estudo; **experiência italiana/ psiquiatria democrática** indicam a reforma psiquiátrica em curso na Itália.

A relação entre o discurso e a prática desenvolvida no local de estudo é analisada à luz dos pressupostos da desinstitucionalização, segundo Franco Rotelli. Na *reforma psiquiátrica italiana*, como a preconizada pelo autor citado, há a concepção de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social, construindo sobre esta separação artificial um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, todos referidos à doença, e que, justamente estes é que devem ser desmontados (desinstitucionalizados), para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto existência “doente”.

O termo desinstitucionalização, passa a ser empregado pelos atores da reforma italiana com o sentido de desconstrução/reconstrução, tendo como primeiro passo a atitude de

“colocar a doença ‘entre parênteses’ e o modo como o doente foi isolado, classificado, para que a psiquiatria pudesse se ocupar de definições abstratas de uma doença, da codificação das formas, da classificação dos sintomas (...) para poder considerar o doente no seu desenvolver-se em modalidades

humanas que – propriamente enquanto tal – devemos procurar avizinhar-nos” (Basaglia, 1985, p. 498).

7.1 – A desinstitucionalização do paradigma

Rotelli (1990) afirma que o primeiro passo é a desinstitucionalização do paradigma vigente que dá sustentação à forma como o paciente psiquiátrico é percebido, isto é, eliminar os “adereços colados” ao ser, denominado paciente, pela construção do saber psiquiátrico. Este postulado, **desinstitucionalização do paradigma**, constitui a primeira categoria de análise desta pesquisa e está subdividida em duas subcategorias.

7.1.1- renúncia a qualquer explicação causal da doença;

7.1.2 - renúncia à normalidade plenamente (re)estabelecida.

7.1.1 - Renúncia a qualquer explicação causal da doença

O primeiro passo da desinstitucionalização consiste em abandonar qualquer tentativa de explicação causal, em não se pretender enfrentar a etiologia da doença.

Na fala dos sujeitos da pesquisa, a preocupação ou a compreensão da origem etiológica do transtorno mental aparece ora de forma explícita, ora mesclada por dúvidas. A totalidade dos componentes que representam a mudança paradigmática, ou seja, a desinstitucionalização psiquiátrica, ainda não se expressa na fala dos integrantes do estudo. Entretanto, a preocupação com a etiologia da doença, de modo isolado, não representa por si só a negação do novo paradigma, até porque, qualquer mudança em termos de conhecimento é conquistada de modo gradual e cumulativa.

O enfoque principal que eu enxergo hoje é através do lado biológico (...). Eu acho que tu não pode fugir do orgânico. Eu acho que primeiro no orgânico para depois se espalhar para outras áreas, o social, o relacional a situações que norteiam o dia a dia do paciente. Hoje, o que eu acredito em psiquiatria é a neurociência.

Quando a gente fala em doença mental eu acho que é meio direto na cura, acho que a gente vai mais (...) a palavra que se usa é controle, principalmente de crises. E controle visando qualidade de vida, tocar as suas relações, se re-inserir socialmente, se re-inserir primariamente na família que é um meio de treinar as relações sociais, é mais amplo (Méd.).

Eu admito pelo orgânico (Enf.).

A doença mental é caracterizada por um sofrimento psíquico intenso, muito forte, que limita, incapacita a pessoa. Diminui a qualidade de vida da pessoa, que sofre muito (Psic.).

Dentre os profissionais, existem aqueles que identificam claramente a etiologia dos transtornos mentais como sendo de origem orgânica, ao passo que outros, manifestam dificuldade em explicitar, fazendo-a através dos sintomas e das conseqüências destes na vida da pessoa.

Embora manifestem preocupação com a possibilidade da pessoa poder

tocar sua vida ou que ele viva o mais normal possível na sociedade, e que as pessoas saibam conviver como se fosse qualquer um, como um hipertenso com suas limitações, com seus avanços (Enf.),

parece lícito afirmar que a compreensão comum é a de que a dificuldade está na pessoa.

Isto fica evidenciado quando se observa a prática assistencial, na qual as técnicas empregadas incidem sempre sobre a pessoa, seja na forma de medicamentos, das atividades de terapia ocupacional, consultas psicológicas ou

grupo de ajuda. Através das técnicas empregadas espera-se uma mudança de estado da pessoa de tal forma que ela readquira uma capacidade que estava comprometida parcial ou totalmente, com isso se habilitando a convivência social.

Resguardando o manifestado nos discursos quanto a preocupação da condição de vida da pessoa, a prática assistencial fica aquém de uma prática, onde o ocupar-se da pessoa na sua existência complexa e concreta seja o foco da atenção. Isto porque, as ações desenvolvidas expressam mais consonância com a ótica do tratamento da doença, se não a cura, pelo menos o controle dos sintomas. Não significa afirmar que a totalidade dos profissionais assim discursa e age, portanto, há espaços diversificados.

O “cuidar de uma pessoa”, na perspectiva da desinstitucionalização engloba e ultrapassa o enfrentamento dos sintomas. O cuidar se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade do ser que sofre, por isso mesmo, se ocupa de dimensões para além do campo psiquiátrico. Sem negar o sintoma, mas compreendendo-o como uma expressão simplificada da existência da pessoa. A relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, da família, do trabalho, sem cindir estas questões, confiando-as a profissionais específicos.

Para alguns profissionais, o emprego de recursos técnicos diversificados, segundo as menções (consulta e medicação, internação quando em crise, terapia ocupacional, técnicas de relaxamento, grupos de ajuda ou outros), visa principalmente a redução dos sintomas. Na prática assistencial, demonstram uma preocupação de que a intervenção produza uma redução dos sintomas apresentados pela pessoa, como forma de diminuir o seu sofrimento.

Percebe-se assim que o profissional que cuida manifesta preocupação com a ação por ele desenvolvida, avaliando continuamente, se resultou em algum benefício para a pessoa na sua existência concreta. Isto, de certo modo,

apresenta-se como um componente do discurso da desinstitucionalização, ou seja, há a preocupação com o bem estar da pessoa, independente de ter sido esclarecido ou não o como e porquê da pessoa apresentar o transtorno mental.

... será que ele está conseguindo se reintegrar à família, à sociedade? Como será que está conseguindo tocar a vida? No meu ponto de vista, esse é um fator que deve ser considerado (Psic.).

Quando a gente fala em doença mental eu acho que é meio direto na cura, acho que a gente vai mais... a palavra que se usa é controle, principalmente de crises. E controle visando qualidade de vida, tocar as suas relações, se re-inserir socialmente, se re-inserir primariamente na família, que é um meio de treinar as relações sociais, é mais amplo (Méd.).

Eu prefiro que o paciente vivesse o mais normal possível, esse é sempre o meu objetivo primeiro, que ele se relacionasse com a sociedade, que ele pudesse participar de um grupo mesmo com problema mas que todos entendessem aqueles problemas porque eu vejo assim... (Enf.).

Observa-se também nestas falas uma inquietação com a normalidade relacional, na família e sociedade, ou seja, há um interesse manifesto pela pessoa além do “contexto de tratamento”. Pode-se, portanto, deduzir que há princípios explicitados, na prática e no discurso, que pode estar revelando o prenúncio de uma aproximação com o paradigma preconizado por Rotelli, mesmo que as normas institucionais ainda não contemplem a totalidade do preconizado.

Assim reconheço porque considero que nenhuma abordagem terapêutica é neutra ou nasce do nada, cada prática social e suas especialidades, tem uma historicidade que não pode ser desconhecida. É possível que isto represente o que Boff (2000 p. 81) afirma “... o ser humano e a sociedade não podem viver

sem uma utopia...”, portanto as práticas de saúde, mesmo na abordagem tecnicista, contêm uma utopia representada pelos novos paradigmas ou dos velhos paradigmas nos novos tempos.

7.1.2 - Renúncia à normalidade plenamente (re)estabelecida

Na ótica do paradigma vigente, a intervenção psiquiátrica busca restaurar a saúde mental do paciente, curando a doença e restabelecendo uma normalidade anterior.

Desinstitucionalização implica na necessidade de realizar uma desconstrução/reconstrução do modo de cuidar da pessoa com transtorno mental. Isto compreende a aceitação de que o cuidado encarrega-se do ser com transtorno mental, tradicionalmente reconhecido como paciente, não aponta para o ideal de como este deve ser e sim de como ele consegue ser. Não há algo a ser reparado, uma normalidade a ser reconquistada. A preocupação central, portanto, é a oferta ao indivíduo de cuidados que lhe oportunizem um modo de se constituir naquilo que, mesmo doente, ele decidir e conseguir ser socialmente, liberando-o do campo estritamente psiquiátrico.

A partir das observações e entrevistas, é possível proceder as seguintes aproximações:

Eu acho assim, que justamente dentro da psiquiatria, um dos parâmetros primeiro é tu perceber que o sofrimento do paciente foi minimizado (Méd.).

..., num primeiro instante, o paciente chega com muito sofrimento, seja qualquer patologia, a partir dessa diminuição do sofrimento eu acho que a evolução é justamente a re-inserção social, a volta as suas tarefas diárias mais primárias

como o autocuidado e esses tipos de coisas e, até a volta as outras ações (Méd.).

A primeira preocupação manifestada refere-se à redução do sofrimento da pessoa, de controle da crise para a qual são utilizadas as técnicas terapêuticas dominadas pelos profissionais do serviço.

O atendimento das pessoas - majoritariamente provenientes de hospital psiquiátrico, sendo raros os casos de primeiro atendimento - é realizado individualmente ou em grupo, dependendo da observação preliminar do estado da pessoa, podendo ser realizada tanto pelo agente administrativo, como pelo psicólogo ou por outro profissional que informa aos demais a sua percepção acerca da pessoa.

Geralmente, a situação que se enquadra neste procedimento é daquela pessoa que apresenta, ao olhar do profissional, alguma alteração por expressar comportamentos diferentes dos quais vinha apresentando.

Foi observado que, nestas situações, o atendimento individual é o mais freqüente, geralmente realizado pelo médico, com a participação ou não de outro profissional. A presença do médico tem um caráter quase obrigatório decorrente da compreensão de que o emprego de medicação é uma condição necessária, terapêutica compreendida como indispensável nestas situações, cuja utilização diminui a sintomatologia, o *sofrimento* da pessoa, possibilitando-lhe participar de outras formas de atendimento.

Este sofrimento, na ótica do pesquisador, é implicitamente interpretado pelos profissionais do serviço como decorrente do transtorno mental, sem desconsiderar a preocupação quanto a qualidade de vida da pessoa.

Como conseqüência, a terapêutica utilizada reporta-se ao arsenal disponível e de domínio da área de cada profissional.

... a medicação é um recurso importante e fundamental para um psicótico, ter quimicamente como conter o sofrimento exagerado, o patamar do mundo mágico, que não vai conseguir fazer ele refletir nesse momento. Então se faz uma intervenção, então a química é para isso, para ajudar a gente, mais aí o médico tem que se integrar à equipe (TO).

O emprego da psicofarmacologia ocupa uma posição de destaque, principalmente, nas situações onde é percebido um intenso sofrimento da pessoa, sendo o seu uso a condição primeira para que tenha acesso às demais terapias.

Resguardado o atendimento individual, os demais são realizados em grupo. No período da manhã, horário de atendimento aos participantes do programa de psicóticos, é realizada a Oficina Terapêutica, sob a responsabilidade dos profissionais da Terapia Ocupacional; Grupo de Auto-Ajuda sob a coordenação do enfermeiro, Consulta em Grupo realizada pelo médico, consulta psicológica e atendimento ao familiar.

Você vê o paciente, e em que tipo de atendimento ele vai se encaixar e que tem necessidade, de acordo com a visão de cada profissional e dentro da realidade do paciente, o que ele pode e o que vai querer nesse tratamento. Tem paciente que chega aqui pedindo uma receita (...) A gente quer dar uma atenção mais integral, de acordo com a realidade do paciente (Méd.).

A Consulta em Grupo, coordenada pelo médico, com a participação de outros profissionais, geralmente o enfermeiro e o psicólogo, ocorre as terças, quartas e quintas-feiras, quando são atendidas aquelas pessoas cuja demanda é mais restrita à medicação.

Esta consulta, em algumas situações, é realizada em dois atos: no primeiro, utilizando a sala de reuniões, são consultadas as pessoas cujo ato terapêutico se restringe quase que exclusivamente às questões relacionadas à medicação.

Antes do início desta atividade, os profissionais são informados, geralmente, pelo agente administrativo que comunica a sua percepção sobre a condição da pessoa, apreendido através do diálogo.

... a pessoa chega no balcão e conversa, eu já sei perceber que é um paciente que usa álcool e drogas, um paciente ansioso, um paciente que pelo diagnóstico do médico tem um problema psicótico, que é a maioria das vezes que (...) já faço uma classificação, nesse sentido, pelo que a pessoa vem e conversa eu já sei identificar se é ou não (AA).

Na consulta grupal, o médico de posse dos prontuários - previamente organizados pelo Agente Administrativo - e devidamente informado por este ou por outro profissional do serviço, dirige-se a um dos integrantes do grupo, chamando-o pelo nome, cumprimentando-o e tece algum comentário sobre uma situação qualquer do grupo para provocar descontração e estimular a participação dos presentes.

Dando continuidade, para averiguar o uso da medicação, segundo a prescrição, pergunta: “está tomando a medicação certinha?” “... um comprimido de tal cor à noite...?”, repassando, desta forma, toda a medicação prescrita. Segue abordando outros aspectos: “como está se sentindo? Está conseguindo fazer alguma coisa? Ajuda em casa? Tem realizado alguma atividade? Teve dificuldade para conseguir a medicação?”

Frente ao relato de cada pessoa, os profissionais presentes tecem comentários, orientando ou esclarecendo, por exemplo, sobre a continuidade do uso da medicação como meio de manter o controle de crise; sobre o local onde

poderá conseguir a medicação, uma vez que o serviço, não dispondo de qualquer medicação, emite somente a receita.

Nas consultas, é comum a pessoa relatar não ter conseguido a medicação prescrita. Para obter a medicação, uma vez que o serviço não a dispõe, as pessoas se deslocam por vários Postos de Saúde dos vários municípios dos quais os encaminhamentos são feitos para este serviço.

Freqüentemente, não conseguem ter acesso ao medicamento, levando, àqueles que dispõe de algum recurso financeiro, a utilizá-lo para adquiri-la. Os que não tem recurso, utilizam a estratégia da redução da dosagem do medicamento.

Esta situação gera descontinuidade do tratamento, como explicita a seguinte fala:

Terrível! Terrível porque muitas vezes o trabalho fica pela metade. Os pacientes saem daqui com a medicação e em primeiro lugar muitas vezes eles têm dificuldade de entender o que ele vai tomar, em que horário. Ele tem que sair daqui já com toda a medicação finalizada e mostrada direitinho, e aí ele vai ter mais... Porque os nossos pacientes, eles têm uma dificuldade em se movimentar dentro da cidade. Tem que vir no posto de saúde, buscar não sei o que e o outro não está e está na farmácia, então já é uma dificuldade grande só de operacionalizar isso tudo. Daí já é uma atividade enorme (Méd.).

Esta compreensão também é partilhada pelo Agente Administrativo que, na maioria das vezes, é a quem a pessoa se dirige, por telefone ou diretamente no balcão de atendimento, gerando tensão e frustração.

Fica muito capenga. Olha, quando tinha a farmácia aqui, e que tinha alguma medicação, era muito bom, não tinha queixa do paciente, porque tinha bastante medicação (AA).

A centralidade que a terapia medicamentosa assume neste serviço, a ausência de medicamentos, pelo menos os mais utilizados, denota fragilidade na gestão ou é a expressão de uma política na qual esta forma de assistência não é considerada relevante.

Nas consultas, pode ocorrer uma negociação sobre o emprego da medicação. A iniciativa pode partir tanto do profissional como da pessoa doente. É comum o profissional perguntar, “você acha que a medicação está boa assim, ou acha melhor mudar?” Outras vezes é a pessoa que solicita a alteração da medicação, apresentando motivos como “estou dormindo muito (...) fico com dificuldade de caminhar”. Geralmente ocorre um ajuste, sendo recomendado à pessoa que fique atenta à situação de crise. Nestas situações, a recomendação é que volte a usar a dosagem inicialmente prescrita, ou que se dirija ao serviço para uma consulta.

Desta negociação podem participar todos os técnicos presentes, sendo mais comum o médico e o enfermeiro, considerados pelos demais como os que melhor entendem de medicação.

... lá eu não podia opinar nada de remédio, era o médico que medicava e pronto. (...) lá não tinha a questão da medicação e aquele envolvimento só com o médico, agora aqui não (Enf.).

O serviço, não dispondo de medicação, oferece uma dificuldade a mais, visto que a pessoa tem que se deslocar por regiões, muitas vezes, desconhecidas, obrigando-a a gastos com transporte e tempo, aliado às dificuldades de alguém que não tem a prática de reivindicar, não raro, percebendo a assistência a qual tem direito como uma benesse, um ato de caridade.

Soma-se a isso a condição de pessoa acometida de transtorno mental, que, no dizer de Basaglia (1985, p. 29), “o doente mental é ‘doente’ sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem pode-se tudo”.

Cuidar, na ótica da desinstitucionalização, é um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos, implicando em responsabilizar-se, responder às demandas da pessoa, aliviando o seu sofrimento não somente àquele decorrente da sua situação de doente, mas a todas as situações que implicam em sofrimento. Portanto, as questões financeiras, afetivas, do trabalho ou não trabalho, de realizações, do acesso a bens de consumo, assistência à saúde, da existência cotidiana também são entendidas como sendo relações terapêuticas. “Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente se cuida” (Rotelli, 1990, p. 33).

Em alguns momentos o paciente não comparece ao serviço sendo representada por outra pessoa, geralmente um familiar que informa aos profissionais sobre a pessoa doente.

É por isso que a gente coloca a falta da visita domiciliar. É uma coisa que a gente sente até hoje e que precisa ter. Nesses casos tu fica naquela, se a gente acredita..., por outro lado a limitação do profissional... (Enf.).

A impossibilidade da pessoa comparecer ao serviço para consulta, faz emergir os limites do profissional e sua capacidade de intervenção e pode estar enunciando o horizonte de ação e a aceitação da amplitude que o ato terapêutico deve ter.

O ato terapêutico, quando realizado somente no espaço físico do serviço, pode ser interpretado como sendo o local mais adequado para a prestação da

assistência, atribuindo-lhe maior valor que outros espaços de intervenção podem ter.

Deslocar-se, até a residência da pessoa, tem compreensões diferenciadas por parte dos profissionais, como se pode perceber no depoimento que segue:

Visitas domiciliares a gente não tem. Não tem prática, e na realidade eu acho que nunca houve essa realidade aqui. Eu não sei, eu acho que teria que ver melhor. O serviço social tem mas esse tipo de pretensão. Mas isso é mais de uma categoria profissional. Digamos, se tu me perguntares se eu sinto a visita como uma necessidade, eu diria que não é uma prioridade. Até porque a gente, pegando esses pacientes logo na entrada e na chegada, a gente consegue fazer esses atendimentos aqui. É difícil ter um que a família não venha, que se compromete com a melhora do paciente. Até porque o interesse na melhora do paciente, esse tipo de coisa (Psic.).

Dois aspectos destacam-se mais claramente nesta fala. O primeiro refere-se à compreensão de que ir até a pessoa, rompendo os limites geográficos do serviço, é atividade de uma categoria profissional específica, aquela que detém a competência técnica especializada e codificada, o que pode levar à cisão dos atos assistenciais. O segundo aspecto identifica como suficiente a presença de familiares no serviço, acompanhando ou não a pessoa doente *porque a gente pegando esses pacientes logo na entrada e na chegada, a gente consegue fazer esses atendimentos aqui*. Esta afirmação parece indicar a preferência pela utilização do espaço do serviço, *o setting*, para a realização do ato terapêutico, separando a relação terapêutica do contexto mais amplo.

Ir à casa da pessoa, local onde sua vida é vivida, perceber o contexto no qual se desenvolve a existência real, entretanto, não tem a finalidade de assisti-lo somente enquanto pessoa doente, mas como pessoa que sofre, mobilizando ações e agentes “para fazer com que se transformem os modos de viver e sentir

o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento" (Rotelli, 1990, p. 33).

Esta questão é assim expressa na fala de um dos sujeitos da pesquisa:

O ideal é que tivéssemos condições de fazer visitas domiciliares para entender melhor a realidade desse paciente em vários momentos. É um olhar. Claro que dentro da nossa realidade é impossível que se faça esse tipo de coisa, mas isso seria o ideal. Não tem pessoal, nem carro e nem forma de sair daqui de dentro.

Qualquer profissional poderia fazer. Poderia ter uma assistente social para isso. Qualquer um, inclusive o ideal seria que fizesse visita domiciliar com a equipe, uma experiência com a equipe. Sairíamos toda manhã com um psiquiatra, uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, aí teríamos mais possibilidades. Iríamos nas casas dos pacientes e fazer um resgate, ver porque não estão vindo (Méd.).

Reconhecida a importância da visita domiciliar, realizada diariamente e, preferentemente, por uma equipe profissional para conhecer a realidade na qual vive a pessoa, inteirando-se de suas condições de vida, não deixa de ser uma manifestação de preocupação que poderia levar a estratégias e ações que minimizariam o sofrimento das pessoas doentes e dos seus familiares.

No entanto, parece legítimo pensar que tal providência está mais ligada à averiguação dos motivos da ausência do usuário ao serviço, do que uma mudança na prática assistencial que poderia estar em vias de acontecer.

A preocupação é *fazer um resgate, ver porque não estão vindo*, trazê-lo para o serviço onde a assistência é prestada. Neste aspecto, a visita ou não visita se equivalem. A visita, sob este ponto de vista, teria a finalidade de remover os entraves que impedem o usuário de comparecer ao serviço e não a de levar o serviço até o usuário.

O reconhecimento da visita domiciliar como uma necessidade, principalmente para resolver a ausência do usuário ao serviço, está expressa também no seguinte depoimento:

É por isso que a gente coloca a falta da visita domiciliar. É uma coisa que a gente sente até hoje e que precisa ter. Nesses casos tu fica naquela, se a gente acredita..., por outro lado a limitação do profissional... (Enf.).

Contudo, desinstitucionalização também é mobilidade da assistência. Uma vez que o objeto da assistência deixa de ser a doença para torna-se a existência-sofrimento e sua relação com o corpo social, o território onde reside o paciente torna-se também espaço de assistência, pois é nesse espaço que o sofrimento é vivido, é nele que temos de ajudar a encontrar a maneira da pessoa viver melhor, caso contrário, estaremos definindo que enquanto a sua doença não for curada, o lugar do paciente será no serviço assistencial.

A consulta em grupo, de certa forma, tem também a finalidade de triagem, pois é a partir dela que as pessoas são encaminhadas para os outros atendimentos.

Você vê o paciente e em que tipo de atendimento ele vai se encaixar e que tem necessidade, de acordo com a visão de cada profissional, dentro da realidade o que ele pode e o que ele vai querer nesse tratamento (Méd.).

A decisão é fruto do consenso entre técnicos e as pessoas participantes do grupo. São feitos esclarecimentos sobre as atividades que o serviço oferece e é sugerida aquela atividade que, na percepção do técnico, é a mais indicada, havendo a possibilidade da pessoa recusar.

O trabalho desenvolvido pela terapia ocupacional, através do programa Oficina Terapêutica realizado por um profissional da área, utilizando técnicas diversificadas, procura ajudar a reestruturação psíquica, e a facilitar ou possibilitar o inter-relacionamento pessoal.

O que eu tenho percebido dessa (...) com essa experiência com o trabalho corporal é que o corpo é um elemento muito rico e poderoso no sentido de ajudar a estruturação psíquica, porque trás a pessoa a reatar, a por os pés no chão mesmo. Então, a respiração faz a pessoa perceber se ela sente o corpo, se não sente, se ela está presente no corpo, se ela sente os pés no chão (TO).

Esta atividade, com os participantes dispostos em círculo, inicia por um exercício físico de alongamento e respiração que, segundo o profissional responsável, é uma adaptação da técnica derivada dos princípios da terapia corporal. Esta modalidade, segundo o terapeuta ocupacional, articula as técnicas da fisioterapia com uma abordagem psicanalítica, na qual o profissional orienta o exercício, chamando a atenção para o sentir de determinada parte do corpo, como meio de auxiliar a estruturação psíquica da pessoa.

Anteriormente, *esta técnica era desenvolvida com mais profundidade, onde a pessoa era levada a regressões muito profundas (TO)*, mas por necessitar de acompanhamento por um tempo maior que o disponível pelo terapeuta, a técnica sofreu uma adaptação.

Eu não tinha o tempo necessário para fazer a pessoa sair dessa fase regressiva, então eu sentia que era um trabalho que tinha um certo risco, de eu não ter o tempo necessário para poder dar o respaldo que a pessoa precisava, depois de ter sido provocada e chegar a níveis tão profundos, e isso me assustou um pouco.

O ideal seria uma equipe, muito bem articulada, muito consciente do que está fazendo, e que tenha espaço para poder discutir e avaliar,

pensar e refletir sobre essa prática e poder chegar a um resultado (TO).

Outras atividades também são realizadas. Antes de iniciá-las, o profissional responsável consulta os presentes sobre o que gostariam de fazer. Durante o período de observação do pesquisador, foi possível presenciar as pessoas sentadas envolta de uma mesa, produzindo bijuterias, cada qual escolhendo o tipo de peça que desejava confeccionar, iniciando ou dando continuidade à tarefa que ficou inconclusa no dia anterior, enquanto que outras desenhavam e outras, ainda, ficavam ociosas.

O profissional estimula as pessoas a se ajudarem, a auxiliar aquela que não sabe fazer determinada peça ou que está encontrando dificuldade em confeccioná-la.

Além da finalidade terapêutica, esta atividade tem a pretensão de ser uma fonte de renda para pessoa, seja pela produção autônoma, independente, ou mesmo através da venda dos produtos, sendo que parte do arrecadado destina-se a reposição do material utilizado e parte é destinado às pessoas que confeccionaram as mercadorias.

A Oficina Terapêutica oferece ainda outras oportunidades, como por exemplo, o trabalho com argila. No entanto, durante o período em que foi realizada a observação, esta atividade não estava sendo oferecida, pelo fato de não haver sido renovado o contrato com profissional especializado na técnica, o que deixa visível a ausência de recursos para a realização de atividades consideradas necessárias à prática assistencial.

O atendimento psicológico, através da consulta individual ou terapia familiar, é outra atividade realizada, estando sob a responsabilidade do psicólogo.

... na realidade eu não procuro (...) se tem um código(...). Para mim, pessoalmente, não faz muita diferença. Eu me importo em ver como está a pessoa naquele momento, a condição que a pessoa está naquele momento comigo, que dizer, como ela está conseguindo se relacionar ou não. Então, a gente procura trabalhar justamente essa questão, procurando reabilitá-la para as tarefas do dia-a-dia, para poder tocar a sua vida, para poder ter condições e ficar mais fortalecida para enfrentar os desafios do cotidiano e até em pequenas coisas, por exemplo, sair de casa e visitar um vizinho (Psic.).

A citação, *na realidade eu não procuro (...) se tem um código*, se refere ao código de diagnóstico do paciente, aparentemente, é um contra-senso visto que o programa estudado é o de psicóticos, mas o depoimento tem o significado de informar que o atendimento não se guia pelos conhecimentos teóricos produzidos sobre a doença, como pode ser confirmado na “fala” abaixo transcrita:

Eu na verdade, pessoalmente, não procuro muito me sustentar nessas teorias. Pela minha formação, eu abri um leque. Pessoalmente não faz muita diferença se tem um código (Psic.).

Outra modalidade de assistência oferecida, através do Grupo de Auto-Ajuda, é coordenada pelo profissional enfermeiro.

Este grupo é constituído somente de pacientes e reúne-se semanalmente. Em geral, inicia com uma retrospectiva sobre a semana que passou na percepção de cada um.

As vezes eles colocam o assunto, outras vezes, quando a gente vê que eles não falam nada e se um está alterado, se começa a falar com ele: fulano, eu acho que tu estás diferente. Aí os outros também se tocam, percebem a situação e tentam ajudar. Cada um conhece a fundo o outro, sabe das intimidades e tudo (Enf.).

Os assuntos trazidos pelos participantes são diversos, sendo abordados temas, como: atividades realizadas durante a semana, efeitos da medicação, relacionamentos familiares incluindo relatos sobre o serviço, experiências emocionais, desejos e esperanças. É um espaço onde as emoções são liberadas, sendo comum o choro.

Percebe-se que a pessoa que recorre ao serviço pesquisado, tem a sua disposição um somatório de terapêuticas específicas derivadas do campo de formação e da competência de cada profissional. No conjunto das ações profissionais, parece que a ação denota uma maior preocupação com a terapêutica do que o é afirmado em discurso.

O “cuidar do ser”, é realizado de forma parcelar, cabendo a cada profissional a responsabilidade pela escolha e aplicação da técnica que julgar mais conveniente, embora esta escolha seja conversada previamente com os demais profissionais. Esta situação revela autonomia profissional que sugere um possível privilegiamento sobre o ser em estado psicótico, o que representa, de modo implícito, a focalização na doença e não no ser humano. Além disso, manifesta que o serviço ainda não assume claramente um paradigma, à medida em que dá liberdade aos profissionais para que sigam a sua própria linha terapêutica.

7.2 – A profissionalidade dos operadores.

Para Rotelli (1990), a capacidade de intervenção dos operadores, a profissionalidade, engloba e transforma a formação definida pelo título acadêmico e se dá principalmente através da inserção no trabalho cotidiano pela capacidade de escolher e combinar uma ampla gama de modalidades e recursos de intervenção.

A **profissionalidade** forma a segunda categoria de análise desta investigação e se divide em três subcategorias:

7.2.1 – formação;

7.2.2 – trabalho em equipe;

7.2.3 – auto-avaliação.

7.2.1 – A formação

Os operadores da experiência italiana ressaltam a importância da formação daqueles que se engajam nesta forma de assistir à pessoa acometida de transtorno mental e recomendam que ela permita a intervenção guiada pelos pressupostos da desinstitucionalização.

A formação acadêmica é acrescida o aprendizado no trabalho cotidiano que oferece a oportunidade,⁷ frente a necessidade de ocupar-se do paciente e não somente de sua doença, de desenvolver habilidades em campos que não o estritamente incluído na formação acadêmica.

A aquisição de novas competências⁸ passa a ser uma exigência.

Eu sou médico e não sei te dizer muito como é que eu fui ser médico, como é que eu acabei chegando aqui e fazendo medicina. A partir da medicina, em 1988, eu entrei em outras áreas, como a homeopatia, e mais ou menos na metade do curso, a partir de um estágio no Hospital Colônia Sant'Ana é que o meu interesse pela psiquiatria ficou maior.

Logo que eu terminei o curso eu faria um estágio que seria de um ou dois meses e acabei ficando um ano. Mais tarde fiz uma Pós-Graduação em Gerontologia (Méd.).

O despertar pela psiquiatria, segundo o depoimento deste profissional, aconteceu durante uma vivência na área, não sendo, *a priori*, consequência de uma decisão ao ingressar no curso, tanto que a disciplina de psiquiatria, não despertou muito interesse:

Para falar a verdade eu não me lembro como é que era a disciplina. Não foi num momento que eu estava interessado na psiquiatria. Eu acho que mesmo voltando e vendo o era dado naquele momento, não me acrescentava grande coisa (Méd.).

No depoimento seguinte observa-se, contudo, uma forte influência recebida já durante o Curso de Graduação:

Eu me formei em 1984. A minha vontade pela área começou quando eu fiz psiquiatria na Faculdade. Eu tinha uma professora que trabalhou na Pinel, no São Pedro, e aquilo que me encantava e, principalmente, quando ela deu aula de psicopatologia. Eu achava interessante a situação, o delírio e tal. Eu também fiz dois anos de Estudos Sociais e depois fiz História e, no momento, estou cursando o Mestrado em Enfermagem (Enf.).

A proximidade com a psiquiatria, durante o Curso de Graduação, de certa forma também é revelada nas seguintes afirmações:

A primeira formação acadêmica, em 1981, foi como terapeuta ocupacional e depois fiz uma formação num trabalho que articula as técnicas de fisioterapia com uma abordagem mais psicanalítica. Na atualidade estou cursando Psicologia (TO).

Eu me graduei aqui na Universidade Federal em 84. Fiz formação em Psicodrama e depois fiz a Formação em Terapia Familiar. Estou fazendo Mestrado em Educação e Cultura (Psic.).

⁸ Capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes, necessários para o desempenho das atividades inerentes ao exercício profissional (Resolução CNE/CEB nº 04/99).

Destaca-se que, no Brasil, as idéias que animam a reforma psiquiátrica italiana foram assimiladas por uma parcela minoritária de trabalhadores em saúde mental e intelectuais da área e, mesmo nos dias de hoje, encontra ainda forte resistência em profissionais deste setor. Nos encontros e debates sobre a reforma psiquiátrica, entretanto, é, constantemente, reivindicado ao sistema formador que modifique o enfoque do ensino da psiquiatria de maneira a oferecer uma formação que permita ao profissional praticar a assistência pautada pelos pressupostos da desinstitucionalização.

Na formação dos sujeitos da pesquisa, todas realizadas na década de oitenta, é possível afirmar que os conteúdos relativos à psiquiatria tiveram como foco a doença, a psicopatologia, como fica ressaltado na seguinte fala:

Eu tinha uma professora que trabalhou na Pinel, no São Pedro, e aquilo que me encantava e, principalmente, quando ela deu aula de psicopatologia. Eu achava interessante a situação, o delírio e tal (Enf.).

A profissionalidade expressa como a capacidade de “*aprender a aprender*”, de combinar uma ampla variedade de recursos de intervenção, encontra-se ancorada nas aquisições de habilidades oferecidas nas formas clássicas de formação, somadas as adquiridas no dia-a-dia do exercício assistencial.

Constata-se que cada profissional vem ampliado gradativamente seus conhecimentos através da realização de cursos. A busca por maior conhecimento deriva da necessidade sentida no enfrentamento das questões da prática assistencial, onde o domínio de outros conhecimentos se coloca como um imperativo.

... porque na época eu trabalhava na Colônia, então eu achava interessante (...) tinha uma aplicação clínica no hospital que me dava instrumentos, por que a gente tem bem pouco quando sai da graduação (...) e pegar uma Colônia Sant'Ana é um susto, aí há a necessidade (Psic.).

Pode-se afirmar que o encontro com a pessoa com transtorno mental, tem se apresentado aos sujeitos da pesquisa como um momento de questionamento sobre o saber e as técnicas adquiridas na formação básica, sua amplitude e aplicação frente às situações com as quais se deparam no cotidiano do exercício profissional. Disto decorre a constatação das suas limitações e insuficiências e a conseqüente necessidade de investimento para o domínio de outras técnicas e saberes que os possibilite o alargamento da compreensão de determinado evento.

.... porque tu entende mais o porque daquelas coisas (...) entende mais o social. Para mim foi uma coisa que abriu, tanto que agora no Mestrado eu quis fazer junto com a História (Enf.).

A necessidade de outros saberes e não somente os relacionados, estritamente, a psiquiatria, tem se evidenciado na trajetória até aqui realizada pelos sujeitos da pesquisa.

Isto se coaduna, pelo menos em parte, com os pressupostos descritos por Rotelli (1990, p. 45-46). Para este, “além da base profissional definida pelo título acadêmico, a formação também é estritamente ancorada no trabalho operativo nos centros. Às vezes são organizados seminários específicos sobre temas específicos, por exemplo, sobre medicação. A formação se dá principalmente através da inserção dos operadores no trabalho cotidiano”.

O cotidiano tem sido um elemento indutor à aquisição de conhecimentos mais abrangentes, o que mostra coerência com a preocupação manifestada pelos sujeitos da pesquisa em oferecer uma assistência que possibilite a pessoa acometida de transtorno mental ter uma vida, *não digo feliz, que é um conceito tão abstrato, mas mais organizada para poder adquirir mais satisfação com a própria vida* (TO). Para tanto, os profissionais sujeitos desta investigação, buscam outros saberes que possibilite tal empreendimento. Por outro lado, estes conhecimentos, salvo alguma exceção, tem se restringido ao campo de formação do profissional que, no dizer de Rotelli (1990, p. 45), são “as competências técnicas especialistas e codificadas”, isto é, os saberes produzidos por uma área específica do conhecimento, cujo manejo de técnicas derivadas constitui-se prerrogativa legal daquele profissional.

Na ótica da desinstitucionalização, a formação vai além das competências técnicas especialistas e codificadas, “invadindo” outros campos. Pela necessidade decorrente do novo olhar lançado sobre a pessoa, agora não mais doente mental ou qualquer um dos derivativos utilizados para designá-lo, mas pessoa que vive e sofre, portanto, a periculosidade e a doença não são mais o foco da atenção, mas a existência-sofrimento das pessoas e sua relação com o corpo social (Rotelli, 1990, p. 30), as competências necessárias são aquelas que possibilitam assumir a totalidade da demanda da pessoa como uma totalidade indivisível, suas necessidades e possibilidades concretas e complexas, por isso mesmo, “a relação terapêutica tende a ocupar-se de questões afetivas, econômicas, jurídicas, relacionais, estatutárias, da família, do trabalho, e outras, sem cindir estas questões, sem confiá-las a especialidades separadas”. (Rotelli, 1990, p. 46)

Isto não significa o descarte puro e simples dos saberes codificados, mas a compreensão de que estes levam a um parcelamento da assistência e da pessoa,

provocando uma separação artificial na existência-sofrimento, principalmente quando empregados de forma compartimentalizada.

As terapias - médica, psicológica, social, etc. - são utilizadas e consideradas como momentos também importantes, mas compreendidos como redutivos e parciais, sobretudo se isolados e codificados.

7.2.2 – Trabalho em equipe

Na medida em que a relação terapêutica se desenvolve num amplo campo cujas ações transitam das *terapias pontuais*⁹ ao cuidado, do ocupar-se aqui e agora da pessoa que sofre, o papel da equipe se expressa menos pelas reuniões periódicas e mais no costume de fazer junto e na cooperação e confronto entre todos os operadores do serviço.

O trabalho é privilegiar o trabalho em equipe, e esse trabalho eu não sei o nome que se dá, é inter ou multidisciplinar ou alguma coisa assim, é justamente o que eu acho. A prática é a seguinte: é discutir com os mais variados profissionais, dentro do olhar de cada profissional, de acordo com a sua formação, a história do paciente (Méd.).

... dou a minha opinião, eu falo o que eu penso, eu falo como eu acho que deve ser. Eu respeito as opiniões dos meus colegas mesmo que sejam diferentes mas eu me sinto muito bem. Para mim é muito tranquilo, isso eu me refiro a equipe, ao programa de psicótico, por exemplo, tem um caso que chegou e eu fiquei com dúvidas, Eu estou com dúvidas, o que tu pensas, faz uma avaliação também, vamos ver o que a gente acha.

⁹ Neste trabalho, terapia pontual se refere às terapias empregadas num determinado momento, como forma de fazer frente a uma situação emergencial. Refere-se às terapias que atendem aos sintomas.

(...) olha, eu estou achando que esse paciente está dormindo demais, dá uma avaliada e vê o que tu acha, se precisa mudar a medicação; esse tipo de coisa é como faço (Psic.).

Eu hoje em dia me sinto bem aqui, porque são pessoas abertas e que eu posso falar o que eu penso, posso discutir, posso discordar, a gente tem essa abertura para poder discutir e fazer o trabalho junto. Para a gente utilizar isso tão bem eu vou colocar a ressalva que eu só acredito ser possível se for em equipe. A situação ideal seria uma equipe, muito bem articulada, muito bem consciente do que está fazendo, e que tenha espaço, com frequência, não muito espaçada, para poder discutir e avaliar, pensar e refletir sobre essa prática, e poder chegar a um resultado (TO).

Eu acho que tem que ter reunião e tudo, mas eu não sei porque, aqui não é assim. É no corredor, na cozinha e aí vai trocando (...) então as trocas são muitas. E ocorre entre todos os profissionais, enfermeira, psicólogo, médico (Enf.).

Estas trocas, ou seja, a discussão sobre determinada situação, como cada um entende, é feita de maneira informal. Ocorre, geralmente, na sala do cafezinho, local de encontros rotineiros onde os comentários são feitos, e onde os profissionais refletem sobre a realidade do trabalho e seus achados.

Há troca de opiniões, de como cada um entende determinada situação, geralmente aquelas mais problemáticas no sentido de estarem demandando uma ação mais eficaz, isto é, aquelas que o serviço ou o profissional, com sua intervenção não tem conseguido uma mudança na situação apresentada pelo paciente, e qual a intervenção recomendada, sendo que esta recai sempre sobre as modalidades disponíveis no serviço.

Outro aspecto é quanto as relações com outros serviços que prestam assistência à pessoa com transtorno mental, pois é reconhecido pelos diversos profissionais, a necessidade relacional da clientela. Entretanto, o serviço em foco, desenvolve suas ações num quase total isolamento dos demais serviços, não havendo troca ou discussão sobre a assistência prestada. Neste serviço, no

programa de psicóticos, os pacientes geralmente vêm encaminhados de hospitais psiquiátricos, havendo pouco ou nenhuma demanda espontânea.

O hospital psiquiátrico encaminha o paciente para este serviço, para que este continue o tratamento de nível extra-hospitalar, sem, no entanto, haver um canal de informação entre os dois serviços, que possibilite que a continuidade do tratamento o seja de fato. Assim, na prática se demonstra que, embora o “ideal paradigmático” seja o de relacionar-se em sociedade, porque a pessoa com transtorno mental não é encarcerada nos limites de uma instituição, as diferentes instituições se encerram em si mesmo, sem possibilitar uma interatividade e troca de informações que, por certo, favoreceriam os “avanços do conhecimento” no que se refere à assistência psiquiátrica ou a aproximação com novos paradigmas.

... porque ela vem normalmente com um encaminhamento formal do hospital psiquiátrico, ela vem com o CID e esse é o canal de acesso ao nosso serviço (Psic.).

Nós recebemos um encaminhamento com uma história de quatro ou cinco linhas: internado desde o dia tal, com tal medicação (...) tu não sabe como ele chegou. Deveria ter um relato da família e tudo o mais, ele chegou aqui, foi feito isso aqui dentro e saiu assim, com essa medicação por causa disso (Méd.).

A reinternação do paciente que está em tratamento no serviço também ocorre sem que haja uma comunicação entre o hospital psiquiátrico e o serviço em questão. Não raro, o serviço ficar sabendo de que o paciente reinternou quando este retorna, demonstrando a total inexistência de comunicação. Por outro lado, a crítica que o profissional apresenta, de modo implícito, ao isolamento do serviço, denota a preocupação com a assistência à pessoa “psicótica”, pois o acompanhamento deveria se dar em qualquer circunstância de vida social do ser.

7.2.3 – Auto-avaliação

A profissionalidade de cada operador em particular, não é avaliada separadamente mas no interior do trabalho operativo da equipe e refere-se sobretudo à capacidade de autotransformação e aprendizagem da equipe e de cada operador.

... se a gente não está bem, se não está rendendo, se está havendo algum problema com algum membro da equipe, a gente conversa, a gente tenta ver, tenta dar espaço... (Psic.).

Para a gente utilizar isso tão bem eu vou colocar a ressalva que eu só acredito ser possível se for uma equipe. A situação ideal seria de uma equipe muito bem articulada, muito bem consciente do que está fazendo, que tenha espaço com frequência não muito espaçada para poder discutir e avaliar, pensar e refletir sobre essa prática e poder chegar a um resultado (TO).

... eu avalio muito o meu serviço e o meu resultado, se o paciente veio, ele veio ruim hoje, daí ele vem aqui duas, três semanas, um mês, daí ele diz, ó, eu não me internei... (Enf).

A auto-avaliação, no serviço pesquisado, não se desenvolve no transcurso, no interior do trabalho e de forma particular, ficando restrita, ou melhor, sendo algo de foro íntimo, dentro do domínio de cada profissional. A auto-avaliação não enfoca a capacidade que cada profissional individualmente desenvolve, a ampliação e diversificação de suas habilidades, da capacidade de tratar de questões que primariamente não estão enquadradas na especificidade técnica de sua formação acadêmica.

Mas, a necessidade de uma avaliação do serviço é sentida de forma diferente pelos profissionais.

... não, não sinto... (Psic.).

Não, isso é uma grande falha do serviço. E é por pura falta de possibilidades, de tempo e desse tipo de coisa, mas há demanda de perceber que esta necessidade existe. E isso aí só com um trabalho que possa avaliar qualitativamente. Quantitativamente a gente até tem como avaliar, com estatísticas e esses tipos de coisas (Méd.).

O fato da instituição não contar com um sistema de avaliação, por si só, sugere várias interpretações dentre as quais destacamos: a de que o serviço represente somente uma estratégia para apaziguar as críticas ao modelo hospitalocêntrico, ao mesmo tempo, se coaduna com o conteúdo das Portarias Oficiais que determinam mudanças na assistência, visando a redução do tempo e do número de internações através de uma triagem mais rigorosa e da observância do tempo de internação e a continuidade do tratamento em regime extra-hospitalar. Esta estratégia também responde a necessidade de redução dos custos face ao modelo econômico vigente que, por princípio, visa a redução dos gastos do Estado.

Outra interpretação possível é a de que este serviço seja secundário, não sendo objeto de preocupações maiores, sendo também possível que represente somente uma cultura expressa na atitude de considerar adequado a simples existência e funcionamento do serviço.

A existência de um ambulatório, criado em determinada circunstância político-administrativa, não significa que ele em sua trajetória histórica cumpra com a finalidade e a concepção organizacional ou mesmo a justificativa que lhe deu origem. Assim, a inexistência de um modelo de auto-avaliação no contexto de uma avaliação global da instituição também sugere a fragilidade de sua

existência concreta enquanto recurso que tem um compromisso ético com a população.

7.3 – Liberação da necessidade de internação

Uma vez que as antigas estruturas de internação são substituídas por uma variedade de serviços e espaços de intervenção, libera a necessidade de internação, na medida em que respondem pela totalidade das necessidades de saúde mental de uma determinada população.

A **liberação da necessidade de internação** forma a terceira categoria de análise, subdividindo-se em uma subcategoria:

7.3.1 - Centros de Saúde Mental

Na ótica da desinstitucionalização, os Centros de Saúde Mental passam a ser o eixo da assistência à saúde mental, coordenando todas as atividades.

Substituindo o hospital psiquiátrico, passam a ter o encargo de responder por toda a demanda de uma determinada área geográfica, responsabilizando-se pela pessoa sem descarregá-la em outros serviços.

A percepção da não internação e a conseqüente desativação do hospital psiquiátrico como decorrência da mudança na compreensão da maneira de assistir o paciente é assim expressa pelos sujeitos da pesquisa:

A função do Hospital Psiquiátrico é contenção de crises, quando todos os recursos extra-hospitalares falharem; nas reincidências. Acho que a função do hospital deve ser a menos danosa possível, no sentido de o menor número de internações possíveis e principalmente

o menor número de dias possíveis. Eu vejo o hospital como um momento de crise, e o ideal é que em primeira instância, antes do hospital, tenha uma emergência para a gente poder trabalhar. Isso é mais importante que o hospital, e aí quer dizer que não diminui a importância do hospital, mas é muito importante a emergência, porque alguns pacientes, você trata deles ao longo de um, dois ou três anos, e tu sabe que, mesmo quando ele entra em crise, mesmo colocando em risco os familiares ou ele próprio, principalmente, às vezes 48 horas ou com processo de neuroleptização rápida, ou coisa assim, você consegue tirar esse paciente do surto em 48 horas, e não tem que ter uma internação, nem de sete dias. Eu acho que o ideal é que não existisse hospital psiquiátrico (Méd.).

É, a questão eu acho que é porque nós trabalhamos muito em cima da não internação, assim, quanto mais o paciente pode ficar em casa, passar os surtos e tal e tal (Enf.).

O serviço, local do presente estudo, mais especificamente o Programa de Psicóticos, presta assistência àquelas pessoas diagnosticadas como psicóticas, oriundas de internação em hospitais psiquiátricos, portanto, são pessoas que, no momento de crise, foram encaminhadas para internação, demonstrando que o hospital psiquiátrico não se apresenta somente como um recurso, quando serviços extra-hospitalares se mostraram insuficientes para prestar o atendimento necessário.

Destaca-se aqui a abrangência do serviço pesquisado, que representa a única referência para os municípios que compõem a Grande Florianópolis e que recebe de municípios desta região as pessoas que, internadas em hospitais psiquiátricos e necessitando de continuidade de tratamento, quando da alta hospitalar. Nestas situações, a internação pode estar denunciando a inexistência de serviços alternativos nestes locais, onde o poder público não se responsabiliza por esta assistência, ou mesmo uma “cultura” da internação, expressa no entendimento de que “louco” só pode ser tratado no hospício.

O reconhecimento da necessidade do hospital psiquiátrico é expressa como um recurso necessário, embora reconheça, sem explicitar, os danos que uma internação causam a pessoa, principalmente, os relativos ao tempo de internação. Estaríamos frente a uma postura de rechaço ao que representa o hospital psiquiátrico tradicional?

Idealmente, se reconhece a não necessidade deste, condicionado à existência de serviços, de tal forma estruturados, que os substituam. A construção de serviços alternativos ao modelo clássico de assistência psiquiátrica é um dos pressupostos da desinstitucionalização. No entanto, o cerne da questão é o paradigma que anima a assistência, isto é, como é concebido o outro, o usuário do serviço. A desinstitucionalização, a negação da instituição é bem mais que o desmantelamento do manicômio, é a desmontagem da causalidade linear, da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura. É um “desocupar-se” da doença e “ocupar-se” do indivíduo, na sua existência complexa e concreta.

Dentro de nossa realidade, eu penso que teria de ter perto, junto, atrelado ao hospital um serviço ambulatorial e, em última instância, leitos hospitalares (Méd).

Às vezes, têm pessoas que precisam. As alas psiquiátricas em hospitais gerais podem dar esta condição (Psic).

A internação é identificada como um recurso a ser utilizado, *quando todos os recursos extra-hospitalares falharem, nas reincidências (Méd.)*, podendo ser em hospital geral ou psiquiátrico.

Foi observado que, apesar de reconhecer como um recurso que pode ser buscado, a internação de um paciente que está freqüentando o serviço, é experienciada pela equipe como uma “derrota”, gerando comentários que demonstram tristeza, frustração, podendo estar indicando o limite da equipe. No entanto, não foi observada a realização de avaliação, que indicasse um propósito de superação, de busca de outros recursos, de invenção de outros modos de cuidar.

Poderíamos pensar que a concepção, que está permeando a idéia da necessidade da internação numa estrutura hospitalar, é a de que estes são serviços mais qualificados, com maiores recursos técnicos, ativados na prestação de assistência que demandem um cuidado mais intensivo.

As pessoas, com intenso sofrimento, precisam da intensificação de cuidados, geralmente utilizando-se de tecnologias sofisticadas, por exemplo, uma Unidade de Terapia Intensiva. A pergunta que se coloca é: quais são os recursos que a unidade hospitalar ativa, que não possam ser ativados num serviço extra-hospitalar, quando da internação de um paciente psiquiátrico?

A possibilidade do serviço assumir a totalidade da assistência, funcionando vinte e quatro horas, desperta pontos de vista antagônicos.

Numa época, foi proposto que a gente funcionasse 24 horas. Ver essas internações, dar conta de não internar na ilha de Florianópolis, virar um centro nas 24 horas. Sempre tive o sonho de levar adiante, tanto é que tem dois quartos com leitos, com posto de Enfermagem para manter isso. Mas aí quando eu coloco isso nas discussões da equipe, as pessoas falam: não, mas isso aqui é uma policlínica, é sete horas e nunca vai poder ser diferente. Tem sempre algo negativo, que barra e controla, quando eu tento colocar um pouco de gás, para a gente ir à frente, mas acho que também não dá para trabalhar radicalmente (TO).

Eu não acho muito válido, por que acho que vai criar um outro recurso hospitalar. Um Hospital Dia é outra coisa. O serviço vinte e quatro horas eu não vejo sentido, a menos que tenha todos os recursos hospitalares (...) com emergência, com leitos de curta permanência para momentos de crise. Mas aí seria então o céu (Méd).

Um local para acolher o paciente, ou o esforço para que o mesmo não seja internado também é motivo de preocupação.

Eu acho que tem que ter um local em que os paciente pudessem ficar, e dar um tempo para a família. Que tem família que já não atura mais o paciente, não suporta, e eu acho que, na realidade, não tem que ficar suportando por suportar (Enf.).

Este depoimento evidencia que o olhar vai além do paciente, alcançando a família. Isto representa que o olhar é multidirecional, que a família também deve ser cuidada, que os seus sofrimentos também são da alçada do serviço.

Os entendimentos manifestados pelos sujeitos da pesquisa denotam que a questão internação se mostra como algo problemático, repercutindo na organização que o serviço poderia assumir.

Durante o período de observação, os profissionais conversaram sobre reformulações e ampliação do serviço, pretendendo ora torná-lo um centro de formação de recursos humanos, ora transformá-lo em um método assistencial claramente definido, contudo, não apontavam para os postulados da desinstitucionalização.

Portanto, é possível que os profissionais tenham descoberto, na prática, a partir da observação empírica que, não basta contar com um Hospital Psiquiátrico, para que a questão dos transtornos mentais conquiste resolutividade. Assim, de modo empírico, compreendem as afirmativas de

Rotelli (1990, p. 30), de que, é necessário “abandonar a doença”, e tratar da pessoa, ou seja, o cuidado é muito mais que o diagnosticar e intervir sobre dada patologia.

Pode-se destacar, como exemplo, a fala de uma pessoa matriculada no CAPS e mencionada por um dos profissionais:

Tanto é que teve uma paciente, de Home Care, que a rua toda fez um movimento, não queria mais ela aqui e ela não foi internada. Só tomou a injeção lá, e tanto é que ela falou no grupo: eu movimentei minha rua, mas eu não fui internada. Então a gente vê que não é mais assim a internação (Enf.).

O esforço realizado pelos profissionais do serviço, para que as internações não ocorram, pode ser compreendido como uma ação prática que denota uma aproximação com os princípios da desinstitucionalização. No entanto, a possibilidade do serviço assumir a totalidade da assistência, não repassando a outros serviços partes da mesma, expandindo suas ações, apresenta compreensões antagônicas, evidenciando a ausência de uma diretriz claramente enunciada, que indique o caminho a ser percorrido.

Na raiz dessa questão, além das concepções díspares dos profissionais, encontramos a questão relativa à própria existência do serviço. No processo de municipalização das ações de saúde, gradativamente os municípios assumem a gestão dos serviços, sendo que, o serviço pesquisado é administrado pelo Estado, e atende a região da Grande Florianópolis. Isto acarreta indefinição quanto ao seu futuro. Nas falas dos sujeitos da pesquisa, é presente a preocupação quanto às características que o serviço deva adotar; se transformar num centro de formação de recursos humanos? Num modelo que possa ser fonte de orientação para a criação de modalidades assistenciais nos municípios?

7.4 – Transformação das relações de poder

Visa, sobretudo, a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Este postulado forma a quarta categoria de análise desta pesquisa, subdividindo-se em duas subcategorias:

7.4.1 – restituir o direito da palavra;

7.4.2 – reativar uma base de rendimento para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

7.4.1 – Restituição do direito da palavra

Segundo Gauderer (1993, p. 11-12),

“... A informação é a base da autonomia, da independência, do conhecimento e da cultura. As informações amadurecidas pela vivência e pela experiência nos permitem transcender a liberdade, proporcionando-nos um estado de interdependência com as pessoas e o mundo à nossa volta, relação esta de real igualdade, autonomia e liberdade, e conseqüentemente de prazer”.

Dentre as críticas formuladas à psiquiatria clássica, uma diz respeito ao silêncio imposto ao doente mental, decorrente da própria concepção da doença, onde as demandas do paciente são concebidas como expressão da doença, e não dos seus desejos. Toda e qualquer expressão está contaminada, carregando menos uma vontade da pessoa, e mais a expressão de sintoma da sua doença, somente obtendo crédito, na justa medida em que a instituição o conceda, que em última instância, é definido pelo paradigma que orienta e informa a vida na instituição.

Na ótica da desinstitucionalização, a palavra passa a ser concebida como um direito, sendo estimulada a sua expressão, e reconhecida como uma capacidade e um direito. Aqui se faz uma ressalva, qual seja, a valorização da palavra não segue a lógica da escuta terapêutica, portanto, o uso de uma técnica, uma forma de tratamento. Estimular a pessoa a se expressar, faz referência ao reconhecimento de um direito.

Eu acho que em primeiro lugar, na psiquiatria tem que saber ouvir. Acho que é o ponto fundamental. Normalmente, os pacientes que vêm para ti, eles não estão acostumados que as pessoas ouçam (...), tu vai saber ouvir o paciente, dentro de um conhecimento pré-estabelecido, um conhecimento mínimo de, complementando o que eu falei antes, de patologias, de diretrizes diagnósticas (Méd.).

Neste enfoque, a fala do paciente é mais um meio de acesso à doença, de entender o seu sofrimento, à luz de um quadro nosológico, *de um conhecimento pré-estabelecido*, e menos como uma atitude de reconhecimento do outro. Nessa forma de ouvir, o paciente é circunscrito a um conhecimento pré-determinado, no qual o sofrimento, as dificuldades de uma vida passam a ser reduzidas a sintomas de uma doença, “apagando” a sua biografia, substituindo o estatuto de sujeito pelo de doente.

É preciso reconhecer, no outro, o direito de expressar sua angústia, sua forma de perceber e interpretar uma realidade, uma vivência, e nela um sujeito com uma biografia, com uma história de vida, na qual os eventos são vividos e interpretados dentro do seu universo, com seus valores e sentido. Portanto, ouvir a pessoa pode ter o significado de manifestar interesse por ela, pela sua vida, com o propósito de, conhecendo-a ou tendo informações sobre ela, poder oferecer o cuidado. Ouvir é, então, um componente do cuidado, imprescindível quando se deseja estabelecer uma relação ética, para quem cuida e para quem é cuidado.

Costa (1996, p. 27-36), referindo-se à ética da ação social afirma:

“sujeitos e agente definem-se sobretudo não como um ou outro sendo despossuído de razão ou vontade, mas como os dois tentando refazer a ordem geral ou a vontade geral. Sujeito e agente da assistência definem-se como pares, normalmente como cidadãos, e há sobretudo a vontade de renovar o instituído, de abrir espaços para a ação e integração que não as previstas pelo *status quo*. Idealmente eles são definidos como iguais. A ênfase no estatuto de cidadão é prioritária. O ideal de assistência, neste caso, quase que faz equivaler virtudes políticas a virtudes terapêuticas”.

7.4.2 – Reativação de uma base de rendimento para a pessoa poder ter acesso aos intercâmbios sociais

“... o trabalho era instituinte de bons costumes, não sendo mais possível encarar este sem aquele e, por isso mesmo, as instituições recém-criadas, o asilo e as prisões, com caráter de recuperação social, se identificavam num nível profundo, realizando a prática da ética da Sociedade Industrial que era o trabalho” (BIRMAN, 1978, p. 419).

Na ótica da desinstitucionalização, pretende-se construir meios, através dos quais o sujeito adquira condições para participar das trocas sociais. Um processo de emancipação. Criar as condições para que o sujeito tenha uma base de rendimentos é inerente ao ato de cuidar.

São situações muito difíceis (...) a questão do paciente desprovido de tudo, a gente não tem nada o que oferecer, em termos de recursos sociais. Eu acho que uma estrutura social, que pudesse amparar mais essas pessoas, facilitaria mais, para a gente poder desenvolver o trabalho técnico, pois o trabalho técnico fica limitado e, muitas vezes, porque o paciente está desnutrido. Ele não está precisando de neuroléptico. Naquela hora, ele está precisando, mas ele tem outras necessidades (Psic.).

... eu acho que a partir do momento que estivesse funcionando [faz referência à ampliação da Terapia Ocupacional], agente poderia treinar esses pacientes para realizarem alguma atividade ... Tem o projeto do Supermercado Angeloni, que hoje emprega deficientes mentais e idosos. (...) este tipo de intercâmbio com as empresas, parcerias para agente socializar, e não só na teoria ou só no buscar que o paciente refaça as relações (Méd.).

A compreensão dada à questão, faz emergir a condição sócio-econômica de alguns usuários do serviço, e as implicações na assistência. A pobreza é percebida como um entrave ao trabalho técnico, ao mesmo tempo, a assistência requerida pelo usuário do serviço não é uma assistência “técnica”, pois a necessidade é de outra ordem, é política. Num outro sentido, o serviço se incumbiria do treinamento da pessoa para que ela pudesse realizar algum trabalho, viesse a ocupar um posto de trabalho.

Esta forma de perceber a questão fica reduzida a preparar o paciente para que ele desempenhe uma atividade, ou que a tarefa de auxiliar às pessoas desprovidas de tudo, é de outras instituições.

Reativar uma base de rendimentos não se reduz a um posto de trabalho,

“não se configura, portanto, em ‘dar um lugar de trabalho’ ao louco, ao ex-interno do hospital psiquiátrico. Implica um conjunto de articulações, ativação de recursos e potencialidades, dos sujeitos e dos espaços, de construção de poder contratual, de agenciamento para novos trabalhos para novas relações de trabalho (...) As estratégias dizem respeito a possibilidades de construção de um tecido de trocas sociais, no qual o trabalho se insere; diferente da proposta de habilitação em si para o trabalho, que mesmo fora das instituições fechadas podem manter inalterada a relação de validação/invalidação do sujeito”(NICÁCIO, 1994, p. 119).

Gauderer (1993, p. 13) acrescenta que "... Hoje, felizmente, a magia deu lugar à ciência, a paciência deu lugar a participação ativa, responsável e consciente do indivíduo na administração de sua doença, do seu mal e de sua aflição, seja ela física, emocional ou psicossomática".

Assim, se faz o cuidado, seja às pessoas com transtorno mental que, neste caso, são diagnosticadas como psicóticas, ou à sociedade que, por sua normatividade, pode contribuir para que a vida seja cuidada como essência, que dão sentido à expressão das práticas sociais como as da Enfermagem.

A mudança do objeto, não mais a doença, mas a existência-sofrimento, implica em mudanças profundas, tanto na forma de conceber a assistência, como na organização dos serviços e, como consequência, a gestão dos recursos. Os recursos antes utilizados para a manutenção das antigas estruturas, passam a ser carreados para ofertar serviços diretos às pessoas. Isso implica na mobilidade da assistência, que vai na busca das pessoas; individualização do serviço, através da adaptação dos recursos disponíveis às exigências do usuário individualmente; aumento dos recursos geridos pelo próprio paciente, na forma de subsídios; uso produtivo dos recursos, com investimento crescente para financiar o trabalho dos pacientes, através de bolsas de trabalho ou contribuição a cooperativas (Rotelli, 1990, p. 43).

7.5 – A gestão dos recursos públicos

Da análise dos dados, emergiram situações que evidenciam a carência de recursos para a gestão do serviço, constituindo-se a quinta categoria de análise.

Eu não tinha o tempo necessário para fazer a pessoa sair dessa fase regressiva (TO).

O ideal é que tivéssemos condições de fazer visitas domiciliares para entender melhor a realidade desse paciente em vários momentos (Méd).

Terrível. Terrível porque muitas vezes o trabalho fica pela metade (Méd.), afirma um dos entrevistados, referindo-se a não disponibilidade de medicação no serviço, agravado pelo fato de que a medicação é componente central do atendimento, despertando nos profissionais, frustração pela tarefa inacabada, e preocupação quanto à possibilidade do paciente não conseguir a medicação prescrita.

Esta situação atinge a todos, usuários e profissionais, sintetizada na fala do Auxiliar Administrativo:

Eu acho que a Direção deveria lutar, com o Secretário de Estado da Saúde, ou agora, com a Prefeitura, para ter a medicação dos pacientes, porque eu vejo, os profissionais quando atendem, eles têm muita dificuldade, porque não podem fazer nada além daquilo. Eles não conseguem medicação, o paciente entra em surto de novo e volta lá para Colônia. O paciente tem dificuldade, e aí tem essa coisa agora de Prefeitura, porque quem mora em Biguaçu, não pode pegar aqui (...), e também não é uma medicação, às vezes toma três, quatro medicações, isso pesa para a família. Isso eu acho errado. Ele, provavelmente, não toma a medicação, não consegue nem comer, não tem roupa para vestir, então ele não consegue... (A A).

A gestão dos recursos repercute também nas atividades da Terapia Ocupacional, onde tarefas deixam de ser realizadas pela não contratação de um profissional que auxilie, por exemplo, o trabalho com argila, restringindo as possibilidades de diversificação das atividades, restando poucas opções, favorecendo a desmotivação do usuário e do profissional.

A inexistência de um programa de capacitação dos profissionais faz com que estes a realizem por iniciativa própria, e com dispêndio dos próprios recursos financeiros. Esta situação concorre para a desmotivação, como evidencia a seguinte fala:

Isso desestimula muito, isso deixa a gente muito (...) As minhas duas formações foram em institutos particulares. Todas as duas pagas por mim, e eu não tive ajuda de um centavo. Em congresso eu já apresentei trabalho, e tudo pago por mim (Psic.).

Fica evidenciado que o aporte de recursos está muito aquém daquilo que os próprios profissionais percebem como sendo o mínimo necessário. Fica mais evidente ainda, quando se constata que, desde o mês de dezembro de 2000, não ocorreu o preenchimento da vaga aberta pela saída do Assistente Social.

As evidências indicam que este tipo de serviço, ainda não é expressão de uma política para o setor da assistência psiquiátrica, na região da Grande Florianópolis, onde estão localizados dois hospitais psiquiátricos; um público e outro, privado. O Instituto de Psiquiatria, antigo Hospital Colônia Sant'Ana, estatal, que se constituiu ao longo de sua história numa referência, e se mantém numa posição não secundária na assistência psiquiátrica da região.

Na Itália, a reforma psiquiátrica nasce do desmonte do manicômio e os recursos antes a ele destinados são utilizados para construção de uma rede de oferta de serviços diretos às pessoas, de tal forma que o cuidado se harmonize com as necessidades requeridas pelo paciente, individualmente.

Uma vez que a assistência deixa de ter como preocupação central a doença, passando a ser a existência-sofrimento, e o cuidar da pessoa requer outras habilidades e conhecimentos como, por exemplo, a preocupação em propiciar

uma base de rendimento, de encontrar meios para que o paciente tenha uma fonte de renda que lhe possibilite participar das trocas sociais.

Diferente da reforma italiana e da experiência da Cidade de Santos, no Estado de São Paulo, a criação do serviço extra-hospitalar, em Florianópolis, não parte do desmonte do hospital, para remontar a assistência orientada pelos pressupostos da desinstitucionalização.

Embora tenha, na sua concepção, a influência dos postulados da reforma italiana, este serviço nasce com a preocupação central: “o que fazer com aqueles que nunca tiveram morando dentro de um hospital psiquiátrico. A idéia era um anteparo à internação” (Serrano, 2001), uma contraposição ao hospital.

Voltado para a não internação, o que poderia ser entendido como uma prática mais próxima da desospitalização, este caminho pode ser compreendido como uma estratégia de transformação progressiva dos serviços, podendo ter como horizonte, a desinstitucionalização da assistência ao doente mental, tarefa que não se restringe aos profissionais da área, sendo necessário o envolvimento de outros atores sociais, da sociedade como um todo, pois o que está em jogo é a definição de um lugar para o “louco” na sociedade que não seja a exclusão e a tutela, ou seja, “... ‘louco’, mas louco cidadão” (Nicácio, 1989, p.66).

Permanecendo o hospital numa posição não secundária, recurso que os profissionais do serviço pesquisado utilizam, quando percebem não dispor de meios terapêuticos para assistir o paciente, faz com que o aporte de recursos ao serviço seja de menor monta, tornando-se um círculo vicioso. O que dizer, então, da destinação de recursos financeiros à formação de cooperativas ou diretamente ao paciente?

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo conhecido como reforma psiquiátrica ultrapassa em muito a mera proposição de reorganização e criação de novos dos serviços, reformas físicas ou a utilização de técnicas terapêuticas de última geração. Não se conforma somente ao desmanche do aparato e da cultura manicomial ainda hegemônica, mas implica na reconstrução da assistência à pessoa com transtorno mental que, em nome de um direito, o de ser assistido, lhe tolhe os demais direitos; de encontrar um lugar para ela que não seja a exclusão, a coersão, o descredenciamento e a conseqüente tutela para os atos da vida civil, um lugar na sociedade, como cidadão doente, mas cidadão. Isto implica em produzir não uma resposta, uma nova norma, mas um novo problema.

Na realidade brasileira, a partir da década de oitenta, do século XX, fruto das lutas sociais pela redemocratização do país, das Conferências de Saúde, a assistência prestada a pessoas com transtornos mentais, vem sendo foco de críticas, debates, portarias, leis e outros documentos oficiais, intercâmbios com outros países, produção de textos e criação de serviços alternativos ao modelo hospitalocêntrico.

Nos debates, nas reivindicações e textos sobre o tema, vão sendo concebidos os pressupostos de uma nova maneira de fazer assistência psiquiátrica. Uma das fontes que contribui e influencia, de maneira marcante, a trajetória do movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, é a experiência italiana, com sua proposta de desinstitucionalização da *loucura*. Esta idéia foi assimilada por contingente expressivo de participantes do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, subsidiando, por sua vez, as deliberações

emanadas das Conferências de Saúde Mental e as diretrizes das políticas oficiais.

Mas, como ressalta Gauderer (1993, p. 17), "... a democracia não nasce pronta. Relações democráticas necessitam de muito amadurecimento, muito aprendizado, muita discussão, muita reflexão e, sobretudo, de muito questionamento ...".

A transformação da assistência psiquiátrica passa a ser fruto do trabalho de desconstruir o que está em vigor e de reconstruir com outra lógica, outra forma de assistir, sintetizada na concepção do cuidado. Reconstrução que nunca está acabada pois, o construído, passa a ser objeto de reconstrução. A desconstrução/reconstrução aponta para a concatenação de novas possibilidades e conquistas. Portanto, algo não dado, uma interrogação substituindo uma regra a ser seguida, uma "invenção" a cada situação; de fazer diferente do que foi feito porque diferente é a pessoa que cuida e que é cuidada, em cada minuto de vida e em cada lugar em que o cuidado é realizado.

Os serviços construídos a partir da desconstrução do manicômio, do olhar que só encontra a doença, das relações institucionalizadas e das regras, códigos e saberes que as determinam, passam a ter outras exigências, outros saberes e fazeres que implicam em reconstruir o objeto da assistência, agora não mais a doença, agora voltada para existência-sofrimento.

Nesta lógica, a relação com um objeto tão diferente daquele dos serviços dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica

"coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e por isto tem múltiplas valências terapêuticas: garantia de direito de asilo, hospitalidade diurna e noturna, espaço de convivência, atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psico-social, de agenciar espaços de transformação cultural. (...) Em outras palavras, tem uma prática terapêutica que, criticando permanentemente formas de objetivação

simples e lineares, tende a se configurar como gestão complexa dos problemas” (Nicácio, 1994, p. 91),

tarefa para a qual não se dispõe de um modelo que possa guiar as ações, pois esse novo objeto, a existência-sofrimento não se deixa aprender por fórmulas pré-concebidas.

Esta concepção implica no atendimento das demandas desse novo objeto, sem a possibilidade de descarregar em outros serviços, portanto, o cuidado que prescinda do hospital psiquiátrico.

Tal concepção revela-se em discurso dos sujeitos da pesquisa de maneira não uniforme, imbricada nas concepções sobre a etiologia da doença e a existência ou não de recursos no serviço, de tal forma que este detenha os meios para atender as demandas, sem precisar descarregar em outros serviços. Este entendimento apresenta-se sob dois enfoques. Um se reporta à reprodução, no serviço, de uma estrutura hospitalar ou a criação de unidade psiquiátrica em hospital geral; o outro aponta para a necessidade de um local de acolhimento do paciente, um espaço de hospitalidade, local destinado ao alojamento daquelas pessoas que estão com dificuldades nos seus relacionamentos familiares.

Na prática, internação em hospital psiquiátrico é um recurso utilizado e, quando isso ocorre, é sentido pela equipe como um “mal necessário”, pois há um acentuado empenho para evitar a internação e, quando ocorre, é evidente o sentimento de desconforto manifestado pelos sujeitos da pesquisa, podendo estar a indicar os limites das ações realizadas, e a compreensão da necessidade de se fazer algo além do que é feito. Portanto, está presente a compreensão que o hospital psiquiátrico é algo a ser desconstruído.

Ao manifestarem preocupação com a qualidade de vida dos usuários do serviço, de modo implícito ou explícito, nas políticas sociais e na ação dos profissionais, não deixa de ser um responsabilizar-se pelo outro. Mas, nem sempre estamos despertos e atentos para, em nosso trabalho diário, contribuir para o processo de **desconstrução/reconstrução** da prática assistencial com a qual nos comprometemos, no caso, a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. Por esta e outras razões, como já expostas, tomei como pauta de estudos **o discurso e a prática do CAPS de Florianópolis, SC, procurando sinais que sugerissem algum direcionamento para desinstitucionalização ou para a desospitalização da assistência psiquiátrica.**

O discurso percebido, em falas com as pessoas, entre os profissionais e comigo, a observação do fazer dos sujeitos da pesquisa, apresentado anteriormente, sugerem distintos elementos, de acordo com cada profissional, às vezes apontando para um mesmo horizonte, outras vezes apresentando dissonância.

Da análise desenvolvida, emergem “vontades” mais presente em alguns discursos, apontando para a concepção de um serviço que assuma o cuidado da pessoa, na ótica de Rotelli.

Há uma “esperança” que se possa realizar a transformação dos serviços de assistência psiquiátrica, que venha encarregar-se da pessoa. Representativo disso, é a fala, *eu gostaria que as mudanças fossem mais, andassem mais rápido, mas eu sei que as mudanças dependem de muitas coisas, não andam como a gente gostaria que andassem*, que manifesta uma certa insatisfação com o serviço.

Um ponto de confluência nos discursos, diz respeito a preocupação com a condição da pessoa, em diminuir seu sofrimento, com a possibilidade desta conseguir viver melhor, poder realizar atos da vida civil, viver na sociedade. Tais preocupações podem expressar uma similitude com os postulados da

desinstitucionalização, no entanto, a assistência prestada apresenta um certo descompasso com o discurso, na medida que a terapêutica oferecida tem mais coerência com a assistência à doença.

Isto fica visível nas práticas realizadas nas quais a preocupação pela pessoa está mais intimamente ligada às questões relativas a condição de doente, as decorrentes do diagnóstico que incidiu sobre a pessoa, da evolução do quadro nosológico, sobre orientações e esclarecimentos dos efeitos da medicação e dos cuidados relacionados a esta; quando e como usá-la, efeitos colaterais e como proceder para consegui-la.

Embora as manifestações de preocupação com a vida da pessoa fora do ambiente assistencial, em casa ou no trabalho, sejam frequentes, pouca ou nenhuma ação é realizada que confirme, de maneira concreta, estas preocupações, como por exemplo, a visita ao domicílio, a busca de alternativas e suportes que possibilite à pessoa uma mudança de vida, uma melhoria da qualidade de vida, um viver em sociedade mesmo com certas incapacidades.

As preocupações e desejos manifestos no discurso e na prática assistencial, são mais consonantes com a concepção que tem como foco da assistência, a cura doença ou o controle de crise, na medida que as preocupações com a pessoa parecem derivar da compreensão de que, se a crise for controlada, os sintomas da doença forem contidos ou mantidos a níveis razoáveis, pelo emprego correto das terapias, estariam dadas as condições necessárias para que a pessoa pudesse ter uma vida melhor.

É possível que isto retrate uma compreensão de que, o cuidado da pessoa com diagnóstico de psicose implique, mais acentuadamente, em ações que visem mantê-la afastada do hospital psiquiátrico. Isto poderia estar representando que a assistência se dê preferencialmente no nível ambulatorial, somente recorrendo ao hospital na medida em que o serviço não tivesse recursos suficientes para fazer frente à determinada condição apresentada pela pessoa

num determinado momento e, tão logo superada esta condição, ele de novo poderia ir e vir ao serviço e a todos os espaços de convivência social.

Configura-se, assim, uma assistência mais voltada para manter a pessoa “sob controle”, evitando, com isso, a internação. Tais procedimentos se alinham mais à lógica que informa e orienta a reforma psiquiátrica que tem por objetivo a redução do tempo e das internações em instituição psiquiátrica, ou seja, a desospitalização.

O observado nas conversas dos profissionais quando exteriorizavam opiniões sobre que mudanças poderiam ou desejariam que ocorressem no serviço, a forma de organização, mostrou haver opiniões diferentes entre os mesmos. A par disso, percebeu-se também que as possíveis mudanças são tarefas para os profissionais, questão técnica, não tendo sido observado a preocupação de identificar outros parceiros, de mobilizar sujeitos sociais como atores da mudança; os pacientes, a comunidade local, a opinião pública, os sujeitos políticos institucionais e não institucionais, de tal forma a produzir uma rede de comunicação, de solidariedade, multiplicando as relações e potencializando as ações. Isto implica em também fazer política.

Mas, não se pode negar que é marcante a presença no mesmo discurso e nos atos assistenciais do mesmo profissional, componentes que se reportam ora a desinstitucionalização e ora a desospitalização.

Poderíamos concluir que tais achados sugerem uma “instabilidade” em termos de concepção do objeto da assistência, também insinuando a ausência de identidade do serviço ou a inconformidade com a prática realizada. Resultando, por conseguinte, numa aproximação à abordagem de Rotelli, sem que tivesse havido uma completa ruptura com os paradigmas da psiquiatria custodial. Isto contudo, não deve ser entendido como uma afirmativa conclusiva, até porque, ao eleger a concepção de Rotelli me comprometo com a desconstrução/reconstrução, o que significa dizer que apresento contribuições

para refletir o discurso e a prática da assistência do serviço pesquisado, sem perder de vista as possíveis contribuições de outros atores e de outras possíveis interpretações. Mas, até que outras análises sobre o mesmo objeto sejam realizadas, é possível afirmar que o discurso e a prática se coadunam mais com a desospitalização, embora exista a preocupação com aspectos coerentes com a desinstitucionalização.

“Cabe nos perguntarmos quando nosso trabalho representa e pode significar uma ruptura e quando representa e pode significar, talvez não intencionalmente, uma modernização dos serviços. E na análise do risco dessa modernização podemos pensar no que se refere às famosas equipes multiprofissionais e ao papel profissional. A equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem no tratamento da doença tendo a cura como ideal, o modelo médico presente não apenas na ação do médico mas como um modelo hegemônico de intervenção em saúde, a hierarquia e rigidez dos papéis codificados, a cisão entre técnico e político e a mística da ação profissional como “técnica pura” e não como prática social” (Nicácio, 1989, p.107).

O desafio que se coloca àqueles que desejam uma reforma psiquiátrica que tenha por preocupação central o indivíduo é o de perceber que nos dias de hoje, não encontramos mais os defensores intransigentes do manicômio, mas a atenção deve voltar-se para outro tipo de defensor do manicômio, à lógica dos estabelecimentos que recolhem pessoas que tem transtornos mentais com a finalidade de excluí-las da sociedade.

O que vamos fazer com os loucos? A resposta de natureza técnica, poderá ser, por exemplo, o emprego de medicações de última geração, o hospital psiquiátrico como retaguarda técnica, os serviços extra-hospitalares, lares protegidos e outros.

A resposta dada a esta pergunta refere-se ao tipo de sociedade na qual desejamos viver. Se achamos que a questão é de natureza técnica,

estaremos privilegiando a dimensão técnica em detrimento da dimensão que é essencialmente política, portanto, ética porque responde com quem gostaríamos de viver, em que condições e que capacidade este outro deverá apresentar. Sabemos que muitos nós não reunimos as condições para comportar-se com a regularidade esperada. O que faremos com estes?

Devemos compreender que desinstitucionalização não é somente uma tarefa técnica comandada por técnicos, mas essencialmente uma tarefa política que enseja a participação da sociedade pois o que estamos afirmando nada mais é do que a tarefa de encontrar um lugar para o louco, que não seja a exclusão e a tutela, nesta sociedade.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, Gelson L. **O Movimento Participação na Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina na Visão de suas Lideranças.** Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-UFSC, para obtenção do Título de Doutor. Florianópolis, 2001.

AMARANTE, Paulo. (coord.) **Loucos pela vida – Trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. **O homem e a serpente.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ANDRADE, M. S. **Democratização do hospital psiquiátrico.** Um estudo da Colônia Juliano Moreira dos anos 80. 1992. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: 70, 1977.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel – Desconstrução do manicômio de Trieste.** São Paulo: EDUSP/LEMONS, 1994.

BASAGLIA, Franca O. **Mário Tomasini: Vida e feitos de um democrata radical.** São Paulo: HUCITEC, 1993.

BASAGLIA, F. **A instituição negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **A psiquiatria alternativa - Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. **Cidadania e loucura: um paradoxo?** In: BEZERRA JUNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício – Contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume&Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. **Psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, Joel; COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In. Amarante, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final**. Coordenação de Saúde Mental, 1994. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, 2000.

_____. Presidência da República. **Lei nº.....**

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001.

CABRAL, Oswaldo. **Nossa Senhora do Desterro**. Florianópolis: Lunardelli, 1979.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Buenos Aires: Paidós, 1966.

CASTEL, Robert. A instituição psiquiátrica em questão. In. FIGUEIRA, Sérvulo. **Sociedade e doença mental**. Rio de Janeiro: Campos, 1978. a

_____. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. b

_____. **A gestão dos riscos – Da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social: Problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

CORRÊA, Josel Machado. **Direito público: Um estudo jurídico e político de saúde mental**. Florianópolis: UFSC, 1996. Tese (Doutorado em Direito), Universidade Federal de Santa Catarina.

COSTA, Jurandir Freire. As éticas da psiquiatria. In. FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA FILHO, João Ferreira da (Org.). **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

DUARTE JUNIOR, J. F. **A política da loucura**. São Paulo: Papyrus, 1987.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR, São Paulo: Melhoramentos, 1986.

FLEMING, Emanuela. **Ideologia e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GALLIO, Giovana; CONSTANTINO, Maurizio. François Tosquelles. A escola da liberdade. In. LANCETTI, Antônio. **Saúde loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GAUDERER, E. Christian. **Os Direitos do Paciente**. Rio de Janeiro: Record, 1993.

HERRMANN, Fábio. Sobre o futuro da ação. In. D'INCAO, Maria Ângela (Org.). **Doença mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

JONES, Maxwel. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KUJAWSKY, Gilberto de Mello. **Ortega y Gasset. A aventura da razão**. São Paulo: Moderna, 1994.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser**. Petrópolis: Vozes, 2001.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. A. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma – Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANNONI, Maud. **O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MEDEIROS, T. A. **A Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1977. Dissertação (Mestrado em psiquiatria), Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. **Jornal do Psicólogo**, n. 5 (22): 04, 1987.

NICÁCIO, Maria Fernanda. Da instituição negada a instituição inventada. **SaúdeLoucura**, São Paulo, n. 1, p. 91-108. 1989.

_____. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura**. São Paulo: PUC, 1994. PUC

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo,

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental – outra face da clausura. **SaúdeLoucura**. São Paulo, n. 2, p. 131-138. 1991.

PERRUSSI, Artur. **Imagens da loucura: Representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez, 1995.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: 34, 1995.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In. BEZERRA JUNIOR, Benilton et al. **Cidadania e loucura**. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização. In. NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

_____ et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In. NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

ROUDINESCO, Elizabeth. Leituras da história da loucura. In. ROUDINESCO, Elizabeth et al. **Foucault: Leituras da História da Loucura**. Rio de Janeiro: Relume & Dumará, 1994.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina**. IOESC. 1998.

_____. Imprensa Oficial, 16/01/1936. **Mensagem à Assembléia Legislativa, referente ao exercício de 1935, do Governador Nereu de Oliveira Ramos**. Florianópolis, 16 de janeiro de 1936.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Ilha de Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1994.

SERRANO, Alan Índio. **Entrevista sobre a criação do CAPS Florianópolis**. Florianópolis, jun., 2001.

SONENREICH, Carol. Visão psiquiátrica das alterações mentais. In. D'INCAO, Maria Ângela (Org.). **Doença mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. **Cuaderno de ejercicios**. Florianópolis,SC: Insular, 2001.

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e poder**. Brasília: Senado Federal, 1993.

TOURAINÉ, Alain. **Igualdade e diversidade**. O sujeito democrático. São Paulo: EDUSC, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERTZMAN, Julio et al. **Psicoterapia institucional: uma revisão**. In BEZERRA JR, Benilton, AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício** – contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume & Dumará, 1992.

ANEXOS

Anexo 1

Quadro 1- Surgimento dos hospícios no Brasil

Ano	Cidade	Instituição
1852	Rio de Janeiro	Hospício Pedro II
	São Paulo	Hospício Provisório de Alienados
1860	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Dr. Eiras
1864	São Paulo	Hospício de Alienados. (Ladeira da Tabatinguera)
	Olinda-Recife	Hospício da Visitação de Santa Isabel
1873	Belém-Pa	Hospício de Alienados. (Vizinho do Hosp. Lázaros)
1883	Recife	Hospício de Alienados. (Tamarineira)
1874	Salvador	Asilo de São João de Deus
1884	Porto Alegre	Hospício São Pedro
1890	Rio de Janeiro	Colônia S. Bento e Conde Mesquita. (I. Gov.)
1892	Belém	Hospício de Alienados (Marco da Légua)
1894	Manaus	Hospício Eduardo Ribeiro
1895	Sorocaba-SP	Hospício de Alienados
1898	São Paulo	Hospício Juqueri
1903	Barbacena-MG	Hospital Colônia
1904	Barra do Pirai-RJ	Colônia de Alienados de Vargem Alegre
1905	Terezina	Hospital Psiquiátrico Areolino Abreu
	Cuiabá	Asilo de Alienados
	São Luiz	Hospital Colônia Nina Rodrigues
1911	Rio de Janeiro	Colônia do Engenho de Dentro (p/ mulheres)
	Natal	Hospício de Alienados (antigo Lazareto da Piedade)
1921	Rio de Janeiro	Sanatório Botafogo
	Rio de Janeiro	Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte	Instituto Neuro-Psiquiátrico
1923	Rio de Janeiro	Colônia Jacarepaguá (para homens)
1927	Oliveira-MG	Hospital Colônia
1928	Paraíba	Hosp. Col. Juliano Mareira/Sanat. Clifford Beers
1929	Barbacena-MG	Manicômio Judiciário
1931	Barreiros-PE	Hospital Colônia (p/ homens)
1933	São Paulo	Manicômio Judiciário
1936	Recife	Sanatório Recife
	São Paulo	Hospital de Psicopatas de Penha e Perdizes
1938	Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria da Univ. do Brasil
1940	Aracajú	Hospital Colônia Eronildes de Carvalho
1942	Florianópolis	Hospital Colônia Santa Ana
1943	Salvador	Sanatório Bahia
	Rio de Janeiro	Centro Psiq. Nacional (Engenho de Dentro)
1944	Vitória	Hospício de Alienados (Ilha da Pólvora)
	Ribeirão Preto-SP	Hospital Psiquiátrico Santa Tereza
1950	Maceió	Hospital Colônia Portugal Ramalho
	Goiânia	Hospício de Alienados
	Aracajú	Hospital Colônia Aduino Botelho
1954	Vitória	Hospital Colônia Aduino Botelho (Cariacica)

Anexo 2

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos

recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Anexo 3**ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

- 1 - Para iniciar, gostaria que você falasse um pouco de sobre sua pessoa, especialmente de sua formação.
- 2 – Você teve alguma formação para trabalhar na psiquiatria?
- 4 – Na sua formação, como a psiquiatria foi enfocada?
- 6- O que é transtorno mental, doença mental para você?
- 7- Na sua prática, qual a finalidade do diagnóstico?
- 8- Qual a finalidade do tratamento?
- 9- Quais recursos terapêuticos são empregados?
- 10- Quais são as suas expectativas sobre o doente mental?
- 11-Que habilidades/conhecimentos a pessoa deve ter ou desenvolver para prestar assistência psiquiátrica?
- 12- Qual deve ser o foco da terapia?
- 13- Como é desenvolvido o trabalho neste tipo de serviço?
- 14- Existe avaliação de desempenho do serviço e dos profissionais?
- 15- A assistência vai além do local do serviço? Como? Você acha importante?
- 16- Outras pessoas, que não os profissionais, participam desse serviço? Como é visto isso?
- 18- A assistência ao doente mental é assunto só para os profissionais da área?
Quem mais deveria participar?
- 19- Como é sua relação com o paciente?
- 20- A palavra do paciente é considerada? Exemplifique.

21- Existe algum trabalho no sentido de viabilizar o paciente em termos econômicos?

22- Qual a função do hospital psiquiátrico?

23- É necessária a sua existência?

24- Que serviços substituiriam o hospital?

Anexo 4**ROTEIRO GUIA PARA A OBSERVAÇÃO****A) Parte descritiva da observação**

- 1- Descrever os sujeitos- quem é, o que faz, o que o distingue dos demais. Preocupações mais freqüentemente verbalizadas. Soluções propostas. Reação dos demais a estas preocupações. Envolvimento na busca de soluções. Atualização (Participação em eventos relacionados a área de atuação profissional, cursos, outros).
- 2- Reconstrução dos diálogos- buscando sempre preservar as palavras utilizadas pelos sujeitos, registrar os diálogos (expressão verbal e não verbal) dos sujeitos entre si e destes com o pesquisador.
- 3- Locais – descrever os locais onde são realizadas as observações; disposição dos móveis, área de circulação, acessos, sinalização.
- 4- Atividades- seqüência das atividades, quem faz o que, comportamentos dos participantes.
- 5- Observador- registrar as atitudes, sentimentos do observador.

B) Reflexões- a cada registro diário, refletir sobre o realizado; associações e relações entre partes, idéias que estão aflorando, pontos obscuros que exigem mais aprofundamento.

Anexo 5

Florianópolis, _____ de _____ de 2000.

DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO, CONSENTIMENTO INFORMADO E AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICIZAÇÃO DE RESULTADOS DO INFORMANTE DE PESQUISA E TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR (Adaptação do texto de ALBUQUERQUE (2001).

Eu, _____, residente e domiciliado(a) a Rua/Av _____, CEP _____, Cidade _____, Estado _____, Fones:(0 _____) _____, CPF _____, profissão: _____, ocupação: _____.

DECLARO para os devidos fins que fui informada/orientada, de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos, da justificativa e da metodologia do trabalho “Desinstitucionalização ou Desospitalização – a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis”, que esta sendo conduzida pelo pesquisador Enfermeiro Jonas Salomão Spricigo. Tal trabalho é a elaboração da tese de doutoramento daquele investigador, que está sendo orientado pela Enfermeira Dr^a Maria de Lourdes de Souza.

CONCORDO, plenamente, em colaborar com o referido trabalho na condição de informante/sujeito do mesmo, deixando registrado desde este momento que terei liberdade para retirar este consentimento e autorização para publicização, a qualquer momento, deixando assim, de participar do mesmo, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

DECLARO, outrossim, que autorizo o pesquisador a gravar entrevista, referente ao assunto em epígrafe, com informações que possa prestá-lo, bem como, transcrevê-la para compor partes e/ou servir de base à consecução dos objetivos daquele trabalho.

Da mesma, forma, **AUTORIZO** o pesquisador, realizar a escuta da entrevista e/ou fazer a leitura do material que resultar da transcrição.

O pesquisador, se compromete a fazer a devolução do material escrito, fruto da transcrição, para que possa apreciar, criticar e, autorizar a utilização do mesmo.

Também, **AUTORIZO** ao pesquisador para que este proceda a discussão do material que resultar desta pesquisa com seu orientador, co-orientador e/ou outro colaborador que possa auxiliá-lo, teoricamente, na composição/redação final de seu trabalho.

AUTORIZO, ainda, que o material que resultar de minha entrevista, possa compor o texto final da tese do referido pesquisador. Outrossim, solicito que, sempre, quando partes de minha entrevista forem transcritas, literalmente, solicito que o pesquisador se refira a minha pessoa, utilizando o seguinte nome: _____ e/ou, o seguinte apelido: _____. Desta forma, tenho ciência de que **(a)** estarei atendendo à condição de anonimato e/ou **(b)** estarei liberando o anonimato pois gostaria de ser identificado pelo meu nome, pois esta é expressão de minha vontade. *(Assinalar o item a ou b, em consonância com o preenchimento das lacunas acima.)*

Ainda, **CONCORDO**, que trechos e/ou partes completas de minha entrevista sejam utilizadas pelo pesquisador em livretos, livros, artigos e/ou textos de toda a espécie, que possam resultar do presente trabalho, para o qual gostaria de utilizasse o nome de

_____ e/ou
 apelido de _____ para minhas referências. Desta
 forma, tenho ciência de que **(a)** estarei atendendo à condição de anonimato
 e/ou **(b)** estarei liberando o anonimato pois gostaria de ser identificado pelo
 meu nome, pois esta é expressão de minha vontade. *(Assinalar o item a ou b,
 em consonância com o preenchimento das lacunas acima.)*

Além do exposto, ainda gostaria de solicitar de parte do pesquisador que
 (descreva outras exigências que gostaria de ver seguidas para poder prestar as
 informações necessárias à consecução do presente
 trabalho) _____

CONCORDO, portanto, com todas as condições ofertadas pelo
 pesquisador para a boa utilização de minhas informações, bem como o
 mesmo, concorda com minhas exigências acostadas ao presente documento.

Ao assinarem estarão concordando com os termos desta "Declaração de orientação,
 consentimento informado e autorização para publicização de resultados do
 informante de pesquisa e termo de compromisso do pesquisador"

Nome: _____ CPF nº _____	Jonas Salomão Spricigo CPF nº.305580779-00

