**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DA NEGAÇÃO DO MANICÔMIO À CONSTRUÇÃO DE UM
MODELO SUBSTITUTIVO EM SAÚDE MENTAL: O
DISCURSO DE USUÁRIOS E TRABALHADORES DE UM
NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Mirna Yamazato Koda

**Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia**

São Paulo

2002

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DA NEGAÇÃO DO MANICÔMIO À CONSTRUÇÃO DE UM
MODELO SUBSTITUTIVO EM SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DE
USUÁRIOS E TRABALHADORES DE UM NÚCLEO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Mirna Yamazato Koda

**Dissertação apresentada ao Instituto
de Psicologia da Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia**

**Área de Concentração: Psicologia
Social e do Trabalho**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês
Assumpção Fernandes**

São Paulo

2002

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Koda, M. Y.

Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial / Mirna Yamazato Koda. – São Paulo: s.n., 2002. – 186p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientadora: Maria Inês Assumpção Fernandes.

1. Psicologia social 2. Reforma psiquiátrica 3. Movimento de luta antimanicomial 4. Saúde mental 5. Construcionismo social 6. Serviços de saúde mental I. Título.

**DA NEGAÇÃO DO MANICÔMIO À CONSTRUÇÃO DE UM
MODELO SUBSTITUTIVO EM SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DE
USUÁRIOS E TRABALHADORES DE UM NÚCLEO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Mirna Yamazato Koda

BANCA EXAMINADORA

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

Aos meus pais e meu
irmão: este trabalho é uma
conquista de todos nós.

Àqueles que estão, de um
modo ou outro, envolvidos
no intenso e apaixonante
trabalho de ressignificar o
lugar da loucura entre nós.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa insere-se no longo diálogo dos saberes e também na singularidade de minha história, obra compartilhada com várias pessoas, que fazem parte dos bons encontros que a vida nos propicia e às quais aqui agradeço.

À Maria Inês, mestra querida a quem muito admiro, por tudo que tem me ensinado ao longo desses anos, pelo cuidado atencioso com que me acompanha nas minhas infindáveis indagações.

Ao Fábio, amigo de tantos anos, cuja ajuda generosa foi de imensa valia na construção deste trabalho.

Ao pessoal do NAPS de Santos, pela afetuosa acolhida e pela disponibilidade de participar desta pesquisa.

À Mary Jane Spink e ao Paulo Amarante, pela leitura cuidadosa e pelas preciosas contribuições a este trabalho.

Ao André, música em minha vida, companheiro querido com quem tenho aprendido uma “sustentável leveza do ser”.

À Renata, Jaqueline, Eliane e Magal, minhas irmãs de coração, com quem tenho compartilhado cada palmo de chão dessa estrada de mil léguas.

À Simone, Lana e Alexandre, parceiros e amigos de longa data, que me acompanham em tantos momentos (nas alegrias e nas tristezas) e que compartilham comigo as inquietações do trabalho em Saúde Mental.

À Vera, que no exercício de seu devir anjo-analista, me acompanha nos cuidados da alma, por sua delicada atenção que tem me ajudado muito a crescer.

À Ianni, Ismênia, Cristina e pessoal do Lapso, que tiveram tanta importância na minha formação de psicóloga.

À Dulce, por ter apontado possibilidades e acompanhado a criação do germen desta pesquisa.

À Dona Verônica, minha “mãe preta”, presença iluminada em minha vida, por ter me ensinado lá nas terras de Penha, que “este mundo é muito largo”.

A todos aqueles que tenho acompanhado pelo meu trabalho na “dor e alegria de ser o que é”, por sempre me ensinarem tanto sobre a vida.

À Dona Cida, Seu Walter e à Pati, pelo acolhimento carinhoso nos vários meses de intensa produção.

À Ciça e à Nalva, pela presteza da ajuda em vários momentos.

Ao CNPq, pela bolsa que me permitiu a dedicação necessária à construção desta pesquisa.

“Mas, então, de repente, Miguilim parou em frente do doutor. Todo tremia, quase sem coragem de dizer o que tinha vontade. Por fim, disse. Pediu. O doutor entendeu e achou graça. Tirou os óculos, pôs na cara de Miguilim.

E Miguilim olhou para todos, com tanta força. Saiu lá fora. Olhou os matos escuros de cima do morro, aqui a casa, a cerca de feijão-bravo e são-caetano; o céu, o curral, o quintal; os olhos redondos e os vidros altos da manhã. Olhou, mais longe, o gado pastando perto do brejo, florido de são-josés, como um algodão. O verde dos buritis, na primeira vereda. O Mutum era bonito! Agora ele sabia.”

Guimarães Rosa

A vida imita a arte ou a arte imita a vida? Talvez elas sejam uma só coisa na largueza desse mundo... Sei que neste trabalho vida e obra se fizeram uma só. No processo de reflexão sobre a desconstrução do manicômio e construção de novas possibilidades de convívio com a loucura, antigas formas do olhar também foram se desmanchando, abrindo espaço para a composição de novas posições no mundo; como os óculos de Miguilim, se fizeram aos meus olhos coisa que antes não estavam lá. Metáforas do olhar...

SUMÁRIO

RESUMO	X
ABSTRACT.....	XI
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OS CAMINHOS DA PSIQUIATRIA: UM BREVE HISTÓRICO.....	9
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL.....	29
3.1. A Psiquiatria democrática italiana: o percurso de uma desconstrução	40
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A ANÁLISE DE DISCURSO EM SUA VERTENTE CONSTRUCIONISTA	53
5. CHEGANDO A SANTOS.....	65
6. OS SENTIDOS SOBRE O TRABALHO DO NAPS Y.....	76
6.1. O projeto antimanicomial	78
6.1.1. O desenvolvimento de um trabalho fundamentado pelo discurso antimanicomial.....	87
6.1.2. A doença mental como sofrimento psíquico.....	105
6.2. O “antes” e o “depois”: a mudança de gestão política.....	116
6.2.1. As divisões na equipe de trabalho.....	124
6.2.2. Emergências e ambulatório.....	127
6.2.3. O lugar atribuído aos médicos	131
6.2.4. A ociosidade dos usuários.....	135
6.3. “Clínico” versus “político”	141
6.3.1. A especificidade do profissional.....	148
6.4. O mandato social.....	156

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
ANEXOS.....	179
Anexo 1: Roteiro de questões norteadoras.....	180
Anexo 2: Ficha de consentimento informado	181
Anexo 3: Temas abordados nas entrevistas	182

RESUMO

KODA, Mirna Yamazato. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*, 2002. 186p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Tendo em vista a passagem do paradigma asilar para um paradigma antimanicomial no âmbito da Atenção à Saúde Mental e a necessidade de avaliar aquilo que está a se produzir a partir da implementação de um modelo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico, investigou-se, através das práticas discursivas de usuários e trabalhadores de um serviço substitutivo em Saúde Mental, os sentidos que se produzem no que diz respeito à compreensão sobre o projeto antimanicomial, ao trabalho desenvolvido pela instituição, às relações entre profissionais e usuários e à noção de doença mental. Foram realizadas entrevistas em um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do município de Santos. A análise do material foi sustentada a partir da perspectiva do Construcionismo Social.

Os sentidos produzidos pelos sujeitos entrevistados revelaram a efetivação de transformações coerentes com o projeto antimanicomial, no que diz respeito às ações desenvolvidas, à relação entre usuários e trabalhadores e à concepção de doença mental. Por outro lado, foram encontrados conflitos e ambigüidades na construção discursiva sobre o tratamento realizado. Tais aspectos são associados às dificuldades enfrentadas pelo desinvestimento nas políticas públicas por parte do poder municipal e ao confronto entre um discurso político (posição de militante) e um discurso clínico (posição de técnico).

Se o aprisionamento e medicalização da loucura foram gerados a partir de transformações sobre o significado dado à loucura e àquilo que é da ordem do humano, sua reinserção no campo da cultura implica revisitar tais questões. As transformações no âmbito da Atenção à Saúde Mental, com a efetivação do projeto antimanicomial, deve pressupor a revisão do campo de saberes e fazeres tradicionalmente ligados à assistência (Psiquiatria, Psicanálise, Psicologia), assim como a construção de políticas subordinadas a uma perspectiva ética.

ABSTRACT

KODA, Mirna Yamazato. *From the asylum denial to the development of a substitutive model in mental health: the users and workers discursion of a Psychosocial Care Center*, 2002. 186p. Dissertation (Master Degree) – Psychology Institute, University of São Paulo.

Having in mind the change from an asylum paradigm to anti-asylum paradigm in Mental Health Care arena and the necessity to evaluate the future outcomes of a substitutive model implementation for a Psychiatric Hospital, it was investigated, through users and workers discursive practices of an alternative service in Mental Health Care, the senses generated regarding the understanding of the anti-asylum project, the work performed by the institute, the relationship between professionals and users and the mental disease notion. The interviews were performed in a Psychosocial Care Center at Santos city. The material analysis is sustained by the Social Constructionist perspective.

The senses generated by interviewees reveal the implementation of transformations coherent with the anti-asylum project regarding the actions developed, the relationship between users and workers and the conception of mental disease. Nevertheless, conflicts and contradictions were found on the discursive construction about the treatment performed. Such aspects are associated with difficulties due to desinvestment of public policies from the municipal power and confrontation between a political discursion (militant positioning) and a clinical discursion (technical positioning).

If the captivity and medication of madness were generated based on transformations of the meaning given to madness and whatever is part human nature, its re-insertion in the culture field implies on revisiting such matters. The transformations in the Mental Health Care arena, with the anti-asylum project implementation, must estimate the revision of areas traditionally related to care (Psychiatry, Psychoanalysis, Psychology), as well as the development of policies subordinated to an ethical perspective.

1. INTRODUÇÃO

A partir do surgimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica no âmbito nacional, em meados da década de 70, vemos emergir um amplo questionamento com relação ao tratamento realizado nos hospitais psiquiátricos. Tal movimento insere-se num contexto maior de lutas pela redemocratização do país e de contestação contra o regime militar, no qual presenciamos a reorganização do movimento sindical, dos partidos e outras entidades representativas da sociedade civil, a luta pela anistia, pelas eleições diretas, pela liberdade de imprensa, pela cidadania, pela saúde como direito social.

Nesse contexto, os maus tratos nos Hospitais Psiquiátricos são comparados ao tratamento dado pela ditadura militar aos presos políticos. Inicia-se uma série de denúncias, por parte do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), da violência existente nos manicômios do país, dando ensejo a projetos de reforma da assistência psiquiátrica pública.

Segundo Amarante (1998) “O MTSM caracteriza-se por seu perfil não-cristalizado institucionalmente – sem a existência de estruturas institucionais solidificadas. A não-institucionalização faz parte de uma estratégia proposital: é uma resistência à institucionalização” (p.57). Movimento múltiplo e plural, o MTSM não se configura como um objeto monolítico, mas sim abarca uma diversidade de

tendências sob seu nome. Com fins analíticos, Amarante (1998) identifica três trajetórias do MTSM: a alternativa, a sanitária e a de desinstitucionalização. Esta última, que prossegue até a atualidade, tem como marco inicial a organização do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru em 1987. Nessa ocasião é cunhado o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Nesse momento, com a ampliação de seus princípios e com o crescimento da participação de outros segmentos junto ao MTSM – principalmente familiares e usuários que se organizam em associações – surge o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). O MLA configura-se como um movimento social que busca construir intervenções políticas concretas na sociedade, desenvolvendo uma crítica radical contra os manicômios, descartando-os como possibilidade de assistência à doença mental. O manicômio passa a ser tomado como emblema de relações de violência e exclusão entranhadas em nossa cultura, presentes no modo de funcionamento das mais diversas instituições, assim a luta pelos direitos de cidadania do doente mental mistura-se à luta da população em geral por seus direitos.

A partir da segunda metade da década de 80, tem início a implementação de serviços públicos de Saúde Mental¹ balizados pelas propostas antimanicomiais.

Atualmente, o campo da Saúde Mental que se delineia, a partir de uma recomplexificação da questão da loucura/doença mental, coloca indagações de diversas ordens: os projetos de tratamento e seu modo de organização; os pressupostos político-ideológicos e éticos que subjazem a eles; a composição de novos saberes e novas práticas no setor; a articulação entre um discurso crítico e a avaliação daquilo que está sendo criado a partir dos serviços substitutivos ao manicômio. Tarefa esta que carece da facilidade do distanciamento temporal e se constitui como reflexão no momento mesmo em que o processo está se compondo.

Há atualmente, uma significativa produção de pesquisas sobre as transformações no âmbito da assistência à Saúde Mental. Dentre os trabalhos que abordam a Reforma Psiquiátrica no Brasil e as iniciativas de serviços substitutivos

¹ Dentre esses dispositivos podemos citar: Hospital Dia (HD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral, Oficina de trabalho abrigado.

em Saúde Mental, encontramos uma gama de temáticas que englobam diversos aspectos envolvidos na mudança do paradigma assistencial. Essa mudança implica a ampliação do foco, anteriormente centrado na clínica, na doença e no tratamento, para a abordagem de questões de natureza histórica, cultural, política, ética, jurídica.

Assim, há uma diversidade de perspectivas: encontramos estudos que abordam o trabalho desenvolvido dentro do novo modelo, as repercussões de uma proposta antimanicomial no atendimento e entre os profissionais de Saúde Mental (Goldberg, 1992, 1998; Nicácio, 1994; Serrano, 1998; Scarcelli, 1998; Vieira, Vicentin e Fernandes, 1999; Sigler, 2000); há aqueles mais associados a uma abordagem histórica, a um discurso político, contra-ideológico, a uma análise crítica do modelo asilar (Machado, 1978; Costa, 1981; Pitta, 1984; Cunha, 1986; Lancman, 1988; Tundis e Costa, 1987; Giordano Jr., 1989; Marsiglia, 1987; Amarante, 1998;); aqueles que versam acerca do paradigma e dos pressupostos éticos que sustentam a proposta antimanicomial e a questão da saúde mental na atualidade (Pelbart, 1989; Lobosque, 1997, 2001; Fernandes, 1999; Fernandes, Scarcelli e Costa, 1999; Nicácio, 1990).

No intuito de avançar na discussão sobre os novos projetos de atenção à Saúde Mental, no que diz respeito a uma ressignificação dos campos de saberes e práticas e à construção de novas formas de relação com a loucura, faz-se necessária uma análise daquilo que está sendo constituído a partir do trabalho concreto dos serviços. Tendo em vista os objetivos deste trabalho, nos detemos apenas sobre as pesquisas que investigaram a construção de uma rede de serviços substitutiva em Saúde Mental fundamentada pelos pressupostos antimanicomiais.

Costa e Koda (1999) analisaram as dificuldades enfrentadas no cotidiano de serviço por um grupo de profissionais de um hospital-dia do município de São Paulo. Os conflitos ali vividos expressavam-se através de questões recorrentes no grupo e que geravam muitas vezes intensa angústia. Tais questões diziam respeito aos seguintes aspectos: o que definia aquilo que é terapêutico e aquilo que não é terapêutico dentro de uma nova proposta; o mal estar frente ao diferente, ao novo - seja o usuário, seja outro colega de equipe, seja o próprio trabalho; o embate entre espaço público/coletivo e espaço privado; a dificuldade de colocar em prática aquilo que é determinado pelo projeto político e a insegurança

frente à constatação de que não há referenciais teóricos prontos que dêem conta da prática; a sobreposição das idéias de democracia/cidadania com a indiscriminação de papéis e funções dentro da equipe; o receio de ser autoritário ao se tomar uma atitude de limite necessário com relação ao usuário.

Desse modo, o processo de metamorfose do sistema de atenção à Saúde Mental implicava efeitos sobre idiosincrasias, afetos, representações e posturas daqueles que atuam nesse campo.

Scarcelli (1998) pesquisou as questões emergentes no processo de implantação da rede substitutiva de Saúde Mental no município de São Paulo, entre os anos de 1989 e 1992, através de registros de observação de grupos de supervisão clínica/institucional com os trabalhadores da rede de Saúde Mental do município.

A autora, a partir de uma metodologia orientada pelas contribuições da Psicologia Social de Enrique Pichon-Rivière, analisou as dificuldades e contradições que surgem no processo de construção de uma nova prática pautada pelos valores antimanicomiais. A ruptura com o modelo manicomial, assim como todo processo de mudança, leva a uma perda dos antigos referenciais e a necessidade de se construir novos parâmetros, gerando uma perda de limites e um processo de indiscriminação.

Na construção de um novo modelo, a autora percebeu avanços no que diz respeito às práticas, à relação com os usuários e à concepção de loucura e doença mental. Por outro lado, o processo de transformação dava margem para uma série de contradições e ambigüidades que se expressam por indagações e conflitos sobre uma diversidade de aspectos: a dúvida sobre o que vem a ser terapêutico, a relação saúde/doença, o questionamento dos saberes e papéis tradicionalmente atribuídos aos profissionais, as hierarquias institucionais, a relação com o modelo médico, a relação com os usuários, com o “estranho”, com a diferença. Somava-se a isso a situação geral da Saúde Pública no país, a desvalorização dos trabalhadores, a condição social desprivilegiada dos usuários.

Os profissionais eram muitas vezes instados a dar respostas a situações de grandes conflitos, como por exemplo, o exercício de construir uma nova prática, sem assumir o lugar de administradores da ordem social ou lidar com as diferenças na equipe sem que isso assumisse um caráter de divisão de especialidades.

Configurava-se assim, uma situação complexa, cheia de incertezas, na qual os limites muitas vezes tornam-se indistintos. A angústia suscitada nos profissionais leva-os muitas vezes a lançarem mão de “mecanismos de sobrevivência” na tentativa de solucionar os conflitos: utilizando-se de cisões para lidar com as contradições, homogeneizando (eliminação da diferença) ou hierarquizando papéis na equipe.

Sigler (2000) investigou o modo como se dá a apropriação do ideário de luta antimanicomial por trabalhadores de serviços substitutivos na baixada santista por meio de entrevistas com aqueles. A autora trabalhou tal objeto a partir de uma perspectiva psicanalítica freudiana, partindo dos conceitos de recusa e reconhecimento de castração para pensar a recusa e reconhecimento na relação com ideários sociais. A partir das entrevistas, Sigler apontou contradições que surgiram entre o ideário apreendido pelos profissionais e a realidade das práticas cotidiana, que se traduziam, por exemplo, nas dificuldades da relação com a loucura, no lugar dado aos saberes especializados, nos papéis atribuídos aos profissionais. Essas contradições constituíam-se como impossibilidades, no sentido de limites e dificuldades, que ao não serem explicitadas e trabalhadas, colocavam obstáculos para a própria efetivação e transformação do ideário antimanicomial.

Sigler buscou analisar os processos subjetivos implicados na apropriação de um ideário social. Nesse sentido, questionar os valores do ideário antimanicomial, apontando seus limites e contradições, implicava também o contato com aspectos não desejados da realidade e, conseqüentemente, com o desamparo humano:

“As *impossibilidades* colocadas no processo de apropriação e tradução do *ideário* na *realidade cotidiana* são portanto, os aspectos *não desejados da realidade*, que remetem os indivíduos a sua condição de *desamparo* e que, por isso, são os possíveis alvos de sua *recusa* (...) Dessa forma, o *reconhecimento* das *impossibilidades* de efetivação de aspectos deste *ideário apreendido* que fala de perto ao *desejo* sempre acompanha a *angústia* ligada ao *desamparo humano*, na medida em que reporta o profissional à questão dos *limites* quanto às relações desejadas com a loucura, com os saberes e com os outros profissionais.” (Sigler, 2000, p.155)

Fiziola (1999) investigou, através de entrevistas realizadas com trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS II) do município de

Santos, os objetivos, a organização e atividades realizadas no serviço, assim como o prazer e o sofrimento dos trabalhadores na lida diária na instituição.

Com relação à finalidade do serviço, Fiziola observa que o trabalho no NAPS vai além de um tratamento centrado na remissão de sintomas e vai no sentido de uma atenção singular, resgatando a história de vida de cada sujeito, seus desejos e potenciais de modo a construir/reconstruir um projeto de vida.

A pesquisa revela que a organização do trabalho no NAPS caracteriza-se principalmente pela polivalência de papéis profissionais, transcendendo as especificidades de cada um. Nesse sentido ganha importância o papel de referência do usuário, que se configura como um trabalhador que acompanha o usuário mais de perto, negociando com ele seu tratamento, ajudando-o a construir um projeto de vida. Tal organização no entanto, não se dá sem dificuldades e conflitos. O trabalho de referência por vezes se torna pesado frente aos diversos limites que a situação do paciente coloca. Por outro lado, o “empréstimo de poder” do trabalhador com relação ao usuário resvala em alguns momentos numa espécie de assistencialismo, em que o trabalhador assume um papel de “mãe provedora”.

Com relação ao prazer e ao sofrimento advindos do trabalho no NAPS, a autora constata uma divisão entre os técnicos (cujo trabalho nesse serviço foi uma opção inserida em seus próprios projetos de vida) e os auxiliares (que não passam por uma escolha de vagas). O prazer e o sofrimento estão associados em especial aos frutos do trabalho realizado. Um avanço por parte do usuário é fonte de grande gratificação para o trabalhador; em compensação, o fato de não conseguir ver resultados positivos gera desgaste e desânimo.

Num tipo de prática que se funda sobre a crítica do dispositivo asilar-manicomial, marcada pela tentativa de ruptura da cristalização dos papéis de médico e doente mental e pelo resgate da condição de sujeito/cidadão do usuário, vemos surgir uma série de questionamentos no cotidiano do trabalho. A operação dessa ruptura, simultânea à elaboração de uma prática antimanicomial, dá ensejo a vários conflitos e contradições no interior das equipes de trabalhadores envolvidas na árdua tarefa da construção de uma síntese possível.

O processo de desconstrução do manicômio abre campo para a construção de novos sentidos na relação do ser humano com a loucura, sentidos estes que estão associados à luta pela cidadania, pelo fim da exclusão e do estigma, pela tolerância à diferença. Objetivamos, na presente pesquisa analisar o conhecimento gerado no cotidiano de um serviço substitutivo de Saúde Mental, através do discurso de trabalhadores e usuários. Mais especificamente procuramos investigar os sentidos que se produzem no que diz respeito à compreensão sobre o projeto antimanicomial, ao trabalho desenvolvido pela instituição, às relações entre profissionais e usuários e à noção de doença mental.

O desenvolvimento e efetivação de um projeto fundamentado pelo paradigma antimanicomial implica também um esforço de avaliação daquilo que está a se compor a partir da construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio. Nosso objetivo neste estudo no campo da Psicologia Social, voltou-se à investigação, num Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do município de Santos, das *práticas discursivas* que aí se constituem e produzem sentidos (novos ou não) sobre o projeto antimanicomial; a relação entre usuários e profissionais; o trabalho desenvolvido pela instituição; o tratamento aí oferecido e a compreensão da doença mental.

Optamos por este tipo de Serviço pela sua importância como alternativa ao Hospital Psiquiátrico, ocupando um lugar de relevância no desenvolvimento de um projeto antimanicomial.

Estamos tratando aqui do contínuo movimento de desconstrução do modelo manicomial e construção de um novo modo de se abordar a questão da loucura. Construção investigada a partir do discurso dos atores envolvidos no cotidiano desses novos serviços (usuários e trabalhadores). Tal investigação foi conduzida por meio da perspectiva construcionista, que irá debruçar-se sobre o conhecimento gerado a partir da produção de sentidos no cotidiano. Desse modo buscamos apreender os repertórios utilizados pelos entrevistados, os posicionamentos aí constituídos e os sentidos que surgem no cotidiano de trabalho de um Núcleo de Atenção Psicossocial.

A fim de apresentar o contexto no qual a questão da relação com a loucura desenvolve-se, num primeiro momento abordamos brevemente a História da

Psiquiatria, apontando suas condições de surgimento e suas principais tendências. Em seguida, expomos o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a constituição do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). Nos detemos particularmente sobre o processo de desinstitucionalização italiano que teve grande influência sobre o MLA.

Passamos então à discussão do método de pesquisa fundamentado pelo Construcionismo Social. Em seguida, apresentamos o processo de constituição da rede de serviços substitutivos do município de Santos. Ao fim, apresentamos o procedimento de pesquisa, assim como a análise do material de campo e conclusão.

2. OS CAMINHOS DA PSIQUIATRIA: UM BREVE HISTÓRICO

Ao longo da história da humanidade, nem sempre a loucura foi compreendida como doença mental e consequentemente como objeto de domínio médico. Tal compreensão consolida-se com a ascensão da burguesia e constituição do sistema capitalista a partir do desmoronamento da base de legitimidade política do Antigo Regime, calcada sobre a figura do rei. Momento no qual uma nova ordem social, baseada no contrato entre cidadãos, constitui-se, sendo necessário um outro tipo de tratamento e lugar para aqueles que não se adaptam ao contrato – em especial criminosos e loucos (Castel, 1991).

A Psiquiatria encontra suas condições de possibilidade nesse momento, na qual vemos culminar um conjunto de transformações que vem se operando desde antes do período clássico com relação àquilo que Foucault² (1993a) denomina como *experiência da loucura*.

Segundo este autor, a doença mental não esteve sempre aí, como uma identidade imóvel condenada a uma longa espera de séculos até que a medicina psiquiátrica surgisse para enfim descobri-la e tratá-la.

² Seu livro *História da Loucura na Idade Clássica* é referência fundamental para os movimentos que questionam o saber psiquiátrico e seu modelo de tratamento, tendo em vista o modo inovador de abordar a história da Psiquiatria, tradicionalmente marcada por uma visão evolucionista. Opondo-se a esse tipo de abordagem, Foucault historiciza criticamente as condições que possibilitaram a constituição dos saberes sobre a loucura e seu silenciamento sob a tutela da razão, que a transforma em doença mental. Neste capítulo nos basearemos principalmente neste livro, de modo a expor um panorama do universo discursivo onde se configura a relação com a loucura na sociedade ocidental.

A consciência da loucura como doença mental não esgota suas possibilidades, sendo algo construído ao longo dos séculos, no bojo das transformações ocorridas a partir do Renascimento, constituindo as condições de possibilidade para a dessacralização da loucura e sua redução a objeto da razão. Essas transformações dizem respeito à percepção daquilo que é o humano e tangem diferentes âmbitos sociais:

“Foucault afirma, em *História da Loucura*, que a designação de loucura e que a conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma ‘percepção’ do indivíduo como ser social, dispersa e produzida por diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, a partir de critérios que dizem respeito à transgressão de normas.” (Portocarrero apud Amarante, 2000, p.64)

A consciência da loucura na cultura européia, nunca foi um bloco maciço que evoluiu de modo linear. “Para a consciência ocidental, a loucura surge simultaneamente em pontos múltiplos, formando uma constelação que aos poucos se desloca e transforma seu projeto, e cuja figura esconde talvez o enigma de uma verdade. Sentido sempre despedaçado.” (Foucault, 1993a, p.165).

No final da Idade Média, a lepra praticamente desaparece do mundo ocidental, devido ao isolamento dos doentes, ao fim das Cruzadas e à ruptura com os focos de contaminação no Oriente. Os leprosários na Europa ficam vazios. “A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa” (Foucault, 1993a, p.06). Mantém-se, no entanto o sentido dessa exclusão, os valores e imagens ligados à figura do leproso, essa figura ameaçadora e obstinada que não se isola sem que ao seu redor se trace um círculo sagrado.

Aos olhos do homem europeu, a lepra manifesta a presença de Deus em sua cólera e bondade: longe da comunidade ela encontra-se, no entanto, próxima da graça divina. Na liturgia, os leprosos são agraciados por Deus ao serem punidos aqui na terra pelos males que cometeram. Testemunhas do sagrado, é por meio do abandono e da exclusão que essas pessoas vão obter a salvação.

Num primeiro momento esse lugar deixado vago pela lepra será

ocupado pelas doenças venéreas e mais tarde pelos pobres, vagabundos e loucos. Alguns séculos terão se passado quando a loucura passa a ser a legítima herdeira desse lugar de exclusão.

Antes disso, porém, a loucura esteve ligada a todas experiências maiores da Renascença. Até então, os loucos tinham uma existência errante. As cidades os afugentavam para fora de seus muros, deixando-os correr pelos campos distantes ou então os confiando a grupos de mercadores e peregrinos. A loucura vai adquirindo nesse período uma presença marcante no imaginário europeu.

É nesse momento que surge a figura mítica da nau dos loucos, que vagava indefinidamente pelos rios, aportando de cidade em cidade. Figura esta que iria povoar por muitos e muitos anos o universo onírico do homem europeu. A água, ao levar para longe, purifica. Lançado às correntezas, a navegação confia o homem à incerteza da sorte, a seu próprio destino. Os loucos são entregues a navegantes incumbidos de deixá-los em outras cercanias, ou a grupos de peregrinações que caminhavam em direção a determinadas localidades em busca de algum milagre.

“É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação *liminar* do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser *fechado* às *portas* da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior e inversamente. Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência.” (Foucault, 1993a, p.12)

Nesse contexto, o louco é prisioneiro da passagem, eternamente passageiro, preso ao lugar mais livre, essa grande estrada de mil possibilidades.

Durante o final da Idade Média, a figura do louco simboliza as inquietudes que surgem no horizonte da cultura européia. Ambíguo, ele carrega em si a marca do temor e da zombaria, remete ao perturbador desatino do mundo e à pequenez ridícula dos homens.

Ele assume um lugar central nas manifestações artísticas como aquele que detém a verdade. Nesse período, a pintura e a literatura estão intimamente

associadas, uma sempre se refere à outra. “Figura e palavra ilustram ainda a mesma fábula da loucura no mesmo mundo moral; mas logo toma duas direções diferentes, indicando, numa brecha ainda apenas perceptível, aquela que será a grande linha divisória na experiência ocidental da loucura” (Foucault, 1993a, p.18).

No mundo da iconografia, as imagens da loucura representadas por figuras monstruosas, meio gente, meio bicho, como aquelas representadas nos quadros de Jerônimo Bosch e de Brueghel, fascinam o homem ao surgirem como um dos aspectos de sua própria natureza secreta, como a animalidade que escapa à domesticação e espreita o homem revelando-lhe sua verdade.

Por outro lado, a loucura também fascina por ser um saber. Essas figuras absurdas são detentoras de um conhecimento difícil, fechado, esotérico. Inacessível e temível ele é detido pelo louco em sua parvoíce inocente. “Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isso mesmo mais inquietantes – o louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível” (Foucault, 1993a, p.21).

No teatro e na literatura, a denúncia da loucura assume uma forma de crítica. Crítica às “loucuras” representadas pelos vícios e defeitos humanos, que arrastam a todos na grande ciranda do desatino, denúncia do vazio da existência, do fim dos tempos de um mundo mergulhado num mar de insanidade. É cada vez mais relevante o papel do Louco, do Bobo, do Simplório, que toma lugar central nas peças como aquele que profere a verdade para cada um de nós.

Também na literatura encontramos a loucura no âmago da discussão sobre a razão e a verdade, sobre os absurdos do cotidiano humano; ela assume um aspecto de sátira moral. “A loucura também tem seus jogos acadêmicos: ela é objeto de discursos, ela mesma sustenta discursos sobre si mesma; é denunciada, ela se defende, reivindica para si mesma o estar mais próxima da felicidade e da verdade que a razão, de estar mais próxima da razão que a própria razão.” (Foucault, 1993a, p.15). Ao assumir esse lugar de crítica, a loucura vai perdendo seu aspecto assombroso e sagrado.

No âmbito da literatura, da filosofia e da moral, ela vai encontrar lugar dentro da hierarquia dos vícios, conduzindo o alegre coro de todas as fraquezas

humanas. Se a loucura possui algum saber, ele se refere a uma ciência inútil e absurda, ela é o castigo de um saber pretensioso. “Se a loucura é a verdade do conhecimento, é porque este é insignificante, e em lugar de dirigir-se ao grande livro da experiência, perde-se na poeira dos livros e nas discussões ociosas; a ciência acaba por desaguar na loucura pelo próprio excesso das falsas ciências” (Foucault, 1993a, p.24).

Detentora de uma verdade, ela fala por si, seja como saber esotérico, como secreta animalidade que se esconde como humano, seja como o bobo da corte ou como sátira moral.

É no final da Idade Média que vamos encontrar o princípio de uma divisão crucial para o destino da loucura na modernidade: a separação entre experiência trágica e experiência crítica da loucura.

“entre as duas formas de experiência da loucura, a distância não mais deixará de aumentar. As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento *trágico* e o elemento *crítico* irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. De um lado, haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a Odisséia exemplar e didática dos defeitos humanos.” (Foucault, 1993a, p.27)

Separação entre imagem e discurso, de um lado o campo da iconografia, onde a loucura desenvolve seus poderes de revelação: sob a frágil superfície da imagem abrem-se profundezas de mistérios e saberes inescrutáveis; do outro, a loucura revela-se aos olhos do homem sábio, à sua consciência crítica, em seu domínio medíocre e mesquinho sobre a humanidade, em sua condição de ilusão e erro.

A oposição entre essas duas consciências permeia tudo o que remetia à loucura no início da Renascença. Tal confronto logo desaparecerá ao longo do século XVII. O pólo da experiência trágica e cósmica da loucura será gradativamente ocultado, ofuscado pela luz que enfatiza a consciência crítica. De tal modo que a experiência clássica e, conseqüentemente, a experiência moderna da loucura, não podem ser consideradas como uma figura total, mas sim fragmentária e parcial que carece daquilo que oculta, e acaba por se estabelecer de modo abusivo, como

verdade única. Sob essa consciência crítica que se desdobra em formas filosóficas, científicas e morais, uma abafada consciência trágica permanece em vigília.

No período Clássico, a loucura paulatinamente vai deixando de ter uma verdade própria para estar atrelada à razão, como faces de uma mesma moeda na qual uma é a medida da outra. Esses aspectos relacionam-se de modo que toda loucura tenha uma razão que a controla e julga e, inversamente, toda razão tenha uma loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. A pior loucura do homem é sua presunção e vaidade, é não reconhecer sua própria insignificância e miséria, privando-se de um uso sensato de sua razão. A loucura passa a ser um dos momentos da própria razão, ela ganha sentido e valor a partir desta, perdendo seus poderes exteriores e sua marca de transcendência. Com a vitória da razão e estabelecimento de seu domínio, a verdade da loucura passa a ser interior à razão.

“A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosch perderam sua violência. Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital.” (Foucault, 1993a, p.42)

A loucura, cuja violência foi dominada no período da Renascença, vai ser reduzida ao silêncio na era Clássica, ela passará a ser estranha à razão. Tal divisão é marcada pelas novas relações entre o pensamento livre e o sistema de paixões, que vão constituir-se nesse período. Descartes localizará a loucura ao lado do sonho e de todas as formas de erro. Ela emergirá como impossibilidade de pensamento. Se no século XVI o homem não podia ter a certeza de não estar louco, Descartes adquire essa certeza. O perigo da loucura desaparece no próprio exercício da razão, o sujeito da razão não pode ser insensato. É traçada uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência de uma razão irrazoável e de um desatino razoável, coisa tão familiar à Renascença.

Concomitante a tal processo, vemos surgir, na Europa, várias casas de internamento. Aí a loucura encontra seu lugar entre diferentes figuras. Em 1656 é

fundado em Paris o Hospital Geral, na Inglaterra surgem as workhouses. Diversos estabelecimentos são reorganizados sob uma única administração, cuja função, longe de estar associada a uma idéia de tratamento, voltava-se à tarefa de recolher, alojar e alimentar os pobres. As casas de internamento sinalizam um novo tipo de sensibilidade com relação à miséria e aos deveres de assistência, uma outra forma de reação aos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, assim como uma nova ética do trabalho e um novo ideal de cidade.

A prática do internamento é constituída no bojo das mudanças referentes à experiência do trabalho no mundo Clássico: compreendido como um valor em si mesmo, ele possui um caráter de força moral, sendo uma solução para o problema da miséria. O trabalho e a pobreza, associados a preceitos morais, serão organizados segundo o registro da culpa e da punição.

Já na Idade Média, observamos a transformação dos valores ligados à pobreza. A partir daí, no âmbito religioso, ela perde sua aura de positividade mística e passa a designar um castigo de Deus, sua maldição. A caridade não serve mais para a santidade daquele que socorre o miserável. É necessário exortar os próprios pobres a aliviarem seu jugo imposto por Deus. As cidades e os Estados substituem a Igreja nas tarefas da assistência. O pobre passa a ser um obstáculo à ordem, passando para o registro da culpabilidade. A miséria não mais deve ser exaltada, mas sim suprimida, sendo a caridade uma falta contra o bom andamento do Estado. A miséria perde seu sentido místico e por extensão, também a loucura, passando a ser compreendida apenas no horizonte da moral. Daqui para frente, a loucura só terá hospitalidade dentro dos muros do hospital, ao lado de todos os pobres.

O hospital não se configura, nesse momento, como um estabelecimento médico; ele é uma estrutura semi-jurídica, uma entidade administrativa, uma terceira ordem de repressão estabelecida pelo rei entre a polícia e a justiça, desempenhando ao mesmo tempo um papel de repressão e assistência. Nessas instituições encontram-se misturados os velhos ritos de hospitalidade e assistência da Igreja aos pobres e a preocupação burguesa de ordenar a miséria, controlando sua ameaça. De um lado, o desejo de ajuda, o dever da caridade e de outro, a necessidade de reprimir e o desejo de punir. A internação passa a ter um complexo papel: simultaneamente político, social, econômico, religioso e moral.

A prática do internamento possui, dentre outras coisas, uma vocação de regular a oferta de mão de obra e a oscilação de preços: ela fornece mão de obra barata em tempos de pleno emprego e altos salários e reabsorve os ociosos nos momentos de desemprego, garantindo proteção social contra as agitações e revoltas. Tal mecanismo, no entanto, não chegou a ser bem sucedido, pois à medida que o trabalho era realizado no hospital pelos internados, os trabalhadores das regiões vizinhas ficavam desempregados. Devido ao fracasso em suas funções, as casas de internamento desaparecem da Europa no início do século XIX. Elas têm, no entanto, papel fundamental na transformação da experiência da loucura, ao localizá-la no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e para o convívio social. A divisão entre trabalho e ócio traça uma nova linha de partilha, que vem a substituir a grande exclusão da lepra.

Muitas dessas instituições ocupam o lugar dos antigos leprosários, herdando seu espaço e seus bens. As casas de internamento abrigavam dentro de seus muros uma população extremamente heterogênea: criminoso, vagabundos, insanos, devassos, prostitutas, dissipadores, etc. É constituído ao longo desses anos um tipo de sensibilidade social que isolou essas pessoas no interior dos Hospitais e que aí irá ressignificar os velhos rituais de isolamento dos leprosos.

Desse modo a internação organiza não só um novo modo de lidar com a miséria como também instaura um outro tipo de relação do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência.

A exclusão vai constituindo suas personagens, transformando rostos comuns à paisagem social em figuras bizarras, desfazendo familiaridades e suscitando o Estrangeiro ali onde ninguém o pressentia. Esses rostos são a partir de então lançados para fora do horizonte humano. Refazer a história desse processo de banimento é fazer a arqueologia de uma alienação. Compreender como esse gesto é constituído é perscrutar qual a experiência de si tinha o homem da era clássica para deixar de reconhecer alguns personagens antes familiares. O modo como esse campo de exclusão é formado, como ele se materializa no espaço do internamento, mostra o modo como se constitui a experiência da loucura como depositária da verdade alienada do homem moderno.

O internamento, ao isolar miseráveis, vagabundos, velhos,

profanadores, enfermos, libertinos, dissipadores, alquimistas, doentes venéreos e insanos, manifesta, no período clássico, uma experiência original e irreduzível. Isso, que hoje em dia pode soar como efeito da indiscriminação e da ignorância, constituiu naquele período um campo de experiências que tinha uma coerência, uma unidade e função.

“Ele aproximou, num campo unitário personagens e valores entre os quais as culturas anteriores não tinham percebido nenhuma semelhança. Imperceptivelmente, estabeleceu uma gradação entre eles em direção da loucura, preparando uma experiência – a nossa – onde se farão notar como já integrados ao domínio pertencente à alienação mental. A fim de que essa aproximação fosse feita, foi necessária toda uma reorganização do mundo ético, novas linhas de divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado, e o estabelecimento de novas normas de integração social.” (Foucault, 1993a, p.83)

O século XVII vai agrupar um conjunto de experiências, destinando-lhes o exílio e configurando assim, aquilo que podemos denominar como o universo do desatino. Essas experiências dizem respeito a tudo aquilo que se distancia da norma social, às faltas morais, à libertinagem, à sexualidade naquilo que viola os modos de organização da família burguesa e ao profano no que fere a nova concepção de sagrado e dos ritos religiosos. Elas, juntamente com a loucura, formarão o grupo homogêneo que ocupa o espaço do internamento. Esse universo servirá doravante de suporte para a loucura, delimitando o espaço de sua possibilidade. O nosso conhecimento médico científico da loucura repousará sobre tal vivência ética do desatino.

O espaço do internamento, originado em função dos problemas da miséria, vai fermentar durante um século e meio, um conjunto de experiências a partir das quais a loucura passará a ser reconhecida. Ela, que antes podia ser vista circulando pelas paisagens mais familiares, é a partir de então reduzida a um lugar determinado onde todos podem percebê-la e denunciá-la. É nesse contexto que se retira do desatino sua possibilidade de verdade, é aí onde ele será alienado. Antes de se tornar objeto científico, o desatino tornou-se objeto de excomunhão; a divisão entre razão e desatino vem substituir a antiga divisão entre o bem e o mal da Renascença.

No mundo do internamento, a loucura está mais associada a defeitos morais do que a perfis de uma nosografia psicopatológica. As pessoas são

qualificadas como insanas não porque elas foram arrastadas pela “força viva da loucura”, mas sim porque caíram à margem da ordem moral social. Desse modo, a loucura torna-se perceptível para a era clássica pelo olhar da ética. Nos séculos XVII e XVIII ela é de pleno direito inumana, é o outro lado de uma opção do homem que lhe possibilita o livre exercício de sua natureza racional.

No período Clássico, a consciência da loucura é ambígua e contraditória, possuindo múltiplos aspectos³. Ela se constitui a partir do interjogo entre a prática do internamento (aspectos jurídicos, administrativos) e o ciclo do conhecimento (aspecto médico). Nesse movimento, sua verdade torna-se a de um ser que é não ser, ela é “erro, fantasma, ilusão, linguagem inútil e privada de conteúdo” (Foucault, 1993a, p. 174), sendo tomada sempre a partir do discurso da razão, enquanto negatividade, diferença pura, ausência de razão e, enfim, como doença.

Ao longo do século XVIII a loucura será isolada das outras formas de desatino, constituindo-se como legítima herdeira do espaço de internamento.

“se o século XVIII aos poucos abriu lugar para a loucura, se distinguiu certas figuras dela, não foi aproximando-se dela que o fez mas, pelo contrário, afastando-se dela: foi necessário instaurar uma nova dimensão, delimitar um novo espaço e como que uma outra solidão para que, em meio desse segundo silêncio, a loucura pudesse enfim falar. Se ela encontra seu lugar, isto acontece na medida em que é afastada; deve seus rostos, a uma indiferença que a isola. De modo que o máximo de distância será conseguido às vésperas do dia em que ela surgirá como ‘libertada’ e transformada em ‘humana’, às vésperas mesmo do dia em que Pinel reformará a Bicêtre.” (Foucault, 1993a, p.393)

A existência das casas de internamento é questionada na medida em que elas não dão conta do problema do desemprego e mendicância. Com a disseminação da miséria, inclusive pelos campos, percebe-se que tal condição não é fruto apenas do erro e da falta. O desemprego vai desse modo, se separando das sanções morais. A indigência passa a ser compreendida como fenômeno econômico, o pobre torna-se necessário para a riqueza do Estado (medida também por sua população e força de trabalho). Estamos às vésperas da Revolução Francesa, na qual presenciaremos grandes transformações na organização e no tipo de contrato social.

³ Foucault (1993a) descreve quatro tipos de consciência da loucura que historicamente se confrontam: uma consciência crítica, uma prática, uma enunciativa e uma analítica. Uma consciência analítica vai predominar nos séculos XIX e XX, lançando as bases para um conhecimento objetivo sobre a loucura e para o desenvolvimento da Psiquiatria. Tais aspectos não serão aqui abordados tendo em vista os

Dessa forma, o internamento passa a ser um erro econômico ao inutilizar dentro de seus muros grande quantidade de mão de obra necessária à industrialização nascente.

No entanto, a loucura continua a ser um problema que se diferencia da pobreza, a ela cabe uma assistência que também possa neutralizar o temor por ela suscitado. Assim, a loucura continuará dentro do campo da exclusão, vigiada a partir de então pelo olhar médico. Tendo em vista que a liberdade do ser humano está no pleno exercício da razão, a essência da loucura será assim ausência de liberdade, menoridade, alienação, doença.

O olhar que se dirige à loucura a coloca no lugar de objeto a ser conhecido: “sob o olhar que agora a envolve, ela despoja-se de todos os prestígios que faziam dela, ainda recentemente, uma figura conjurada desde o momento em que era percebida; ela se torna forma olhada, coisa investida pela linguagem, realidade que se conhece; torna-se objeto.” (Foucault, 1993a, p.439).

Os ideais da Revolução Francesa irão definir novas medidas para a relação com a loucura. Castel (1991) irá analisar os elementos aí postos que doravante servirão de base para tal relação: o contexto político do advento do legalismo (com a ruptura do equilíbrio tradicional de forças do Antigo Regime surge a necessidade de novas formas de regulação social); o surgimento de novos agentes (a justiça, as administrações locais e a medicina) para preencher o vazio deixado pelas antigas instâncias; a atribuição do status de doente mental ao louco; a constituição de uma nova estrutura institucional (o asilo para alienados). A Psiquiatria emerge então, como resposta a uma problemática social colocada pela rearticulação da dinâmica social que marca o nascimento do sistema capitalista. Instância de regulação da loucura, ela cumpre um mandato social que se estende até os dias de hoje.

“A Psiquiatria é efetivamente uma ciência política já que ela respondeu a um problema de governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão ‘puramente’ técnica: com a medicina, a loucura passou a ser administrável⁴” (Castel, 1991, p.19)

objetivos e limites deste trabalho.

⁴ Por administrável Castel concebe o movimento de se reduzir toda a realidade da loucura às condições de sua gestão em um quadro técnico.

A Psiquiatria constitui-se, então, num duplo movimento de liberação e sujeição da loucura: liberação da desumanidade e violência das casas de internamento, com a constituição de um asilo de caráter médico, exclusivo para o tratamento da loucura; sujeição enquanto redução desta ao estatuto de objeto. A figura do alienista encarna essa nova forma de relação entre sociedade e loucura; doravante, o médico legitimado na perícia de seu saber, estabelecerá a tutela do doente mental.

A positividade da Psiquiatria:

“constituiu-se praticamente em responder a uma demanda social e política que objetivava controlar, sem arbítrio, a desordem social configurada no personagem do louco. Era o que exigia a sociedade liberal, fundada na mística do contrato livre e que opunha ao poder soberano anterior o surgimento da dominação burguesa e seu liberalismo. Diferenciando o louco do cidadão comum, responsável e obediente às leis, e por isso digno de liberdade; do criminoso que racional e responsável transgride as leis, por isto se faz merecedor da prisão; e do miserável, ser agora pleno de direitos e, portanto, merecedor de trabalho, o alienismo instaura uma nova relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor ‘versus’ a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência. Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal.” (Silva Filho, 1987, p.91)

Mais preocupada com a descrição de sintomas, com a construção de uma nosografia, muito próxima do movimento classificatório da botânica, não interessa à nascente medicina mental procurar uma sede orgânica para a doença mental. A cura da loucura, encarada como um problema de ordem moral, deve ser atingida por meio do isolamento, da ordenação e da coação (tratamento moral)⁵. O trabalho de Pinel instaura o princípio terapêutico fundamental da Psiquiatria, que se estende até nossos dias: a prática do isolamento. Se as causas da alienação mental encontram-se presentes na desordem do meio social, o doente deve ser afastado deste. Futuramente Esquirol irá justificar tal prática como modo de, simultaneamente: garantir a segurança pessoal do louco e de sua família, afastá-lo

⁵ Nesse contexto o trabalho surge como um elemento importante no tratamento da loucura.

das más influências externas, dobrar suas resistências pessoais, submeter o doente ao regime médico, impondo-lhe novos hábitos morais e intelectuais (Foucault, 1993a).

“... o isolamento é freqüentemente uma necessidade urgente e absoluta, tanto para a segurança do próprio enfermo como da família, assim como para a tranquilidade pública e esta necessidade é mais urgente para os indivíduos que pertençam às classes sociais menos afortunadas ou pobres.” (Esquirol apud Silva Filho, 1987, p.89)

Assim Pinel, em Bicêtre, acena com a possibilidade de recuperação do louco, dando um caráter “técnico científico” à sua prática e realizando o gesto de “libertação” dos loucos. Liberdade paradoxal que só pode se efetivar dentro dos muros do asilo, sob a tutela do médico.

Circunscrita num primeiro momento ao espaço do asilo, a Psiquiatria, a partir do século XIX, ultrapassará os limites do hospício sendo chamada a intervir sobre a sociedade. A Psiquiatria torna-se instrumento de *moralização das massas*, inscrevendo-se no ideal moderno de higienização social e medicalização/disciplinarização da sociedade.

A noção de higiene ganha grande importância no campo da Psiquiatria e se constitui como um ponto de articulação entre esta e a Saúde Pública⁶. Tal noção emerge a partir do final do século XVIII, num momento no qual a saúde como fato social se estabelece como campo normativo (Ayres, 1995), apropriado pelo saber médico que passa a intervir de modo racional e sistemático sobre os coletivos.

A higiene, enquanto “arte de conservar a saúde dos homens reunidos em sociedade” (*Anales d’hygiène publique et médecine légale* apud Castel, 1991, p.132), enfatiza a responsabilidade do indivíduo sobre sua própria saúde. Tal concepção se insere na ideologia liberal burguesa, abrindo espaço para a disciplinarização dos comportamentos individuais. “A coincidência do liberalismo burguês com as formas correspondentes de organização da prática médica do final do século aproxima a higiene aos conceitos propriamente médicos, fazendo dos profissionais ‘defensores naturais da ordem burguesa’” (Giordano, 1989, p.41).

No campo da Psiquiatria, a proposição de intervenções higiênicas surge em meados do século XIX com a proposta de ‘profilaxias preservadoras’ que objetivam “combater as causas das doenças e prevenir seus efeitos” (Morel apud

⁶ Para maiores esclarecimentos ver Giordano Jr., 1989.

Castel, 1991, p.262). Vemos surgir os primórdios de um ideal de prevenção, que alcança, por meio de inúmeras transformações, os dias de hoje. À concepção nosológica do saber alienista vai ser contraposto uma visão organicista, mais coerente com os avanços da medicina da época. É neste contexto que é elaborada por Morel a teoria da degenerescência. As degenerescências:

“se transmitiriam hereditariamente constituindo desvios patológicos com respeito ao padrão normal da humanidade, ou então seriam precocemente adquiridas, por causas diversas, como intoxicações, alcoolismo, malária, males congênitos, etc. Uma vez instalada, a patologia seguiria seu curso e se transmitiria aos descendentes até que a linhagem fosse extinta.” (Silva Filho, 1987, p.92)

A abordagem anátomo-clínica passa a sobressair dentro do saber psiquiátrico. Na passagem do século XIX para o século XX configura-se o campo da Higiene Mental conjugando dispositivos de normatização social:

“As modernas teorias das origens heredobiológicas da loucura vieram cair como uma luva para as funções sociais que aquele momento histórico exigia da Psiquiatria, a de referendar cientificamente os processos de exclusão das evidências do pauperismo, os imigrantes vagabundos e desordeiros... vítimas já não mais das suas lamentáveis condições de vida, mas de taras e degenerações individuais e raciais.” (Resende, 1987, p.28)

Esses projetos de expansão das ações psiquiátricas ficam, no entanto apenas no campo das proposições não alcançando uma efetividade concreta. É apenas em meados do século XX que uma renovada visão preventivista irá mover a Psiquiatria para uma ação na comunidade. Neste momento a Psiquiatria vai sofrer nova inflexão.

A partir da II Guerra Mundial, configura-se um amplo campo de questionamento dos valores vigentes, de discussões sobre as desigualdades sociais e acirramento da luta por políticas sociais mais amplas. Com a crise do modelo liberal, deflagrada desde 1929, e a mobilização das classes populares através da organização de partidos e sindicatos de massa – movimento que remonta ao século XIX – há uma ampliação dos direitos políticos e sociais. Por essa "pressão de baixo", o Estado é obrigado a contemplar em suas políticas outros interesses: "a velha ordem liberal,

pressionada pela expansão dos direitos sociais tende a se converter cada vez mais em liberal democracia, e que por outro lado, com a ampliação dos direitos sociais, chega-se finalmente ao que hoje se conhece como Estado de Bem-Estar (que poderíamos chamar de Social Democracia)." (Coutinho, 1989, p.54)

No setor da Saúde observamos transformações pelas quais o Estado torna-se o principal planejador dos processos sociais gerenciando e responsabilizando-se pelo direito à saúde, agora um direito social. Nesse período, a medicina começa a ser criticada devido a seu caráter exclusivamente curativo. Ela deve se antecipar às causas da doença e promover a saúde. "Com a criação da Organização Mundial de Saúde – OMS – define-se seu novo campo de reflexão. A saúde não é apenas a inexistência de patologia, mas muito mais que isso: 'A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade'." (Silva Filho, 1987, p.84).

No âmbito da Assistência Psiquiátrica, configuram-se também mudanças acerca do tratamento da doença mental. Há durante a guerra um grande número de soldados acometidos por distúrbios mentais que são internados nos Hospitais Psiquiátricos. Isso se tornava dispendioso e denunciava a ineficiência terapêutica dessas instituições, que acabavam por instalar um processo de iatrogenia, deixando inválida e desperdiçando força de trabalho necessária para a reconstrução de um continente destruído pela guerra. Por outro lado, a indignação contra a violência da guerra e dos campos de concentração coloca em questão também a desumanidade do tratamento nos Hospitais Psiquiátricos e a necessidade de mudanças.

Segundo Lopes (1982), essa configuração gera preocupações governamentais, aprofundando a crise na Psiquiatria que já se esboça desde o começo do século XX. Tal inflexão é composta pela articulação de três aspectos:

- a estrutura de atenção: a Psiquiatria amplia seu campo de intervenção do âmbito individual para a comunidade.
- o campo epistemológico: configuram-se profundas mudanças no saber psiquiátrico, que passa a ser instrumento científico que define não só a doença mental como também a saúde mental.

- a prática clínica: o objeto da Psiquiatria transcende a doença mental para abarcar a saúde mental e a desadaptação social.

O avanço no desenvolvimento de psicofármacos também contribui para as transformações da assistência psiquiátrica.

“Assim, reconciliando-se com a racionalidade da medicina geral ao localizar novamente no corpo, para pelo menos parte de seus doentes, a sede de seus males; mantendo o mandato social conquistado no século passado através da regulamentação de sua autoridade sobre a loucura; e agindo como embaixatriz social das normas dominantes na sociedade, realiza a medicina mental sua nova síntese. Daí em diante o objetivo maior do trabalho nessa disciplina será a promoção da saúde mental.” (Silva Filho, 1987, p.96)

Vemos surgir na Europa e EUA a partir da II Grande Guerra uma série de experiências no sentido de transformar a assistência psiquiátrica.

“Trata-se agora de dinamizar a estrutura hospitalar e criar novas formas e condições de tratamento para acelerar a recuperação dos pacientes como sujeitos da produção. Surge a proposta de transformação do espaço hospitalar em espaço terapêutico, em espaço de pedagogia social, onde o doente será recuperado para a vida social e familiar.” (Lopes, 1982, p.6)

Constitui-se na Inglaterra a proposta da Comunidade Terapêutica e o movimento das Psicoterapias de Grupo, na França o movimento de Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA e na Itália o Movimento de Desinstitucionalização.

Esses movimentos, em maior ou menor grau, buscam uma ressignificação da Psiquiatria e uma transformação do modelo asilar tradicional⁷. Aqueles desenvolvidos na Inglaterra, França e Estados Unidos trazem importantes avanços no sentido de se questionar o modo como vinha se dando a assistência à doença mental e a desumanidade do tratamento nos hospitais psiquiátricos. Isso, no entanto, não implicou um questionamento mais profundo sobre o próprio papel da Psiquiatria como instrumento de controle social⁸, tendo em vista que a ênfase concentrava-se nos aspectos técnicos do problema. O percurso da confrontação do saber psiquiátrico e de suas instituições é desenvolvido posteriormente pelo

⁷ Para maiores esclarecimentos sobre os diferentes movimentos no âmbito da assistência à Saúde Mental que surgem no pós guerra ver: Goldberg, 1992; Pitta, 1984; Basaglia et al., 1998. Birman e Costa, 1998. Castel, 1987.

⁸ Exceção feita à antipsiquiatria inglesa, que vai dar início a tal questionamento e futuramente influenciar o pensamento basagliano (Castel, R, 1987).

Movimento de Desinstitucionalização na Itália, que será discutido mais adiante.

Com o crescimento da crítica aos Hospitais Psiquiátricos e a denúncia de sua ineficiência terapêutica, da cronificação e iatrogenia geradas por essas instituições, vemos operar nova inflexão do saber psiquiátrico conjuntamente a uma transformação da assistência.

Vale ressaltar que houve, no período pós-guerra, o predomínio do modelo norte americano da Psiquiatria Preventiva. Este modelo teve grande influência sobre a formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil e demais países da América Latina, a partir da década de 70. Ele foi incorporado ao discurso da Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, que o prescrevem como proposta a ser seguida pelos países do terceiro mundo.

É com este modelo que se opera, com maior profundidade, a transformação do objeto da Psiquiatria, que passa a investir na Saúde Mental e amplia o alcance de sua intervenção para a comunidade (Birman e Costa, 1998). O principal expoente do modelo de Psiquiatria Preventiva norte-americana é Gerald Caplan, que em seu livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, constitui uma obra formulada a partir de influências da Saúde Pública com a noção da história natural das doenças e dos níveis de prevenção; da Psicologia Behaviorista com o conceito de crises vitais (evolutivas ou acidentais) e do setor militar americano com a idéia de que os sujeitos devem adaptar-se ativa e realisticamente às situações de dificuldade (Silva Filho, 1987). No entender de Caplan, a doença mental é tomada como desadaptação social, como reação a um meio angustiante, assim a saúde e a doença mental oscilam entre os pólos da adaptação e da desadaptação social (Pitta-Hoisel, 1984).

Esse modelo surge na década de 60, nos EUA, a partir dos governos Kennedy e Johnson, num contexto de reorientação dos programas de política social no sentido de promover uma *guerra contra a pobreza*. Tal reorientação se propõe a dar conta das tensões sociais que surgem principalmente por parte dos negros norte-americanos e do movimento pelos direitos civis. O governo constitui, então, uma rede de programas de educação elementar, assistência jurídica, assistência médica,

treinamento profissional, entre outros, destinados a parcelas da população que não têm condições financeiras para a compra direta desses serviços.

O modelo da Psiquiatria Preventiva diferiria do modelo tradicional ao contrapor: “a- um novo objeto - a saúde mental; b- um novo objetivo - a prevenção da doença mental; c- um novo sujeito de tratamento - a coletividade; d- um novo agente profissional - as equipes comunitárias; e- um novo espaço de tratamento - a comunidade; f- uma nova concepção de personalidade - a unidade biopsicossocial” (Costa apud Amarante, 1991, p.08).

A partir desse modelo, o psiquiatra torna-se uma espécie de *funcionário burocrático do equilíbrio comunitário*. O preventivismo dá novo fôlego ao projeto de medicalização da ordem social, buscando minimizar as tensões sociais. “Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução.” (Birman e Costa, 1998, p.56).

A Psiquiatria Preventiva, ao tomar o aspecto saúde-doença dentro do modelo adaptação-desadaptação, associa a doença mental ao fator desvio social, buscando dar uma solução médica para aquilo que é fruto de questões políticas e econômicas. “A promiscuidade conceitual do preventivismo gera um objeto primordial que visa à neutralização do conceito de classe social, a despolitização dos movimentos comunitários, sua intencionalidade e eficácia consiste na captura dos movimentos autogestivos e a produção de sujeitos carenciados.” (Lancetti, 1989, p.84).

Em Caplan subsiste, como em toda história da Psiquiatria, uma visão de sociedade harmônica, que possui um equilíbrio homeostático, onde os conflitos sociais, as lutas de classes, as reivindicações das minorias são tomadas como formas de desequilíbrio psíquico. Desse modo, é produzida uma imagem universalizada do que é o ser sadio, versão médica do perfil da pessoa “bem sucedida”: o ser bem adaptado, que enfrenta as crises inerentes à vida de modo maduro, trabalhando dentro de si o processo de luto que permitirá uma separação sadia dos objetos perdidos – em outras palavras resignação.

Segundo Amarante (1991, 1998a), os programas de prevenção instituídos nos EUA geraram um significativo crescimento do contingente populacional atendido na rede extra-hospitalar. Tal fato no entanto, não significou a passagem da internação em Hospital Psiquiátrico para o atendimento em serviços extra-hospitalares. O que ocorreu foi um aumento do contingente de pessoas atingidas por intervenções ‘psis’ enquanto que os pacientes psiquiátricos permaneciam no sistema asilar. Vemos, desse modo, uma psiquiatrização da vida social e o desenvolvimento de práticas de ajustamento social encobertas pelas boas intenções da promoção da saúde mental. Dessa forma, todos os espaços sociais e culturais da comunidade podem ser passíveis de adoecimento e consequentemente devem ser objeto de intervenções psiquiátricas.

Na transposição da proposta norte-americana para os países da América Latina, foi priorizado seu caráter técnico-organizacional, deixando-se de lado discussões sobre seu aspecto político-ideológico.

Ao longo de sua história, o dispositivo psiquiátrico passou por sucessivas transformações que, no entanto, mantêm o mesmo sistema, *aggiornamentos* que repõe as mesmas funções de controle social de tal dispositivo, agora sob formas mais brandas e também sob outras tecnologias no campo psicológico (Castel, 1978, 1987). Da constituição dos asilos e exclusão do louco à normatização das classes operárias, das campanhas de higiene mental à subdivisão da assistência em três níveis de complexidade, subsiste um mesmo projeto de manutenção da ordem capitalista e uma contínua renovação do saber psiquiátrico e de seu mandato administrativo e social.

Tal fato nos instiga a permanecermos atentos ao entusiasmo com que consideramos – muitas vezes também nas propostas substitutivas – determinados termos como “promoção da Saúde Mental”, “reinserção social das pessoas acometidas por transtornos mentais”, “atenção integral à saúde”, o “todo biopsicossocial”, atenção necessária para que não estejamos a reproduzir velhos modelos.

“Quando novas luzes parecem, porém, iluminar a escuridão do asilo,

supomos, com demasiada comodidade, a reforma ou revolução psiquiátricas como progressistas e corremos o risco de nos cegarmos (se não nos perguntarmos em que consiste esse progresso) com aquilo que pretendemos iluminar.” (Lancetti, 1989, p.76).

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL

Por Reforma Psiquiátrica, Amarante⁹ (1998a) denomina o processo histórico de formulação crítica e prática, que objetiva o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica clássico, assim como seu paradigma. No Brasil, tal processo inicia-se a partir do final da década de 70, com a constituição do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, formado principalmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), representado em suas várias expressões: os Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro de Estudos de Saúde (CEBES), as Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, o Movimento de Renovação Médica (REME), a Rede de Alternativas à Psiquiatria. Outros atores relevantes nas discussões desse período são a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), as indústrias farmacêuticas, as Universidades e o Estado por meio do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica:

“assim como o Movimento Sanitário, inscreve-se no âmbito da luta mais geral pela redemocratização nacional, quando tomam o cenário político, as lutas contra o regime militar, refletidas na reorganização sindical,

⁹ Na construção deste capítulo nos utilizamos principalmente das contribuições deste autor, em seu livro: *Loucos Pela Vida, a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*.

político-partidária e demais entidades representativas da sociedade civil, na luta pela anistia, pela liberdade de imprensa, pelos direitos de cidadania, pelas eleições diretas, dentre outras. No contexto destas lutas a problemática da Saúde assume importância singular ao servir para denunciar o caráter impopular e autoritário do exercício estatal em suas políticas sociais.” (Amarante, 1992, p.9)

No âmbito da Saúde, surge forte mobilização - protagonizada pelo Movimento de Reforma Sanitária - no sentido da luta pela democratização da saúde, alçando-a à categoria de direito social (universalização da atenção à saúde gratuita e gerida pelo Estado).

Nesse contexto, os maus tratos nos Hospitais Psiquiátricos são comparados ao tratamento dado pela ditadura militar aos presos políticos. Inicia-se uma série de denúncias, por parte do MTSM, da violência existente nos manicômios do país, dando ensejo a projetos de reforma da assistência psiquiátrica pública.

O estopim para tal processo se dá a partir da denominada crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de Saúde Mental (Amarante, 1998a). Devido à precariedade das condições de trabalho e ao abandono em que se encontram os pacientes, os profissionais das quatro unidades da DINSAM (localizadas no Rio de Janeiro) entram em greve em abril de 1978. Em função disso 260 estagiários e profissionais são demitidos. Desse modo, as condições desumanas existentes nos hospitais psiquiátricos são levadas a público, ganhando destaque na grande imprensa. Tal ato acaba por se expandir, mobilizando outros profissionais e instituições.

“Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.” (Amarante, 1998a, p.52)

Conforme mencionado anteriormente, o perfil do MTSM se caracterizará pela opção por uma não-institucionalização, a fim de evitar os males colocados pela institucionalização: a perda da autonomia, a burocratização, o encastelamento das lideranças e a cooptação do movimento pelos poderes políticos. No decorrer de sua história, tal opção terá uma relação muito próxima e será influenciada pelo Movimento de Desinstitucionalização italiano.

Outra marca do MTSM é seu caráter múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição como às suas frentes de atuação. Ele é o primeiro movimento no setor da saúde a ter uma participação popular, não sendo identificado com um movimento ou entidade em particular, mas sim como uma luta popular no campo da Saúde Mental (Amarante, 1998a).

Os momentos iniciais do MTSM estão associados a reivindicações de cunho trabalhista por parte dos profissionais e a críticas com relação à má assistência à população, oscilando assim entre uma vocação de cunho corporativista e um projeto de transformação da assistência psiquiátrica.

Amarante (1998a) propõe uma periodização do percurso do MTSM em três trajetórias¹⁰ que se iniciam no final da década de 70: a alternativa, a sanitarista e a de desinstitucionalização.

A trajetória alternativa corresponde ao início do MTSM, como descrito acima, e coincide com o final do período de milagre econômico e início do processo de redemocratização do país, quando vemos a reorganização dos sindicatos e movimentos sociais. Começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social da Psiquiatria. Nesse período o MTSM sofre influências dos trabalhos de autores como Foucault, Goffman, Castel, Basaglia, Szasz, Illich e Bastide.

A luta pela transformação do sistema de atenção à Saúde Mental alia-se à luta dos demais setores pela democracia plena e por uma organização social mais justa. O caráter mais corporativo do movimento vai dando lugar a um perfil político e social. Nesse sentido, busca-se um trabalho de cooperação com outras entidades engajadas na luta pela democracia, assim como uma vinculação com os movimentos populares, ampliando-se assim sua frente para além de uma categoria profissional.

A trajetória sanitarista tem início na década de 80, quando um contingente significativo de pessoas ligadas ao MTSM é incorporado ao aparelho público, num momento em que, com o fim da ditadura, há uma renovação das lideranças tecnoburocráticas. Esse movimento era uma estratégia para efetuar

¹⁰ A opção pelo termo trajetória se dá em decorrência de que essas tendências não ocorrem num movimento de etapas que se sucedem em um processo evolutivo, mas sim em caminhos que se cruzam e sobrepõem.

mudanças a partir da própria máquina estatal, constituindo um efeito institucionalizante da reforma, essa iniciativa tem início com o próprio Movimento de Reforma Sanitária de ocupar lugares de poder e tomada de decisão no aparelho de Estado como modo de introduzir transformações nas políticas de saúde.

Tal expediente é encampado pelo Estado como forma de cooptação do movimento: ao absorver tendências críticas, o governo garantia sua legitimidade e reduzia as tensões sociais. Um sinal disso era a incorporação do projeto preventivista ao discurso do governo, como forma de dar conta dos problemas advindos de uma assistência à saúde demasiadamente custosa, elitista e privatizante.

“Neste momento, encontramos um movimento que, por dedicar-se, por um lado à tarefa de tornar a coisa pública viável, em uma autêntica linha ‘estatizante’, própria dos segmentos progressistas, atuantes nos partidos, sindicatos e associações e, por outro, por procurar enfrentar a investida da oposição a estas políticas, oriunda principalmente da FBH, mas também dos setores mais ‘organicistas’ ou mais radicalmente ‘psicologizantes’, localizados ora nas universidades, ora na ABP, ora ainda nos adeptos da tradição psicanalítica, acaba por assumir um papel que se pode definir como não mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais. Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem. O Estado autoritário moribundo, especificamente no setor saúde, na sua necessidade de alcançar legitimidade, de diminuir tensões e de objetivar resultados concretos nas suas políticas sociais, deseja essa aliança, mas certo de que as mudanças propostas não conseguem ferir efetivamente as bases destas mesmas políticas.” (Amarante, 1998a, p.67)

Essa trajetória é marcada pelo afastamento das proposições iniciais do MTSM, que tinham um caráter mais radical, ao reconhecer a determinação social do adoecimento; opor-se à concepção de uma ciência neutra; criticar a medicina como dispositivo de controle social e denunciar o papel do técnico como reproduzidor desse contexto. O movimento assume uma postura menos crítica e enfatiza a idéia de que a medicina articulada ao planejamento e à administração pode e deve resolver os problemas de saúde da sociedade.

A presença de pessoas ligadas ao MTSM em parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde se faz perceber pela organização de uma série de encontros de coordenadores e de conferências de Saúde

Mental a partir de 1985, o que serve como meio de fortalecimento e crescimento do MTSM.

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), em 1987, marca o fim da trajetória sanitaria, assim como o início da trajetória da desinstitucionalização, que segue até os dias de hoje. A importância desse encontro se dá, principalmente, pelos seguintes aspectos: um movimento de renovação teórica e política que passa a ocorrer no MTSM a partir de então; a busca de formas de organização mais independentes que ocasiona o distanciamento entre o movimento e o Estado, assim como de suas alianças mais tradicionais; a aproximação do MTSM com relação a entidades formadas por usuários e familiares (Amarante, 1998a).

Neste momento, a dominância do MTSM sobre os setores políticos é colocada em jogo e as forças de oposição àquele retornam à cena.

Durante a realização da I CNSM, o MTSM realiza, paralelamente, reuniões para discutir os rumos do movimento e traçar novos caminhos, tendo em vista o esgotamento da estratégia de participação nos órgãos públicos e a necessidade de se criar um fórum independente, a partir do qual pudessem ser feitas críticas às políticas oficiais, assim como refletir sobre as práticas e organização do próprio movimento. Surge nesse momento, o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Decide-se realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, em Bauru, grande marco na história do MTSM.

No assim chamado “Congresso de Bauru” é forjado o lema *Por uma sociedade sem Manicômios* que irá nortear daí por diante o MTSM, marcando um momento de ruptura tanto política como epistemológica. Nasce aí o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que propõe a ampliação de seus objetivos, da participação de usuários e familiares e da articulação com outros movimentos democráticos populares. Neste evento é instituído o dia Nacional de Luta Antimanicomial, a ser realizado todo dia 18 de maio.

“O *Congresso de Bauru* representou, ao nosso ver, não apenas o início de uma das trajetórias da reforma psiquiátrica brasileira, mas também um momento de superação do próprio MTSM, a partir da ampliação de seus princípios e da participação de outros segmentos da sociedade civil, principalmente usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares, representantes de diferentes associações que passam a ser criadas principalmente no período que sucede à I Conferência Nacional de Saúde Mental.” (Scarcelli, 1998, p.23)

As discussões no Congresso de Bauru desenvolveram-se a partir de três eixos:

1. Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Colocamos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura.
2. Organização dos trabalhadores de Saúde Mental – a relação com o Estado e com a condição de trabalhadores da rede pública. As questões do corporativismo e interdisciplinaridade, a questão do contingente não universitário, as alianças, táticas e estratégias.
3. Análise e reflexão das nossas práticas concretas – uma instância crítica da discussão e avaliação (A quem servimos e de que maneiras). A ruptura com o isolamento que caracteriza essas práticas, contextualizando-as e procurando avançar. (MTSM apud Amarante, 1998a, p.80).

Nesse momento o MTSM reencontra suas origens e avança do movimento constituído por trabalhadores de Saúde Mental com um caráter mais teórico e técnico, para um movimento social mais amplo, que busca construir intervenções políticas na sociedade. O MLA, ao se constituir como um Movimento Social, não se filia a esta ou aquela corrente teórica, evitando assim concepções subjetivistas ou psicologizantes. Retoma-se a denúncia da psiquiatrização e institucionalização, e percebe-se as limitações colocadas por uma estratégia que se volte apenas à modernização da Psiquiatria e de suas instituições – como proposta na trajetória sanitária.

O Hospital Psiquiátrico é tomado como emblema de uma sociedade que exclui a diferença e que rejeita aqueles que não são “aceitáveis”. Há uma mudança radical ao se fazer prevalecer a noção de desinstitucionalização em um sentido mais propriamente antimanicomial. A tradição basagliana terá, a partir desse momento, grande influência sobre MTSM, operando uma ressignificação de suas estratégias e princípios.

“A estratégia de transformar o sistema de saúde mental encontra uma nova tática: é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, é preciso inventar novas formas de lidar com estas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (...) A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de

ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas.” (Amarante, 1998a, p.94)

Opera-se assim, uma transformação no sentido de negar saídas exclusivamente técnicas e administrativas como resposta para a situação da assistência psiquiátrica. São incorporadas à discussão questões de diversos âmbitos: teórico, político, cultural, social. A questão da cidadania ganha lugar central no movimento:

“Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos.” (Amarante, 1998b, p.14)

Nessa trajetória, há a construção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos e criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio¹¹; a constituição do projeto de lei 3657/89¹², de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros modelos de assistência; há ainda, a apresentação de projetos de lei semelhantes em diversos Estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco. Outro desdobramento de grande importância neste período é o fortalecimento da participação de usuários e familiares no movimento com a constituição de diversas associações¹³. Frente a tal contexto, amplia-se o

¹¹ A partir da criação dos CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamenta a implantação e financiamento de novos serviços desse tipo, tomando-os como modelos para todo o país.

¹² Sua aprovação com alterações se deu após vários anos em 2000.

¹³ Dentre elas podemos destacar: a Sociedade de Serviços Gerais para Integração do Trabalho – SOSINTRA – associação de problematizados mentais e seus familiares (é a primeira das associações deste gênero a ser criada no Brasil em 1979, mas que apenas nesse período passa a ganhar maior destaque); a Associação Loucos Pela Vida, formada por usuários, familiares e funcionários do Hospital Juqueri em São Paulo; Associação SOS Saúde Mental, formada por usuários, familiares, técnicos de Saúde Mental e representantes do movimento popular do município de São Paulo; Associação Franco Basaglia, composta por usuários, familiares e técnicos do CAPS Luís Cerqueira em São Paulo; Associação Franco Rotelli, formada por usuários, familiares e técnicos do sistema de Saúde Mental do município de Santos.

debate público sobre a loucura, a doença mental, a Psiquiatria e as instituições a ela associadas.

O ano de 1989 marca um período de mudanças no quadro político nacional no qual presenciamos a posse de governos democráticos populares em diversas cidades do país¹⁴. Os princípios antimanicomiais são incorporados às propostas de política para o setor da Saúde Mental dessas localidades. Nessa conjuntura, parte significativa da militância do movimento é incorporada novamente ao aparelho público dando início a várias e importantes experiências de construção de redes de serviços substitutivos ao manicômio.

Todo esse processo culmina com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, organizada por representantes de diversos setores sociais (usuários, familiares, trabalhadores, governo, prestadores de serviços e instituições formadoras) e composta por uma participação paritária de delegados desses diferentes setores.

“Nesta 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o Movimento de luta antimanicomial tem muitos motivos para comemorações. Afinal, pouco mais de 5 anos nos separam do Congresso de Bauru (dezembro de 1987), marco fundador desta nova perspectiva ética, teórica e técnica de convivência da sociedade com seus loucos, que através deste movimento tem se efetivado.

Nestes cinco anos, com muita garra e criatividade, soubemos construir um amplo leque de relações político-culturais, conquistando muitos aliados, montando as novas práticas e serviços, publicando e divulgando as nossas idéias, conquistando as ruas a cada ano nos dias 18 de maio, apaixonando o campo da saúde mental através do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Hoje, nesta Conferência, coroamos estes esforços, interferindo decisivamente através da vontade coletiva dos trabalhadores de saúde mental e seus aliados (população organizada, usuários, sindicatos, familiares...) na definição de uma Política de Saúde Mental comprometida com a cidadania dos doentes mentais e com a superação dos manicômios.” (MLA apud Scarcelli, 1998, p.27)

Essa fase é caracterizada por aquilo que Castel denomina como uma metamorfose, isto é,

“a transformação do conjunto dos elementos do sistema. Uma metamorfose marca a passagem a uma outra coerência, é a expressão de uma outra política. Não se pode mais interpretá-la a partir da

¹⁴ Em São Paulo o Partido dos Trabalhadores passa a governar cidades importantes como a capital paulista, Santos, Campinas, Santo André, São Bernardo do Campo, Diadema, Ribeirão Preto, entre outras.

reestruturação interna do dispositivo médico. É o produto de uma renegociação global das divisões de poder com as outras instâncias interessadas numa política de controle: a justiça, a administração central, as comunidades locais, a escola, as famílias, etc.” (Castel, 1991, p.13)

Busca-se a ruptura com o mandato social da Psiquiatria que se reproduz há séculos, adquirindo diversas roupagens ao longo do tempo: tratamento moral, teoria da degenerescência, higiene mental, preventivismo.

O MLA parte do princípio de que o termo *manicomial* não diz respeito unicamente à instituição Hospital Psiquiátrico, mas se estende ao funcionamento social que sustenta esse tipo de instituição, assim como às relações de exclusão e de estigma. Ele se opõe à exploração do sistema capitalista, que produz marginalizados, administrados a partir de um conjunto de dispositivos de controle que inclui os manicômios e as prisões. Desse modo, a crítica recai sobre a cultura manicomial que permeia não só o Hospital Psiquiátrico como também outras instituições como escolas, fábricas, presídios.

O MLA tem exercido importante influência na constituição de uma cultura contra hegemônica com relação às instituições totais, a um funcionamento social extremamente intolerante à diferença e àquilo que foge da norma instituída.

Assim, encontramos em documentos políticos que traçam as diretrizes para a implementação do modelo substitutivo de atenção à Saúde Mental no município de São Paulo os pressupostos que subsidiam as críticas construídas pelo discurso antimanicomial:

“Entende-se como Cultura Manicomial um conjunto complexo de representações e comportamentos coletivos sobre as relações entre os indivíduos, destes com as instituições, sobre a loucura, sua determinação e o modo de proceder da sociedade/instituições com a loucura. Tal cultura tem sua historicidade condicionada pela hegemonia do saber médico conservador, pela implantação de mecanismos de controle social, pela criação de um grande número de hospitais psiquiátricos inicialmente ‘modelares’, pela expansão abrupta de asilos particulares custeados pelo poder público, pela ausência quase absoluta de alternativas extra-hospitalares, por uma legislação psiquiátrica discriminadora e repressiva que inviabiliza o doente mental como cidadão ao considerá-lo perigoso e incapaz; e finalmente, pelo uso sistemático que a população marginalizada faz dos serviços de saúde como solução à miséria, à fome e à ausência de políticas sociais de apoio.” (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1989)

Dessa forma, o aparato manicomial não se restringe ao Hospital Psiquiátrico, embora este se constitua como um emblema, como instituição onde, de modo mais intenso, exercita-se o isolamento. O aparato manicomial é:

“o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. É o saber e a prática que constróem uma hierarquia entre razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade: é ‘o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto doença.’” (Giovanela e Amarante, 1998, p.141)

O MLA tem se constituído a partir da busca de novos modos de convivência com a loucura, por meio de iniciativas desinstitucionalizantes, de uma ruptura com a tradição de exclusão pela qual se pauta toda história da Psiquiatria, com a noção de uma ciência neutra e com o papel do trabalhador de Saúde Mental como reprodutor dessa ordem. O projeto antimanicomial configura-se como algo complexo, que se constrói pela intervenção em quatro campos fundamentais, inter-relacionados e complementares (Amarante, 1999):

1. Campo teórico-conceitual: refere-se ao processo de desconstrução e reconstrução de conceitos básicos da Psiquiatria¹⁵, implicando uma incursão crítica pelas bases teóricas e conceituais do campo da Psicologia e da Psiquiatria, que definiram seus objetos e suas práticas.
2. Campo técnico-assistencial: articulado e coerente à reformulação do campo conceitual, há a construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades que sejam efetivamente substitutivos ao modelo manicomial.

“Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa,

¹⁵ dentre eles o conceito de saúde e doença mental, de isolamento, de alienação, terapêutica, cura, normalidade e anormalidade.

construir um projeto, uma atividade conjunta, etc. em outras palavras trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos.” (Amarante, 1999, p.50)

3. Campo jurídico-político: revisão das legislações civil, penal e sanitária naquilo que diz respeito ao trato e lugar dado às pessoas acometidas por transtornos mentais, buscando-se a constituição de novas possibilidades de cidadania, trabalho e integração social.
4. Campo sócio-cultural: objetiva-se uma transformação do imaginário social relacionado à loucura/doença mental e ao diferente, a fim de construir uma sociedade mais fraterna e solidária.

Deste modo, o MLA não busca a modernização de técnicas e instituições psiquiátricas nem se restringe a reivindicações de humanização das relações entre os sujeitos, a sociedade e suas instituições, ele busca construir um *outro lugar social* para a loucura, a diversidade e a divergência. Seus princípios são: a inclusão, a solidariedade e a cidadania.

A abordagem da experiência da loucura deve apontar para sua presença no espaço da cultura (Lobosque, 2001), para sua reinscrição no corpo social, construindo-se intervenções que possam subsidiar tal movimento e que articulem uma diversidade de elementos (políticos, culturais, clínicos, etc.) fundamentados por uma discussão ética. Nesse sentido, o MLA é marcado pela construção ativa e cotidiana de uma utopia, de *uma sociedade sem manicômios*, colocando-se em franca oposição a uma sociedade pautada por valores neo-liberais, na qual a lógica da economia e do acúmulo de capital encontra-se acima do bem estar dos sujeitos (Fernandes, Scarcelli e Costa, 1999).

Conforme mencionado anteriormente, o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, é múltiplo e plural. No entender de Amarante (1998b), a diferença se dá, fundamentalmente, pela noção de desinstitucionalização que sustenta a proposta.

A noção de desinstitucionalização surge nos EUA em função do Plano de Saúde Mental do governo Kennedy, sendo entendida com sinônimo de desospitalização:

“Essa formulação da desinstitucionalização, nascida dos projetos de Psiquiatria preventiva e comunitária, opera uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. Em resumo, inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa. A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na Psiquiatria, mas na má aplicação desta.” (Amarante, 1998b, p.16)

Desse modo, esta leitura da desinstitucionalização desembocará no privilégio de questões técnico-administrativas, sem questionar os saberes que sustentam a assistência, ampliando ainda mais o campo de ação da Psiquiatria.

Uma segunda tendência sustentada pelos opositores à idéia da desinstitucionalização, é tomá-la como simples desassistência, isto é, como irresponsável abandono do doente à própria sorte, sem que o sistema hospitalocêntrico seja substituído por outro tipo de cuidado.

Uma terceira tendência marcada pelo trabalho basagliano¹⁶ e contrária às concepções anteriores, é a idéia de desinstitucionalização como desconstrução, “caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da Psiquiatria, onde, inclusive a cidadania, ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos.” (Amarante, 1998b, p.20).

Abordaremos de modo mais aprofundado esta última vertente, tendo em vista sua importância para a construção das propostas, objetivos e experiências do MLA e sua grande influência na política de Saúde Mental implementada em Santos.

3.1. A Psiquiatria democrática italiana: o percurso de uma desconstrução

¹⁶ Amarante (1998b) aponta também a contribuição da antipsiquiatria inglesa nessa compreensão.

O Movimento de Desinstitucionalização italiano surge na década de 60. Diferentemente das propostas que ocorreram na Inglaterra, França e EUA, aprofunda a crítica aos hospitais psiquiátricos e à Psiquiatria como instrumentos de violência disfarçados pelo discurso técnico e intrinsecamente articulados ao modo de organização social.

A partir dessa perspectiva, a transformação da assistência é incluída em um movimento político mais amplo, no qual a possibilidade de um trabalho efetivamente terapêutico com o doente mental está intimamente associada a transformações do próprio sistema sócio econômico.

Basaglia¹⁷ vai desenvolver sua proposta de desconstrução do saber psiquiátrico e suas instituições a partir das experiências em Gorizia e Trieste, sob a influência de diversos autores¹⁸, em especial Foucault e Goffman.

Para Basaglia (1980, 1991) o que caracteriza as instituições é a rígida divisão entre aqueles que têm o poder e aqueles que não têm, de modo que a divisão de funções no interior da mesma traduz uma relação de opressão entre poder e não-poder. Para ele, violência e exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.

O Hospital Psiquiátrico caracteriza-se como área de compensação para as contradições sociais, respondendo à necessidade de negar uma parte da própria experiência humana, excluindo aquilo que é temido por ser desconhecido e inacessível.

“Se a Psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do ‘doente mental’ quando forneceu a confirmação científica para a incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-as de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições...” (Basaglia, 1991, p.124)

¹⁷ médico psiquiatra italiano, dirigiu no década de 60 o hospital de Gorizia, implementando seu processo de desativação, coordenou a experiência de montagem dos serviços territoriais em Trieste. Teve participação decisiva na criação dos movimentos de Psiquiatria Democrática e da Rede Alternativas à Psiquiatria, assim como na promulgação da Lei nº180, no final da década de 70, que dispõe sobre o fim dos hospitais psiquiátricos e montagem de serviços territoriais na Itália.

¹⁸ Dentre eles Amarante (1998b) destaca: Sartre, Hegel, Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Binswanger, Gramsci, Althusser, Adorno, Marcuse, Fromm, Horkheimer, Habermas, Artaud, Parsons, Martin, Maxwell Jones, Tosquelles, Bonnafá, Fanon, Laing e Cooper.

Segundo Franco Rotelli (1981) o manicômio é o lugar zero da troca. Ali todas as singularidades são desconsideradas e o sujeito é objetivado na doença. A única diferença possível é dos diferentes sintomas e diagnósticos psicopatológicos. Assim, não importa qual seja a forma de administrar o Hospital Psiquiátrico, ele sempre será lugar de controle social. Coloca-se em questão não uma ou outra técnica, mas a organização hospitalar como um todo.

Conforme Saraceno (1999), perceber o manicômio como esse lugar zero da troca leva à constatação de que os manicômios são iguais em toda parte. Independentemente das condições sociais do país, a aparência do Hospital Psiquiátrico é muito semelhante: pacientes abandonados e ociosos andando sem rumo de um lado para outro; banheiros úmidos, gelados e fétidos; salões de estar esfumaçados, onde os pacientes permanecem por horas, incomunicáveis, ou vez por outra lhe pedem um cigarro; internos contidos nos leitos ou isolados em minúsculos quatinhos. Veremos um *layout* comum, como nas redes de hotéis e fast food internacionais, iguais em todos os lugares, seguindo uma lógica que não leva em conta as histórias dos países e as culturas locais. O manicômio e a Psiquiatria constituem-se como uma “lógica superior”, que tem por função ordenar a desordem do louco. No manicômio:

“O corpo do internado transformou-se em um mero lugar de passagem: um corpo indefeso, deslocado como um objeto de um para outro pavilhão. Através da imposição do corpo único, sem problemas e sem contradições da instituição, nega-se ao internado, concreta e explicitamente, a possibilidade de reconstruir-se um *corpo próprio* capaz de dialetizar o mundo.” (Basaglia, 1991, p.122)

Por mais que se mudem as técnicas, o psiquiatra relaciona-se com o paciente enquanto corpo doente, objeto de pesquisa considerado em sua materialidade, cuja diferença deve ser catalogada, gerida e tutelada. O princípio de autoridade que rege o Hospital Psiquiátrico, com sua meta de ordem e eficiência, aniquila o doente mental que, prisioneiro desse corpo doente, perde sua identidade pessoal e ganha uma identidade institucional.

Reduzido à doença, o paciente psiquiátrico é um excluído que jamais poderá se opor àqueles que o excluem, pois todos os seus atos serão compreendidos a partir de um quadro psicopatológico e de um código dos sintomas. “A Psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído

da sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, ‘constrangido’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica.” (Basaglia apud Amarante, 1998b, p.70)

O poder institucionalizante do manicômio leva o doente mental a objetivar-se nas regras da própria instituição, passando por um processo de aparvalhamento e restrição de si, que se sobrepõe aos efeitos da doença.

Desse modo, Basaglia define o conceito de *duplo da doença mental* (Amarante, 1998b) como aquilo que se constrói em torno do internado através do processo de institucionalização do indivíduo, da negação de sua subjetividade e de sua redução a objeto do saber. “São formas de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de ‘pré-conceitos’ ‘científicos’, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental.” (Amarante, 1998b, p.81).

Ao longo do tempo, a institucionalização efetua um complexo de danos nem sempre reversíveis que determinam no sujeito a progressiva perda de interesse, assim como um processo de regressão e de restrição do eu, levando-o ao vazio emocional. Submetido às mais variadas formas de violência e coerção, o paciente acaba por responder a esse lugar onde foi colocado, também com violência, melancolia, antissociabilidade, de modo que ao final de certo tempo torna-se difícil distinguir o que lhe é próprio do sofrimento e o que é marca de sua condição de institucionalizado.

“Se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os esterótipos culturais com que o rodearam. Por isso pode-se dizer que o doente mental, colocado em uma instituição cuja finalidade terapêutica torna-se ambígua diante de sua obstinação em referir-se a um *corpo doente*, é levado a fazer dessa instituição seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe.” (Basaglia, 1991, p.121)

Desse modo, inicia-se um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricos, a *negação da Psiquiatria como ideologia* na medida em que se toma consciência de que aquela corrobora, com teorias e práticas, um sistema social de violência e exclusão.

“A negação da ciência psiquiátrica como ideologia inscreve o saber-fazer sobre a loucura e o processo saúde-enfermidade mental em um campo

eminentemente ético, que resgata a dimensão das relações entre os homens, que problematiza a função social e política das tecnociências e dos técnicos, que devolve à loucura a possibilidade de uma dimensão plural.” (Amarante, 2000, p.99)

Conforme Basaglia (1991) é necessário que o psiquiatra transforme efetivamente sua prática pela tomada de consciência das condições globais em que vivemos, simultaneamente excluídos e excludentes. A ambigüidade de sua função não desaparecerá enquanto este não se der conta do jogo que lhe é exigido.

Nesse sentido, a experiência italiana, apoiada nas experiências anteriores da comunidade terapêutica durante o período de Gorizia, aponta as limitações desta proposta e dos modelos de reformas psiquiátricas existentes até então, ao construírem respostas exclusivamente técnicas à questão da doença mental. Elas podem ser um passo para a transformação do Hospital Psiquiátrico, mas não podem ser tomadas como meta final.

É necessário encararmos o problema de frente e estarmos sempre atentos para o perigo de se estar novamente apaziguando nossa angústia frente à loucura, construindo um novo *hospital maravilhoso*, um novo sistema que preserve a sociedade do mal projetado no doente mental. Nesse sentido, Basaglia (1991) critica aquilo que denomina como “nova Psiquiatria”, isto é, um conjunto de técnicas de modernização do saber psiquiátrico que, fundadas numa abordagem predominantemente psicoterapêutica e num aperfeiçoamento da Psiquiatria, reatualizam os antigos esquemas positivistas, renovando o ideal da vocação terapêutica e novamente camuflando suas verdadeiras funções sociais (Amarante, 1998b).

Basaglia critica a passagem de instituições de violência para instituições de tolerância, onde a base das relações de poder entre técnicos e pacientes, assim como o jogo de exclusão e institucionalização, mantêm-se inalterados sob a face da complacência. “A loucura e o sofrimento psíquico, para Basaglia, não são condições a serem nem violentadas, nem simplesmente toleradas; precisam, ao contrário, serem em parte aceitas pela sociedade, e em parte verdadeiramente tratadas enquanto tal. (...) se a relação entre loucura e exclusão não é dialetizada, a tolerância torna-se mera atualização do mecanismo de exclusão na sociedade moderna.” (Amarante, 1998b, p.89).

O processo de trabalho em Gorizia caminha para uma *dimensão negativa*: a negação da violência desemboca na negação das próprias instituições e relações sociais que a sustentam. É necessário negar o ato terapêutico como ato de violência disfarçada, despertando nos excluídos a consciência de sua situação e não contribuindo para sua adaptação e discriminação. É preciso transformar as relações interpessoais entre os sujeitos envolvidos no âmbito do tratamento passando de uma atitude tutelar para uma atitude terapêutica.

O processo de negação abarca várias dimensões:

“Negação da instituição manicomial; da Psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; 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.” (Basaglia apud Amarante, 1998b, p.73)

Desse modo, a negação constitui-se simultaneamente como questionamento do saber psiquiátrico e renúncia ao mandato social do técnico e da instituição. Tal dimensão negativa também vai no sentido da superação e invenção de novos contratos e novas relações com a loucura.

Um dos primeiros passos para a mudança da situação em que se encontrava a assistência em Gorizia, foi a abertura dos portões do Hospital Psiquiátrico: negação do princípio da exclusão e do isolamento. Somente com a liberdade do doente mental seria possível garantir alguma margem de reciprocidade na relação com o médico, iniciando-se aí um resgate de seu poder contratual¹⁹.

Rompe-se com as estereotípias institucionais, as contradições deixam de ser acobertadas para serem enfrentadas dialeticamente com a participação de todos os personagens envolvidos. A instituição passa a se colocar num estado de crise contínua, num movimento permanente de construção/desconstrução, em que novas sínteses produzem novas contradições e novas crises. Isso se constitui como componente terapêutico básico desse trabalho.

Nesse novo contexto, o médico só pode ter um papel libertador quando aceita a contestação do doente, quando aceita ser um dos pólos da dialética,

¹⁹ Capacidade do indivíduo gerar normas e ordens para a sua vida de acordo com as condições vividas.

criando uma relação de maior cumplicidade e reciprocidade. O paciente, não mais reduzido à categoria doença, deve ser encarado como um ser social e político, um homem com todas as suas necessidades.

A partir dessa perspectiva, a tentativa de reintegrar o doente mental à sociedade não é uma questão somente científica, mas também social, política e cultural, implicando uma revisão do tipo de relação que a sociedade estabelece com a diversidade representada pelo doente mental.

“... se a doença também está ligada, como a maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. Toda tentativa de abordagem do problema confirmará a viabilidade de uma tal empresa, e, ao mesmo tempo, lembrará que ela será, inevitavelmente, isolada e, assim, privada de qualquer significado social se não se acompanhar de um movimento estrutural de base que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: o trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para a sua reintegração acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma atual da lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos.” (Basaglia, 1991, p.116)

Não se trata, porém, de simplesmente passar do pólo da opressão para o pólo da liberdade, pois aí correria-se o risco de inverter os termos da situação sem modificar os elementos implicados. A transformação exige um novo tipo de síntese no qual o princípio da autoridade seja substituído pelo princípio da autonomia com responsabilidade e o cuidado dado seja um misto de proteção e responsabilização sem cair num gesto paternalista. A finalidade do tratamento deve ser a manutenção da subjetividade do paciente, ainda que em detrimento da eficácia da instituição.

“Nessa realidade, a liberdade torna-se norma e o doente se habitua a usá-la, o que significa que se trata de um exercício de responsabilidade, de autocontrole, de gestão da própria pessoa e de compreensão da própria doença, além de qualquer preconceito científico. Mas para que isso aconteça, é necessário que toda a instituição (com os diferentes papéis que a compõem) esteja plenamente envolvida e presente a cada momento e em cada ato, como sustentáculo material e psicológico do doente.” (Basaglia e Basaglia, 1991, p.310)

Assim, a desinstitucionalização se dá a partir desse processo de negação que ocorre simultaneamente à invenção de novas realidades. Ela configura-se como um trabalho de transformação do conjunto de dispositivos - científicos, administrativos, legislativos e culturais - que se estruturam ao redor da doença mental. Seu objeto principal é a *existência-sofrimento* dos usuários e sua relação concreta e complexa com a sociedade, buscando transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos. Tal movimento se dá através da construção de serviços comunitários e do deslocamento da ação terapêutica para o contexto social das pessoas. A desinstitucionalização:

“É um processo social complexo de ativação de recursos da comunidade e de uma prática complexa, que deve encontrar mediadores entre o hospital e a cidade, para reconstruir uma nova forma de lidar, de conviver, de cuidar e de se relacionar com a loucura.” (dos Reis, 1998, p. 40)

Não se nega a existência da ‘doença’, o que é colocado em questão é o conceito de doença mental enquanto construção teórica sustentada por uma série de dispositivos equacionados em torno do saber psiquiátrico, que mantém o exercício da violência e da exclusão sobre os doentes mentais. Questiona-se o poder assumido pela Psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento psíquico, reduzindo a loucura a um problema exclusivamente psiquiátrico.

Nesse sentido, a doença mental deve ser colocada entre parênteses, isto é, deve-se ir além das categorias diagnósticas, da doença mental, colocando como centro dos investimentos a pessoa:

“O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica –, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença. A *epochè* da doença mental surge da necessidade precedente a qualquer classificação, de poder voltar as vistas para o doente.” (Amarante, 1998b, p.78)

Esse movimento, contrário à Psiquiatria tradicional, de colocar a doença mental entre parênteses e não a pessoa, remete à questão da desconstrução de seu ‘duplo’.

“A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que permite a observação do ‘duplo’ da doença mental, isto é, do que não é próprio da condição de estar doente, mas de ser e estar institucionalizado (e não apenas hospitalizado), que reabre a possibilidade de um outro conhecimento sobre essa mesma condição.” (Amarante, 1998b, p.80)

Desconstruir a face institucional da doença passa pelo enfrentamento dos dois lados que constituem a questão da doença mental, a problemática psicopatológica do doente (dialética e não ideológica) e a exclusão, a estigmatização social. O tratamento, portanto deve levar em consideração essa dupla realidade para assim poder constituir-se realmente como ato terapêutico.

A desinstitucionalização desdobra-se num processo que a um só tempo desconstrói os saberes e práticas psiquiátricos e inventa novas formas práticas e teóricas de se lidar, não mais com a doença, mas sim, com o sujeito doente.

A partir desse contexto, a loucura é considerada como uma condição humana, assim como a razão. A idéia de doença é substituída pela de crise: não uma esquizofrenia, um diagnóstico, uma situação institucionalizada, mas uma crise vital, existencial, social, familiar. A diferença de considerar o problema como a expressão de uma crise e não como um diagnóstico é tirar o paciente do lugar de objeto e olhá-lo como uma subjetividade.

“Desconstruindo o paradigma clássico, isto é, colocando a doença mental entre parênteses e desinstitucionalizando o conjunto de aparatos construídos em torno do objeto doença, podemos substituir o processo de cura pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos. Assim é que a atividade terapêutica passa a dar-se com a utilização dos recursos como elementos capazes de estimular e recolocar em movimento trocas sociais, de recolher e valorizar, através de seu deslocamento e, paradoxalmente, de sua desinstitucionalização, os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente. É o que Rotelli denomina de aceitar o desafio da complexidade e da multiplicidade da existência: para tanto, não se pode reduzir o sujeito à doença, ao distúrbio de comunicação, nem autonomizar o corpo ou o psíquico, mas somente reinscrevê-lo no corpo social.” (Giovanella e Amarante, 1998, p.143)

Nesse processo, a cidadania torna-se um dos pilares básicos do Movimento de Desinstitucionalização²⁰. Ela está relacionada à ampliação de direitos sociais, políticos e jurídicos dos sujeitos:

“Melhor dizendo, não se trata de, com base na idéia de cidadania como valor universal, admitir sua extensão a todo o tecido social trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade de sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se, ainda, não de deixar o louco viver a sua loucura, porém de, em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento, em sua positividade e em sua possibilidade de ser sujeito. Enfim, trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos.” (Amarante, 2000, p.115)

A experiência em Trieste na Itália resultou na substituição do manicômio por Centros de Saúde Mental, organizações abertas e mais ágeis para enfrentar a doença ali onde ela era produzida: no cotidiano da vida. Na discussão com a comunidade percebia-se que as dificuldades do doente eram semelhantes às do não doente, pela identificação entre eles inicia-se o processo de integração do paciente à sociedade. Basaglia enfatiza a importância do trabalho com a comunidade; para ele a população deveria apropriar-se dessa luta para que ela não fosse novamente absorvida pela ideologia científica burguesa, criando-se assim um novo código para uma nova ciência, deve-se, portanto, colocar a assistência psiquiátrica em parceria com organizações políticas que trabalham em prol da emancipação do povo.

Nesse contexto de mudança dos dispositivos, a concepção de território é fundamental:

“O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela Psiquiatria.” (Giovanella e Amarante, 1998, p.145)

²⁰ “A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado.” (Barros, 1998, p.177). Para mais informações sobre o assunto ver também: Delgado, 1992; Marsiglia et al., 1987.

O trabalho no território não se remete à promoção de saúde mental, mas sim à reprodução de vida e de subjetividades. Abre-se um novo campo de relacionamento com a loucura, diferente daquele constituído pela Psiquiatria tradicional, que objetiva o sujeito, colocando-o numa posição de subordinação à tutela médica. De agora em diante, rompe-se com a idéia de isolamento como forma paradigmática de tratamento, ao invés disso, a cidade configura-se agora como lugar terapêutico privilegiado nos *processos de validação social dos sujeitos*.

A estratégia da desinstitucionalização inscreve-se num movimento contemporâneo mais amplo de questionamento dos paradigmas da ciência moderna, momento de transição que se coloca em vários universos prático-discursivos. Movimento de ‘desconstrução’ das verdades produzidas pelo saber científico e de reconhecimento da limitação de tal método em conhecer o real.

A postura de Basaglia de sustentar uma instituição e um conhecimento sempre inventados e nunca dados, de não saber determinar aquilo que está por vir (tendo em vista que a realidade não é estática, mas sim perpétua construção), que tem sido compreendido como um ponto frágil na obra deste autor, revela-se como um pressuposto epistemológico fundamental, “na qual o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito, para voltar-se para a ‘invenção da realidade’ como processo histórico.” (Amarante, 2000, p.23). A realidade não é algo dado, mas sim fabricado por nossas convicções.

Parte-se do princípio de que o real é necessariamente complexo e possui “vários níveis concomitantes de existência, de possibilidades e de compreensão, que não se excluem nem se complementam, mas são, em si, a sua própria complexidade” (Amarante, 2000, p.28). Busca-se uma superação do paradigma clássico da ciência, da tradição cartesiana linear de causa e efeito, modelo que desqualifica todo e qualquer conhecimento que não seja produzido conforme seu método. Coloca-se em questão o pressuposto da neutralidade, do distanciamento entre sujeito e objeto, da autonomia da tecnociência; questiona-se as relações entre ciência e poder.

A obra de Basaglia localiza-se neste contexto mais amplo de transformações no campo das ciências e da epistemologia.

“a desinstitucionalização na Psiquiatria, na tradição basagliana, inscreve-se nesse ‘período de transição’, no qual inicia-se uma fase de afastamento do paradigma clássico, com sua desmontagem, e a conseqüente abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano. Isso significa que, ao abrir um processo de re-complexificação da loucura, contribui com algumas estratégias cognitivas e práticas para o campo da teoria das ciências e do conhecimento.” (Amarante, 2000, p.28)

Desse modo, ao afirmarmos que a realidade é construída, podemos também admitir que ela pode ser desconstruída para ser continuamente inventada em bases novas.

Conforme Derrida, a desconstrução

“é um gesto a um só tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto (...). A desconstrução enquanto tal não se reduz nem a um método (redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica, da própria idéia crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, a tenham interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor...” (Derrida apud Amarante, 2000, p.30)

Nesse sentido, a ‘instituição negada’²¹ e a ‘instituição inventada’ dentro do pensamento basagliano, são faces de um mesmo processo: a construção de uma nova realidade fundamentada em outros valores éticos e epistemológicos. Na medida em que a desinstitucionalização coloca em discussão a questão da doença mental, a idéia de periculosidade, de anormalidade e de desvio, abre-se novas perspectivas de relações éticas entre os homens e destes com as instituições.

Deste modo, as contribuições da tradição basagliana, ao recomplexificarem os saberes sobre a loucura, dando-lhe uma dimensão plural e inscrevendo os saberes e práticas sobre esta em um campo eminentemente ético,

²¹ Para Rotelli, a “negação da instituição, bem mais que o dismantelamento do manicômio foi e é a desmontagem dessa causalidade linear e a reconstrução de uma 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 (e não por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo).” (Rotelli apud Amarante, 2000, p.102)

trazem contribuições fundamentais para o MLA, constituindo-se como um marco importante no processo de transformação (metamorfose) do modelo de assistência à Saúde Mental.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A ANÁLISE DE DISCURSO EM SUA VERTENTE CONSTRUCIONISTA

O processo de desconstrução do modelo asilar implica a contraposição ao discurso manicomial, constituído ao longo de séculos, e a criação de um novo lugar social para a loucura. Passagem esta que se opera por meio da transformação de discursos e saberes, dos sentidos atribuídos ao tratamento no âmbito da Saúde Mental e do deslocamento das posições costumeiramente ocupadas por profissionais e usuários.

Dessa forma, o trabalho cotidianamente desenvolvido nos serviços substitutivos gera formas de conhecimento sobre a loucura e sobre modos adequados de tratamento, com a respectiva constituição de um conjunto de posições de onde os sujeitos constroem seus enunciados e se relacionam uns com os outros.

Nesse sentido, utilizamos um método que nos auxiliasse na análise dos sentidos construídos no dia a dia das práticas institucionais de um serviço substitutivo em Saúde Mental, buscando compreender aquilo que está a se efetivar na busca da ruptura com o modelo manicomial.

A pesquisa construcionista irá debruçar-se sobre o conhecimento gerado a partir da produção de sentidos no cotidiano, sobre as convenções que

utilizamos para nos localizar no mundo e as formas pelos quais alcançamos uma compreensão das coisas e de nós mesmos, entendendo tais formas e convenções como artefatos sociais, conceitos e critérios socialmente construídos, produtos de trocas interpessoais determinadas historicamente e culturalmente. A comunicação na vida cotidiana é extremamente rica e importante, pois está vinculada aos processos de produção e diz respeito às diversas ideologias existentes (Bakhtin, 1995).

O Construcionismo Social tem se desenvolvido num espaço interdisciplinar, ali onde a Psicologia se mescla com estudos sociológicos, antropológicos, filosóficos, da teoria literária e outros. Desse modo, o termo Construcionismo Social abarca uma diversidade de tendências: os objetivos e posições que têm se desenvolvido nesse âmbito variam muito (Danziger, 1997).

Segundo Shoter e Gergen aquilo que alinhava o pensamento construcionista é a preocupação com os processos pelos quais “o senso comum, as habilidades humanas e o conhecimento científico são produzidos e reproduzidos nas comunidades humanas” (Shoter and Gergen apud Potter, 1996, p. 2).

A perspectiva construcionista se contrapõe a princípios fundantes da ciência moderna. Ela se opõe à concepção representacionista do conhecimento, à cisão entre sujeito do conhecimento e objeto, assim como opera uma desconstrução da retórica da verdade e da idéia da materialidade do cérebro como instância produtora do conhecimento. (Ibañez, 1994; Spink, 1999; Potter, 1996; Gergen, 1985).

Segundo este enfoque, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas. “Só apreendemos os objetos que se nos apresentam a partir de nossas categorias, convenções práticas, linguagem: enfim, de nossos processos de objetivação” (Spink e Frezza, 1999, p.28).

Assim, se os objetos são constituídos a partir de nossas categorias (que são construções humanas), então, a hegemonia de certos sistemas de categorias e a compreensão que temos do mundo são sustentadas ao longo do tempo em função não de sua validade objetiva, mas sim da evolução dos processos sociais (Ibañez, 1993; Porter, 1996). Seguindo este raciocínio, o conhecimento não é uma representação nem tradução de uma realidade pré-existente e objetiva, mas sim uma construção social, histórica, que por sua vez constitui a própria realidade:

“Os termos em que o mundo é conhecido são artefatos sociais, produtos de intercâmbios historicamente situados entre pessoas (...). Nesse sentido, convida-se à investigação das bases históricas e culturais das variadas formas de construção de mundo (...). *As descrições e explicações sobre o mundo são formas de ação social. Desse modo, estão entremeadas com todas as atividades humanas.*” (Gergen apud Spink e Frezza, 1999, p.27) (grifos nossos)

Outra tendência no construcionismo é a crítica à retórica da verdade, opondo-se à concepção de verdade como conhecimento único e absoluto. Segundo essa perspectiva, os critérios de verdade são estabelecidos socialmente, as verdades “são sempre específicas e construídas a partir de convenções pautadas por critérios de coerência, utilidade, inteligibilidade, moralidade, enfim, de adequação às finalidades que designamos coletivamente como relevantes” (Spink e Frezza, 1999, p. 30). A discussão sobre a verdade é remetida a uma esfera ética. Conforme Spink a pesquisa construcionista impõe a necessidade de explicitação de nosso posicionamento político, a escolha refletida de pressupostos éticos e não uma opção aleatória entre posições tidas como equivalentes.

Com relação à concepção da produção de conhecimento reduzida à materialidade do cérebro, o construcionismo aponta que, apesar deste ser uma condição necessária para o pensamento não é a única. O pensamento depende também dos recursos sociais e culturais disponíveis, como por exemplo, a estrutura lingüística. Desse modo, o pensamento é um processo que se dá na interface entre o fisiológico e o social, contingente a formas culturais específicas. As pesquisas construcionistas:

“vêm o pensamento não como tendo uma essência fixa mas sendo construído a partir dos recursos simbólicos de uma cultura; de fato, para alguns construcionistas, o pensamento não é de modo algum uma entidade mental, mas sim um movimento discursivo; um conjunto de histórias que as pessoas contam, ou diferentes práticas discursivas negociadas com os outros como morais e justificáveis.” (Potter, 1996, p.3)

A compreensão do pensamento e do conhecimento como artefatos sociais possibilita a superação de três premissas tradicionais que colocam obstáculos à adesão plena ao construcionismo:

1. O internalismo que localiza os processos cognitivos no interior da mente humana e reduz a compreensão destes a processos neurológicos;
2. O essencialismo que toma a cognição como um objeto natural;
3. O universalismo, que concebe nosso modo atual de pensar como verdade única, como forma canônica de pensamento.

Na perspectiva construcionista o conhecimento tem como princípio organizador o *discurso* que acaba por ocupar um lugar teórico central no que diz respeito à constituição social da realidade, à produção de conhecimento e de sentidos.

O discurso, nesse entendimento, diz respeito às regularidades lingüísticas, ao *uso institucionalizado da linguagem e de sistemas de sinais de tipo lingüístico*. Refere-se a todas as formas de interações faladas, formais e informais, assim como textos escritos de todas as espécies. Seu processo de institucionalização pode se dar tanto no âmbito macrossocial das disciplinas, da política ou da cultura, como no âmbito mais restrito de grupos sociais (Davies & Harré, 1990). Assim, a medicina psiquiátrica, a Psicologia possuem seus próprios discursos.

Conforme, Davies e Harré (1990) o discurso tem uma força constitutiva, é um processo público e multifacetado por meio do qual os sentidos são constituídos de modo dinâmico e progressivo. Os discursos podem competir entre si ou então criar versões da realidade distintas e incompatíveis, no entanto, conhecer algo será sempre conhecer em termos de um ou mais discursos.

“A força constitutiva de cada discurso estende-se às suas provisões de posições subjetivas. Uma posição subjetiva incorpora tanto um repertório conceitual como uma localização da pessoa no interior da estrutura de direitos para aqueles que usam tal repertório. Uma vez apreendida uma posição particular como própria, uma pessoa inevitavelmente vê o mundo a partir do ponto de vista dessa posição e nos termos das imagens particulares, metáforas, linhas de histórias e conceitos que se tornam relevantes dentro de uma prática discursiva particular no qual ela está posicionada.” (Davies & Harré, 1990, p.46)

Nesse sentido, podemos pensar que o discurso antimanicomial fornece a usuários e profissionais do serviço determinadas posições e repertórios que visam superar um modelo construído pelo discurso psiquiátrico tradicional. A compreensão do usuário como sujeito de direito, não reduzido à dimensão da doença e onde seu

sofrimento diz respeito também a seu lugar na sociedade, compete com uma compreensão do adoecimento psíquico como algo que tende naturalmente à cronificação, enfatizando aspectos biológicos e tomando como tratamento seu isolamento dentro do manicômio.

Conforme Davies e Harré (1990) o entendimento e a experiência de identidade social, do mundo e do lugar que ocupamos nele é construído discursivamente. Assim como a noção de si só pode ser compreendida e expressa por meio das categorias disponíveis no discurso. Desse modo, a partir da análise de discursos podemos avaliar os modelos de vida cultural.

No pensamento construcionista a linguagem ganha grande ênfase como subsídio aos processos de objetivação que constituem a base da sociedade humana. Ela sustenta as práticas sociais que geram sentidos (Spink, 1999). A linguagem não é um reino abstrato povoado por entidades que pré-formam o discurso, nem existe independentemente da conversação, não é algo que paira acima dos humanos. Contrários a essa tradição transcendente os construcionistas optam por uma abordagem imanente na qual a linguagem tem uma relação intrínseca à produção humana concreta ganhando sua significação e existência no interior das relações humanas: ela existe somente como ocasiões concretas de uso. (Davies & Harré, 1990).

O construcionismo, sofrendo influências da pragmática, da lingüística de Mikhail Bakhtin, da etnometodologia e da análise de conversação, dá ênfase *ao aspecto performático da linguagem*, às condições de uso dos enunciados, como, e com que intenção falamos.

Conforme Bakhtin (1995) a palavra é o modo mais puro de relação social, é a arena onde se confrontam valores sociais contraditórios, é expressão e instrumento das relações e lutas sociais. A comunicação verbal implica conflitos, relações de dominação e de resistência. Analogamente, para Bakhtin, a palavra deve ser colocada em primeiro plano nos estudos da ideologia.

“Os sistemas semióticos servem para exprimir a ideologia e são, portanto, modelados por ela. A palavra é o signo ideológico por excelência, ela registra as menores variações das relações sociais, mas isso não vale somente para os sistemas ideológicos constituídos, já que a ideologia do cotidiano, que se exprime na vida corrente, é o cadinho

onde se formam e se renovam as ideologias constituídas.” (Bakhtin, 1995, p.16.)

Nesse sentido, a palavra, no entender desse autor, constitui-se como um indicador extremamente sensível de mudanças da ideologia. O campo ideológico coincide com o campo dos signos, eles são mutuamente correspondentes. As palavras emergem de uma complexa trama de fios ideológicos que se constitui como uma rede de sustentação para as relações sociais em todos os domínios. Desta forma, a palavra como indicador das mudanças sociais, é capaz de sinalizar mesmo aquelas que apenas despontam, que ainda estão tomando forma e não se constituem como um sistema ideológico estruturado. A palavra constitui o meio onde aos poucos se sobrepõem lentas acumulações quantitativas de mudanças que ainda não adquiriram uma nova qualidade ideológica acabada, ficam depositadas neste meio as fases transitórias mais efêmeras das transformações sociais.

É pela palavra que buscamos captar as mudanças operadas pela efetivação de um paradigma antimanicomial, os momentos em que encontramos a oposição e ruptura concreta com o discurso manicomial, os momentos em que eles se sobrepõem e aqueles nos quais emergem novos conceitos, um corpo diferente de enunciações, numa sobreposição de finas camadas de mudança que engendram um novo modo de relação com a loucura.

Segundo Potter e Wetherell “o estudo da linguagem é particularmente vital para a Psicologia social porque ela é simplesmente a mais básica e penetrante forma de interação entre as pessoas” (Potter & Wetherel, 1994, p.9).

No âmbito da Psicologia Social, em sua vertente construcionista, os estudos voltam-se para os processos de conservação e transformação social enfocando o momento da interação entre as pessoas, ou em outras palavras os *processos de produção de sentidos na vida cotidiana* (Spink, 1999).

No entender de Spink (1995) *conhecer é dar sentido ao mundo*, é o modo como as pessoas *posicionam-se* frente às coisas do mundo, numa rede de relações, no fluxo dos acontecimentos, na diversidade de narrativas com que temos contato e que se constituem como *práticas discursivas*. Conhecimento do mundo que se dá a partir de determinados discursos e que, por sua vez, configuram realidades. Rompe-se assim, com uma posição tradicional dentro da Psicologia que concebe o

conhecimento como localizado no interior da mente humana, o conhecimento é, a partir desse ponto de vista, algo construído no processo de interação entre as pessoas.

“Coerentes com a perspectiva psicossocial, propomos, aqui, que a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intra-individual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentidos é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas.” (Spink e Medrado, 1999, p.42)

O estudo de textos sociais na Psicologia social serve à compreensão da vida e da interação social.

O foco de interesse passa das estruturas sociais e mentais para as ações e práticas sociais, principalmente os sistemas de significação que dão sentido a nós e ao mundo. Esses sistemas de significação estão intrinsecamente associados às práticas discursivas que Spink (1999) define como *linguagem em ação, como as maneiras pelas quais as pessoas se posicionam nas relações cotidianas e produzem ativamente realidades sociais e psicológicas*.

As práticas discursivas são constituídas pelos seguintes elementos: a dinâmica, i.e., os enunciados que são orientados por vozes; as formas (speech genres) e os conteúdos (repertórios interpretativos) (Spink, 1999).

Assim, os enunciados e as vozes abarcam o processo de interanimação dialógica que se dá numa conversação. Os enunciados são expressões - palavras e sentenças – articuladas em ações situadas. Eles são sempre referidos a uma ou mais pessoas, que dialogam com o enunciador. Todo enunciado dirige-se a um interlocutor e varia conforme a situação e posição deste. A enunciação tem um determinado horizonte social delimitado que define a criação ideológica do grupo social e da época a que pertencemos, um horizonte contemporâneo científico, literário, moral, religioso, etc. (Bakhtin, 1995).

As vozes compreendem esses interlocutores presentes ou presentificados na conversação, elas podem estar distantes espacial e temporalmente do enunciador.

“As vozes compreendem diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. Elas antecedem os enunciados, fazendo-se neles presentes no momento de sua produção, tendo em vista que o próprio falante é sempre um respondente em maior ou menor grau.” (Spink e Medrado, 1999, p.46)

Para Bakhtin (1995) toda e qualquer enunciação é parte integrante de um processo de comunicação ininterrupto, é parte de um diálogo, um elo na cadeia dos atos de fala. A enunciação, compreendida como resposta a um diálogo social, é a unidade de base da língua, de natureza social e conseqüentemente ideológica, não tendo existência fora de um contexto social.

Desse modo, os enunciados dos atores institucionais travam um diálogo incessante tanto com aspectos do discurso antimanicomial quanto com toda a história da experiência da loucura em nossa cultura.

Os *speechs genres* ou gêneros de discurso são formas mais ou menos estáveis de enunciados, moldados pelo contexto (situação, interlocutores, lugar, momento). Por exemplo, o “Oi, tudo bem?”, “Tudo bem, e você?” dos encontros cotidianos, os “meus pêsames” ou “meus sentimentos” que falamos aos entes próximos de uma pessoa falecida, ou os “parabéns” dados ao aniversariante. No caso da fala de usuários e trabalhadores podemos ter, por exemplo, um gênero de discurso científico advindo dos técnicos, ou um gênero político do militante.

Conforme Potter e Wetherell (1997), o conceito de repertório interpretativo refere-se a sistemas utilizados de modo recorrente para caracterizar e avaliar ações, eventos e outros fenômenos. Eles são histórica e culturalmente construídos e se constituem como um recurso importante que compõe a estratégia mais ampla da análise de discurso e dos estudos sobre a produção de sentidos no cotidiano.

“Os *repertórios interpretativos* são, em linhas gerais, as unidades de construção das práticas discursivas – o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem – que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos ou *speech genres*.” (Spink e Medrado, 1999, p.47)

Encontraremos então a partir da prática discursiva dos integrantes da instituição investigada, repertórios interpretativos associados a diferentes momentos

da experiência histórica da loucura, assim como do desenvolvimento do saber psiquiátrico e suas práticas.

Os repertórios interpretativos ao serem localizados historicamente implicam um trabalho também com o aspecto temporal. Segundo Spink a questão da temporalidade surge a partir da problemática dos contextos de sentidos. “O sentido contextualizado institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos” (Spink, 1999, p.49) para a comunidade lingüística em questão. Sentidos antigos surgem novamente no presente modificados; eles não são estáveis e podem sempre adquirir novo fôlego sob novas formas.

O contexto de sentido surge aí como “pré-texto”, isto é, como pano de fundo a partir do qual as práticas discursivas podem ser compreendidas (Spink, 1993).

“O contexto enquanto pré-texto é definido não apenas pelo espaço social em que a ação se desenrola como também pela perspectiva temporal adotada. Não falamos aqui do tempo medido pelo relógio ou pelo passar dos meses e dos anos. Falamos do tempo interno marcado pela relação entre o imperativo da ação e as determinações inscritas na consciência coletiva. Assim, o tempo que marca o contexto pode ter diferentes durações.” (Spink, 1993, p.4)

Baseado nos estudos de Bakhtin e de Braudel, o trabalho com práticas discursivas apresenta uma divisão temporal em três tipos:

- Tempo longo: domínio dos conteúdos culturais, constituídos ao longo da história, que formam os discursos de uma determinada época, é aí que podemos apreender os repertórios disponíveis, conformados a partir do contexto social da época. Neste trabalho, o tempo longo refere-se aos sentidos dados à loucura ao longo da história e que configuram um imaginário social;

“Esses conhecimentos antecedem a vivência da pessoa, mas se fazem nela presentes por meio de instituições, modelos, normas, convenções, enfim, da reprodução social (...) Não é uma história morta, depositada nos tempos passados, são construções que alimentam, definem e ampliam os repertórios de que dispomos para produzir sentido” (Spink e Medrado, 1999, p.52)

- Tempo vivido: domínio das vivências pessoais ao longo da história de cada um, é onde ocorre o processo de ressignificação e aprendizagem dos conteúdos históricos e das linguagens sociais a partir dos processos de socialização primária

e secundária, corresponde às disposições adquiridas a partir do pertencimento a certos grupos sociais. É também o tempo da memória e da noção de identidade pessoal, o ponto de referência afetivo onde as pessoas ancoram suas narrativas pessoais. Neste trabalho abordamos tal tempo como a vivência dos usuários com relação ao adoecimento psíquico e tratamentos realizados e como o contexto institucional, o grupo social configurado a partir do processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta e consolidação do sistema de saúde mental substitutivo ao manicômio;

- Tempo curto: tempo do acontecimento e da interanimação dialógica, local das interações sociais face a face. “Esse é o momento concreto da vida social vista como atividade de caráter interativo. Nesse momento específico, as possibilidades de combinação das vozes, ativadas pela memória cultural de tempo longo ou pela memória afetiva de tempo vivido, fazem-se presentes.” (Spink e Medrado, 1999, p.53). É o tempo que possibilita a compreensão da dinâmica da produção de sentidos no cotidiano, ele se pauta pela dialogia e pelo confronto entre múltiplas vozes, pela concorrência de inúmeros repertórios interpretativos utilizados para dar sentido aos acontecimentos. Momento propriamente dito das entrevistas, dos registros das situações cotidianas e das conversas informais, onde nos deparamos com a polissemia, com a não regularidade da linguagem e com o confronto entre uma diversidade de repertórios na compreensão de um determinado fenômeno.

Ao falar uma pessoa posiciona a si e também aos outros, de modo não necessariamente intencional, o orador dá aos outros, implícita ou explicitamente lugares em uma narrativa. Ele coloca à disposição de seus ouvintes determinadas posições subjetivas que estes podem ou não assumir.

“Numa conversa o locutor posiciona-se e posiciona o outro, ou seja, quando falamos, selecionamos o tom, as figuras, os trechos de histórias, os personagens que correspondem ao posicionamento assumido diante do outro que é posicionado por ele. As posições não são irrevogáveis, mas continuamente negociadas.” (Pinheiro, 1999, p.186)

Desse modo, as práticas discursivas fornecem posições de pessoa, que incorporam tanto repertórios interpretativos como uma determinada localização num jogo de relações de poder.

O conceito de posicionamento surge a partir de uma análise social orientada pela lingüística, mais especificamente uma nova psico-socio-lingüística, que opta por um ponto de vista imanente, oposto a uma tradição lingüística transcendente mais tradicional que toma a produção humana como ordenada por regras e convenções que existem independentemente da própria produção. Nesta visão imanente da linguagem, as ordens normativas são intrínsecas à própria produção humana concreta. Esta concepção proporciona o “reconhecimento da força das práticas discursivas, das formas pelas quais as pessoas se posicionam através de suas práticas e a forma como a subjetividade individual é gerada através do aprendizado e uso de determinadas práticas discursivas” (Davies & Harré, 1990, p.43).

A idéia de posicionamento contribui com as discussões acerca da noção de personalidade, rompendo com a idéia de identidade pessoal dada e colocando a ênfase no aspecto dinâmico do encontro entre as pessoas:

“Um indivíduo emerge através dos processos de interação social, não como um produto final relativamente fixo, mas como alguém que é constituído e reconstituído através das várias práticas discursivas das quais participa. Consequentemente, a pessoa é sempre uma questão aberta com um recurso de respostas que depende das posições disponíveis no interior das práticas discursivas próprias e alheias e dentro dessas práticas, as histórias através das quais nós fazemos sentido para nossas próprias vidas e para os outros.” (Davies & Harré, 1990)

Nesse sentido, é privilegiada a posição de um indivíduo em determinado contexto, não suas características pessoais. A fala do sujeito é expressão da articulação de lugares, de posições dentro das relações de poder que existem no interior de uma instituição. O sujeito ao mesmo tempo em que fala de si fala também das condições de produção desse discurso. Desse modo, como apontado anteriormente, a compreensão e experiência da identidade social, do mundo social e do lugar de cada um nele é constituído discursivamente, a noção de si é expressa e entendida por meio das categorias disponíveis no discurso.

Conforme Davies e Harré “Os seres humanos são caracterizados tanto pela identidade pessoal continuada como pela descontinuidade da diversidade pessoal. É a mesma pessoa que é diferentemente posicionada numa conversa.”

(Davies & Harré, 1990, p.46). Assim uma mesma pessoa pode descrever a si dando ênfase a determinados aspectos e não a outros dependendo da situação em que está.

No diálogo entre usuário e profissional nos serviços substitutivos de Saúde Mental encontramos o interjogo de posições e de diferentes contextos discursivos, vemos a presença de diversas vozes imprimindo polissemia ao discurso, o embate entre saberes antigos e saberes novos sobre a loucura. A partir do quadro teórico exposto acima, investigamos as práticas, saberes e relações que estão a se constituir no desenvolvimento de uma proposta antimanicomial no campo da Saúde Mental, através das práticas discursivas dos atores envolvidos no cotidiano de um serviço substitutivo de Saúde Mental. Tais concepções dão um lugar à fala de usuários e trabalhadores não como discurso que re-apresenta a realidade do dia a dia de trabalho na instituição, mas sim como discurso que organiza e é organizado pela proposta antimanicomial. A *topografia social* dos conflitos entre os modelos de tratamento e seus pressupostos, as relações de poder que aí se constituem estariam então postas nas práticas discursivas desses sujeitos.

5. CHEGANDO A SANTOS

Realizamos as entrevistas desta pesquisa no Núcleo de Atenção Psicossocial Y da Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Ao todo, o trabalho de campo teve a duração de quatro meses. Conforme mencionado anteriormente, a escolha desse tipo de serviço se deu em função de sua importância no projeto antimanicomial.

Conforme nossa discussão anterior (Bakhtin, 1995), compreendemos que as enunciações são parte integrante de um processo de comunicação ininterrupto, de um diálogo social que extrapola o momento imediato da enunciação. Tendo em vista a natureza social e ideológica destas, elas ganham sentido a partir de seus contextos enunciativos. Dessa forma, as falas dos entrevistados articulam-se a um contexto histórico e político mais amplo. Nos capítulos 2 e 3 apresentamos um panorama do desenvolvimento da Psiquiatria e do processo de questionamento desta a partir de meados de século XX, assim como a construção do MLA no Brasil. Passamos agora à apresentação do processo de construção da rede de serviços de atenção à Saúde Mental no município de Santos. Toda essa exposição busca delinear o horizonte discursivo no qual se desenvolve a relação com a loucura em nossa sociedade, assim como onde se localiza a experiência antimanicomial santista e os discursos daí advindos.

A cidade de Santos situa-se na Ilha de São Vicente, a 90 km de São Paulo e possui uma população de aproximadamente 450.000 habitantes. Ele abriga o maior porto da América Latina, através do qual iniciou-se o desenvolvimento econômico da cidade²².

As eleições municipais de 1988 elegeram uma candidata do Partido dos Trabalhadores, que assumiu a Prefeitura em janeiro de 1989, numa coligação de partidos de esquerda. A proposta de governo privilegiou o desenvolvimento de políticas sociais principalmente nos setores de Saúde e Educação. Priorizou-se a atenção aos grupos populacionais mais marginalizados, buscando possibilitar-lhes o exercício digno da cidadania.

“O ‘novo Governo’, com seus projetos democráticos, pretendeu mobilizar estrategicamente os diferentes atores sociais, das mais diversas classes, promovendo uma profunda mudança cultural, nos valores éticos de relacionamento entre as pessoas, mobilizando e administrando a mudança, com a intenção de promover uma nova cultura, uma nova realidade, novas relações entre os cidadãos e instituições.” (dos Reis, 1996, p.18)

No que se refere à assistência pública à Saúde Mental do município, até esse momento, o atendimento ficava por conta de um ambulatório de Saúde Mental estadual, um posto de atendimento médico do INAMPS, um pronto-socorro psiquiátrico no hospital público estadual Guilherme Álvaro e um Hospital Psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta (CSA), de caráter privado e conveniado ao SUS. Tal hospital dava cobertura para toda baixada santista, Vale do Ribeira e outras regiões próximas.

Em 1989, os serviços de atendimento à Saúde Mental encontravam-se numa situação caótica caracterizada pela superlotação dos leitos da CSA; baixa resolutividade dos ambulatórios no atendimento aos casos graves²³; ausência de projetos de reabilitação e de inserção social, levando os pacientes ao círculo vicioso das reinternações; inexistência de um trabalho em rede (a única forma de integração

²² Neste capítulo, utilizamos informações obtidas principalmente dos seguintes trabalhos: Nicácio, 1994; Dos Reis, 1998. Utilizamos também de informações obtidas durante o trabalho de campo.

²³ Tal situação era identificada a partir da grande lotação da CSA e pelo modelo de trabalho nos ambulatórios centrado no atendimento médico que se limitava basicamente à prescrição de medicações. Os poucos grupos terapêuticos que aí existiam eram destinados a pacientes neuróticos, os

entre ambulatorios e instituicoes hospitalares se dava atraves das fichas de encaminhamento).

Inaugurada em 1951, a Casa de Saude Anchieta propunha-se a oferecer tratamento terapeutico moderno, dentro do modelo medico da epoca. Com o passar dos anos seu atendimento foi se deteriorando com a preponderancia da logica mercantilista, relegando os pacientes aos maus tratos e a cronificacao.

Com um tempo medio de internacao de seis meses - havia pessoas internadas ha mais de dez anos - a CSA utilizava em seu "tratamento" celas fortes, contencao no leito, insulinoaterapia, lobectomia, sossega leao e eletrochoque. Os gritos de dor e sofrimento dos pacientes podiam ser ouvidos pela vizinhanca da Casa de Saude, que foi apelidada de "Casa dos Horrores".

Em fevereiro de 1989, a imprensa local registrou uma serie de denuncias sobre os maus tratos e mortes ocorridos na Casa de Saude Anchieta. Frente a tal situacao o governo municipal assumiu uma postura de nao omissao, transformando a questao da dignidade do atendimento aos doentes mentais em um dos principais pontos de sua administracao.

Dados revelavam que de janeiro de 1986 a abril de 1989 haviam ocorrido 50 obitos na CSA. Em abril de 1989, chegou a Secretaria de Higiene e Saude do Municipio de Santos (SEHIG) um relat6rio elaborado pelo governo do Estado apresentando os problemas da CSA. A partir disso, a SEHIG deu um prazo de uma semana aos responsaveis pelo hospital para corrigirem as irregularidades apresentadas, caso contrario o local seria interditado.

Nesse periodo, uma equipe multiprofissional, composta por representantes da SEHIG, da Secretaria Estadual de Saude de Sa6 Paulo e do INAMPS, realizou vistoria na CSA, elaborando um relat6rio que expunha inumeras deficiencias na instituicao, tais como: superlotacao, falta de pessoal tecnico, ausencia de recursos para higiene e alimentacao, utilizacao do ECT como medida de punicao, utilizacao de celas fortes²⁴, nao cumprimento das normas de funcionamento para dispensario de psicotropicos, utilizacao de usuarios, que nao apresentavam um quadro que justificasse a manutencao da internacao, como funcionarios que

psicoticos eram atendidos exclusivamente pelo medico psiquiatra.

²⁴ Existiam na CSA doze celas fortes de pequenas dimensoes que possuam um unico orificio (5cm X 20cm) localizado na porta.

cumpriam uma jornada de trabalho de 12 horas diárias em média e recebiam como “pagamento” um maço de cigarros por dia, caracterizando assim, trabalho escravo.

A partir desse contexto, a SEHIG levou a discussão sobre as condições na CSA para os meios de comunicação, expondo-a para toda a comunidade, tendo em vista o fato de que tal situação, ao ferir a dignidade humana, não se restringia a uma questão técnica, sendo de interesse de toda sociedade. Objetivava-se que a intervenção na CSA não se caracterizasse simplesmente como um gesto reformista, mas sim como um motor para a transformação real da atenção à Saúde Mental e da cultura da sociedade²⁵.

No dia 03 de maio de 1989, a SEHIG, juntamente com representantes de diversos setores²⁶, fizeram nova inspeção na CSA. A visita constatou a manutenção das condições de extrema precariedade anteriormente averiguadas, sendo estas relatadas pelos próprios internos. Frente a tal situação, a prefeitura decretou intervenção municipal por 120 dias na CSA.

As cenas presenciadas no hospital eram de um extremo abandono e violência. Largados no pátio os pacientes ali permaneciam sem nenhuma atividade, à noite quando retornavam aos quartos após o jantar, a insuficiência de leitos gerava disputas diariamente. A maioria dos pacientes tinha suas cabeças raspadas ou infestadas de piolhos, sofrendo ali de várias doenças. Muitos não recordavam nem o próprio nome, pela medicação excessiva e pela aplicação de sessões de ECT de modo indiscriminado. “A falta de individualidade que a instituição proporcionava anulava a identidade dos internos, amarrados ou sedados praticamente o dia todo” (dos Reis, 1998, p.88).

Para resgatar os pacientes dessa situação de absoluta desumanidade, os cuidados se iniciaram a partir de seus aspectos mais básicos, como a possibilidade de utilização de objetos pessoais, cuidados clínicos e de higiene (eliminação dos piolhos, banho, corte de unhas), além da atenção dada pelas conversas.

²⁵ “Os moradores da cidade tinham uma relação ambígua com a CSA. Sabiam o que acontecia lá, mas não admitiam isso. Contavam com a ajuda dos muros, que separavam a loucura do espaço social e escondiam os loucos, dando-lhes a ilusão de que lá dentro nada ocorria.” (dos Reis, 1998, p.77)

²⁶ representantes de entidades civis (comissão dos aposentados, representantes de moradores de bairros, profissionais da Secretaria de Saúde Municipal, sindicatos, movimento dos trabalhadores da Saúde Mental do Estado de São Paulo, representantes da igreja), representantes da Câmara Municipal de Santos, diversos parlamentares e integrantes da comissão de direitos humanos da OAB, participaram desse momento.

Concomitante ao processo de fiscalização e intervenção na CSA, o secretário de Saúde em exercício na época, convocou um grupo de técnicos em Saúde Mental, a fim de auxiliá-lo na construção de estratégias para o enfrentamento da situação existente no hospital.

Avaliando-se as políticas de Saúde Mental existentes na época, principalmente aquela ocorrida no estado de São Paulo durante a gestão do governo de Franco Montoro (1983/1986), concluiu-se que a rede ambulatorial construída, a fim de se contrapor ao modelo hospitalocêntrico, não alcançou seu objetivo, servindo como porta de entrada para o asilo que continuava a ter um papel privilegiado na assistência à Saúde Mental, assim como em termos de dotação orçamentária.

O grupo avaliou que, por funcionarem de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, aqueles serviços não tinham condições de responder de modo eficaz às situações de crise, tendo em vista a necessidade de uma atenção mais intensiva e constante nesse momento de extrema fragilidade do sujeito. Desse modo, o atendimento nos ambulatórios foi sendo preenchido pelos casos de neurose, enquanto que as situações mais graves continuavam a ser encaminhadas para o Hospital Psiquiátrico.

“Considerou-se que, inicialmente, seria preciso desospitalizar e humanizar o atendimento no interior do próprio hospital, contribuindo para refazer os laços que ligavam o doente à sua família, amigos e sociedade, reconstruindo junto com ele um projeto para sua vida, ao invés de construir uma rede ambulatorial para tentar esvaziar o hospital a longo prazo (correndo o risco de fracassar, como demonstravam).” (dos Reis, 1998, p.75)

Optou-se por uma ação que promovesse a desconstrução da cultura manicomial e as relações subjacentes a ela, construindo em seu lugar uma rede territorial de atenção à Saúde Mental.

“O Programa de Saúde Mental de Santos estruturava-se, dessa forma, a partir da Intervenção no manicômio. De certo modo, assumia contornos diferentes de outras experiências em saúde mental em que os movimentos de trabalhadores da saúde, movimentos populares ou institucionais lutaram por mudanças e pela participação de órgãos públicos para desenvolver seus projetos. O condutor e indutor da experiência em Santos foi o órgão público, a Prefeitura Municipal, que buscou apoio dos trabalhadores e da população. Essa é uma característica que marca esse processo.” (dos Reis, 1998, p.83)

Durante o processo de intervenção, o cotidiano de trabalho na CSA foi sofrendo uma série de modificações. Alguns usuários, moradores do hospital, que tinham condição de alta passaram a poder entrar e sair livremente do hospital, durante o dia. O hospital começou a receber visitas da sociedade civil. Fotos e vídeos da situação em que se encontrava a instituição foram exibidas em praça pública, no intuito de denunciar os maus tratos cometidos na CSA e estimular a solidariedade da população. A progressiva abertura do hospital e circulação dos usuários pela cidade, foram provocando uma série de reações da comunidade, instaurando um debate importante para o conjunto do processo, no sentido de desenvolver uma cultura de tolerância e inclusão dos usuários.

O envolvimento da comunidade era uma meta importante no processo de intervenção no hospital e transformação da assistência. Os profissionais da Saúde Mental realizaram diversas atividades com familiares dos usuários, realizando-se um trabalho intensivo de reaproximação entre eles, buscando o resgate dos vínculos perdidos pelos longos períodos de internação. Organizou-se uma série de eventos abertos à população no espaço do hospital.

A construção de um novo modelo de assistência implicou um trabalho de mudança de posição tanto da comunidade, como dos familiares, usuários e profissionais. A novidade da situação, a violência institucional, o estado de extremo abandono dos usuários, inicialmente geraram muito medo nos trabalhadores, que aos poucos puderam se apropriar do projeto. A proposta era que o processo de formação destes se desse a partir da própria prática. Não havia fórmulas pré-estabelecidas, apenas alguns princípios norteadores que a direção do programa julgava necessários.

No que diz respeito à configuração da equipe buscou-se construir um trabalho multidisciplinar que não seguisse uma divisão rígida de papéis e no qual o poder e as responsabilidades não fossem centralizados na figura do médico, podendo ser mais bem distribuído por toda equipe.

Por parte dos usuários a postura também era de ambigüidade: se por um lado eles aprovavam a intervenção, por outro havia o medo do novo e do desconhecido.

Desativaram-se as celas fortes, terminaram as sessões de ECT, assim como os excessos de medicação. Instituíram-se assembléias diárias, com a

participação de todos os integrantes da instituição. Nesse espaço eram discutidos os problemas cotidianos, as dificuldades, os projetos, as possíveis violências; buscava-se com isso, democratizar as relações dentro do hospital, resgatando os usuários de um lugar passivo.

No intuito de montar os serviços territoriais (Núcleos de Atenção Psicossocial, constituídos nos moldes dos serviços implementados em Trieste), o hospital foi dividido em cinco mini-equipes, cada uma responsável por uma determinada região de Santos²⁷. As equipes organizaram-se no sentido de construir os NAPS e realizar a desativação da CSA.

O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989 na Zona Noroeste, pouco tempo depois foram inaugurados os outros quatro serviços. Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo da CSA.

A divisão das regiões se deu a partir de critérios sócio-econômicos e culturais, assim como facilidade de acesso. Os NAPS funcionam 24h por dia, todos os dias da semana, de portas abertas e atendendo prontamente às situações de crise. Esse serviço deve ser responsável por todas as demandas de saúde mental de seu território, abrangendo, assim, todos os níveis de atenção. O objetivo era evitar a burocratização e fragmentação da assistência em função de uma racionalidade técnica ou administrativa.

O trabalho dos NAPS não se dá apenas no período de crise. É sobretudo fora desses momentos que a intervenção se faz necessária, no sentido de auxiliar o usuário na construção de seus projetos de vida, aumentando sua autonomia, contratualidade social e qualidade de vida. Constitui-se também como um lugar de convivência, para fazer amigos e conversar, não apenas participar de atividades terapêuticas. Embora cuidem da doença os serviços devem procurar valorizar os potenciais de cada indivíduo.

²⁷ “No final de 1989 as mini-equipes já estavam trabalhando com áreas de abrangência bem delimitadas da cidade de Santos, iniciando os contatos com as diferentes instituições e fazendo um levantamento dos recursos da comunidade local (escolas, igrejas, associações de moradores, nas casas dos usuários, clubes, etc.), com o objetivo de divulgar o novo trabalho, discutir a necessidade da intervenção na CSA e da construção da nova rede (diversos debates e vídeos sobre a intervenção foram levados para discussão com a sociedade civil), além de informar-se sobre os recursos locais, estimular parcerias para a resolução dos problemas que surgissem ao longo do trabalho, avaliar as dificuldades da região, enfim, de se envolver com o novo trabalho no território.” (dos Reis, 1998, p.101)

“Nesta perspectiva, os NAPS não são estruturas simplificadas como as instituições totais; são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural. (...) Um lugar no qual cotidianamente se realizam novas formas para reconstituir a complexidade dos sujeitos e de seu poder social, acolher o sofrimento, reapropriação de história e vínculos com o mundo, ruptura de códigos, conquista de autonomia, laboratório de linguagens, afetos, emoções, mensagens, poderes, produção de sentido.” (Nicácio, 1994, p.91)

Nesse serviço, cada usuário tem um profissional de referência (independente da especialidade), que elabora conjuntamente com aquele o projeto terapêutico, denominado de contrato. As referências são responsáveis pelo trabalho mais específico a ser desenvolvido com o usuário e seus familiares, tendo um acompanhamento mais próximo do usuário. O projeto terapêutico deve levar em consideração os aspectos apontados anteriormente de (re)construção de projetos de vida, ampliação de autonomia e contratualidade.

“Não há regras definidas sobre o que fazer e quem deve fazê-lo. A definição das tarefas vem da necessidade que cada caso requer e não de normas técnicas; elas são divididas pela equipe, geralmente por quem tem maior vínculo com o usuário ou está mais disponível pessoal ou tecnicamente para resolver o problema apresentado.” (dos Reis, 1998, p.109)

Desse modo, algumas atividades devem ser realizadas por todos os profissionais, por exemplo, um médico pode acompanhar o usuário ao INSS ou em busca de uma moradia. Tal prática gerou diversos conflitos, inclusive no âmbito dos conselhos regionais, ao questionar o trabalho tradicionalmente realizado por cada profissional. No entanto, procurou-se preservar a especificidade dos olhares, enriquecendo-a com uma maior plasticidade e permeabilidade dos papéis de cada um.

Os NAPS são a base do novo sistema de Saúde Mental em Santos, construído para ser uma rede efetivamente substitutiva ao manicômio a partir do desmonte da CSA:

“A intensa tarefa que têm se colocado é a de inovar formas de relação entre as instituições e os sujeitos. Inscrever cotidianamente, na prática concreta, as novas referências afirmadas: o direito de cidadania do louco, a loucura como expressão complexa da existência humana, as interações entre os múltiplos atores do processo, realizar a tutela como direito sem

sequestrar a vida dos sujeitos e sim produzir autonomia e enriquecimento dos intercâmbios sociais.” (Nicácio, 1994, p.89)

Ao se colocar como referência de tratamento para todas as demandas na área de Saúde Mental, o NAPS ganha múltiplas funções: garantia de direito de asilo²⁸, hospitalidade diurna e noturna, espaço de convivência, promoção de ações que levem a uma reabilitação psicossocial, espaço de transformação cultural.

O NAPS Y é um dos cinco serviços de cuidados diários implementados no município durante a gestão petista (1989-1992)²⁹. Atende a uma região bastante pobre de Santos. A equipe é composta por: dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, dois assistentes sociais, três médicos, um acompanhante terapêutico, um enfermeiro e 20 auxiliares de enfermagem. No NAPS Y trabalham alguns profissionais que atuaram junto ao processo de intervenção na CSA e construção da rede substitutiva.

Os usuários recebem atenção em parte do dia ou durante o dia inteiro, inclusive à noite, há também aqueles que freqüentam atendimento ambulatorial, utilizando-se do serviço esporadicamente. A intensidade do atendimento varia conforme a necessidade do usuário.

A procura pelo o serviço pode se dar de modo espontâneo ou então por encaminhamento de outras instituições, não há necessidade de agendamento prévio. Ao chegar ao NAPS, a pessoa passa por uma triagem, na qual é recebida por um dos técnicos de plantão no momento, que a acolhe e decide o tipo de atendimento a ser oferecido: hospitalidade diurna, noturna, integral, atendimento ambulatorial, visita domiciliar, encaminhamento para outra instituição, etc.

Estabelece-se um contrato de atendimento, discutido entre o profissional, o usuário e seu familiar. Tal contrato é reajustado sempre que

²⁸ os serviços têm a responsabilidade de acolher as pessoas no momento em que estas necessitam de um distanciamento adequado das situações de vida habituais. A internação se configura aí como uma estratégia de ação e não o tratamento em si, devendo ocorrer de portas abertas, de modo que a negociação com o usuário seja sempre atualizada, dando um outro sentido à idéia de tutela. Tal compreensão faz parte de um movimento no qual as preocupações e necessidades do usuário passam a ocupar o foco principal na organização dos serviços, revertendo as funções de repressão e controle social historicamente ligadas à internação.

²⁹ Atualmente a rede de cuidados à Saúde Mental na cidade de Santos é composta por uma enfermaria psiquiátrica no Hospital Guilherme Álvaro, leitos psiquiátricos no Pronto-Socorro Municipal, um Ambulatório de Saúde Mental do Estado (que foi municipalizado) e cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), onde acontecem atividades próprias de um serviço territorial, assim como

necessário, adequando-se à situação de cada usuário e particularidades de seu percurso.

O técnico de plantão também é responsável pelas intercorrências do dia, assim como por um certo acompanhamento cotidiano (convivência) dos usuários que se encontram no serviço em hospitalidade diurna e noturna. Há também uma escala de auxiliares de enfermagem durante o dia, que dão respaldo ao cotidiano da instituição. No período da noite, apenas dois auxiliares permanecem no NAPS. Nos finais de semana a equipe é composta por dois auxiliares e um técnico.

Realizamos os primeiros contatos com o assessor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no mês de janeiro de 2001, em meados de março fizemos a primeira visita ao NAPS Y. Passamos alguns dias na instituição, conhecendo os usuários e trabalhadores, apresentamos o projeto de pesquisa a estes e efetuamos um reconhecimento do funcionamento do serviço, seu organograma e fluxograma, da área e população abrangidas, assim como uma análise documental e histórica do NAPS.

A seguir selecionamos as pessoas as serem entrevistadas. Foram entrevistados: 7 funcionários de nível superior, 2 funcionários de nível médio, 8 usuários.

Os critérios de escolha dos entrevistados foram os seguintes:

a. Para os funcionários:

- Trabalharemos nos NAPS por um tempo superior a um ano.

b. Para os usuários:

- Serem portadores de transtornos mentais severos;
- Serem usuários do serviço há pelo menos seis meses.

As entrevistas foram semidirigidas, com um roteiro de questões norteadoras (anexo 1), a fim de produzir narrativas acerca do cotidiano de trabalho e atendimento realizado no serviço. Procuramos apreender os seguintes temas no roteiro de entrevista:

a. Para os profissionais:

- trabalho desenvolvido na instituição;
- relação com os usuários;

- história do profissional na instituição;
- concepção de doença mental;
- conhecimento sobre a proposta antimanicomial;

b. Para os usuários:

- história de tratamento;
- cuidado obtido na instituição;
- relação com os profissionais;
- concepção de doença mental;
- comparação entre o tratamento em Hospital Psiquiátrico e em serviço aberto (caso o usuário tenha histórico de internação em Hospital Psiquiátrico);
- conhecimento acerca da proposta antimanicomial.

A partir desses temas construímos um roteiro de questões norteadoras . Foi realizada uma entrevista preliminar, em caráter piloto, no intuito de melhor adequar o instrumento aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em fitas K7 e posteriormente transcritas.

A fim de que fosse garantido o sigilo em relação aos participantes e ao serviço investigado, usamos nomes fictícios na análise do material. Utilizamos o consentimento informado para os participantes da pesquisa (anexo 2).

6. OS SENTIDOS SOBRE O TRABALHO DO NAPS Y

S – então, assim, é difícil a gente falar sem remeter à história. Porque tudo isso foi construído assim, numa história, num contexto, né. Algumas coisas hoje até são meio soltas, mas tem essa ligação. (Sandra – técnica)

A partir das entrevistas, das observações de campo e do arcabouço histórico que delineamos nos capítulos anteriores, efetuamos uma análise das práticas discursivas que se constituem no cotidiano do trabalho no NAPS Y e geram sentidos sobre o trabalho em Saúde Mental pautado pelo paradigma antimanicomial.

No entender de Bakhtin (1995), a produção de um fenômeno ideológico deve ser analisada a partir da complexidade da situação social da qual emerge (complexidade esta que nunca poderá ser totalmente abarcada ou esgotada). A enunciação deve ser compreendida num conjunto de enunciações ao qual pertence num domínio ideológico: “O sentido da palavra é totalmente determinado por seu contexto. De fato, há tantas significações quantos contextos possíveis.” (Bakhtin, 1995, p. 106), a palavra é ao mesmo tempo única e polissêmica. Nesse sentido, os capítulos iniciais deste trabalho servirão como um panorama do contexto enunciativo mais amplo onde se desenvolvem as novas práticas em Saúde Mental.

Tais contextos não são, por sua vez, simplesmente justapostos uns aos outros, eles se inter-relacionam numa dinâmica de conflito tenso e ininterrupto.

Buscamos investigar o campo discursivo que se constitui no cotidiano de trabalho no NAPS Y e que diz respeito aos sentidos gerados a partir dos pressupostos antimanicomiais que se desdobram (ou não) em ações desenvolvidas pelo serviço.

Investigamos as práticas discursivas que se apresentaram nas entrevistas, os sentidos construídos na narração sobre o cotidiano de trabalho da instituição e os diferentes repertórios interpretativos presentes no discurso dos entrevistados. Atentamos à dialogia entre as múltiplas vozes que se presentificaram nos encontros, à polissemia de certos termos utilizados e às negociações de posições entre os diversos atores implicados na construção de um serviço fundamentado pelo discurso antimanicomial.

A partir das entrevistas transcritas efetuamos uma apreensão global do conjunto e posteriormente a transcrição seqüencial de cada uma delas. Após esse procedimento, listamos os temas (anexo 3) que emergiram no conjunto das entrevistas (introduzidos tanto pela entrevistadora quanto pelo depoente).

Selecionamos os temas que se referiam ao objetivo desta pesquisa e os organizamos em grupos, de modo a construir a análise dos discursos seguindo alguns eixos que se evidenciaram como organizadores dos discursos nas entrevistas.

Desenvolvemos a análise dos discursos organizando-a nos seguintes itens:

6.1 O projeto antimanicomial

6.1.1 O desenvolvimento de um trabalho fundamentado pelo discurso antimanicomial

6.1.2 A doença mental como sofrimento psíquico

6.2 O "antes" e o "depois": a mudança de gestão política

6.2.1 As divisões na equipe de trabalho

6.2.2 Emergências e ambulatório

6.2.3 O lugar atribuído aos médicos

6.2.4 A ociosidade dos usuários

6.3 "Clínico" versus "político"

6.3.1 A especificidade do profissional

6.4 O mandato social

Iniciamos pela investigação dos sentidos produzidos acerca do projeto político que fundamenta as ações institucionais.

6.1. O projeto antimanicomial

A compreensão sobre o projeto antimanicomial, assim como a relação que se estabelece com ele é um elemento importante no desenvolvimento do trabalho e na construção de sentidos sobre este.

Primeiramente nos deteremos sobre os discursos referentes ao período de intervenção na CSA. Momento, como descrito no capítulo anterior, marcado por grandes mudanças, pela luta contra o modelo asilar e construção de uma nova rede de atenção à Saúde Mental sustentada pelos pressupostos antimanicomiais.

Essa época é normalmente apresentada por usuários e trabalhadores em narrativas carregadas de afeto. Ela tem grande importância na construção do contexto de sentido para o trabalho no NAPS, sendo identificada como um período “épico” e “heróico” da Saúde Mental de Santos, e se constitui como parâmetro ideal para pensar um trabalho condizente com os pressupostos antimanicomiais.

Sandra, técnica da instituição, acompanhou este período desde o início e sobre ele nos conta.

S – E aí começou assim o trabalho. Pra gente era assim, pra mim era minha primeira experiência na Saúde Mental. [M – sei.] S – há 12 anos atrás. Então era isso assim, a gente era bastante jovem. Mas era um projeto muito apaixonante, né, era um desafio muito grande, né. (...) Então, assim, pra cidade era uma coisa muito nova, é acho que esse, essa, esse gosto assim de desafio é também pra gente, que era um pouco o que a gente tava falando na reunião ontem, todos jovens, todos assim, dispostos a fazer uma coisa legal e tal, então foi um momento muito interessante, né. E aí, a construí, vir para o NAPS, começar a colocar em prática uma outra forma de funcionar. Foi uma coisa, uma experiência muito rica, né. (...) ah! Muito legal, né assim, de muito aprendizado, né. Aprendizado tanto, é, como eu posso dizer, assim, tanto profissionalmente, né assim, de você desco, é, tanto profissionalmente como pessoalmente. Sabe? Em termos das relações, em termos do que é

o humano, em termos dos direitos, né, da discussão de cidadania, né, da discussão sobre ética. Acho que foi um crescimento muito grande, ahn, da discussão de relações dentro da própria equipe. (Sandra – técnica)

Ao resgatar o tempo vivido de sua experiência de trabalho a partir do período da intervenção na CSA, Sandra delinea o contexto de sentido que vai pautar de modo geral os enunciados referentes a esse período. Como colocado no capítulo anterior, a ênfase nessa época era dada para as políticas sociais, para o fortalecimento da cidadania e da participação da comunidade, para a luta contra o paradigma manicomial. Momento crucial na construção de um novo modelo de atenção à Saúde Mental e que se torna importante ponto de referência de sua narrativa pessoal, assim como da narrativa de outros trabalhadores e usuários.

Os depoimentos sobre esse período enfatizam aspectos como juventude, novidade, apaixonamento, entusiasmo, disposição, desafio, riqueza, aprendizado, crescimento, radicalismo e sonho. Essas características dão o tom do processo de intervenção. Podemos interpretar a intensidade dos afetos implicados nesse momento como o investimento necessário diante do grande desafio que se apresentava: contrapor-se ao discurso hegemônico do modelo manicomial, fortemente arraigado em nossa cultura. Intensidade de disposição e apaixonamento necessários para se contrapor a esse modelo, que ganha concretude nos horrores testemunhados na CSA e para se construir uma rede de serviços que faça valer outra lógica de atenção à Saúde Mental.

A transformação da relação entre sociedade e loucura, construída ao longo de séculos, exige grandes investimentos. Ruptura que alguns trabalhadores comparam a um processo revolucionário. Esse momento é vivido como algo extremamente rico: período de grandes transformações e crescimento tanto no âmbito profissional quanto pessoal.

Nesse contexto, o posicionamento dos trabalhadores com relação à proposta antimanicomial se forja como uma profunda identificação, ganhando a intensidade do apaixonamento. O trabalhador não se restringe ao lugar técnico, daquele que vai implementar um novo modelo de assistência, ele se posiciona nesse momento como militante do Movimento Antimanicomial, engajado na luta por um ideal comum. A relação com o projeto dá ao trabalho um sentido de instrumento de

mudanças sociais, algo que está para além da compreensão do trabalho como simples modo de subsistência. O discurso político marca em vários momentos a fala daqueles que participaram do processo de intervenção na CSA.

A experiência extrapola o âmbito da assistência, alçando a discussão para a própria sociedade, problematizando as relações humanas, a cidadania, a ética.

A cidadania torna-se o eixo central da proposta política dessa gestão administrativa. Ela é a “filosofia do trabalho” (como diz uma das trabalhadoras entrevistadas) que suplanta setores ou grupos e que norteia as ações, articulando diferentes projetos numa missão maior. É nesse contexto que o projeto de Saúde Mental de Santos se operacionaliza e ganha sentido.

Ao se estabelecer a cidadania como cerne para o desenvolvimento das ações em Saúde Mental, a militância política passa a se articular intrinsecamente ao âmbito do tratamento, chegando inclusive a uma sobreposição desses dois campos: a assistência e o movimento social.

O trabalhador era sujeito ativo na construção do programa de Saúde Mental do município, implementando na prática as diretrizes do projeto. As idéias antimanicomiais encontravam campo fértil e respaldo tanto no âmbito da equipe quanto na administração política, construindo parcerias com outros setores.

S - eu acho que a gente viveu uma experiência há alguns anos atrás, de muita, as coisas se frutificavam muito, né. (...) Cé pensa assim, cé tem uma idéia. Aí cé fala: “não, é meio ousada essa idéia”. Não, mas o grupo desenvolve, e tinha autonomia pra desenvolver isso (...) Antes a gente vivia, assim, vamos dizer, “ah, tamos delirando? tamos delirando, mas vamos em frente, vamos ver o que isso sai”. Saíram grandes projetos, muito interessantes de ampliação da participação de número de pessoas inclusive. (Silvana - técnica)

Assim como Sandra, Silvana, que também participou da construção da rede de Saúde Mental de Santos, caracteriza esse momento como um tempo de ousadia e crescimento. Ao associa-lo à dimensão do delírio, o trabalhador parece deixar-se contaminar por algo da própria loucura que sai dos muros do manicômio e assume uma dimensão criativa na sociedade.

A identificação com o projeto político nesse momento era tão grande que gerou inúmeras discussões na equipe, episódios difíceis e de grande sofrimento

para os trabalhadores. Um evento relatado por duas técnicas é bastante ilustrativo dessa relação que se estabeleceu com o projeto. Elas narram uma situação que aconteceu logo no início do NAPS Y. Numa distração da equipe, uma usuária sai do NAPS e vai até a praia. Lá, quase se afoga, sendo salva por um bombeiro. Este caso gera intensas repercussões na equipe.

S – E aí eu me lembro de uma ocasião que, uma usuária nossa que não era a figura mais difícil que forçava, que queria ir embora a todo custo, que, que inclusive que, que pudesse nos ameaçar, né, de, tipo assim, “não, você não vai sair”, “não, eu vou” e ameaçar alguém, como até vivemos também, né. (...) E ela saiu andando, né, e ninguém viu, né, foi um tremendo descuido, um tremendo furo, talvez por isso que a gente tenha enlouquecido tanto, né, depois. E ela saiu andando e tal, e foi pra praia, entrou no mar e foi salva por alguém, porque ela teria morrido afogada se alguém não a tirasse, e aí essa situação deixou a equipe muito mal, né, muito mal assim, primeiro que cê se sente... tipo se ela morresse nós seríamos responsáveis, né, e aí uma parte da equipe começou a defender que deveria existir uma porta, né. (...) e aí foi uma briga horrível da equipe, porque, é, e aí tinham várias posições em relação. Tinha gente que falava, “não, qual é o problema, a gente não tá se propondo a ser um serviço fechado, mas têm momentos que a gente, sei lá, que você não vai poder tá tão atento ou que cê vai fazer alguma coisa ou que cê tá numa reunião ou que algum caso que seja muito difícil, que esteja muito ameaçador de segurar, cê fecha a porta e fica a pessoa ali, né, qual o problema disso? Isso não significa funcionar manicomialmente, a gente pode ter um profissional lá em cima o tempo inteiro, pra não significar que isso é um abandono das pessoas que estão mal, né”. E tinha um grupo que eu fazia parte, que achava que, é, não podia isso, né, que a porta tinha um valor simbólico. A gente tinha acabado com a idéia da porta, que não podia ter uma porta que fechasse [ininteligível] trinco pra fora que só abre por fora. [M – sei.] S – e aí assim, uma parte da equipe enlouqueceu. A gente achava que era um absurdo isso, né, que, é, que era um retrocesso. Que a gente tinha avançado a ponto de não precisar da porta (...) E aí assim, então foi uma discussão rica, né, mas muito dolorida (...) E essa discussão particularmente, assim, hoje eu até acho engraçado algumas coisas, que no fundo ninguém queria fazer nada, assim, no fundo não é que as pessoas eram folgadas, ou queriam retomar o manicômio, mas era verdade, assim, cada um é sua maneira, assim, no fundo tava todo mundo enlouquecido, acho que a situação em si tinha deixado todo mundo mal, né, a situação da, da usuária que quase se afogou, né e aí cada um tentava achar um jeito, mas foi uma discussão difícil. (...) a gente falava, “não, então assim, a gente acha que não, assim, que, tipo, o caminho por onde está indo não é o que a gente acredita, não tem a ver com o projeto então a gente tá saindo, vamos pedir nossa transferência para outro NAPS”. (Sandra – técnica)

A relação com o projeto antimanicomial se dava nesse primeiro momento de construção do serviço de modo radical e incondicional. Os sentidos produzidos pelos trabalhadores acerca da proposta guerreavam abertamente entre si, produzindo brigas, confrontos, discussões e rupturas. Neste caso as diferenças de sentido para a colocação da porta tornam-se mutuamente exclusivas. As duas posições que se constroem no serviço (colocar a porta versus não colocar a porta) se configuram a partir de um repertório antimanicomial. No entanto, o confronto é balizado pela dicotomia manicômio/não manicômio. O diálogo entre tais posições emergia do contexto de vigorosa luta contra o discurso manicomial. A novidade de um serviço aberto, a falta de um modelo pronto e acabado, a radicalidade necessária para se romper com o modelo manicomial, tudo isso se sobrepõe nesse contexto.

A singularidade de um serviço aberto exige a criação de novos dispositivos e de uma atenção diferente daquela exigida no Hospital Psiquiátrico. Conforme assinalado pela entrevistada, é justamente a usuária que não forçava a saída que foge. A atenção costumeiramente voltada para os usuários mais agressivos ou agitados, para aqueles que insistiam com veemência em não ficar no serviço, precisa agora num serviço aberto ser deslocada e ressignificada.

A fuga de uma usuária neste momento foi vivida como um “tremendo furo”. Aí a equipe “enlouquece”, “fica mal”. Podemos entender essa colocação levando em consideração o peso da responsabilidade que a situação de romper com um paradigma antigo e mostrar a efetividade de uma nova proposta coloca. Além disso, os pressupostos antimanicomiais estabelecem mudanças nas relações entre usuários e trabalhadores, assim como parâmetros éticos pelos quais a perda da vida de um usuário é significada como algo extremamente danoso. Desse modo, as falhas eram vividas de modo disruptivo pela equipe que buscava soluções que colocavam em embate diferentes sentidos do paradigma antimanicomial. O choque das diferenças se dava de tal modo que ameaçava inclusive a manutenção da equipe.

A relação de identificação profunda com o projeto se faz sentir pela dramaticidade do quadro descrito pelos trabalhadores, algumas colocações dão o tom: “vida” e “morte”, “enlouquecimento”, “tremendo descuido”, “briga horrível”, “acabar com a idéia de porta”, “discussão rica e dolorida”.

As posições tornavam-se inflexíveis. A porta era vista como símbolo daquilo que se quer negar, da violência do manicômio, da segregação e exclusão do doente mental, sinônimo do Hospital Psiquiátrico que não podia ser comportado num serviço aberto. Seu sentido cristalizava-se naquilo que fecha, que isola, ela não era passagem ou proteção, mas sim, aquilo que reiterava uma posição manicomial. A colocação da necessidade de uma porta em alguns momentos, não era aceita, como se a equipe tivesse que dar conta de tudo o tempo todo. A potencialização da equipe resvala por vezes na onipotência.

A porta deve ser substituída pelo vínculo com a equipe, eram estabelecidas escalas de funcionários para estar junto dos usuários com risco de fuga de modo que eles estivessem sempre acompanhados.

O passar do tempo, juntamente com as mudanças ocorridas, faz a entrevistada rever tal acontecimento como algo próprio daquele momento, avaliando que não necessariamente aqueles que propunham a porta eram manicomiais. Há uma ressignificação das posições dos trabalhadores com relação ao projeto que também diz respeito ao fim daquele contexto épico.

Outra entrevistada fala do mesmo episódio, apresentando outra opinião com relação à colocação da porta. Subjazia a esta questão uma série de diferenças com relação aos sentidos dados ao desenvolvimento dos pressupostos antimanicomiais nas práticas cotidianas do serviço.

C – Aí o Joaquim [diretor do serviço] disse: “vamos pôr uma porta lá em cima dessa escada”. Porque os quartos eram lá em cima. “Quando nós tivermos pessoas com risco de fuga, quando a equipe não conseguir segurar, quando a situação estiver insustentável a gente fecha aquela porta e alguém fica lá”, lógico, não vai deixar sozinho. Mirna, isso rachou a equipe! [M – sei.] C - mas não rachou. RACHOU mesmo! (...) Bom, claro que não era só a porta, tinha todas as diferenças da equipe que vieram à tona com a porta. Parte da equipe resolveu sair do NAPS, por não suportar. A porta foi colocada. [M – sei.] C - Mirna, a porta nunca foi fechada! [M – ah é?] C – nunca se utilizou a porta. Tal foi o impacto, e a marca que ficou que as pessoas queriam ir embora do NAPS. Então isso foi sofrido. Nossa! As pessoas choravam, né. Eu defendia a porta, porque eu achava, “gente assim, né, nós não estamos agüentando, vamos tentar lidar com isso, não é um caos colocar uma porta”, eu era dessa parte, né. Tinha outra parte que dizia que não, né. Bom, muita choradeira, muito afeto envolvido, muita cumplicidade, muitas diferenças, então, quer dizer, o NAPS teve muita, ninguém saiu,

no fim ninguém saiu. [M – mas a porta ficava lá?] C - ficava, nunca foi fechada. [M – foi colocada mas nunca foi fechada por quê? O que você acha?] C - olha, eu acho que mesmo quem concordava com a porta não conseguia enfrentar isso, de assumir, né. Então ninguém nunca conseguiu ser o protagonista da cena de fechar a porta. (...) Ficou essa coisa marcada na gente, foi muito sofrimento, foi horrível assim. (Cláudia – técnica)

Concomitante à ousadia, crescimento e entusiasmo existe também o sofrimento inerente à uma vivência tão radical.

Cláudia resgata a voz do diretor do NAPS Y. O uso da porta em questão é diferente daquele vigente no sistema manicomial (isolamento como paradigma do tratamento) e aponta para os limites da equipe. Alguns trabalhadores remanescentes desse período discutem sobre a “falta de limites” que havia, assim como para uma certa “megalomania” da equipe. A fim de não ferir os pressupostos antimanicomiais muitas vezes demorava-se para dar a contenção necessária nos casos de agressões por parte de alguns usuários.

A porta ganha um sentido de cuidado, revelando a grande sobrecarga que os trabalhadores tinham que sustentar nesse momento. Apesar disso, a menção da porta, entendida em seu sentido manicomial por uma parte das pessoas, era de tal modo conflituosa que rompe a equipe.

Subjazia a tal questão uma série de diferenças com relação à compreensão do trabalho, que vieram à tona naquele momento. Uma delas dizia respeito à divisão entre o pessoal da manhã e da tarde. A equipe da manhã era composta em grande parte por pessoas vindas de São Paulo e que tinham uma visão mais clínica sobre o tratamento, voltando-se mais para a dimensão subjetiva. A equipe da tarde, com pessoas de Santos, possuía uma visão mais social, realizando intervenções voltadas para a comunidade. Isso gerou diversas discussões e brigas que ganharam uma dimensão insustentável com o episódio da porta. As proposições da desinstitucionalização deviam ser mantidas a qualquer custo. As alterações ou ajustes de percurso necessários para a implementação do projeto antimanicomial eram tomados como possíveis ameaças e corrupções do projeto original.

Desse modo, tudo aquilo que punha em dúvida pontos nodais do projeto mobilizava profundamente a equipe. Havia uma vigilância ininterrupta para que não estivessem a repetir um molde asilar. Nesse contexto, deparamo-nos com a

questão do que seria da ordem de uma mudança necessária para o avanço da proposta antimanicomial e o que seria da ordem de uma concessão, de um retrocesso ao modelo manicomial.

As posições dentro do próprio repertório antimanicomial, a diversidade de sentidos sobre seus pressupostos, se confrontam entre si buscando um lugar de maior legitimidade³⁰ na construção das práticas. Além de uma divisão manicomial/não manicomial poderíamos estabelecer outra: mais antimanicomial e menos antimanicomial.

O meio termo conseguido na negociação entre posições antagônicas foi a colocação de uma porta que nunca foi fechada. O embate entre discurso antimanicomial e manicomial tem tal força nesse momento que mesmo aqueles que eram favoráveis à colocação da porta não se encorajavam a fechá-la, como se tal gesto pudesse incriminar seu autor, denunciando aí uma postura manicomial e tendo como consequência o rechaço por parte dos colegas de trabalho.

Nesse momento, o ideal da desinstitucionalização era embandeirado pelos trabalhadores. As possíveis inseguranças com relação à novidade desse trabalho e aos riscos da porta aberta, encontravam solução no intenso engajamento político e afetivo ao projeto.

As diferenças de sentido sobre o trabalho surgiam como rupturas dramáticas e eram facilmente tomadas como oposição à proposta. A referência para o sentido das ações se dava a partir da polaridade manicomial e não manicomial. Construindo duas posições possíveis, a favor ou contra o manicômio.

C – Eu acho assim, primeiro eu acho que nós tínhamos um ideal, né que era um ideal de romper mesmo com aquele modelo, que era o manicômio, que era a institucionalização, nossa, era um ideal. A qualquer preço. E nós não sabíamos também, era tudo muito novo, tudo era muito novo, muito difícil, mas muito belo também porque nós tínhamos muita vontade. Muita disponibilidade. Só que nós, ahn, em nome desse ideal nós éramos, eu acho que muito mega, sabe? Muito grandiosos, assim, nós não conseguíamos entender que algumas ações não iriam romper com esse ideal, né, que essas ações iriam ajudar inclusive, né, que era uma construção, que era gradual. Por exemplo, colocar a porta não significava romper com a proposta da porta aberta. Era um cuidado com o usuário e com o profissional. Porque também era

³⁰ Iremos discutir mais detidamente tal questão nos próximos capítulos.

muito ruim quando fugia um usuário porque você tinha medo, porque o risco, a coisa do risco era muito forte. (...) Poxa, se passaram tantos anos, né. Nós éramos muito jovens, sabe assim, tudo era muito, éramos muito impetuosos, que eu acho que foi bom, porque se nós não tivéssemos sido impetuosos também, se tivéssemos sido muito cuidadosos acho que as coisas não teriam acontecido como aconteceram. (Cláudia – técnica)

A posição de militância e a politização dos discursos se dá também pela influência da Psiquiatria Democrática Italiana, cujos pressupostos são incorporados ao repertório dos trabalhadores, assim como de alguns usuários (em especial aqueles que participam do MLA). Os intensos debates que ocorreram durante a implementação da rede de serviços eram sustentados por argumentos baseados pelo discurso da desinstitucionalização: a instituição sempre inventada e nunca dada, o movimento de não deixar intocadas as contradições institucionais, a contraposição radical ao manicômio e seus *aggiornamentos*.

A experiência adquirida, assim como a mudança de gestão política do município, imprime modificações no contexto de sentido do trabalho realizado pelo NAPS. Passado o período de “ímpeto” e de “grandiosidade” algumas posturas são revistas. Hoje em dia a porta é fechada em alguns momentos. Presenciamos isso durante nosso trabalho de campo. Quando havia algum usuário com risco de fuga um funcionário ficava junto à saída para evitar que tal pessoa saísse sozinha e algumas vezes essa porta permanecia fechada.

A relação de adesão incondicional ao projeto de Saúde Mental, também pode dificultar o desenvolvimento das ações e a construção de críticas. Isso é apontado por alguns profissionais e se expressa na fala de Marina, técnica do NAPS Y.

Ma - Eu nunca, sei lá, porque eu sinto que tem pessoas na equipe que comungam tanto com o projeto original que ficaram meio cegos a alguns problemas que foram acontecendo que é natural, né, que aconteça num processo é, tão é... revolucionário, vamos dizer assim, né, de tratamento psiquiátrico como foi esse projeto de Saúde Mental aqui de Santos. Então, eu sinto que para algumas pessoas que começaram talvez desde o início, que se identificaram muito com esse projeto, com esse processo perderam um pouco, né, a capacidade crítica, e eu tentei manter, né, até certo ponto, eu tentei manter um pouco ainda isso, né então assim, entrei

em alguns embates em alguns momentos com a equipe, é, mas enfim, acho que vale a pena de qualquer maneira, né. (Marina – técnica)

Marina fala de uma relação de indiferenciação por uma certa parte da equipe com o projeto, o que dificulta a possibilidade de se identificar problemas e de se tecer críticas. Ela identifica essas pessoas como aquelas que estão no serviço desde o período da intervenção e aponta o intenso envolvimento afetivo simbolizado pelo termo de cunho religioso: comungar.

Se essa posição foi importante para se romper com o asilo, e para se construir uma outra rede de atenção, baseada nos pressupostos antimanicomiais (atitude revolucionária, como diz Marina, ou a ousadia de que falam Sandra, Silvana e Cláudia), por outro lado ela parece dificultar a continuidade de uma “instituição nunca dada e sempre inventada”. A adesão incondicional ao projeto gera pontos cegos, que são atualmente solapados pela situação política desfavorável.

Marina começou a trabalhar no NAPS Y na gestão do prefeito Davi Capistrano (segunda gestão do Partido dos Trabalhadores, 1993-1996). O momento em que o trabalhador entra na rede de Saúde Mental de Santos influencia a posição que este toma diante do projeto e marca um diferencial dentro da equipe técnica, entre aqueles que acompanharam o desenvolvimento do projeto desde a intervenção e aqueles que vieram depois. A relação de adesão dos primeiros se traduz numa relação visceral entre autor e obra, de paternidade, que também parece dar um lugar de maior legitimidade para se dizer o que é ou não antimanicomial. Haja vista o cuidado com o qual aqueles que tecem crítica ao modelo fazem suas colocações, sempre afirmando seu posicionamento antimanicomial, ou a menção sobre as dificuldades de fazer críticas ao projeto. Nos detemos sobre tal questão posteriormente.

6.1.1. O desenvolvimento de um trabalho fundamentado pelo discurso antimanicomial

A intervenção na CSA e construção da rede de serviços substitutivos em Santos propiciou transformações de diversas ordens: do campo da Saúde Mental, das práticas aí constituídas, da relação entre usuário e trabalhador, da noção de doença mental.

Passamos agora à abordagem dos modos como as práticas em Saúde Mental pautadas pelo discurso antimanicomial são construídas, assim como os sentidos e posicionamentos que aí se forjam.

Os discursos dos entrevistados, em grande parte, pautam-se por um repertório antimanicomial. A cidadania, o usuário enquanto sujeito de direitos e não objeto do saber psiquiátrico, a reivindicação por um atendimento digno são questões que emergem nas entrevistas. Esses valores estão postos tanto para usuários como para os funcionários, mesmo que aqueles não tenham um conhecimento mais aprofundado da proposta antimanicomial. Isso aponta para a difusão desse repertório no cotidiano da instituição.

Recortamos um trecho bastante representativo dos pressupostos do MLA no desenvolvimento da assistência.

[M - e o que é que embasa o seu trabalho, que pensamento, o que é que alimenta aí seu trabalho?] S - *no meu trabalho, eu acho que é você pensar a assistência ao sofrimento psíquico sem a necessidade da exclusão, né. Cê pensar a assistência ao sofrimento psíquico mas, é, considerando esta pessoa uma pessoa cidadã, uma pessoa detentora de direitos, também, se, é, se orientada também cumpridora de deveres, eu acho, né, pra mim essa é a questão mais forte do meu trabalho. Como que a gente pode, é, trabalhar com as pessoas no sentido que elas possam estar incluídas.* (Silvana – técnica)

Silvana indica como eixo do seu trabalho a assistência sem exclusão, posicionando-se, desse modo, dentro de um repertório antimanicomial. A cidadania coloca-se como pressuposto básico, o “espírito do trabalho”, como dito anteriormente. A partir disso, há uma mudança tanto na posição do usuário quanto do profissional da Saúde Mental. O usuário não se reduz à doença, ele é um cidadão que possui direitos, mas também deveres. Busca-se romper com uma longa tradição no campo psiquiátrico e jurídico da irresponsabilidade e menoridade do doente mental.

A oposição ao paradigma manicomial visa a mudança das relações de poder entre usuários e trabalhadores. Se nos asilos a relação é marcada pela rígida hierarquia, pela cisão entre sujeito e objeto do conhecimento, pelo uso da violência e pelo controle, as relações nos serviços substitutivos devem ser construídas a partir de uma lógica diversa.

S – como cê tá mudando tinha umas coisas até bastante radicais, que eu acho que foram importantes como dizia a Silvana ontem, pra gente chegar no ponto que chegamos, né. Uma das coisas era, nenhum espaço pode ser proibido pro usuário. Ele tem que poder circular em todos os espaços, e a gente é que vai discutindo com ele quando dá pra ele tá, quando não dá. Se ele vai, se ele tá incomodando, a gente vai dizer, “olha cê não pode que cê tá incomodando”, e não porque esse espaço a princípio já é proibido pra ele porque ele é louco, né (Sandra – técnica)

A dimensão da cidadania, da não exclusão (direito à livre circulação pelos espaços sociais), do convívio com o diferente leva a uma mudança com relação à posição do usuário no discurso antimanicomial. A proibição não é dada a priori e de modo compulsório pelo estatuto de louco ou de doente mental. Os limites são negociados com a pessoa em cada situação. Passagem do lugar da irresponsabilidade e menoridade para um lugar de reciprocidade.

Outros valores vão pautar a relação entre usuários e trabalhadores.

[M – cê tava também falando uma coisa das relações humanas, tal, como é que você acha que é a tua relação com os pacientes, como é que você acha que foi sendo construído do relacionamento com os pacientes nesse processo dos serviços abertos?] *S – então, eu acho que se construiu uma relação de confiança, né, assim, é... acho que uma relação forte assim, deles confiarem, de, não só comigo, eu acho, acho que com a equipe mesmo, né. De... deles para conosco e da gente pra com eles no sentido assim, de que a gente pode cuidar, de que a gente consegue diminuir o sofrimento, entendeu? (...) Acho que esse é um, é o maior ganho, assim, de uma relação limpa. De uma relação que se você tiver que brigar, cê briga, se tiver que falar não, cê fala não, mas é uma relação limpa. (Sandra – técnica)*

Se no Hospital Psiquiátrico, o tratamento entra no registro do compulsório e do uso da força, no caso de um serviço substitutivo ele se pauta pelo vínculo de confiança com a equipe. A transparência na relação com o usuário e com

a família é de grande valia para que as pessoas se engajem ao tratamento. O “doente mental” alijado há séculos do circuito de trocas de uma sociedade contratual, volta a ter o direito de negociar seu tratamento (participando dele por vontade própria).

Ao se opor à redução do sujeito à doença, presenciamos também o deslocamento da posição do profissional: sua prática não se limita a procedimentos técnicos, mas busca apreender a existência do usuário em suas várias dimensões.

S - era um trabalho forte das referências na construção de um projeto de vida das pessoas, e, viabilizando pras pessoas o que fosse então, de interesse e desejo delas. Bom, na relação com a família, com a escola, com o trabalho. Ir buscando coisas e ir se formando pra poder trabalhar. (Silvana –técnica)

Ao se retirar a ênfase sobre o “corpo doente”, a idéia de Saúde Mental passa a estar intrinsecamente ligada às situações de vida do sujeito, à possibilidade de se construir projetos a partir de suas aspirações.

Silvana fala do atendimento como um “caminho que se faz ao caminhar”. Essa dimensão criativa do trabalho é algo assinalado por alguns trabalhadores.

Se no discurso manicomial, é o médico que detém o saber sobre o indivíduo doente e determina os passos do tratamento, no discurso antimanicomial, é o usuário (seus desejos e interesses) que norteia as ações. Ao trabalhador cabe estar atento a isso, ajudando-o a constituir “condições de possibilidade” para tais projetos. Os saberes e as técnicas vão tendo lugar a partir de cada caso (o ir se formando para trabalhar). O investimento no sujeito, na sua potencialização é um dos objetivos das ações desenvolvidas nos serviços substitutivos.

Nesse contexto, a tutela ganha um sentido diferente daquele posto no modelo manicomial (tutela que cristaliza o lugar do doente mental como incapaz).

S - Então, porque acho que, assim, acho que a gente tem que ter uma preocupação grande, uma que é com, com relação a você poder tá acompanhando, tá viabilizando, tá potencializando, tá emprestando poder que a gente fala, né. O poder nosso enquanto técnico reconhecido, né, aí no mundo, emprestando pra esta pessoa que hoje não é detentora do poder de tá no mundo, e dizer “eu quero isso”, tal. Só que eu acho que a gente precisa ter muito cuidado porque é, a, o objetivo é autonomia, né.

Lógico que as autonomias também serão diferentes dependendo da situação de cada usuário. Mas cê tem que saber o quanto você não tá também muitas vezes, né, tornando essa, essa possibilidade numa tutela num sentido, num sentido negativo, né. Porque eu acho que a tutela ela pode ter um sentido positivo, dessa de quem, de quem vai na tutela da, da, tutela no caminho da autonomia, né, e a outra coisa é essa coisa de você poder tá abafando possibilidades, então eu acho que a gente tem que ter muito cuidado nesse sentido, né. (Silvana – técnica)

A relação de poder que se coloca entre usuário e técnico é marcada pela potencialização, pelo empréstimo de poder onde a posição de especialista está a serviço de legitimar o lugar do usuário na comunidade, ajudando-lhe a construir uma autonomia possível.

A ressignificação de velhos termos e ações, arraigados no tempo longo dos asilos, como a tutela ou o uso da porta, é um trabalho árduo de descolar a palavra de seu sentido usual, limpando-a de antigos ranços e implica uma permanente vigilância para que não se esteja a repetir uma postura manicomial. Isso também é visto com relação à internação e à contenção física.

A dependência do usuário com relação ao serviço e aos trabalhadores deve servir de base para a construção de vínculos em outro lugares, com outras pessoas que possam interagir com ela, de modo a se multiplicar os recursos possíveis.

S - É, acho que com relação à autonomia das pessoas a gente deveria ter mais cuidado, acho que a gente deveria, mais cuidado pra não, porque acho que assim, existe um processo, eu fico imaginando um pouco o processo de educação de uma criança, né. Você vai negociando possibilidades, negociando possibilidades, e uma hora, né, esta criança vai por si, né. Eu acho que, talvez não todos, mas algumas pessoas que, que foram ficando mais nesse caminho. [M - que caminho?] S - nesse caminho de independência e autonomia tenham ficado mais pra trás. (Silvana – técnica)

A tutela deve ter em vista a possibilidade de autonomia, levando em consideração os limites e singularidades de cada pessoa.

Para discutir a questão da autonomia, Silvana lança mão da analogia com o processo de educação de uma criança, analogia esta que nos remete à histórica dimensão de menoridade posta tanto para a criança quanto para o louco. Conquista

de autonomia onde todos devem ser contemplados, construindo um convívio possível entre os diferentes e evitando o processo de institucionalização.

O uso de referências antigos para falar de um processo que se propõe novo é sempre dúbio pois abre margem a diferentes interpretações, nos quais sentidos novos coexistem com antigos. A analogia entre o louco e a criança também pode propiciar o encobrimento da vivência singular do sofrimento e das limitações que tal situação coloca, propondo um caminho evolutivo da dependência à independência.

Há uma transformação do sentido dado ao tratamento e à assistência, que confronta os parâmetros da psiquiatria clássica de remissão de sintomas e contenção da crise, do paradigma do isolamento como terapêutica. Desse modo, são consideradas dimensões não contempladas no modelo manicomial.

Conseqüente a um novo sentido para o termo tratamento, temos também uma outra forma de avaliar a eficácia deste.

Ma - Então assim, isso pra mim é eficácia, né assim, é você conseguir, é quer dizer, obter bem estar do próprio usuário nos grupos sociais que é possível dele participar, né assim, dentro da limitação dele, mas ele se sentir bem estando lá, né. Pra mim eu acho que é isso. [M – sei.] Ma – o máximo que a gente pode alcançar, né, pelo menos eu almejo isso, né, quando trato de uma pessoa, né, que assim, acompanho um paciente, usuário e que ele não se sente, né, bem em nenhum lugar eu acho que ele tá mal, né assim, independente dele tá em crise, entendeu? Não é a crise, né, a crise é o extremo, né, mas não é a crise que define. É o bem estar ou não da pessoa. É o sentimento de pertencer a grupos, né, a sociais vários. (Marina – técnica)

O critério de eficácia é o “bem estar do usuário”, bem estar que não se associa unicamente à presença ou ausência de sintomas, mas que considera a construção de uma rede social de sustentação para o sujeito na comunidade, para além do espaço institucional. Assim, a atenção à Saúde Mental amplia-se para fora da instituição, objetivando a inserção do usuário na comunidade, a pertença a grupos sociais num movimento em direção à cultura (Lobosque, 2001) e à sua inserção no corpo social.

Vale ressaltar que o sentido do trabalho junto à comunidade diferencia-se de um referencial preventivista, que medicaliza a sociedade. O sentido

dado é muito mais o de “socialização” e “politização” do usuário e das ações, de transformação da cultura.

Apresentamos alguns trechos que relatam o trabalho desenvolvido no NAPS, com mais força no período da gestão administrativa anterior.

S - Então, cê tinha um trabalho que tinha sentido pra usuário, pro programa de Saúde Mental, pra pessoa que estava contratando [o trabalho de usuários]. E também, não só, tinham trabalhos protegidos, né. (...) E tinha a possibilidade das pessoas se experimentarem em diversas situações, né, que acho que isso é uma questão importante - as oportunidades que você oferece pras pessoas, né. Então, as pessoas vão se experimentando. Ah, vai experimentar o projeto Terra, vai experimentar a oficina de cozinha, vai experimentar a oficina de bijuteria, vai experimentar vendas. E aí vai vendo qual lugar que cabe, ou, se não cabe em lugar nenhum, no quê que se pode pensar, né. Mas assim, tinha um sentido. Tinha, vamos dizer, vários sentidos em um só. Eu acho que era essa a questão da mudança cultural, da visão da loucura, da, né, da compreensão do sofrimento psíquico enquanto existência, né, daquela pessoa. (Silvana – técnica)

A mudança com relação à posição dos usuários, a ressignificação do termo tratamento, resgatando uma dimensão política solapada pelo discurso técnico científico do modelo manicomial, promovem o desenvolvimento de ações terapêuticas que, a partir de um programa de Saúde Mental pautado pelo discurso antimanicomial, possam contemplar os interesses dos usuários ao mesmo tempo em que promovam transformações culturais.

A assistência torna-se elemento de um conjunto maior de ações que englobam diferentes setores (o serviço, o governo, o movimento social, a sociedade) e que compõem esses “vários sentidos em um só” (político, cultural, jurídico, trabalhista, etc.). Há, desse modo, um deslocamento da discussão sobre a loucura, ela não se restringe mais ao campo técnico, mas amplia-se para o campo da cultura e da ética.

Aí a ênfase deixa de ser sobre a doença, o déficit, o desvio, ela desloca-se para a singularidade de cada usuário, seus desejos e suas necessidades, seus potenciais que podem operacionalizar-se a partir das oportunidades construídas coletivamente.

O trabalhador de Saúde Mental passa a ser uma espécie de facilitador

nas negociações dos projetos dos usuários. Mediando propostas tanto do lado deste como do lado da sociedade. Transforma-se o lugar do usuário advogando-lhe poder contratual.

S – Era uma coisa de ir vendendo a proposta e falar: “vamo bancar”? E contaminando as pessoas pra que elas pudessem bancar isso. A gente teve... Não é porque era uma coisa limpa, tranqüila, lisa... Não, a gente teve muito, teve muita briga com a PRODESAM, com a SEMAN... “Não, mas”. “Tá bom, querem produtividade? Então vamos ver como isso pode ser feito, de que forma vai ser feito”. Mas, então, na relação com os usuários a gente intermedia, porque senão descia um capataz, sabe aquela coisa assim? Então era uma coisa que foi sendo construída de uma forma, é, batalhada, mas muito, com muita garra, com muita vontade de que desse certo e tal. Eu tenho muita saudade. [ri] Dá pra notar, né? [M – Dá pra notar. Muito apaixonante, né?] S – É! Era um trabalho. E você vê as pessoas... Cê vê as pessoas, por exemplo, na, na relação com a família, entende? [M – Mudava o poder de negociação.] S – o poder, mudava o poder contratual, na família, na esquina, na padaria da esquina, né. Cê não precisava mais pedir o café. Cê ia lá e pagava o café, sabe. Cê via os efeitos. (...) Pessoas que, ou voltaram a morar com a família, ou se independeram e foram viver num quarto, né. Que podiam, é, hoje... tá de outra forma na relação com o mundo. (Silvana – técnica)

De portadores de um mandato social de disciplinarização e medicalização da sociedade, os trabalhadores passam a ocupar uma posição de militantes de uma nova proposta para a Saúde Mental e de uma nova relação entre sociedade e loucura.

Ao se contemplar as condições de existência da pessoa, o trabalho da área da Saúde Mental amplia-se e ressignifica-se, ganhando interfaces com outras áreas: educação, trabalho, moradia, lazer, etc. Modifica-se o conjunto de atores implicados nas ações desenvolvidas a fim de dar respaldo à vida do usuário na sociedade. Ao tradicional triângulo família/usuário/profissional de saúde mental, são incluídos outros sujeitos: o empresariado, os vizinhos, a escola, outras secretarias municipais.

O trabalho cotidiano era constituído por um debate contínuo com outras instituições. A briga contra a possibilidade de se colocar um capataz no local de trabalho traduz a luta contra as relações manicomialistas existentes nos mais diversos setores sociais. Silvana fala de um embate, mas ao mesmo tempo de uma negociação,

de um contaminar, transformação também amorosa, contaminação pelo apaixonamento por um ideal, de modo a tornar possível a inserção da loucura no espaço da cultura.

Os trabalhadores de modo geral, ressaltam um aspecto fundamental para o desenvolvimento das propostas de um programa antimanicomial: a existência de uma rede de serviços estruturada e a possibilidade de articulação com outros setores (empresariado, comunidade, outras secretarias, etc.) que se torna possível a partir de um investimento consistente em políticas sociais por parte do poder público.

Um dos médicos da equipe apresenta outro exemplo do trabalho desenvolvido pelo NAPS Y:

Me – E nós começamos a fazer visita domiciliar. Eu, a [nome da assistente social] e a Simone que era uma aprimoranda de serviço social. E foi muito legal porque a gente começou a ir na casa e ver como que era. (...) então o trabalho que a gente fez com ele foi muito legal. Porque a gente fez uma intervenção naquela casa dele, das pessoas começarem a entender o que tava acontecendo com ele e tal. Eu sei que ele foi expulso de lá. E a gente conseguiu internar ele provisoriamente no NAPS e conseguimos uma, uma assistência, um benefício junto ao INSS que ele não tinha. Mas conseguimos. Eu fiz um puta dum relatório legal. Isso ajudou a ele ter dinheiro pra, pra pagar um quarto. Ele morava ali perto do NAPS numa casa de família. Ele melhorou assim 300%! 300%! Aí eu proibi ele de trabalhar à noite, porque essa questão dele trabalhar à noite tava prejudicando o tratamento. Porque os remédios, de dia ele era um zumbizão. Ele andava dormindo. Então isso atrapalhava muito. Ele tinha muitas crises por conta disso. E aí a gente combinou. É, se ele quiser trabalhar, trabalhar de dia, à noite ia dormir. (...) a gente fez um trabalho com o irmão. Esse irmão ia semanalmente. Esse irmão se comprometeu a complementar o aluguel. (...) Ele queria aprender a ler. [M – hum, hum.] Me – ele pedia, vivia pedindo pra mim pra arranjar uma professora pra ele. Então quer dizer, é uma pessoa que teve um ganho ali muito grande no final. (Médico)

O depoente narra acima o tratamento realizado com um usuário do NAPS Y e que se configura como um conjunto de ações articuladas num projeto terapêutico: visitas domiciliares, conversas com os outros moradores, internação quando o usuário é expulso da casa onde residia, busca de outra moradia, pedido de benefício junto ao INSS, aproximação da família, negociações com o usuário, mudanças na medicação. Ações que também implicam um trabalho conjunto da

equipe.

O *locus* de trabalho se altera: se no modelo manicomial, o Hospital Psiquiátrico constitui-se como local único para o desenvolvimento da assistência, agora o trabalho se dá numa pluralidade de lugares e as ações abarcam vários setores da vida do usuário.

Alguns técnicos percebem mudanças positivas com relação à inserção dos usuários nos espaços sociais. Eles relatam casos de pessoas que hoje vão aos lugares sem ser necessário acompanhamento, assim como um convívio melhor entre elas e sua vizinhança. Uma das pessoas entrevistadas, numa conversa informal, contou sobre um evento ocorrido numa universidade local para o dia 18 de maio, no qual o convívio entre alunos e usuários fora bastante amistosa, algo inimaginável há anos atrás.

Alguns usuários também reconhecem mudanças positivas com o tratamento, principalmente no que diz respeito a um aumento das atividades que conseguem realizar no dia a dia (cuidar da casa, fazer cursos, frequentar bibliotecas, etc.). A ampliação das ações desenvolvidas no tratamento, assim como a transformação do sentido dado a esse termo, também é apreendida pelos usuários.

Paulo se trata no NAPS há aproximadamente sete anos, não tendo passado por internações em Hospital Psiquiátrico:

[M – e como é que você acha que o NAPS te ajudou aí?] *P – é, me ajudou, porque sempre me atenderam, né, sempre me atenderam. Sempre, tavam sempre conversando comigo. O médico, entendeu? Me auxiliando, perguntando se eu tava bem, entende? Tomava medicação direitinho, vinha todo dia, tomava medicação, sempre, eles, né, davam apoio psicológico, tinha, eu conversava com a psicóloga. Tinha as atividades, muito legal.* (Paulo – usuário)

[M – sei. E me conta um pouco a histórias desses, como é que foi o seu percurso aí nesses anos, desde que você entrou até agora aqui no NAPS.] *P – é, pra mim me beneficiou muito, né. Eu arrumei um serviço, comecei a trabalhar, né, no Projeto Dique que é da prefeitura, mas esse projeto acabou.* [M – Projeto Dique?] *P – é, Projeto Dique, é... era dez usuários de Saúde Mental, aí a gente ia lá, trabalhava em grupo (...) ia lá, trabalhava de segunda a sexta, ganhava dois salários mínimos que é a bolsa auxílio, né, da, da Cerp. A Cohab e a prefeitura que pagava o salário. Aí eu trabalhei lá muitos anos, aluguei um quarto.* (Paulo – usuário)

Nesses trechos, Paulo considera como elementos que lhe ajudaram tanto as consultas com o médico, as conversas com a psicóloga, os grupos terapêuticos³¹ como também a oportunidade de trabalho num dos projetos da prefeitura, que lhe deu condições para alugar um quarto de pensão.

Ao serem indagados sobre o tratamento que fazem no NAPS, vários usuários falam de atividades que não se restringem às consultas e grupos terapêuticos. Isso é exemplificado na fala de Reginaldo:

[M – então, Reginaldo, eu queria saber, como é que é o seu tratamento aqui no NAPS, as atividades que você faz, como é o seu dia a dia aqui no NAPS?] R – *é, o meu dia a dia aqui no NAPS é um dia a dia, faço é, tomo café da manhã, faço o almoço, o jantar e participo de algumas atividades tanto aqui dentro quanto fora do NAPS. É a respeito também da Luta Antimanicomial, o que tá se passando, a respeito do Conselho Municipal de Saúde (...) é um serviço que estava totalmente, é, bem, bem estruturado, bem, é, elevado, a, a uma é, estrutura que se decaiu totalmente, é, 100% dentro da cidade, cidade aqui, a Saúde Mental estava, estava não, é conhecida lá fora mundialmente, né internacionalmente, como o melhor serviço substitutivo da Saúde Mental.* (Reginaldo – usuário)

Reginaldo é militante do MLA e participa da Associação Franco Rotelli. Ele se trata no NAPS há aproximadamente dez anos.

Ao descrever seu tratamento, Reginaldo incorpora as refeições, as atividades no NAPS e suas atividades como militante político. Assim, o tratamento abarca tanto ações que estariam ligadas a um tratamento mais “stricto sensu” (medicação e grupos) como aspectos ligados à subsistência do usuário (alimentação, trabalho) e à possibilidade de participação na vida política da cidade.

O serviço serve também como ponte para a participação no MLA (através de associações) e em instâncias como o Conselho Municipal de Saúde, Conferências de Saúde Mental e Encontros do Movimento de Luta Antimanicomial.

No discurso de alguns usuários (aqueles ligados ao MLA) presenciamos a mesma sobreposição entre tratamento e militância apontada nas entrevistas com os trabalhadores.

³¹ Grupos coordenados pelos profissionais da instituição, que abarcam diferentes tipos de atividades

É dada ao sujeito a possibilidade de sair do lugar passivo de receber atendimento para uma posição mais ativa com relação ao tratamento, ao funcionamento dos serviços e às políticas de Saúde Mental.

As atividades no NAPS Y também funcionam como um certo “exercício para os usuários colocarem-se no lugar de sujeitos”. Há o convite por parte dos coordenadores dos grupos para que os usuários possam colocar suas opiniões e pontos de vista sobre o assunto discutido ou a atividade realizada, interagindo entre si.

Um exemplo disso é o espaço da Assembléia³², que foi retomado no período em que ocorreu o trabalho de campo. Ele se constitui como um lugar de troca, de discussão sobre os problemas cotidianos, de busca de soluções e construção de projetos, comportando reivindicações e discórdias entre usuários e trabalhadores.

[M – e como é que são essas assembléias aqui?] E – *ah, assembléia, assembléia normalmente as pessoas vão lavar roupa suja, né, coloca os problemas que têm né, até proble, problemas pessoais, né. A pessoa se desentendeu com enfermeiro, psiquiatra, coloca lá na hora, né, tem discussões sobre os problemas que acontecem ainda, né, na unidade, né, na cozinha, na reforma da estrutura da casa, e essas coisas, né. Se, se tiver alguma proposta também pra se colocar, se coloca. Mas é, mas é, mas há ainda muita animosidade, né, entre as pessoas ainda, né, entre usuários e técnicos, né, ainda rola isso na assembléia, né. [M – como assim?] E – é, às vezes, um usuário coloca assim uma coisa mais exaltada, uma coisa assim que os técnicos não concordam muito, né. Aí tem bate boca, né, desentendimento, né. É um pouco estressante, mas é necessário que aconteça isso, né, porque não tem outro jeito, precisa discutir e chegar a alguma coisa, né. Isso é normal do, do processo democrático, né [ri]. (Edson – usuário)*

O espaço da Assembléia surge como um campo de negociações que vão dos problemas estruturais à relação entre usuários e trabalhadores. A ênfase na questão da cidadania valoriza a possibilidade dos usuários exigirem seus direitos. Nas próprias entrevistas alguns deles assumem essa posição mais reivindicativa e crítica. Desse modo, a questão da gerência democrática do serviço está posta.

Esse aspecto de politização também é visto no trecho a seguir.

(passeios, brincadeiras, trabalho com materiais plásticos, música, atividades físicas, etc.).

B - É, então, eu não tô só entocada em casa, eu tô vindo aqui, participando de uma sociedade, psiquiátrica, né, mas uma sociedade que tá a fim de, de dar umas idéias, sugerir o que fazer com o país, ou, não é? ecologia, não é? É, são pessoas que tão informadas, normalmente as pessoas que participam do grupo têm alguma noção, não é? Uns mais, outros menos, mas a gente tá ocupando o tempo, não é, e se informando, né. (Branca – usuária)

O sentido político das atividades é expresso nessa fala de Branca, que compara o NAPS a uma “sociedade psiquiátrica”, reprodução em pequena escala do âmbito social, lugar onde se reflete sobre questões de diversos âmbitos. A proposta de uma transformação da cultura está posta também nos grupos e é incorporada pelos usuários.

A ajuda no âmbito social (dinheiro, trabalho, alimento, moradia) é bastante valorizada por todos os usuários entrevistados.

[M – Mas você acha que seu tratamento aqui no NAPS te ajudou?] Ma – Olha, foi bom. Foi bom porque eu consegui sair daquela pobreza que eu tava, né, que eu não conseguia dinheiro, não conseguia emprego de jeito nenhum. E, através daqui, eu consegui a minha pensão, meu benefício. (Matilde – usuária)

Outro aspecto valorizado no tratamento é o acolhimento recebido no serviço. A atenção e disponibilidade dos trabalhadores é um aspecto que influencia na melhora da situação do usuário. Um dos usuários pondera que é necessário um grande amor à profissão para se trabalhar no NAPS, não bastando o interesse financeiro. Outra considera algumas das profissionais que a atendem como as amigas que ela não tem fora da instituição.

Ma - Então, eu comecei a entrar num certo eixo, né. Tinham muitas pessoas que faziam atendimento pra mim. Eu comecei a me sentir mais adulada, vamos dizer assim, sabe. [M – Cuidada.] Ma – É, mais cuidada. Aí eu comecei a ficar assim, mais assim, social, a suportar mais. Eu aprendi a suportar mais tudo, né. Eu não tava, não suportava nada, nada de nada! Aí eu comecei a suportar mais tudo. (Matilde – usuária)

³² Atividade aberta realizada semanalmente, com a participação dos usuários e alguns técnicos.

A relação entre usuário e trabalhador no NAPS Y ganha um teor bastante afetivo. Termos como respeito, gostar e amizade são utilizados pelos depoentes para caracterizar o convívio entre eles.

[M – e você tem aí algum caso que você lembre que você acompanhou de perto, que você acha que foi significativo o trabalho?] *S – ai, são muitos casos, difícil pensar, né, na hora.* [M – hum, hum. Algo que te marcou mais aí.] *S – não sei, a gente sempre tem aqueles casos que a gente, é, se liga mais afetivamente, né assim, ahn, sem ser. Nem sempre são os melhores ou de maior sucesso, mas assim, tem aqueles casos, aquelas pessoas que você se liga mais afetivamente, né. Deixa eu ver, tem por exemplo a Dalva, né, é... que é uma pessoa assim, eu, eu gosto muito dela, que ela é chatérrima, né, que aqui quando ela vem todo mundo fica bravíssimo.* [M – sei.] *S – mas eu gosto dela e eu sei que ela gosta de mim, e é alguém que eu conheci lá no Anchieta, né. E que acompanhei desde aquela época, e que, que foi assim, um trabalho, um grande trabalho construir um vínculo com ela e esse vínculo chega até hoje, né. Então é assim, é um caso que eu gosto.* (Sandra – técnica)

O modo como se dá o tratamento num modelo antimanicomial, abre espaço para uma maior proximidade com o usuário constituído no acompanhamento mais intensivo que é feito com este.

Sandra narra em seu depoimento a história de seu contato com Dalva que remonta ao período da intervenção. Quando ela não estava internada na CSA, vivia na rua como mendiga. Na CSA, Dalva chegava a situações em que engatinhava no chão, babando e balbuciando sons, agarrando-se nas pernas das pessoas. Sandra nos conta de todo um percurso onde ela passa a se vincular aos profissionais que procuram seus familiares, cuja relação há muito tempo deixara de existir. Dalva vai aos poucos fortalecendo-se, ela retoma sua vida fora da mendicância e busca um lugar para morar que não seja o hospital, todo esse processo é acompanhado de perto por Sandra. Atualmente Dalva vai ao NAPS esporadicamente.

O movimento de construção conjunta entre trabalhador e usuário, de acompanhamento da história deste sujeito, é permeado por muito afeto e isso não necessariamente está atrelado ao sucesso ou não do caso mas sim à peculiaridade de cada pessoa, ao relacionamento que é construído ao longo do tempo.

O NAPS também surge como um espaço para o convívio social, para se fazer amizades.

[M – E como é que é a tua relação com os outros usuários daqui?] *Ma – Normal. [M – Você tem amizade com eles?] Ma – Tenho um pouco de amizade. Alguns freqüentam a minha casa, me visitam. Às vezes, eu dou coisas pra eles também. Para a Juçara dei uma camiseta de aniversário. Converso... Às vezes, eu vinha aqui mesmo estando só na consulta. Eu vinha e passava a tarde aqui com eles. Eu trazia um rádio de pilha, ligava o rádio. E a gente ficava conversando. E passava a tarde. Eu gostava, às vezes, sabe? (Matilde – usuária)*

Desse modo, no tratamento articulam-se diversos âmbitos: medicação, grupos terapêuticos, trabalho, família, moradia. Assim como, articulam-se diversos sentidos: terapia, convivência, acolhimento, ajuda, militância política.

Ainda sobre a relação entre usuários e trabalhadores, o novo modelo de Saúde Mental leva a uma ressignificação da questão da periculosidade e da agressividade historicamente atribuída ao louco. A partir dos pressupostos antimanicomiais, a equipe tem que estabelecer novos modos de lidar com as situações de agressividade do usuário.

Se por um lado este se coloca agora no lugar de sujeito que pode negociar os termos de seu tratamento, por outro, há situações difíceis como por exemplo, as reações de violência por parte do usuário. Estes momentos são bastante delicados pois exigem a colocação de limites que não reproduzam os antigos métodos de castigo e opressão.

No período da intervenção essa questão colocava-se de modo mais dramático, pois a oposição aos maus tratos da CSA, parecia não permitir qualquer intervenção mais firme por parte da equipe. Alguns trabalhadores falam de uma falta de limites, de um idealismo que beirava a ingenuidade e que deu margem a inúmeras agressões. A fronteira entre a coerção e a contenção não estava colocada no projeto político e foi sendo construída no dia a dia do trabalho.

Cláudia nos conta um episódio que a marcou muito logo no princípio de funcionamento do NAPS Y.

C - Eu cheguei às 7h e ele [um usuário] começou a agredir uma funcionária, agredir uma auxiliar de enfermagem. Era um menino grande, ele tinha 18 anos, grande, forte, né? Ele agrediu, aí foi um auê danado. Segura dali, segura daqui, ele quebrou os vidros (...) A equipe de auxiliares se reuniu dizendo que ia pedir transferência. (...) Porque

assim, ele agrediu o guarda, uma coisa absurda, e nós naquela situação não sabíamos o que fazer, sabe, assim? Se fosse hoje, chama a polícia, né. [M – sei.] C - nós não tínhamos essa, esse traquejo, era tudo muito novo. E ele quebrando, detonando, tal (...) depois de muito tempo chamamos a ambulância e a polícia e ele fugiu. Aí pra você ter uma idéia eram 7 horas da noite, todo mundo dentro do NAPS e a equipe do [outra instituição vizinha] trancada, com medo de sair. [M – sei.] C - a gente brincava depois que parecia o Alien, todo mundo trancado! [risos] [M – dentro de uma nave espacial.] C - ele podia aparecer a qualquer momento. E aí eu me lembro de uma cena ridícula, absurda, né? Ele veio assim pra pegar um guarda por trás. (...) E eu falei assim: “cuidado!” Ele veio por trás e me deu um chute nas costas, mas uma agressão! Foi muita violência. (Cláudia – técnica)

A oposição a qualquer ato de violência contra o usuário leva a uma inversão das posições pela qual a equipe fica refém da violência daquele. A novidade de aplicar os pressupostos antimanicomiais às relações com os usuários no cotidiano da instituição, de não utilizar o arsenal de repressão existente no Hospital Psiquiátrico, leva a equipe a ter que estabelecer novos modos de lidar com as situações de agressividade.

Há nesse momento uma grande resistência a se utilizar dispositivos de força, primeiramente a equipe lança mão da supervisão, de discussões, para “depois de muito tempo” acionar a polícia e o resgate. O acúmulo de experiência faz com que hoje os trabalhadores tenham outra atitude com relação a essas situações, o que não significa que a questão da contenção e da internação deixem de suscitar polêmicas no serviço.

Os trabalhadores que estão no NAPS Y desde o princípio consideram que houve uma diminuição dos casos de violência com o passar do tempo.

R - Mesmo porque como eles tavam saindo do Anchieta, que era uma coisa, um tratamento muito agressivo, era de choque, né. Eles levavam choque, tomavam injeção às vezes pra, pra, injeção no sentido de castigo. Entendeu? Medicava, sedava, ficava amarrado, às vezes sem necessidade, então eles tavam meio que assim, né, tudo presos. Então quando solta, soltaram. Mudou o jeito de ser que era confinado ficou uma coisa mais solta, eles ficaram assim, batiam nas pessoas, sabe, ficaram agressivas. Aí depois com o tempo foi melhorando, né. (...) Aí, até que agora tá calmo, é, tá bem calmo, tá bem calmo. De vez em quando é que sai um, né, um, um barulho por aí. Mas não é constante, antigamente era assim, todo dia tinha aquele, a gente vivia nesse estado. [M - sei.] R – Porque eles tava, né acostumado a ficar preso, aí soltou,

eles brigavam um com o outro, brigavam com a gente. Ih! Era muito ruim. [M - e o que que foi mudando para agora estar mais calmo?] R - o que que foi mudando? O que que foi mudando. Acho que o convívio mesmo, né, a, a intimidade, né. As pessoas ficarem mais juntos, se conhecerem, de ser atendida e tal. (Regina – auxiliar de enfermagem)

Regina avalia que hoje o cotidiano é bem mais tranquilo no NAPS Y. Ela localiza tal mudança na transformação da assistência dada ao usuário. À violência da CSA os usuários respondiam também com violência. Alguns usuários relatam situações de grande agressividade suscitada por castigos (eletrochoques, sossega leão) que levaram nos hospitais psiquiátricos. O convívio, o vínculo, a intimidade levam à construção de outras relações e respostas para com a equipe.

Se os discursos posicionam as pessoas no mundo e se todo enunciado é parte de um processo de comunicação ininterrupta, podemos considerar que a agressividade e a periculosidade imputadas ao louco não são reações naturais de uma dada doença mental mas sim se constróem a partir do lugar dado à pessoa, esse “duplo da doença mental” fonte de um lugar construído no processo de institucionalização do sujeito. A agressividade se configura como um enunciado possível frente à opressão infligida nos hospitais psiquiátricos. Nos serviços substitutivos se faz necessário separar aquilo que é do campo do sofrimento psíquico daquilo que é da ordem da institucionalização promovida pelo asilo.

A periculosidade atribuída ao louco é uma das fontes do medo que as pessoas sentem com relação àquele. Alguns trabalhadores, em especial as auxiliares de enfermagem, falam do medo que tinham dos usuários quando começaram a trabalhar no NAPS Y.

[M - e você tinha uma imagem de perigo?] R - é, eu tinha medo. Tinha medo! Tinha um, uns que são grandes, né. Aquela Maria, que nem esse Maurício, não sei se cê já viu o Maurício? Esse grandão. Que às vezes fica aqui. (...) Então a gente tinha um pouco de medo, agora já não tenho. Porque a maioria deles eu já conheço, já tenho amizade, eles me chamam. E onde eles me vêem, ah! é aquela festa. Então eu já tô, já criei aquele vínculo, já estou acostumada com eles, eles são acostumados comigo, não tenho mais medo (...) [M - cê acha que é pelo convívio que foi mudando tua impressão?] R - é, eu acho, eles me conheceram, a gente conversava. Aí foi passando. Era uma, uma coisa do novo, de não conhecer mesmo, né. Porque eu não tinha tido contato nunca com doente mental. Então eu tinha muito medo mesmo. E a gente ouvia falar muito

que fulano ficou louco, não sei quem é louco, aí então, a gente tinha aquela coisa na cabeça de medo. Mas agora eu não tenho não, viu?
(Regina – auxiliar de enfermagem)

Se o vínculo com o usuário transforma a situação de violência a recíproca é verdadeira. É pela aproximação que se desfaz o medo. Aquilo que fica confinado dentro dos muros do Hospital Psiquiátrico assombra aqueles que se encontram do lado de fora. A possibilidade de convívio resgata o louco do lugar do absolutamente outro, do totalmente estranho a nós, construído ao longo dos séculos pelo discurso psiquiátrico.

A relação com a loucura é algo que dá lugar a diversas ambigüidades. Além do medo com relação ao usuário, há o medo da própria reação frente à agressividade deste.

[M – E como é que foi, assim, as primeiras vezes que cê veio trabalhar aqui?] *T – Então, no começo eu me assustei. Eu me assustei, porque nunca... Antigamente eu via um paciente assim, né. Atravessava a calçada. Se tava nessa calçada, eu passava pra outra. Me assustei. (...)*
[M - Cê tinha o quê? Medo?] *T – É. Tinha medo, porque eu não sabia a reação. Eu sempre fui assim uma pessoa nervosa. Qualquer coisa eu brigava. Sempre fui assim, né, também meio estressada, né. Então, no começo era assim. Por exemplo, se um paciente queria me bater eu também queria bater nele, entendeu? Não aceitava aquilo como assim - ele tá doente e tal. Eu pensava assim: “não, ele vai me bater eu também vou”. Então eu pensava assim. Aí com o tempo eu fui mudando, sei que é uma doença, fui entendendo mais, né.* (Teca – auxiliar de enfermagem)

A questão de lidar com a diferença que a loucura comporta é delicada e complexa. A compreensão da agressividade a partir do campo da doença faz com que Teca tenha outra reação frente ao usuário. Os depoentes discutem nas situações de agressão se aquilo é “doença”, “manipulação”, “crise” ou “abuso”.

Se no Hospital Psiquiátrico as respostas eram eletrochoque, celas fortes, camisas de força e medicação excessiva, no NAPS a ruptura com tais procedimentos leva à construção de outros modos de lidar com esses momentos, que variam conforme a avaliação do caso: o sentido de tal gesto, suas circunstâncias, as condições do usuário.

Pode-se ter uma conversa, pode ser necessária a contenção física ou química ou ainda algum procedimento jurídico. Na medida do possível o usuário é implicado nesse processo de modo a poder também se responsabilizar por seus atos.

A ruptura com as relações estabelecidas nos moldes manicomiais ocasiona a mudança de posição de usuários e trabalhadores no NAPS. A inclusão da loucura no campo contratual torna necessária a revisão de diversas questões como a tutela, a responsabilidade (tanto do usuário quanto do trabalhador), a contratualidade, a autonomia. Elas não são questões óbvias e muito menos acabadas (decalques do projeto sobre as práticas), mas se constroem no cotidiano de trabalho.

6.1.2. A doença mental como sofrimento psíquico

A questão do lugar da doença mental e de sua compreensão, surge como um dos pontos principais no confronto entre o modelo antimanicomial e a Psiquiatria tradicional asilar. Nas práticas discursivas dos entrevistados a noção de doença mental abriga uma série de sentidos.

Inicialmente, analisamos aqueles que se mostram mais associados a um repertório interpretativo antimanicomial, no qual o sofrimento psíquico seria em grande parte determinado pela dinâmica social, pela falta de respaldo, pela discriminação e pela exclusão.

[M – E pra você Reginaldo o que seria doença mental?] R – *doença mental pra mim não é uma doença grave, não é chamado como doente mental. Doença mental pra mim é uma doença que... é, vem de uma estrutura mal estruturada da sociedade, com mau reivindicação social, mau reivindicação do governo, que as pessoas entram num transtorno mental, pela própria sociedade que é discriminada em geral, que vem a discriminação, não aceitação. Por isso que eu designo isso a doença mental.* (Reginaldo - usuário)

Contrapondo-se a um pensamento que historicamente caracteriza a doença mental como um rótulo que estigmatiza o sujeito, Reginaldo a coloca como

algo sem maior gravidade e ocasionada principalmente pela falta de condições sociais (deseestrutura da sociedade, irresponsabilidade do governo) e por uma cultura que discrimina as pessoas que acabam por sofrer de transtornos mentais. A doença torna-se um objeto cuja gênese é social.

Nesse trecho da fala de Reginaldo - assim como em boa parte de sua entrevista - transparece seu posicionamento de militante do movimento há vários anos, sua entonação e utilização das palavras nos remete a um gênero de discurso próximo ao político-panfletário, de quem sustenta os valores antimanicomiais no âmbito do debate público. Ao final da entrevista, numa conversa informal, ele pediu à entrevistadora que não guardasse essas informações só para si e que as divulgasse, vendo a situação como um momento oportuno para tornar conhecidas as dificuldades pelas quais passa a assistência à Saúde Mental santista. A apropriação desse gênero, no entanto, não se dava sem dificuldades, por vezes o entendimento de sua fala tornava-se confuso, algo um pouco estrangeiro ao seu modo de falar.

Seguindo num sentido complementar àquele dado por Reginaldo, temos a doença mental qualificada como um grande sofrimento:

[M – E pra você Sandra, o que seria doença mental?] S – *doença mental? Então assim, é, eu acho que assim, na prática é um sofrimento muito grande, né assim, a pessoa portadora de doença mental é uma pessoa que sofre muito, né, é um sofrimento, ahn, né assim, agora... esse sofrimento, é um sofrimento que, que, que tem, como é que eu vou dizer, que pode ser amenizado, entendeu? (...) A doença ela tanto pode, né, assim, ahn, pode ter essa diminuição de sofrimento, como também pode ter um agravamento, né, porque assim, essa pessoa ela pode se cronificar, ela pode, que a gente chamava da institucionalização, né, ou, ou assim, aquilo que a gente viveu muito (...) que é problematizar as coisas, é não deixar passar liso nada, é poder, é, enfrentar os problemas, é poder ouvir as necessidades e buscar uma resposta junto, né, é poder se relacionar de cidadão pra cidadão. Isso é uma coisa que te permite enfrentar essa e trazer uma outra qualidade de vida pra essa pessoa. Não que ela vai deixar de ser doente, que ela vai deixar de ter sofrimento, mas assim, esse sofrimento, é, ele vai tá restrito a alguns momentos, né, de vida dessa pessoa. Vai ter os momentos de crise que ela sofre, né, e que você vai tá ali do lado dela pra ajudá-la, né. Ou você tem isso ou você tem um lugar que vai agravar isso, né, porque além desse sofrimento ela vai, vai ter o acréscimo da solidão, do isolamento, da exclusão mesmo, né, do preconceito. (Sandra - técnica)*

Neste trecho, Sandra mantém a idéia de doença sem, no entanto, reduzir o sujeito a esta. A doença mental está associada ao termo “sofrimento” e não às tradicionais categorias diagnósticas da Psiquiatria. Os poucos termos que se referem ao discurso psiquiátrico se restringem à crise e à cronificação.

A idéia de sofrimento retira o louco/doente mental do campo de objeto do saber para reaproximá-lo de nossa própria experiência. A doença é agora um sofrimento que pode ser amenizado ou agravado e o índice de avaliação passa a ser a qualidade de vida, não mais a remissão de sintomas. A melhora ou piora da condição do indivíduo associa-se não mais, como no modelo psiquiátrico, ao curso natural da doença mental, mas à qualidade do tratamento que adquire um papel fundamental no “prognóstico” do usuário. O serviço, através do processo de institucionalização, pode produzir mais sofrimento, levando o sujeito à cronificação: o sofrimento do isolamento, da exclusão, do estigma e do preconceito.

A doença é, nesse contexto, vista como uma parte da vida dessa pessoa e o sofrimento como um momento. Momento de dificuldade, de diferença com relação àqueles que o cercam, onde a ajuda deve seguir no sentido da postura solidária (“de cidadão para cidadão”), de ajudar a compreender aquilo que se passa com o sujeito. Compreende-se que o isolamento e a exclusão só agravam esse processo que por si só já é tão radicalmente subjetivo:

S - É, é difícil, né, de conceituar, mas acho que é, pra mim a doença mental é um grande sofrimento, né, que as pessoas vivem é, por uma dificuldade de compreensão do que elas estão vivendo. Inclusive, eu acho, é uma dificuldade de compreensão dos outros do que elas estão vivendo. Acho que é isso, é isso, que imagino que deve ser assustador de repente você começar a ouvir vozes, que você sabe que não vêm de outro lugar que não em, né, do que você está produzindo, né. Então eu acho que é, e aí eu fico pensando assim. A doença mental eu acho que ela deve ser, eu tô falando mais da questão da psicose na produção de delírio, alucinação, mas acho que tem outras situações, né, acho que tem grandes depressões, é, grandes ansiedades, aí, muita dificuldade, que eu acho que é um sofrimento na relação com você mesma, né, me parece um pouco isso, de você poder é, de você poder entender o que está se passando com você e alguém que possa de certa forma te ajudar a entender isso também, né. (Silvana - técnica)

Novamente a doença mental é tomada como um grande sofrimento

que se traduz pela dificuldade de compreensão do que o sujeito vive. Ao se evitar reduzir o sofrimento psíquico a categorizações psicopatológicas, ele acaba por se tornar um objeto de difícil definição. A ressignificação do lugar da doença-sofrimento na vida do indivíduo leva à necessidade de um deslocamento do arcabouço teórico-técnico sobre a doença mental. Desse modo, o saber nosológico psiquiátrico é colocado em segundo plano.

Silvana lança mão de termos do discurso psiquiátrico como “psicose”, “depressão”, “delírio”, “alucinação”, “ansiedades” sem, contudo, encerrar a questão da doença mental no interior dessas categorias. Ela é explicada como sofrimento na relação consigo mesmo e como dificuldade de compreensão dos outros com relação à vivência do indivíduo em crise. Nesse sentido, sua concepção vai ao encontro do discurso da desinstitucionalização, pelo qual a doença é encarada como expressão de uma crise vital e não como um diagnóstico.

O sofrimento mental é localizado em dois lugares interligados e complementares. No intrapsíquico, as vozes, que são produtos do “mundo interno” do sujeito e na relação interpessoal, na incompreensão da vivência alucinatória ou delirante. Sandra aponta para a diferença que tal experiência impõe ao sujeito, mantendo, contudo um campo de proximidade onde o trabalhador pode ajudar a significar essa vivência singular, tornando-a mais compreensível.

Dentro do repertório antimanicomial, a construção dos argumentos segue uma linha predominantemente social para qualificar a doença mental, sem contudo desconsiderar aspectos individuais.

[M - e pra você Paulo, o que que significa doença mental?] P – *doença mental?* [M – é.] P – *é, significa... é... é... sei lá, uma situação de, de, de pressão, né. De, da pessoa. Uma situação assim de abandono até também. Porque eu entro mais em crise quando eu fico abandonado, não tem ninguém pra me ajudar. Agora, onde eu morava, onde eu tô morando. Eu moro lá, eu fico sossegado. Quando não tem apoio de ninguém, acho que isso ajuda, entendeu? Ajuda a pessoa a entrar em crise, a falta de ajuda, falta de não ter alguém pra conversar.* [M – sei.] P – *ai a pessoa entra em crise, começa a ficar agitada. Vai fazer coisa errada. Ai no meu caso, quando eu entro em crise eu fico mal, eu fico [ininteligível] assim, eu fico sem fazer nada. Acho que devia, entendeu, ter um jeito, de fazer o seguinte, de ajudar o usuário que não tem apoio da família receber uma ajuda do governo, um salário mínimo.* [M – sei. Uma ajuda financeira?] P – *uma ajuda financeira. Precisava ter uma*

ajuda financeira pra pelo menos arrumar um quartinho, entendeu? Pelo menos pra, pra levar a vida. Porque, quando a pessoa tá protegida, tá na casa dela, tá no cantinho dela, ela vai se sentir bem. Acho que isso também influi, né, uma família que não dá amor pro filho. Entendeu? Não dá um apoio, não conversa. Ai a pessoa entra em depressão. É por isso que as pessoas entram em crise. Ou deve ser por, da cabeça da pessoa memo. Delírio dela depende, né, cada caso é um caso. No meu caso, acho que foi isso aí, né, a minha família. Não sei se é verdade. Ai, deve ser isso. Deve ser por isso que eu entrei em crise. (Paulo - usuário)

Paulo descreve uma espécie de gênese social da doença mental, identificando-a a idéia de crise ocasionada pela falta de apoio, pelo abandono e pela solidão. Tal concepção retira da doença seu caráter permanente de identidade social, deslocando-a para uma idéia de momento, de estado passageiro.

O conceito de crise surge no meio psiquiátrico, a partir dos modelos de Psiquiatria Preventiva e Comunitária. Nessas vertentes, a doença mental é relacionada ao desajustamento, a uma ruptura no sistema adaptativo do indivíduo (Birman e Costa, 1998). A crise não é sinônimo de doença mental, mas pode levar à situação de enfermidade.

É interessante observar como Paulo, ao ser indagado sobre sua concepção de doença mental, posiciona-se na condição de quem sofre de transtorno mental, sem, no entanto reduzir-se à condição de doente. À sua descrição da doença mental em terceira pessoa, misturam-se conteúdos referidos a seu contexto vivido.

A forma de auxílio para essa situação está colocada não só num apoio emocional (alguém para conversar), como também no que se refere ao âmbito das políticas de seguridade social a fim de garantir um mínimo de bem estar.

A família também é outro importante fator citado: a falta de amor familiar, de diálogo e apoio podem levar à crise.

No sentido de crise dado à doença mental, coexistem nessa definição, argumentações de vários âmbitos: mais fortemente social e familiar, e, em menor grau, intrapsíquico: “ou deve ser por, da cabeça da pessoa memo”.

Questionando o lugar dado à noção de doença mental no discurso antimanicomial, encontramos oposições a uma postura que suprime a idéia de sofrimento psíquico enquanto doença, trazidas pelos psicólogos³³ da instituição.

P2 – sempre teve um rechaço, uma hogeriza à coisa do psicologismo, da Psicanálise, né. Eu acho que é uma pena isso, né, eu acho que se perdeu, né, se perdeu a oportunidade de se avançar na compreensão mesmo, é, da doença. Eu acho que, porque, porque se tenta abolir essa palavra, esse conceito, né assim, do sofrimento psíquico enquanto doença se perde enxergar melhor o que que é isso. Cé entendeu? Porque acho que é uma doença sim. Não é, não é, a questão é que o sujeito não é só doente. Perfeito. [M – certo.] P2 - né assim, é um sujeito, né, mas essa dificuldade que tem, é uma dificuldade, é uma dificuldade. É uma doença. Então assim, tem gente que diz que é genético, que tem lá, que é neurotransmissor, sei lá eu, entendeu assim? Mas assim que é algo que o diferencia de uma forma é, é... é... como é que fala ao contrário de benefício, é uma coisa que o diferencia trazendo dificuldades, trazendo problemas, né, e ainda mais se a gente for pensar qual é a definição de saúde pra própria OMS, né, Organização Mundial de Saúde. É, eu não sabia disso, esses, há pouco tempo eu li um artigo que falava disso. (...) a definição de saúde é o bem estar físico, mental e social. Ó, ó o que é definição de saúde pra Organização Mundial de Saúde. Então quer dizer que não é doença? Claro que é doença! Porque o cara não tem bem estar nem numa coisa, nem em outra, nem em outra, não tem bem estar, né, não tem bem estar, o louco não tem bem estar, né. Ele passa a ser adaptado. Adaptado, mas dizer que ele se sente, eu acho... Não sei... Tem casos e casos. É, a questão, essa questão eu avalio assim, as pessoas que tiveram muitos anos de manicômio, é são eternamente infelizes, né?
(Psicólogo)

Sem restringir o sujeito à categoria de doente, esse sujeito reivindica a retomada do conceito de doença, para poder avançar na compreensão do fenômeno. Ele entende tal postura da instituição como um rechaço aos saberes instituídos da prática clínica, como a Psicologia ou a Psicanálise. A abolição da noção de doença esvaziaria a prática de um arsenal teórico-técnico clínico para se lidar com o usuário.

Ao deixar de ser uma questão restrita ao âmbito do discurso científico e abranger também o âmbito político e social, o movimento de ruptura leva a uma ênfase maior sobre esses aspectos como um processo de afirmação de um novo

³³ Quando discriminamos a profissão da pessoa entrevistada evitamos utilizar nomes (mesmo sendo fictícios) a fim de não identificar o trabalhador na instituição pesquisada. O termo “psicólogo”, “profissional” e “depoente” serão utilizados no masculino, independentemente do sexo da pessoa entrevistada.

paradigma que nega o paradigma anterior (fundado pelo discurso científico e moral). Nesse contexto, clínica e social constituem-se como pólos opostos de um conflito de difícil mediação³⁴.

Apesar da importância dada ao pensamento clínico, a definição de doença se mantém fugidia e irreduzível, pode ser genética, própria da fisiologia do cérebro ou ter uma determinação outra qualquer. De um modo geral, ela se caracteriza como dificuldade, diferença danosa ao sujeito, infelicidade. Lançada no campo obscuro que é a doença mental, o depoente não recorre ao saber clínico, mas lança mão da definição dada pela Organização Mundial de Saúde sobre saúde, instituição que aparentemente possui uma legitimidade maior perante o discurso antimanicomial do que a Psicologia ou a Psicanálise. Assim a doença caracteriza-se como uma ausência de saúde em amplo aspecto – não ter bem estar físico, mental ou social.

Os anos de internação em regime asilar também determinam a gravidade da doença e a possibilidade de melhora do indivíduo. No calor da argumentação, o louco é apontado a princípio como aquele que não tem bem estar, cuja possibilidade é de ser adaptado à sociedade, o que retoma velhas concepções da loucura. No entanto, o sujeito repensa sua resposta que generaliza a condição do doente mental, e, reconsidera sua posição, avaliando que cada situação tem a sua particularidade e indicando a importância do tratamento no prognóstico do caso.

O discurso antimanicomial também se mistura a concepções antigas do campo da Psiquiatria:

[M – e, você. Pra você Regina, o que seria a doença mental?] R – *doença mental? Doença mental? Olha, eu acho que é tanta coisa doença mental! Eu acho que é muita coisa, muito mais do que esses rótulos de esquizofrênico, é, PMD, psicótico, não sei o quê. Eu acho que é bem mais que isso, sabe? Eu acho que é uma desestrutura total. A pessoa fica desestruturada, a pessoa não tem, não tem estrutura familiar. Além de estrutura dela mesma. Não tem um, uma, como é? sabe? A pessoa não tem suporte nenhum. Muitas vezes não tem suporte social, entendeu? Não tem suporte da família. Não tem nada. Sabe? Eu acho que tem muito a ver com o social, muito a ver com as dificuldades que a pessoa tem, sabe? Não sabe, não consegue ajudar. São dificuldades financeiras e dificuldades da vida mesmo, sabe? As relações, as questões que têm*

³⁴ Nos detemos sobre essa questão posteriormente.

todas, né. Às vezes a pessoa é frágil, né, não consegue lidar com isso. Eu acho que é meio por aí sabe? (Regina - auxiliar de enfermagem)

Nesse trecho o discurso psiquiátrico tradicional e seu conjunto de diagnósticos aparecem como uma das vozes com a qual Regina dialoga. Coerente com um repertório interpretativo antimanicomial, nega-se o peso determinante da nomenclatura diagnóstica, entendida como rótulos que reduzem a complexidade da doença mental. A noção de doença novamente esvazia-se de seu conteúdo nosográfico. Retirada de uma posição referenciada por um quadro descritivo das patologias, ela é entendida como algo mais amplo que remete ao que Regina refere como uma desestrutura total. Nesse “total” coexistem vários repertórios interpretativos advindos inclusive do discurso psiquiátrico tradicional (tempo longo) negado anteriormente, naquilo que diz respeito à noção de falta de estrutura familiar que nos remeteria a uma idéia de doença mental atrelada à concepção próxima a uma teoria da carência cultural, onde a família é vista como não tendo condições para garantir a saúde mental de seus integrantes.

Outra idéia está associada a um certo conceito de falta de estrutura psíquica, doença como fragilidade e falta próprias do indivíduo: “Além de estrutura dela mesma (...) Às vezes a pessoa é frágil, não consegue lidar com isso”. Atravessando todas essas compreensões (e talvez delimitando esses vários sentidos na busca de uma nova síntese) temos a determinação da doença mental como desestrutura do âmbito social, a compreensão, bastante reiterada no discurso antimanicomial, de que o adoecimento psíquico é produzido pela falta de suporte social. Neste trecho coexistem interpretações da doença tanto de uma ordem social, como individual e também familiar.

O discurso antimanicomial, ao desprivilegiar a concepção de doença mental em favor da noção de sofrimento psíquico, abre espaço, pela própria imprecisão do conceito, a uma série de sentidos que vão sendo construídos na experiência cotidiana dos sujeitos, nas relações entre usuários e funcionários. Sentidos que reatualizam antigas concepções da loucura construídas ao longo da história, miscigenadas com valores próprios do repertório antimanicomial.

Essas antigas compreensões da loucura são encontradas predominantemente na fala de usuários do serviço. Algumas delas remetem ao modelo psiquiátrico em suas várias versões:

[M – é, pra você José o que é doença mental?] *J – pra mim?* [M – é.] *J – o que é doença mental?* [M – é.] *J – bom, pra mim doença mental é... eu não sei, é quando a pessoa não tem capacidade física e emocional de compreender certas coisas, né, quando a pessoa está também com... ela estaria precisando de, de medicação né, ela dependendo dessa medicação. Ela ainda vem de casos conturbados, vem de casos como drogas, droga na família, paciente viciado ou traficante no meio da própria família, ou então com sintomas, com caso de alcoolismo na família, certo, esse paciente também herdando isso, né, sendo uma pessoa alcoólotra ou uma pessoa drogada, certo. E dependendo do acompanhamento, vai depender do acompanhamento, né. A pessoa quando, quando existe a má alimentação. Quando existe a má alimentação, tudo isso influi, né, má alimentação, quando não existe uma prática de esporte, prática de exercício, uma busca de condicionamento físico, não há um convívio social, então a pessoa não tem como manter boa, como se diz, condições psicológicas, não tem como manter. Quando há, quando há falta desses recursos, né.* (José - usuário)

Ao ser indagado, José aparenta uma certa surpresa, como num estranhamento com o fato de pedirmos sua opinião sobre um assunto normalmente restrito ao meio técnico.

Nesse trecho, num primeiro momento, José localiza a doença como algo da ordem das incapacidades físicas e emocionais do sujeito, a necessidade de ser medicado se coloca como um sinal de doença. A doença é aí localizada no interior do sujeito, gerada por deficiências de ordem individual. A constituição familiar também surge como um fator desencadeante da doença mental. A tal concepção subjaz um repertório interpretativo ligado ao tratamento moral da doença mental, uma compreensão associada às antigas concepções da teoria da degenerescência, onde o adoecimento estaria ligado a maus hábitos (uso de drogas, alcoolismo) que seriam herdados pelo sujeito, incapacitando-o física e emocionalmente.

Outros elementos também são associados ao adoecimento: a má alimentação, a falta de convívio social, a ausência de práticas esportivas. Tais elementos trazem algo de uma ordem social disposta dentro de uma lógica muito

próxima do discurso da higiene, com seus métodos de preservação da saúde.

Entre um entendimento que parte do discurso antimanicomial e uma compreensão fundamentada por um repertório interpretativo moral da doença mental, encontramos um terceiro tipo de compreensão advinda da crença popular de que a doença mental estaria associada a fenômenos sobrenaturais. Sinaliza-se, assim, outra associação bastante difundida: aquela entre loucura e religiosidade.

[M – Edson, e o que que pra você seria a doença mental? Como é que você vê a doença mental?] *E - ... pra mim é, bom, pra mim pessoalmente acho que é, eu não porque... a doença, doença mental, eu tenho uma crença muito grande no sobrenatural, né, acho que existe alguma coisa de sobrenatural nessa doença, alguma coisa, alguma coisa que escapa à ciência normal, certo, não sei o que é, não teria uma definição, assim pela lógica formal, né, mas tem alguma coisa que escapa, né, à nossa vã filosofia [ri].* [M – sei, alguma coisa entre o céu e a terra.] *E – é.* [Risos] [M – e, mas você acha que tem aí uma influência sobrenatural sobre.] *E – é, acho que, que, alguma, tem explicações sobre isso, até sobrenatural mesmo, né, acho que seria um karma ligado à espiritualidade mesmo, alguma coisa assim.* [M – sei.] *E – algo desse tipo também envolvendo até possessões mesmo, alguma coisa assim. (...) no grupo de atualidades, né, eu trouxe um texto que falava que um psiquiatra, dizia que, como é que é, que a doença mental, que a esquizofrenia não seria uma doença mental, a esquizofrenia, né, não seria uma doença mental, seria, seria alguma coisa ligada à paranormalidade, né. [ininteligível] de ver por esse prisma, né. Ele usa até sensitivos pra tratar os doentes deles, né.* (Edson - usuário)

Apesar da diferença com um discurso técnico-científico, a concepção de Edson sobre a doença mental pôde ser trazida e discutida num dos grupos realizados no serviço. Quando indagado sobre a reação das pessoas ao texto trazido, ele coloca a apreciação dos outros usuários e a diferença com relação às técnicas que coordenam o grupo (que segundo ele possuem uma concepção de doença mais científica e social, menos espiritual). A diferença não é colocada em termos de certo ou errado, de uma concepção melhor ou pior, mas em termos de visões de mundo diferentes.

Com relação à noção de doença mental encontramos a preponderância do repertório antimanicomial, principalmente na fala dos trabalhadores, sem que,

contudo, deixe de existir outras formas associadas a um repertório interpretativo psiquiátrico tradicional arraigado em nossa cultura.

Deparamo-nos assim, com a polissemia do discurso apresentada pelas diferentes formas como a doença mental é construída discursivamente pelos sujeitos. Num mesmo contexto argumentativo encontramos a oposição entre um repertório interpretativo antimanicomial e um repertório calcado no modelo psiquiátrico asilar, reeditando as noções de hereditariedade e falha moral. Este último surge de modo mais significativo na fala de usuários o que pode denotar sua maior proximidade com a compreensão do senso comum. Por outro lado, parece haver a construção de um “senso comum” próprio da instituição, no qual os valores antimanicomiais correntes no serviço acabam por ser incorporados por usuários sem que eles tenham um conhecimento sobre tal discurso (como no caso de Paulo).

No caso dos técnicos, os valores antimanicomiais sobre a doença mental aparecem de modo mais orgânico em suas práticas discursivas, seja no sentido de reiterá-los, seja no sentido de criticá-los. A crítica, no entanto, não implica um movimento de retorno ao paradigma anterior, mas de busca de uma nova síntese.

A designação de “doente mental” é compreendida dentro do referencial antimanicomial como estigma, o que desloca conceitualmente a idéia de doença tal qual ela é compreendida pela Psiquiatria tradicional. Desse modo, a noção esvazia-se e torna-se um objeto de contornos imprecisos, denominado como sofrimento psíquico. Essa dificuldade de dar delimitação clara e precisa à doença mental é algo que acompanha toda história da Psiquiatria, mais afeita à nosografia, à descrição de sintomas, dada a própria relação da Psiquiatria com o todo da medicina e, principalmente, a configuração da experiência da loucura nesse jogo de séculos de submissão e insubordinação a uma definição monolítica e fechada no campo das doenças.

A construção discursiva da doença mental nos serviços substitutivos ao manicômio, diz respeito à configuração de um objeto e de um conjunto de posições subjetivas que, em última instância, se desdobram na construção de determinados saberes e fazeres com relação à loucura. A concepção da loucura e da doença mental apresentada pelo discurso antimanicomial tem como desafio a construção de práticas coerentes com seus pressupostos, tal construção não se dá de

modo pacífico e se confronta com valores e dispositivos construídos historicamente em nossa sociedade. A instituição surge por vezes como arena de embates entre essas diversas compreensões, por outras, surge como forte, campo de resistência contra o retrocesso político, contra as tendências políticas e econômicas que avançam no horizonte social e que são cada vez mais intolerantes à diferença, àquilo que foge das normas de competência e produtividade.

6.2. O “antes” e o “depois”: a mudança de gestão política

S – então é, vai ser difícil eu não falar antes e depois, né.
(Silvana ao falar do trabalho que desenvolve no NAPS)

Um aspecto que marca fortemente os discursos dos entrevistados refere-se a uma divisão temporal entre a gestão política do município que sustentava o projeto antimanicomial (período da intervenção na CSA e da construção da rede de serviços substitutivos – 1989 a 1996) e aquela que a sucedeu, que não dá apoio a esse projeto (1997 até hoje). Tal passagem é tomada como o principal motivo das transformações ocorridas no serviço, no que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho e à queda na qualidade do tratamento.

Os termos “antes” e “depois”, “antigamente” e “hoje em dia” são freqüentes tanto nas entrevistas como nas discussões da equipe. Instaure-se uma importante marca temporal/contextual na construção de sentidos sobre a história e o trabalho no NAPS Y, sobre a constituição de uma rede sustentada pelos pressupostos antimanicomiais.

Silvana fala dessas mudanças.

S – bem, hoje as nossas expectativas são muito pequenas, né (...) hoje eu acho que a gente tem pouca autonomia, né, pra desenvolver, ahn, projetos, e acho que a gente tem também, é, hoje uma pouca inserção na cidade como, como a gente tinha anteriormente, né. Talvez a questão da transformação da assistência aqui em Santos teve um momento que ela

teve muita força externa às unidades, né, e depois isso foi refluindo, refluindo. Então hoje por exemplo, trabalhos que eram feitos em parceria com outras secretarias ou com outros espaços na cidade, hoje são mais difíceis, acho que tem uma situação, vamos dizer mundial com essa questão do trabalho, mas também tem uma situação de um, de um refluxo da, dos profissionais, não só dos profissionais, mas da própria administração investir nisso, né. Então hoje eu acho que a gente tem essas expectativas mais baixas nesse sentido. (Silvana – técnica)

Ao “período épico” do “antes”, da intervenção na CSA e construção da rede de Saúde Mental, caracterizado pela ousadia, pelo apaixonamento e desafio, pela construção de sonhos, se contrapõe um “hoje”, no qual vemos o refluxo das propostas antimanicomiais, um desinvestimento generalizado tanto dos trabalhadores como da própria administração. Nas entrevistas, encontramos um conjunto de termos que dão sentido a esse período: “desinvestimento”, “falta de apoio e alimento”, “trabalho empobrecido e precário”, “desgaste”, “impotência”, “pouca inserção na comunidade”. O período de grandes avanços é sucedido por outro em que as expectativas são pequenas.

A falta de investimentos do poder público acarreta a desarticulação da rede de Saúde Mental e instaura a ruptura com um dos principais eixos de ação da proposta antimanicomial: a construção de uma rede de sustentação para a pessoa portadora de sofrimento psíquico na comunidade.

S - Acho que hoje a gente vê muito pouco possibilidade de construção de, de sonhos, eu acho que é uma certa dificuldade, assim. [M – e onde foi esse gás que se perdeu aí?] S - não sei, eu acho que a gente passou quatro anos brigando pro serviço poder se, se manter, né, e se manter muito precariamente, né. Que houve tentativas de acabar com o NAPS, de transformar dois NAPS em um na cidade, então indo contra toda uma diretriz de um programa de Saúde Mental no qual a gente acreditou, né, e aí eu acho que assim, na verdade o que a gente fala é que a gente passou quatro anos segurando o telhado. [M – sei.] S - então acho que isso cansou muito as pessoas, a gente não teve investimento, é, porque essa era uma outra coisa importante eu acho pros profissionais, é, cursos que aconteciam, palestras de pessoas que vinham pra cá (...) Muitas vezes tinha reuniões gerais da, que a coordenação do programa de Saúde Mental chamava com seminários com todas as equipes. (...) É, acho que foi, as coisas foram, foram, sendo desfeitas, né, elas não foram, vamos dizer, destruídas, mas foi se perdendo e aí foi se despote, despotencializando, né. Tanto o serviço, as pessoas, os usuários, então eu acho que hoje a gente tem uma sensação de muita impotência mesmo,

né. Acho que tinha um investimento na potência das pessoas, de todas elas, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. E hoje eu acho que isso talvez tenha, talvez, cadê o gás, né, você precisa de alimento, acho que é isso. (Silvana – técnica)

A militância sofre desgaste com a mudança de gestão (“segurar o telhado”), tal posição é sustentada com grandes dificuldades dentro da nova administração. Se antes a relação entre gestão administrativa e trabalhadores era de parceria hoje é de oposição. O desmonte do modelo antimanicomial em Santos, não vem propriamente pela contraposição aberta de um modelo manicomial, mas sim, insidiosamente pelo desinvestimento nas políticas sociais por parte da nova gestão política.

Processo corrosivo da despotencialização que se opõe ao período anterior marcado pelo investimento na potência, seja de usuários, seja de trabalhadores. Esse investimento, muito valorizado pelos trabalhadores, respaldava as pessoas, permitindo ousadias na construção de novas possibilidades para a Saúde Mental.

Sem alimento os trabalhadores se sentem “desnutridos” e “desvitalizados”. Período marcado pelo signo da falta e da impotência: faltam cursos, supervisão, reuniões, articulação com outros setores, infra-estrutura, etc. As queixas sobre a precariedade do trabalho são freqüentes no cotidiano da instituição. A falta ganha maior vulto quando comparado ao período anterior que adquire o sentido de um passado mítico. Podemos pensar que a recíproca também é verdadeira: o passado ganha tons mais agradáveis quanto maior é a insatisfação que se vive hoje. Vale ressaltar que em conversas informais com alguns trabalhadores, encontramos algumas afirmações de que o passado “não era tão rosa” quanto se fala hoje em dia.

A mudança de gestão retira a questão da cidadania do foco central, aquilo que antes era a filosofia de trabalho, a causa comum que “alimentava” os trabalhadores. Há uma transformação da lógica administrativa que em última instância altera o eixo das práticas desenvolvidas.

A mudança política é de tal modo sentida pelos trabalhadores, que gera um quadro de desânimo generalizado.

S – que a gente tava assim, é, era o último suspiro, entendeu? Se cê chegasse aqui há uns dois meses assim... hoje eu acho que as pessoas já estão, estão desanimadas e todo mundo reclama muito, mas cê chegasse há um tempo atrás assim era uma coisa, eu diria assim, era um clima doente assim, de depressão. Às vezes, cê chegava e ficava ali, assim, na sala aqui em baixo, cê sentia, não fazia nada! Não que cê não quisesse, que parece que não surgia nada, não pintava nada e quando tava alguém muito mal, em crise tal, resgatava um pouco aquela coisa, a necessidade, temos que cuidar, todo mundo se juntava, cuidava daquela pessoa. Saía essa pessoa em surto, todo mundo voltava pra'quele estado crônico, assim. (Sandra – técnica)

A profunda identificação dos trabalhadores com o projeto político que antes se traduzia pelo apaixonamento, pelo intenso investimento pessoal na criação da rede, se traduz hoje pela desesperança, “depressão”, imobilidade e queixume. O momento em que realizamos a pesquisa de campo se deu três meses após o início do novo mandato do prefeito que foi reeleito. Em função disso, muitos funcionários saíram da instituição, a equipe encontrava-se desfalcada e foram encerrados vários grupos terapêuticos. Ao falar do clima doente, Sandra refe-se aos primeiros meses após a posse do segundo mandato.

O desânimo ganha ares de luto pela perda de algo muito importante para a continuidade de uma proposta antimanicomial: o respaldo da administração política.

Sandra descreve um ambiente desértico, no qual a riqueza e fertilidade anteriores dão vez para a letargia, rompida só nas situações de urgência, nas crises. Nada parece brotar, nenhum projeto, nenhuma idéia, nenhum movimento de construção num solo político tão estéril.

Essa situação de desgaste e desânimo é freqüentemente expressa nas entrevistas.

[M – E o quê que será que aconteceu aí nesse meio do caminho?] C – *Eu acho que nós fomos nos desmotivando, né, por uma questão política mesmo, por não ter ganho o partido que a maioria lutava (...) Os salários hoje estão muitos baixos. Isso também desmotivou. A maioria da equipe hoje tem outro emprego. (...) Isso também modifica muito. Acho que antes nós só tínhamos o NAPS, a maioria. Então, a dedicação era outra. Hoje não. Hoje nós entramos no esquema de funcionário público, sabe? (...) Nós tínhamos mais flexibilidade de horário. Quantas vezes nós vínhamos fora do horário fazer um atendimento! Tinha uma outra*

dedicação. Hoje não, hoje não. Meu horário é esse. Tem essa coisa que é geral. Então, foi desmotivando. O desinvestimento mesmo, por parte do poder público. Então, por exemplo, cê não ter carro pra visita [domiciliar] um mês, você suporta, mas você nunca ter o carro... Então, você vai, no primeiro mês, você vai com o teu carro. Depois, cê começa a se encher. Aí não tem essa. Por exemplo, o trabalho no domicílio era uma coisa forte, era um grande instrumento nosso, né. Nós acreditamos ainda nisso, e hoje fazemos pouquíssimo, pouquíssimo. Nós tínhamos todas as modalidades de atendimento domiciliar. Hoje, nem a medicação. Alguns usuários que fazem a medicação assistida, né, e estão dentro dessa modalidade, não têm sido assistidos. Então isso piorou muito, porque as pessoas internam com mais facilidade. Antes nós tínhamos assim possibilidades de ousar mais. Então, a pessoa vinha em crise, não necessariamente precisava lançar mão da internação. Tinha outras possibilidades, né – de ir todo dia na casa, de ter um atendimento mais efetivo. Hoje não tem. Eu acho que nós estamos desmotivados, sem alimento. Acho que a gente precisaria ter cursos, supervisão, mais estrutura. É, organizar, poder levantar de novo o serviço, né. Porque são coisas que parecem pequenas mas não são, né. Agora, eu brinquei, “Ô, [nome de outra funcionária], eu não faço primeiro atendimento porque eu só faço agenda médica”. Mas assim, é verdade que isso veio num crescendo. A gente vem muito tentando entender o que tá acontecendo com esse serviço. Acho que nós também não temos... Precisaremos de ajuda para saber o que aconteceu. (Cláudia – técnica)

Neste trecho, vemos uma espécie de inventário daquilo que foi sendo desinvestido ao longo desses anos, crônica do desmonte de um serviço, peças de dominó que tombam uma após a outra. Cláudia descreve neste trecho cada um dos passos que levam à fragilização do trabalho. Para compreender a atual situação do NAPS Y, a derrota do partido que a maioria apoiava, isto é, a mudança de contexto político tem papel fundamental. Isso gera o desinvestimento no setor e a desmotivação dos trabalhadores, a quebra das expectativas de fazer o projeto avançar. Por sua vez, a reeleição agrava a situação, a falta de reajustes salariais gera a necessidade do trabalhador ter outros empregos e diminui a disponibilidade de dedicar-se ao NAPS. O atendimento torna-se precário e se reflete sobre os usuários que passam a ter crises com mais frequência. Há uma desarticulação da rede de Saúde Mental de Santos e consequentemente o refluxo do movimento para a comunidade, da inserção na cidade. Isso leva à volta do atendimento no modelo tradicional da “agenda médica”.

Esse contexto transforma a posição de militância do trabalhador em um “esquema de funcionário público”. O posicionamento do trabalhador com relação ao projeto se altera, o engajamento político na luta por um ideal é substituído pelo lugar de empregado, do trabalho restrito a uma forma de subsistência. O “público” do espaço compartilhado para construção de projetos em benefício comum, da luta pela cidadania, torna-se o “público” do senso comum: burocrático, crônico e esvaziado.

Aquilo que dava sustento ao trabalho se desfaz, a medula dorsal do programa se quebra desvitalizando o projeto de Saúde Mental. No entender destes trabalhadores o âmbito da assistência está visceralmente ligado e é determinado pelo perfil de gestão política. Desse modo, desmancha-se a rede de sustentação tanto para os usuários como para o próprio trabalhador.

Aquilo que era um movimento coletivo reflui para algo do âmbito da disponibilidade de cada um em fazer um horário extra ou realizar a visita domiciliar com seu próprio carro.

Apesar da clareza com que expõe os passos desse desmonte, Cláudia sente-se ainda sem entender o que aconteceu. Mais do que compreender o que se passa, o pedido de ajuda talvez seja no sentido de construir soluções para a atual situação.

Os efeitos da mudança de gestão também são referidos pelos usuários, principalmente naquilo que diz respeito à diminuição do número de atividades (essa se constitui como uma queixa freqüente por parte deles). Os sentidos atribuídos a isso, no entanto, diferem daqueles colocados pelos trabalhadores e dependem da posição em que o usuário se coloca.

A vinculação ou não ao MLA afeta o posicionamento do usuário com relação às mudanças ocorridas no NAPS Y.

R - e aqui é o seguinte: é muito fragilizado, quando fala em uma luta antimanicomial num, num se fala nada disso. [M – como assim?] R – não tem, não tem como abrir a boca pra falar. [M – aqui aonde?] R – aqui em Santos. [M – em Santos.] R – tá fragilizado. [M – sei.] R – existe a Associação Franco Rotelli, que é que eu participo, então vai meia dúzia, vai dez pessoas, que se apresentam, né. Nós tínhamos dinheiro pra se locomover pra São Paulo, hoje em dia não temos, antigamente a prefeitura dava, ahn, perua pra subir pra São Paulo, a gente subia pra

São Paulo, a gente subia pra Franco da Rocha, pra discutir nos encontros, tá entendendo? (...) [M – isso também minguiu?] R – minguiu, isso aí ficou é, despreparado e ficou sem nenhuma ação dentro da Associação Franco Rotelli que era não digo conveniado com a prefeitura mas tinha um, um apoio da prefeitura, a Associação Franco Rotelli caiu, que participava a Marília Dias, Livia, ainda hoje participa a Sônia Borges, a Júlia, e outros mais participavam aí, é sumiram, por causa dessa má administração que tá fazendo o serviço substitutivo da Saúde Mental uma modernidade que não existe. (Reginaldo – usuário)

É da posição de militante que Reginaldo constrói sua avaliação sobre o estado atual da rede de Saúde Mental de Santos. Ele aponta para a fragilização do Movimento em Santos e um esvaziamento da Associação Franco Rotelli devido à mudança de gestão. O apoio que a antiga prefeitura dava para o MLA era de grande valia para seu desenvolvimento. A importância de um governo afinado com os movimentos sociais é novamente colocada.

Por outro lado, José, que não tem uma vinculação direta com o MLA, traz um outro olhar sobre a situação atual do NAPS.

J - É porque não gosta do prefeito, deveria ser outro prefeito tal, de outro partido, certo? Beto Mansur é PPB, Telma, Telma de Souza é PT, então eles gostariam que fosse a Telma de Souza, simplesmente pá garantir privilégios, provavelmente, e agora eles estão nessa aí, nesse ataque ao prefeito, tão dando bronca no prefeito e o paciente vai arcar com esse ônus? [M – então você acha que a insatisfação dos profissionais daqui vem muito em função disso daí que você falou?] J – lógico! Esse é o principal motivo. (José – usuário)

José sente a mudança da assistência a partir de sua relação com os profissionais. No seu entender, hoje em dia eles têm menos disponibilidade para atendê-lo, estando mais preocupados com seus “problemas pessoais”. O desinvestimento dos trabalhadores é significado como algo da ordem da garantia de privilégios e não da ruptura com uma postura política, do desinvestimento da administração. Desse modo, essa compreensão da situação associa o mau funcionamento do serviço público a questões de clientelismo e politicagem.

O esquema de “funcionário público” apontado anteriormente por Cláudia, é retomado aqui por José, numa percepção da mudança de posição dos trabalhadores, que segundo ele são hoje menos atenciosos.

A falta de recursos leva a mudanças na relação entre usuários e trabalhadores.

S - Então, cê manter um trabalho se relacionando no cotidiano diariamente, com todas as dificuldades sem discutir, sem filtrar nada, vai ficando uma relação muito pessoal, muito familiar, tem horas que você esquece que você está no lugar de profissional e ele de usuário, né. Ahn, acho que a gente foi se sentindo muito empobrecido nesse processo agora no final. [M – sei.] S – né, e esse empobrecimento. Quando cê tá empobrecido e alguém vem querer alguma coisa cê se sente roubada, né, mesmo que quem quer, quem queira sejam eles, que vem e te coloca questões ou te cobra, né. Assim, eu me lembro que antigamente, assim, o usuário vinha e te cobrava: “não, eu quero isso, tem que fazer isso aqui no NAPS”. Era visto como uma coisa positiva tipo, né, cê pegava uma pessoa que não tinha nenhuma perspectiva de vida, que não tinha, que não tinha nem desejo muitas vezes, começava a investir e ela começava a desejar e querer, né, e pra gente isso era discutido, era avaliado como um crescimento dessa pessoa, né. (Sandra – técnica)

O empobrecimento do trabalho realizado, seja pela falta de recursos ou de espaços de discussão, gera a dificuldade de dar andamento aos projetos terapêuticos, assim como o desgaste das relações. Aquilo que antes era valorizado e estimulado pelos trabalhadores como um crescimento do usuário, hoje é tomado como um peso para aquele.

Por outro lado, encontramos também a volta de certas relações de poder que levam à subordinação do usuário ao profissional.

R – tem gente que abusa, tá entendendo como é que é? Pisa no próprio usuário achando que usuário não tem nenhuma possibilidade de, é, possibilidade de liberdade. Não vou dizer que são todos bonzinhos. Tá entendendo? [M – todos bonzinhos quem? Usuários ou funcionários?] R - é, usuários, não são todos bonzinhos. Mas a, a possibilidade de liberdade, de, de também a sua, o seu espaço, é direito do usuário. (Reginaldo – usuário)

Essa inversão de lugares, onde o NAPS passa a ser “para os profissionais e não para os usuários” é algo assinalado tanto por trabalhadores como por usuários.

Dessa forma, a mudança de gestão política tem consequências de diversas ordens no desenvolvimento do trabalho no NAPS Y. Passamos agora a uma exposição de outras implicações disso no cotidiano da instituição.

6.2.1. As divisões na equipe de trabalho

O trabalho em equipe multidisciplinar coloca-se como estratégia relevante para o desenvolvimento de um tratamento nos moldes antimanicomial. A equipe pode ser pensada como emblema do próprio modelo (Scarcelli, 1998) ao imprimir o convívio entre diferentes olhares no trato com o usuário. A responsabilidade sobre o trabalho deve ser dividida por todos os membros do grupo, buscando-se assim uma ruptura com a hierarquia vigente nos hospitais psiquiátricos e com a centralização do poder decisório na figura do médico.

Ao longo da história do NAPS, o conjunto da equipe é marcado por divisões internas que mudam conforme o contexto, assinalando diferentes momentos do desenvolvimento do projeto antimanicomial de Santos.

As divisões da equipe são um tema recorrente não só nas entrevistas com os trabalhadores, como nas reuniões do NAPS Y. Elas se traduzem, nos dias de hoje, em grande desconforto para os profissionais e na fragmentação das ações desenvolvidas pelo serviço. Durante o “período épico”, elas estavam vinculadas principalmente às diferenças de perspectivas com relação ao desenvolvimento da prática antimanicomial e às discussões no âmbito ideológico.

No período da intervenção, os cuidados na criação de uma nova prática em Saúde Mental implicavam discutir cada passo, cada ação. A própria equipe era tema de debates calorosos para que não se repetissem as velhas relações de poder do modelo manicomial.

S - Ontem, né, cê participou da reunião, a gente tava, o [nome do profissional] tava colocando, né, que ele percebe que existem várias,

várias equipes na verdade dentro de uma mesma equipe, e, e aí assim, quando se divide isso, tem o grupo dos auxiliares, o grupo da cozinha, o grupo da faxina, o grupo dos técnicos, né, que na verdade, essa divisão, é a divisão clássica mesmo que existe em termos de divisão, é, de, do trabalho, né, assim, da divisão de poder no trabalho. (...) na intervenção e na construção dos serviços era uma, era um problema, né, era uma coisa que você tomava como um problema, quer dizer se problematizava essas relações, né, é, assim, não é que não existia tensão, não é assim, “ah, então aqui nós temos uma equipe única, não temos problema nenhum”, pelo contrário, a gente tinha uma equipe única, eu acho, acho que num, num era uma coisa tão fragmentada como é hoje, porque todo mundo vinha pras reuniões, todo mundo brigava. Era muito tenso, porque brigava. (...) é, o próprio fato de encarar, né, que existe uma divisão de poder, e que essa divisão, e ter uma crítica em relação a isso, né, de que essa divisão de poder assim, na verdade ela serve, é, né, assim, ela serve a outros interesses que não o usuário, que não a construção real de um, de um trabalho e tal, né, ahn, então ter a crítica disso e poder trabalhar com isso, problematizar isso, assim, acho que é muito enriquecedor e muito difícil. (Sandra – técnica)

Sandra fala das divisões que os trabalhadores identificam atualmente na equipe e que foram objeto de discussão numa das reuniões dos funcionários da qual participamos. Hoje em dia, a equipe divide-se nos seguintes subgrupos: técnicos, médicos, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo e pessoal da cozinha. Divisões estas que não delineiam apenas um organograma institucional, mas também delimitam grupos cujas relações são em vários momentos conflituosas e prejudicam o cotidiano de trabalho.

Novamente surge o contraste com o período da intervenção, durante o qual as discussões, apesar de difíceis, pareciam garantir uma integração maior da equipe, assim como algum grau de consciência crítica com relação ao exercício de poder dentro do grupo, de modo a não reproduzir o modelo manicomial.

À rígida hierarquia do Hospital Psiquiátrico é contraposto um modelo no qual a palavra pode circular num debate e não é restrita a determinadas categorias profissionais legitimadas como detentoras da “verdade” e do “saber”. Nesse contexto, o trabalho deveria se subordinar não a uma lógica médica, mas sim aos interesses do usuário. O foco central das discussões era o embate contra os dispositivos manicomiais.

No entanto, como visto anteriormente as diferenças de posições, por vezes, produziam conflitos que levavam a “rachas” na equipe. Desse modo, parece

haver uma valorização diferente por parte dos trabalhadores com relação às divisões do “período épico” e as de hoje. Aquelas são significadas como legítimas no processo de construção de uma prática antimanicomial, o mesmo não acontece com as divisões atuais, que estariam a reproduzir uma hierarquia institucional calcada nos moldes tradicionais.

Assim as divisões apresentadas nos falam sobre contextos diferentes. Um tipo se relaciona ao período da intervenção e o outro ao período de desinvestimento nas políticas de Saúde Mental. As divisões na equipe se instalam a partir da relação que se estabelece com o trabalho e o projeto.

C - Eu acho que antes a divisão era um pouco mais clara nessa coisa do social, da clínica. Tinha essa divisão que era mais uma briga teórica e técnica. Hoje eu já nem acho isso. Hoje acho que não tem mais essa divisão, porque hoje a gente não consegue discutir tecnicamente os casos. Raramente se consegue, raramente, né. E mesmo quando as discussões ocorrem, elas não ficam muito na, na discussão: “não, vamos pensar num projeto”. Acho que é tudo muito emergencial mesmo. Vai ficar internado? Não vai ficar? Tem leito? Não tem leito? Então, hoje acho que a divisão é outra. Hoje a divisão é por carga horária. Aqui, as pessoas têm essa divisão. Quem faz mais carga horária, quem faz menos. Quem cumpre o horário, quem não cumpre. Hoje, eu acho que é uma coisa muito mais administrativa a divisão, enquanto funcionalismo mesmo, funcionário público, do que uma divisão ideológica (...) Eu acho que hoje, entre nós, isso até todo mundo mais ou menos concorda, né, acho que é uma divisão mesmo de quem trabalha mais, de quem trabalha menos. (Cláudia – técnica)

No contexto da intervenção, a divisão da equipe se dava pelo viés da discussão ideológica, política, no sentido de fazer valer uma prática discursiva sobre outra no campo do discurso antimanicomial (nesse caso, a discussão entre clínico e social). A politização dos discursos, a posição de militante, como vistas anteriormente, são as marcas desse contexto. A luta se dava não só entre uma posição manicomial e uma antimanicomial, mas também e principalmente entre diferentes sentidos para esta última.

Com a mudança de gestão, a desvitalização do projeto se traduz também pelo enfraquecimento dos espaços de discussão. Momentos importantes para o desenvolvimento do trabalho, para se pensar o projeto terapêutico dos usuários.

Hoje as discussões, quando ocorrem, são nos momentos de emergência e se limitam a questões operacionais.

Nesse novo contexto, as divisões da equipe não se dão mais pela diferença de concepções sobre o trabalho, mas sim a partir do registro burocrático de quem trabalha mais ou menos, de quem cumpre o horário ou não - o “esquema de funcionário público” - as cobranças com relação a isso são muito frequentes nas conversas dos trabalhadores e nas reuniões. Reprodução de relações de poder entre as diferentes categorias contra as quais a equipe havia lutado no início e que é objeto de críticas do MLA ao sistema manicomial.

A insatisfação da equipe gera o desinvestimento no trabalho, assim como a desarticulação do grupo e sobrecargas de serviço para alguns, instaurando desavenças na equipe. Isso se configura como uma das principais queixas dos trabalhadores (tanto técnicos como auxiliares de enfermagem): os problemas sobram para aqueles que trabalham mais. Assim, se os conflitos na equipe eram pautados pela vigilância dos valores antimanicomiais, hoje eles se dão a partir da vigilância sobre o cumprimento de horário e tarefas.

O projeto antimanicomial, sua discussão sobre as relações dentro da equipe e com os usuários e a proposta de romper com a institucionalização de trabalhadores e usuários, parecem frustrar-se com a mudança de gestão política. Corte no tronco que produz o ressecamento de galhos e folhas.

6.2.2. Emergências e ambulatório

A mudança do contexto político também abre margem para o retorno de um atendimento nos moldes ambulatoriais tradicionais. Há uma queixa tanto por parte dos trabalhadores como dos usuários sobre o modo como se dá a assistência no NAPS Y atualmente. Ela tem se pautado pelo atendimento a situações de emergência, assim como pelo excesso de atendimentos ambulatoriais. Termos como

“apagar incêndio” ou “trabalho de bombeiro”, são recorrentes para descrever as ações desenvolvidas.

Os NAPS foram idealizados para atender a todas as demandas de Saúde Mental em seu território. Isso na prática resultou num excesso de atendimentos para uma equipe que se encontra defasada. No NAPS Y, durante a realização do trabalho de campo, existiam 2003 usuários matriculados para uma equipe composta por onze técnicos e vinte auxiliares de enfermagem.

Como dito anteriormente, a desarticulação da rede de serviços, a falta de investimentos e de infra-estrutura limitam o campo de ações possíveis, os trabalhadores ficam mais restritos ao âmbito da instituição, havendo uma diminuição das atividades externas, que se dão de forma muito mais pontual e fragmentária – dar entrada em um benefício no INSS, ver alguma documentação, etc. – não se articulando num projeto terapêutico mais amplo.

Isso assinala uma diferença no sentido que ganha a atenção à Saúde Mental nas diferentes gestões: compreender o trabalho em tal setor em suas interfaces com outras áreas (trabalho, moradia, alimentação, etc.) ou compreendê-lo como um serviço de emergência que atua na contenção das crises e na remissão de sintomas. Os subsídios e investimentos necessários para se desenvolver uma e outra ação são bastante diferenciados.

O cotidiano de trabalho no NAPS Y é tomado pelos atendimentos ambulatoriais e pelas emergências. Os casos de sofrimentos psíquicos graves que necessitam de um acompanhamento mais contínuo e intenso acabam sendo preteridos no atendimento. A compreensão sobre esta situação se constrói tanto a partir de uma justificativa de falta de investimentos tanto por outra que aponta para pontos críticos do projeto.

J - essa questão do NAPS atender todos os portadores de sofrimentos psíquicos acabou que os NAPS começaram a deixar de lado os psicóticos que na verdade eles demandam, eles necessitam de mais mas eles demandam menos. Eles ficam em casa, o que está acontecendo, nós temos psicóticos que estão ficando em casa e vira um grande ambulatório para outras patologias. Que vão ao NAPS, que pedem consulta e que ficam atrás e os psicóticos estão em casa, estão ficando, estão deixando, estão ficando de lado, né. (João – técnico)

Há uma queixa, por parte de alguns trabalhadores, sobre o excesso e diversificação de demandas que atrapalha o desenvolvimento do trabalho a contento. Ao se tentar dar conta de tudo, o atendimento perde em qualidade e o trabalhador fica sobrecarregado e desgastado. Acrescido a isso está também o desfalque da equipe.

Me - Eu tenho muita vontade de parar de trabalhar em NAPS também. Quando eu comecei a trabalhar eu adorei. Achei muito legal. [M – e por quê?] Me – porque tá, é muito, tá me desgastando. [M – muito desgastante.] Me – muito, muito, muito, muito! [M – hum, hum.] Me – não pela quantidade, pela intensidade. Pela quantidade não, porque eu tra, tra. Eu trabalho mais em outros lugares, mas é menos cansativo do que lá. [M – hum, hum.] Me – porque a gente trabalha muito brigando entre a gente, brigando com a estrutura, brigando com os pacientes, pras coisas darem certo e geralmente não tem mudado muita coisa. Existem algumas propostas, né, a gente tem pensado em algumas coisas. Tomara que dê certo, né. A questão é assim, é estrutural, é ideológica, é política, é técnica. (Médico)

Este médico em sua entrevista fala (quase em tom catártico) do excesso de trabalho, da grande desorganização do serviço e de diversos problemas que precisam ser resolvidos ao mesmo tempo. Ao narrar um de seus dias de trabalho, ele conta vários episódios que aconteceram em uma manhã: duas usuárias caíram no chão, uma delas se feriu; uma outra veio ao NAPS Y em crise, estava agressiva e ameaçando a família; outro veio pedir um atestado com urgência sem estar matriculado no serviço. Essas cenas são constantes no NAPS Y, exigindo dos plantonistas uma prontidão contínua. Assim, aquilo que deveria ser um trabalho também de convivência, torna-se um eterno “apagar fogo”.

É necessário dar conta da agenda de atendimento do dia, de usuários que chegam ao serviço com as mais diferentes demandas, de situações de emergência e daqueles que estão em hospitalidade diurna e noturna. Tudo isso produz um intenso sofrimento para o trabalhador, que no caso acima leva o médico a querer deixar o serviço.

As dificuldades são de diversas ordens, gerando brigas e desentendimentos em vários setores. Como o depoente acima disse, estão envolvidas questões de ordem estrutural, política, ideológica e técnica.

O excesso de demandas emergenciais e de pacientes ambulatoriais sobrecarrega a equipe que, pressionada por essa situação, não consegue discutir e pensar projetos terapêuticos para os usuários. O refluxo dos trabalhos externos resulta na fragilização da rede social de suporte do usuário. Cria-se um círculo vicioso, no qual a debilidade dos projetos terapêuticos leva os usuários a terem crises com mais frequência, aumentando ainda mais a quantidade de emergências.

C - Então, é essa demanda de plantão o tempo todo e tal. E aí você não tem muito espaço para sentar, refletir sobre aquele atendimento, pensar uma proposta terapêutica. Isso tem sido ruim. (...) Nós estamos perdidos mesmo nesses projetos terapêuticos, por conta de ficarmos muito no emergencial. Acho que aumentou a demanda, e nós não conseguimos nos organizar. Hoje, por exemplo, você viu essa demanda de ambulatório? Isso é um absurdo! Quer dizer, muita gente vindo só pra atendimento médico. Então, precisaria mesmo rever estes prontuários. (Cláudia – técnica)

Aquilo que foi projetado como um serviço territorial, pautado pelos pressupostos antimanicomiais acaba, em função de diversos determinantes (do desinvestimento político à meta de se dar conta de toda demanda de saúde mental do território), repetindo um modelo médico de atendimento ambulatorial, algo tão criticado pelo MLA.

O projeto da atual coordenadoria de Saúde Mental do Município é de que os NAPS atendam apenas os casos de transtornos mentais severos e que se criem serviços para atender outras demandas. Tal procedimento estava sendo visto como uma possibilidade de se melhorar o atendimento nos NAPS, que teriam mais disponibilidade para se voltarem aos casos que precisam de atenção intensiva.

Observamos também uma conformação da demanda ao serviço em torno do imediatismo das respostas. Vemos um exemplo disso num episódio descrito pelo médico, no qual uma mulher chega ao NAPS Y pedindo um atestado para alguém que nem está matriculado no serviço e que lhe foi encaminhada pela recepção.

Me – E aí eu fui ver essa Carmem. Que que era o problema? Ela falou que era, que ela tinha uma ordem judicial pra tratar dele, ele era de uma casa de saúde e ela tinha até aquele dia pra tratar dele. Pra pegar uma declaração de que ele estava em tratamento. [M - sei.] Me - olha como é

confuso isso. As pessoas vão com uma ansiedade, um imediatismo super intenso ao NAPS. Às vezes a equipe (...) é, quer dar conta de uma maneira médica até, das coisas e, ao mesmo tempo, esquece das suas, da sua atividade enquanto, é, equipe continente. Uma equipe pra trabalhar a questão psicossocial mesmo. Porque o paciente, eles querem muito atender a demanda do paciente. Sem, sem talvez colocar uma ordem de prioridades. O que que tá acontecendo. Calma, né. (...) [M - uma coisa um pouco emergencial?] Me - é. (Médico)

A efetivação de um tratamento pautado pelo discurso antimanicomial (a “equipe continente”, o trabalho sobre a “questão psicossocial”) também implica a inversão da lógica de atendimento tradicional e mais amplamente a mudança da noção de cuidados em saúde. Transformação da configuração da demanda aos serviços de Saúde, constituída ao longo do tempo e que sobrevive por uma contínua retroalimentação: a procura pelo pronto atendimento, a urgência, a busca por uma solução imediata e na maior parte das vezes médica, herança de um modelo médico curativo.

Passamos agora à discussão da posição atribuída ao psiquiatra nas ações desenvolvidas pelo NAPS Y e como tal posição se altera conforme o contexto de trabalho.

6.2.3. O lugar atribuído aos médicos

O lugar do médico no serviço é importante alvo de debate no projeto antimanicomial. Isso surge como assunto tanto nas discussões da equipe, como nas entrevistas e conversas de corredor. Ponto de grandes embates no campo da Reforma Psiquiátrica, que postula a ruptura com as relações de poder estabelecidas entre médico, paciente e equipe, o lugar do psiquiatra no cotidiano do NAPS é algo que gera grandes controvérsias.

Na experiência inaugural de construção dos serviços substitutivos em Saúde Mental de Santos, operou-se um deslocamento da posição destes profissionais.

S – Por exemplo, me lembro da Juçara, que era uma médica que morava no Rio e veio trabalhar no projeto. E era uma pessoa, por exemplo, que fazia acompanhamento; ela acompanhava um usuário até a fábrica de blocos em Bertioga, né. Era uma pessoa, ela prescrevia a medicação? Prescrevia, mas era uma pessoa que fazia um trabalho de acompanhamento, de, é, fortalecimento dessa pessoa. Então, por exemplo, eu acho, tem uma dificuldade dos próprios médicos de se encontrarem num outro lugar. Mas eu acho que, se estimulados, como ocorreu, né, por exemplo, a Joyce no NAPS W era outra pessoa que participava de outras propostas que não só a atenção, né, a atenção médica, a prescrição, a consulta médica. Então, médicos participavam de grupos, de grupo de música, de inserção no trabalho. Então isso já ocorreu. (Silvana – técnica)

No trecho acima, Silvana entende que cabe ao médico prescrever a medicação, mas também se envolver em ações que dizem respeito à construção de projetos junto ao usuário, ao cotidiano de sua vida, onde o sentido do tratamento amplia-se para o fortalecimento dos vínculos sociais, para a inserção no trabalho. Ações e responsabilidades que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da instituição. Ao se transformar os eixos de ação do tratamento, desloca-se a posição atribuída ao médico tanto na equipe, como com relação ao usuário.

Este movimento no entanto sofre resistências ao ir de encontro à prática médica psiquiátrica tradicional voltada para o modelo de atendimento em consultório, para a prescrição de medicamentos, e, diga-se de passagem, pouco afeita a atividades como acompanhar usuários no trabalho, ou desenvolver grupos de atividades.

A mudança do contexto político afeta esse processo de transformação. Haja vista o aumento dos atendimentos ambulatoriais no NAPS, nos quais o médico tem um lugar central, em detrimento do trabalho mais intensivo com os usuários de hospitalidade diurna, no qual o seu lugar fica mais diluído no conjunto da equipe.

O retorno do poder médico é mencionado pelos trabalhadores.

C - nós tínhamos uma coisa assim: o poder médico não era tão forte. É que nós brigávamos por isso - para que não fosse esse, essa cumplicidade médica. Nós arriscávamos mais, enquanto técnicos... Decidíamos mais até para fortalecer esse poder da equipe como um todo, não só centralizado na figura dos médicos. Hoje não. Hoje o poder médico volta, tanto que o ambulatório hoje é uma loucura, que muita gente vem para falar com o médico e ponto. E nós também hoje,

decidimos pouco. Antes, nós tínhamos mais liberdade pra internar, desinternar, pensar propostas. Nos sentíamos mais respaldados pra isso. Hoje, tudo em última instância passa pelo médico, né. (Cláudia – técnica)

A luta contra a hegemonia do poder médico colocava-se como um grande objetivo do projeto de Saúde Mental santista. A forma como era estruturado o trabalho dava à equipe mais autonomia, havendo uma relação mais horizontal entre os trabalhadores. O grau de apropriação do trabalhador com relação ao processo de tratamento era mais amplo do que se vê hoje. Tal autonomia era respaldada, como visto anteriormente, no apoio político da administração, que garantia condições para se construir respostas à situação do usuário que não fossem única e exclusivamente médicas. Sem essas condições há um retrocesso para os moldes ambulatoriais e uma volta do poder médico.

A medicalização do tratamento é alvo de críticas por parte dos próprios médicos.

Me - E aí, é, vem uma técnica: “olha, o irmão do Moreira veio aí falar que: não tem jeito de aumentar a medicação dele tal?” Aí eu falo assim: “ele tá super medicado, mas ele não toma remédio. O que que cê, como médico, o que que eu vou fazer? Eu já fiz várias conversas, várias combinações.” [M – hum, hum. Ele não cumpre.] Me – ele não cumpre. Quer dizer, a gente precisa de um outro investimento, um investimento de equipe em cima dele, ou uma conversa, ou uma assembléia e, sabe? Começar a cercar ele de todos os lados. A gente não consegue fazer isso. Aí a técnica. Aí eu falei assim: “ó, não tem o que fazer. Ele manda e desmanda aqui. Eu acho que ele precisa de um lugar fechado, pra dá um limite”. Aí a técnica ficou assim, super ofendida, falou assim: “olha! Faz dez anos que a gente tá aqui a gente nunca internou ninguém fora!” Então quer dizer, por conta disso, então tá bom, não tem o que fazer. Se a equipe não se dispõe a mudar o jeito de tratar ele, não é só sedando e dando remédio pra ele que vai funcionar. Então as pessoas vêem muito em cima do médico uma certa solução quando a equipe não consegue... A equipe que eu digo, eu tô dentro da equipe. Eu não sou fora da equipe. Mas, às vezes vem uma demanda assim: a gente precisa dar um remédio mágico que faça esse cara funcionar diferente. As vezes não tem isso, às vezes não é uma questão de remédio. (Médico)

Novamente, a impossibilidade de se pensar outros tipos de investimentos junto ao usuário leva à medicalização do tratamento. Se, por um lado, há a crítica ao modelo centrado na figura do médico, por outro, a própria equipe

demanda soluções médicas para situações que ela mesma não consegue dar conta. A medicação surge como resposta frente à falta de outros recursos de tratamento. Desse modo, o poder médico se vê presente também em modelos substitutivos, ele não é exclusividade do paradigma manicomial nem se estabelece de modo despótico, pois é a própria equipe que refere ao médico perante um determinado contexto de tratamento. A posição do médico é sustentada por uma rede de relações que se estabelecem na equipe, que está intrinsecamente associada ao modo como se dá o atendimento na instituição e, em última instância, responde ao contexto político-social mais amplo.

O trecho citado acima reproduz o diálogo com um profissional não médico, no qual é feito o pedido de aumento da medicação de um usuário. No entanto, quando o médico sugere a internação em outro serviço, a reação de sua interlocutora é de indignação perante algo considerado contrário aos pressupostos antimanicomiais.

Há uma certa ambigüidade com relação a seu lugar na equipe, ela surge como uma das vozes com as quais o sujeito dialoga no relato, configurando duas posições: a dos médicos e a dos outros funcionários. Por outro lado, ele tenta remediar tal colocação assinalando que não está fora da equipe. Apesar de “estar dentro da equipe”, este depoente aponta para mais uma divisão que se coloca no grupo e que reitera antigas relações de poder na prática da assistência psiquiátrica. São freqüentes os embates entre profissionais não médicos e médicos, as queixas com relação à falta de disponibilidade destes últimos, o seu não cumprimento de horários.

Também é interessante notar a insatisfação e a crítica dos próprios profissionais médicos com relação a sua atual situação.

Me - É, e até pacientes que não são meus, às vezes eu vejo um cara sendo medicado lá, eu não concordo com aquilo, mas eu não posso fazer nada. E não existe por exemplo discussão clínica. Eu podia sentar com o meu colega, a gente discutir. Vamos discutir tal caso? Em equipe, médica, discutir o caso e intervenção? Não. É uma coisa pessoal do médico. Nós temos uma autonomia lá pra medicar que cê não acredita! Eles dão assim a, o poder pra gente que eu posso fazer o que eu quiser! [M – hum, hum.] Me – às vezes a equipe se dá conta disso e às vezes ela não deixa. Mas acontece muito isso. O que eu acho também perigoso, entendeu? É, essa, essa, não existe uma, um controle disso. O médico faz

do jeito que ele quer. E pronto acabou. Ai de quem reclamar! Quer dizer, eu acho isso um absurdo! Nós não podemos ter isso, nós temos que ter uma, uma discussão em equipe. (Médico)

Esse depoente tece críticas à atuação de sua própria categoria no NAPS Y. O modelo centrado no médico ainda prevalece, de modo que esse profissional tem uma posição de ascendência e de total autonomia com relação à equipe. Esta é apontada como possível mecanismo regulador de tal poder, contraposição à hegemonia do poder psiquiátrico. No entanto, hoje em dia, com o enfraquecimento do trabalho em equipe e dos espaços de discussão, esse controle é cada vez mais precário.

O desinvestimento na rede de serviços, a desarticulação do trabalho em equipe, o aumento de atendimentos ambulatoriais, a falta de outras respostas possíveis para os usuários constituem um conjunto de fatores que conduzem à medicalização do atendimento. Novamente, o médico é chamado a ocupar o lugar central no desenvolvimento das ações.

No discurso de parte dos trabalhadores entrevistados, o processo de medicalização não é referido apenas como consequência da mudança de contexto político. Tais argumentos são construídos como críticas ao próprio projeto político de Saúde Mental do município. Nos detemos sobre esse aspecto posteriormente.

6.2.4. A ociosidade dos usuários

Se, por um lado, há todo um clima de correria e agitação proporcionado pelas emergências e pelo atendimento ambulatorial, por outro há uma ociosidade cotidiana que não passa despercebida para aqueles que freqüentam o NAPS Y e que se refere ao grupo de usuários que ficam em hospitalidade diurna. Essa situação é tema tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

[M – Então você vem aqui pra consulta com o médico e o que mais?] *Ma*

– Só. Eu não freqüento mais o HD [hospital dia]. Desde que eu comecei a freqüentar as consultas individuais, que eu não precisei mais fazer HD. No fundo, no fundo, eu pedi isso, entendeu. Eu queria... [M – Pediu por quê, Matilde?] Ma – Porque eu não agüentava ficar o dia inteiro aqui parada, sem fazer nada! Você entendeu? Depois eu teria que tomar remédio. Mas aqui, o que você faz entre quatro paredes? Aqui é mais ou menos quatro paredes, né. Eu começava a gritar, ficava deitada. Começou a dar piolho na minha cabeça. Eu comecei a ficar meio assustada. Eu comecei a me chamar atenção para eu tentar melhorar realmente, pra sair assim desse ambiente de quatro paredes, né. Por que eu podia ficar aqui e não podia ficar em casa? (Matilde – usuária)

P – Ah, só tem que ter mais atividades pros usuários. Tem usuário que fica o dia inteiro sem fazer nada aí, entendeu? Tinha que ter atividade, pelo menos quatro vezes por semana. Aí ficava sexta e sábado mais sossegado. Para distrair né, entendeu? Tem, tinha que ter mais atividade. Acho que tinha que ter mais, mais saídas pra esse tipo de, porque ajuda, né, o usuário sair de, de. Não ficar jogado assim, porque pra mim é isolamento ficar aqui, né. Assim entre aspas, ficar assim, cada um tá no seu canto. (Paulo – usuário)

A falta de atividades constitui uma das principais queixas dos usuários com relação ao tratamento. Por conta da diminuição da equipe, muitos grupos foram encerrados. No período da pesquisa de campo havia quatro grupos terapêuticos acontecendo, além de alguns de medicação com os psiquiatras e uma discussão para se retomar os grupos de referência³⁵. Assim, as poucas atividades existentes não dão conta de preencher minimamente os períodos de permanência na instituição, de modo que os usuários em hospitalidade diurna ficam ociosos em grande parte do tempo. Segundo esses depoentes, a ociosidade torna-se sinônimo de isolamento e abandono.

A precariedade dos trabalhos externos também leva a uma permanência maior dos usuários no serviço por não conseguirem construir uma rede social fora do NAPS.

O desinvestimento em políticas sociais com a conseqüente desarticulação da rede de Saúde Mental e a falta de respaldo para a equipe configuram-se como os principais motivos apontados para a atual situação do NAPS

³⁵ Nesses grupos o profissional reúne os usuários que estão sob sua referência para discutir os projetos terapêuticos.

Y. Corre-se o risco de transformar os serviços substitutivos em “depósitos humanizados para os doentes mentais”.

Os profissionais também ressentem-se com a falta de atividades no serviço.

[M - então Regina, eu queria saber, é, como é o trabalho que você desenvolve aqui no NAPS? Que você me contasse.] *R – olha, agora é bem restrito, já teve, eu já fiz mais, inclusive isso me aborrece. Que eu gostaria de participar mais da, da, do todo do atendimento, que no começo a gente participava mais, atendia junto com os, os, os psicólogos nem tanto, mas com os assistentes a gente atendia, às vezes até fazia grupo com os médicos, e foi restringindo, sabe, depois que mudou a política a coisa foi ficando, então a gente se restringe a fazer algumas atividades, dá medicação, dá injeção, dá medicação assistida, né, um pouco a higiene do paciente, a gente conversa com o paciente. Assim, mais coisa relacionada mesmo com a minha área, da enfermagem.*
(Regina – auxiliar de enfermagem)

O modo como o trabalho é desenvolvido hoje em dia é fonte de descontentamento para vários trabalhadores, que se ressentem por não conseguirem efetuar um tratamento mais condizente com a proposta antimanicomial. Conforme Regina, e também outros profissionais, antigamente trabalhava-se mais em equipe. Hoje ela se restringe a fazer o serviço de enfermagem. O atendimento se dá de modo fragmentado, não havendo a possibilidade de acompanhar o processo do usuário como um todo, algo que antes era possível, em função da participação em uma diversidade maior de atividades juntamente com outros profissionais. Hoje a atenção concentra-se nos momentos de crise sem que se consiga realizar o seguimento dos usuários.

O trabalho das auxiliares de enfermagem acaba reduzido às atividades tradicionais de sua categoria (fornecimento de medicações, cuidados com a higiene dos usuários, etc.). Vale notar que, nas entrevistas realizadas, o médico, a assistente social e as auxiliares de enfermagem mantêm seus trabalhos específicos, o que delineia um perfil de atendimento mais voltado a ações médicas e de serviço social.

Regina propõe que se busque recursos da própria prefeitura, como cursos, trabalho ou outras atividades que sejam de agrado do usuário, para que eles possam participar. Tentativa de resgate de uma rede de sustentação para além do serviço.

A ociosidade dos usuários é algo que gera grande incômodo. Situação vista como não terapêutica, levando à cronificação da doença e institucionalização do usuário. Vários trabalhadores consideram o tratamento desenvolvido hoje no NAPS Y como algo muito “pobre”. A efetivação da proposta antimanicomial fica, dessa forma, comprometida.

Há um grupo de usuários não muito numeroso que fica ocioso a maior parte do dia na instituição. Grande parte deles são pessoas que possuem longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos, muitos vindos da época da Casa de Saúde Anchieta. A situação desses usuários mais institucionalizados é uma preocupação dos funcionários do NAPS. A questão da cronificação no serviço é algo que aflige os trabalhadores, que suscita a sombra do manicômio e aponta para limites e dificuldades do próprio serviço.

[M – e você considera os crônicos esses que são do Anchieta?] R – *é. Os que ficam aqui, né, no hospital dia.* [M – mas cê acha que teve alguns que ficaram crônicos no NAPS?] R – *teve.* [M – teve?] R – *eu acho que sim, eu acho que sim. Principalmente. Eu acho que talvez devido a essa pobreza do trabalho, sabe? Teve uns pacientes que deram uma regredida assim. Que a gente tava vendo eles mais ou menos, entendeu? Agora eu tô vendo eles bem mais caidinhos, sabe? Bem mais, [ininteligível] não sei também se a própria doença, entendeu? Em função da idade também, né. E a pobreza do atendimento. Então junta tudo, então eu vejo que deu uma piorada, no sentido, não piora no sentido da doença, no sentido da vida, sabe? (...) Foi decaindo, foi piorando, foi ficando mais, mais. Sabe? Dependentes aqui da unidade, tem alguns que vêm aqui até domingo! Mesmo tendo parente, mesmo tendo condições, é assim. Mas criou uma coisa de, ai! Uma coisa simbiótica!* [M – sei.] R – *ficar aqui perto da gente. Dentro do serviço aqui até domingo! Um domingo maravilhoso de sol! Quem me dera! Quem me dera! Ir lá pra praia! [risos] passeando ou sei lá. E eles aqui. “Mas gente! Vai pra praia!” “Ah não, ah não, nós não queremos.” Eles querem ficar aqui dentro.* (Regina – auxiliar de enfermagem)

Regina sente que não só os usuários advindos da CSA mas mesmo alguns que começaram a se tratar no NAPS Y, sofrem um processo de cronificação, para tanto ela arrola vários fatores: a própria doença, a pobreza do atendimento, a idade. O trabalho com pessoas portadoras de transtornos mentais grave, envolve um intenso investimento para que não se recaia num processo de institucionalização.

Ela aponta para uma relação de dependência (“simbiose”) tamanha com o serviço que eles não conseguem usufruir de outras coisas fora. Ela nos narra um episódio em que deu um passe para um dos usuários a fim de que ele fosse à praia. Isso o deixou profundamente irritado, a atitude de Regina foi tomada como uma artimanha para se livrar dele.

Os usuários advindos do Anchieta, com longo histórico de internações, cujos vínculos familiares e sociais foram rompidos há muito tempo se constituem como a maior parcela destes que passam o dia ociosamente no NAPS. Algumas vezes, a única referência na vida dessas pessoas é a instituição. O que acaba por levar a essa “relação simbiótica” de que fala Regina.

A falta de vínculos sociais fora do serviço torna o NAPS Y um lugar aonde os usuários vão também por não terem outras alternativas. Alguns usuários nos contam que vão ao NAPS Y todos os dias por não poderem ficar em casa em função das dificuldades de convívio em família ou por ficarem nervosos ao permanecerem ociosos em suas casas. O NAPS surge nas falas como um lugar onde eles podem ficar mais sossegados, longe das brigas em casa³⁶.

É interessante observar que o sentido da cronificação não é tomado do ponto de vista da doença, mas da vida, da escassez de projetos.

A partir do referencial do bem estar, da cidadania, da conquista de direitos, da construção de vínculos sociais, propostos pelo discurso antimanicomial, a situação desses usuários causa profunda frustração e incômodo aos trabalhadores. Eles relatam uma sensação de impotência, de fracasso por não conseguirem fazer algo que ajude o usuário a construir projetos para si (ações no sentido da ampliação da autonomia e da contratualidade).

Por outro lado, há também questões que dizem respeito à singularidade de cada caso, aos limites e potenciais de cada usuário. Quando se pensa nos valores postos pelo discurso antimanicomial (cidadania, autonomia, contratualidade, dentre outros) há de se discutir também as expectativas dos próprios trabalhadores sobre os usuários, questionando os parâmetros daquilo que se denomina como “qualidade de vida”.

³⁶ Há uma queixa por parte de alguns trabalhadores de que muitas vezes a família se afasta do tratamento, deixando tudo por conta da instituição. De fato, assim como outros trabalhos, o atendimento à família tem se dado de modo bastante precário.

O ambiente de ociosidade, dá ao tratamento um outro significado, muito diferente daquele proposto pelo MLA, expresso por um dos usuários entrevistados.

[M - bom Lúcio eu queria saber, como os é que é o seu tratamento aqui no NAPS?] *L - o meu tratamento é assim, eu só venho aqui só pra refeição e remédio só. [M - é?] L - É. Depois eu vou embora quando dá, quando é 3 horas, quando dá 3 horas eu tomo o lanche e vou embora, aí eu volto para casa. [M - sei. Mas isso é todo dia que você vem?] L - todo dia. Até, tem dia que eu tô mal, fico pensando no remédio, aí eu venho, nem que seja um pouquinho mais tarde, mas eu venho. [M - sei. E, mas me conta um dia assim, como é que é, por exemplo, hoje, cê vem aqui.] L - eu fico no quintal, no quintal, na sala de TV. Esperando o almoço. [M - mas cê passa o dia inteiro aqui?] L - passo o dia inteiro. [M - é?] L - o dia todo, não saio por aí não. (...) [M - é. Então e, mas me conta, você vem de manhã, como é que é? você chega de manhã como é que é?] L - chego de manhã, fico lá fora esperando. Se eu chego oito horas, eu entro. Não preciso nem esperar. Mas se eu chego antes ainda tenho que ficar esperando, dá oito horas. [M - sei, aí dá oito horas aqui e aí?] L - aí eu tomo café, remédio, tomo meu banho. Primeiro eu tomo meu banho, tomo café e tomo meu banho, depois eu tomo remédio. [M - aqui?] L - é. [M - aí cê toma o remédio e depois?] L - aí eu vou lá pra baixo, fico no quintal, no quintal ou na sala. [M - sei, e aí depois?] L - e aí depois eu vou, eu fico esperando a hora do almoço. Quando vem almoço, almoça, quando vem o lanche, toma o lanche, toma o remédio da tarde. Toma o remédio de tarde e depois vou embora, aí vou embora. [M - sei.] L - toma o lanche, remédio da tarde e depois vou embora. [M - você vai embora mais ou menos que horas daqui?] L - duas horas. [M - três horas?] L - é, tem vezes que o lanche sai um pouquinho, uns minutos atrasados, uns minutos adiantados aí dá oito horas. [M - inclusive de final de semana Lúcio?] L - é também. [M - também.] L - não posso faltar não por causa do remédio, se não fosse pelo remédio eu não viria todo dia aqui não. [M - é?] L - é. (...) [M - mas porque você não toma (o remédio) em casa? Eles não te dão pra você tomar em casa?] L - não!! E pra mim almoçar!? Como é que eu vou comer!? [fica alterado] [M - ah, tá.] L - por causa da comida, eu fico sem comida! Eu tomar remédio sem comer não vai resolver nada vai? Resolve? Se eu tomar o remédio e ficar sem comer? [levanta o tom de voz, parece ter ficado indignado com a pergunta] não complica mais? [M - hum, hum.] L - então. [M - tá, e aí depois você vai pra casa, pra sua casa?] L - é. [M - e você tem atividades aqui Lúcio? Como é que é?] L - não, não tenho não. (Lúcio - usuário)*

Lúcio é usuário do NAPS Y há dez anos e possui um longo histórico

de internações anteriores. Sobre o seu tratamento no NAPS, ele fala de uma situação que se resume à medicação e às refeições.

Presenciamos, por uma vez, Lúcio participar de um dos grupos terapêuticos após grande insistência dos técnicos que coordenavam a atividade, no entanto, ao chegar o horário do lanche da tarde, ele ficou aflito por achar que não sobraria comida para ele e saiu antes do término do grupo, que acabou se encerrando, pois os outros usuários presentes também queriam lanche. As refeições parecem servir como uma espécie de relógio institucional, a rotina de tomar café, banho, remédio e esperar pelo almoço no quintal ou vendo TV na sala de entrada, para depois novamente esperar o lanche e o remédio da tarde.

Num primeiro momento Lúcio coloca a medicação como principal motivo para ir todos os dias ao NAPS, quando perguntamos sobre a possibilidade de levar o remédio para tomar em casa, ele fica profundamente indignado, como se houvéssemos feito uma pergunta absurda que questiona seu direito natural de fazer as refeições lá. Medicamento e alimentação formam uma dupla indissociável.

Quando comparamos os relatos de casos bem sucedidos e aqueles que levaram a um processo de cronificação, percebemos que aquilo que surge como elemento diferencial está posto no investimento sobre o usuário, na integração da equipe, das ações, na continuidade dos projetos e na articulação de uma rede (tanto de atendimento quanto social).

6.3. “Clínico” versus “político”

Há ainda, com relação aos sentidos sobre o trabalho realizado no NAPS Y, uma outra ordem de discursos que vão significar as dificuldades vividas no cotidiano como advindas não só da mudança de gestão política, mas que também se referem a questões do próprio projeto de Saúde Mental desenvolvido em Santos. Desse modo, encontramos o embate entre diferentes repertórios interpretativos dentro do próprio discurso antimanicomial.

A compreensão das dificuldades enfrentadas configura-se também a partir de um determinado entendimento do que seria um projeto antimanicomial (dos repertórios interpretativos utilizados) e da posição que o sujeito ocupa a partir dos diversos contextos de sentido presentes no NAPS Y.

Uma das questões que nos chama atenção aqui é a relação entre o tipo de discurso do trabalhador e o momento em que ele se insere no programa de Saúde Mental. Tal contexto configura a relação que se estabelece com o projeto, assim como as considerações feitas.

Iniciamos com os discursos dos trabalhadores que se encontram na rede desde o período da intervenção. Suas críticas se fazem sobre e com elementos do próprio repertório antimanicomial: é necessário um maior investimento num trabalho com a comunidade, na conquista de autonomia, na participação política, na transformação da cultura manicomial presente em nossa sociedade.

[M – e da proposta, da proposta antimanicomial, do projeto de Santos, que buracos que você vai localizando ou não.] S - *então, buracos no projeto com relação à proposta antimanicomial? Ou não?* [M – não, assim, buracos no sentido de que falhas que você vai vendo na implementação disso, o que você acha que poderia ser diferente.] S - *então, acho que eu não sei muito bem como se daria, né, mas de novo ou voltando um pouco àquela questão da, da inserção ser mais forte na comunidade, né, da inserção ser mais forte, assim, é, disso ser é, de domínio, eu acho, é, que é uma coisa que a gente falava muito no começo, de transformação de cultura, né, que eu acho que isso é super importante, que também isso ajudaria na questão do sentimento de preconceito dos usuários e das outras pessoas, eu acho que, mas talvez seja uma questão muito, muito maior, né, ao projeto de Saúde Mental de Santos, mas eu acho que a gente deveria investir muito nisso, né. (...)* então, *acho que tem furos nesse sentido, eu acho também, por exemplo na participação, no fortalecimento da participação dos usuários em outros, com outros espaços, né, vamos dizer, espaços políticos da cidade.* (Silvana – técnica)

As críticas construídas exclusivamente a partir de um repertório antimanicomial enfatizam aspectos mais associados ao âmbito político do que ao tratamento “stricto sensu”. Aqui, é a posição de militante que sobressai. Nesse sentido, a proposta antimanicomial, por seu caráter de movimento social, abre um espaço expressivo para esse tipo de posicionamento.

Por outro lado, há avaliações do projeto de Saúde Mental em Santos que incorporam outros repertórios que não só o do discurso antimanicomial. As críticas são construídas a partir de elementos de um repertório interpretativo que poderíamos denominar como clínico e cuja articulação com o discurso antimanicomial se dá de modo conflituoso.

O contexto de sentido nos quais estes discursos são produzidos diferem dos anteriormente analisados, principalmente no que diz respeito ao âmbito do tempo vivido. Esses trabalhadores incorporaram-se aos serviços de Saúde Mental de Santos após o “período épico”, quando a CSA já havia sido fechada e a rede estava em funcionamento. Isso denota um outro tipo de relação com o projeto, construído a partir de um contexto que não é mais aquele heróico, de embandeiramento da proposta política, da luta aberta contra o modelo manicomial encarnado pela CSA, que teve como desdobramento uma posição de “adesão incondicional” à proposta.

Outro ponto a ser enfatizado é que estas críticas são construídas por parte dos psicólogos e do médico entrevistados. Profissões nas quais o olhar clínico tem grande importância para o desenvolvimento do trabalho.

Trazemos as falas dos psicólogos:

PI - e eu acho que a equipe tem um discurso muito voltado para discutir a instituição e não o paciente. [M – como assim, você vê?] PI – então assim, muitas vezes a gente pergunta, então a gente tem esses pacientes, o que que nós podemos fazer com eles, né? Como atender esses pacientes? Aí, aí a equipe fala: “mas nós não temos carro”. A equipe fala: “é mas nós, mas a rede de saúde mental está, está precária”, né, e eu não nego nada disso, eu seria maluco se eu, se eu negasse que o programa de Saúde Mental em Santos passa por um, por um instante de reconstrução, não é? Mas o que que, o que que eu quero dizer? Que eu acho que o atendimento ao psicótico não passa só pelo fornecimento de alimentação, por dar os passes, ou por encaminhar para um trabalho protegido, acho que o profissional que acompanha o psicótico ele tem, ele tem uma atuação que vai além disso, que vai por se, por se pensar na clínica da psicose, né. Como a gente atuar com um paciente psicótico, como a gente trabalhar com subjetividade de um, de um psicótico e acho que no programa de Saúde Mental de Santos há um, há um vácuo nessa questão da clínica da psicose, né. Então eu acho que muitas vezes as pessoas discutem muito se o NAPS é, está manicomial ou não, se tá institucionalizado ou não, mas esquece que esse NAPS acolhe psicóticos. (Psicólogo)

Nesta colocação o depoente aponta para uma tendência da equipe a privilegiar a discussão de questões administrativas e institucionais, tendo em vista as constantes queixas de falta de recursos para se desenvolver o atendimento no NAPS. À compreensão do tratamento como algo intrinsecamente ligado a uma dimensão política favorável, contrapõe-se outros discursos que buscam construir soluções para as dificuldades enfrentadas fazendo uma discriminação entre aspectos político-administrativos e aspectos técnicos. Assim, tomando a precaução de não negar a difícil situação pela qual passa o NAPS, a pessoa entrevistada questiona a ênfase dada à perspectiva de que sem uma base política favorável não é possível desenvolver o trabalho.

Nesse trecho, o sujeito se posiciona com um certo distanciamento da equipe. Colocada em terceira pessoa, ela é uma das vozes com a qual ele dialoga nesse momento. A equipe (apresentada como uma posição hegemônica) se faz ouvir como aquela que levanta impedimentos ao tratamento baseada no argumento do desinvestimento político, da precariedade do serviço. A impossibilidade de se construir projetos de acompanhamento e construção de possibilidades para a vida do usuário fora do serviço não permite ver outras alternativas, gerando uma imobilidade da equipe. Se, antigamente, os pressupostos antimanicomiais, a conquista da cidadania ocupavam um lugar de destaque nas discussões da equipe, hoje, tal lugar é ocupado pelo desmonte da rede. Tudo parece ser discutido e ter referência a partir de uma dimensão político institucional.

Assim, o tratamento passaria a estar associado mais a questões concretas, como o fornecimento de alimento, de passes, trabalho, etc. No entender do depoente, o fornecimento de elementos básicos para “alguma cidadania” não supriria aquilo que é necessário para uma assistência à Saúde Mental adequada. Essa pessoa traz à cena um outro aspecto, que é deixado em segundo plano no cotidiano de trabalho: o lidar com a subjetividade a partir de parâmetros clínicos (a “clínica da psicose”).

A escuta do sofrimento não deve se dar unicamente pelo viés das condições concretas de vida, mas também deve considerar uma escuta que crie

sentidos para esse estar no mundo por parte do louco/psicótico, e nisso o saber psicanalítico pode ter grandes contribuições (Lobosque, 2001).

Aqui se delineia uma diferença de posicionamentos com relação ao projeto, que diz respeito ao momento de inserção dos trabalhadores na rede assim como com repertórios interpretativos advindos da Psicologia, configurando, assim, uma contraposição de sentidos com relação à proposta antimanicomial e que se refere ao dilema entre um repertório interpretativo “clínico” e outro que podemos denominar como “político”. Encontramos, assim, nos discursos dos trabalhadores, em especial dos técnicos, a polissemia com relação à idéia de tratamento.

Tal aspecto também é colocado por outro profissional da área de Psicologia.

P2 - uma questão que pra mim é muito importante, né, que é, uma, uma crítica que eu sempre fiz, é, eu acho que é um equívoco, né assim, achar que o tratamento do usuário de serviço aberto resume-se na conquista da cidadania, né, eu acho que isso é uma parte fundamental, importantíssima, mas eu sempre enxerguei como uma etapa, a primeira etapa pós manicômio, né, porque, assim, cê parte de um, uma situação de cidadania zero no manicômio, né. Na implantação de um serviço aberto a tomada, a retomada ou a constituição de um lugar cidadão, que talvez em muitos casos nunca tenha havido, né, é fundamental. É fundamental e a prioridade número um, né. Mas passado esse primeiro momento, né, que a pessoa já tem alguma circulação, já se sente pertencente a alguns grupos sociais, né assim, passada essa primeira fase, eu acho que a questão clínica ela é fundamental, né, assim, você pensar em compreender essa dinâmica intrapsíquica do sujeito, né assim, pensar em manejos, avaliar mais, de uma maneira mais, é, mais singular mesmo, né assim, cada história, cada projeto. E eu acho que isso se perdeu um pouco aqui. [M – sei.] P2 – eu acho que as pessoas ficaram mais presas, talvez, né assim, nesse, nesse, nessa linha, né, de trabalhar mais as questões, o problema não é trabalhar mais, mas quase que só. [M – sei.] P2- né, as questões concretas, as questões de inserção nos diversos grupos sociais, no trabalho, e enfim, as coisas da realidade concreta, né. E aí se perdeu um pouco no caminho a realidade intrapsíquica, né, mais subjetiva. (Psicólogo)

Esse profissional também aponta para a questão da falta de um olhar para a subjetividade a partir de uma dimensão clínica. Sem desconsiderar a importância da conquista de cidadania, isto é, colocando-se a favor de um projeto antimanicomial, ele se contrapõe a um entendimento de tratamento que se restringe a

tal aspecto. Vemos aqui o embate entre os sentidos do tratar, assim como do olhar sobre a subjetividade, de um lado temos o sujeito de direitos do discurso antimanicomial e de outro o sujeito psíquico da Psicanálise.

A sobreposição entre a dimensão política e o tratamento é bastante conflituosa. Nesse sentido, as diretrizes políticas parecem ser transpostas diretamente para a prática sem mediação, como se não houvesse discriminação entre administração, projeto político, movimento social e serviço.

Numa tentativa de articular o âmbito político e o âmbito clínico, esse depoente divide dois momentos do tratamento, aquele mais voltado para a conquista de cidadania, e outro onde se considera a dinâmica intrapsíquica do sujeito. Podemos entender isso como uma estratégia para se delimitar diferentes setores que se encontram sobrepostos e incluir aí a possibilidade de se considerar aspectos específicos da clínica, de repertórios historicamente associados ao campo do tratamento em Saúde Mental. O arcabouço clínico parece não ser incorporado como um instrumento útil para a própria inserção do usuário em grupos sociais e para a conquista de cidadania.

Nestes trechos, não é da posição de militante político que se fala, mas de técnicos/psicólogos da instituição.

Se a mudança de gestão política traz a divisão entre uma posição de militância e uma posição de “funcionário público”, as diferentes leituras sobre o projeto antimanicomial trazem outra divisão: o discurso político e o discurso clínico. Tal divisão traduz o diálogo (muitas vezes, conflituoso) entre os saberes que fundamentam o trabalho desenvolvido nos serviços substitutivos.

A resignificação do termo tratamento e da idéia de Saúde Mental desenvolvida pelo MLA, abre espaço para o embate entre diferentes sentidos para as ações desenvolvidas. Encontramos, por um lado, ações menos baseadas em arcabouços técnicos científicos e voltadas para as dimensões política, social e cultural e ações no qual um certo discurso clínico (psicanalítico, psiquiátrico) pede a inclusão nas práticas desenvolvidas.

A Psiquiatria e a Psicanálise foram alvos de um pensamento crítico, tomadas como modos de reproduzir relações de poder que reificam o sujeito que adoece. Na inovação das práticas a partir do discurso antimanicomial, alguns

elementos tradicionais foram eliminados (isolamento, eletrochoques, camisas de força, etc.), ao passo que outros buscam ser reincorporados após a transformação de seu lugar e sentido na assistência. Na ruptura com antigos modos de lidar com a loucura, novas pontes precisam ser construídas, incluindo-se aí elementos novos e antigos.

Esse processo se dá de modo trabalhoso, gerando uma série de conflitos e questionamentos.

Tal discussão presentifica não só a luta contra um discurso manicomial hegemônico que se constitui também a partir de uma visão crítica sobre os saberes na área da medicina e da Psicologia, como também as disputas no interior desses campos de conhecimento. Embate com sentidos construídos num tempo longo e que se consolidam em saberes que propiciaram a própria compreensão da loucura como doença mental (Foucault, 1993a, 1994).

Desse modo, nos defrontamos com a necessidade de construção de uma “clínica antimanicomial” (Lobosque, 1997, 2001), na qual a subjetividade possa ser tomada sob vários aspectos. Recomplexificar a loucura (Amarante, 2000) implica também recomplexificar o olhar sobre a própria subjetividade, que é atravessada pela dimensão social mas não se reduz a ela.

Termos como “bio-psico-social”, tão utilizado pelo discurso oficial na formulação de políticas para o setor da Saúde, parece não dar conta da transformação de práticas e saberes que estão em jogo na construção de um modelo substitutivo. Não basta simplesmente somar ações voltadas para o biológico, para o psíquico e para o social. Elas devem estar integradas num sistema amplo, complexo e multideterminado.

Essas discussões sinalizam não só pontos polêmicos na proposta antimanicomial, como também a existência de uma diversidade de discursos dentro de algo que podemos chamar de repertório antimanicomial. Elas refletem pontos de divergência entre diferentes tendências dentro do MLA que desembocam em diferentes modelos de serviços substitutivos em Saúde Mental. Não há, portanto, um discurso antimanicomial único, mas sim vários discursos antimanicomiais que se confrontam dentro do próprio MLA.

A recomplexificação da loucura, implica uma abertura para diferentes discursos que se afetam mutuamente na invenção de uma nova prática em Saúde Mental que supere o modelo manicomial.

Se, por um lado, temos a falta de respaldo político para o desenvolvimento do serviço a contento, também podemos encarar as críticas de uma parte da equipe técnica sobre a necessidade de se considerar aspectos clínicos como indício de uma falta de respaldo teórico para as ações. A “Instituição inventada” também implica a “invenção” de saberes.

6.3.1. A especificidade do profissional

Como visto acima, as divergências entre o discurso político e o discurso clínico se traduz através de alguns aspectos do trabalho desenvolvido. Um deles diz respeito ao lugar das especificidades profissionais.

Num processo de transformação tão profundo quanto o que é proposto pelo MLA, o corpo de conhecimento que sustenta as práticas, assim como o papel dos profissionais, necessita ser repensado no cotidiano de trabalho dos serviços substitutivos, a fim de que se processe efetivamente a ruptura com o modelo manicomial e se construam novos modos de lidar com o sofrimento psíquico. No movimento de desinstitucionalizar as práticas, buscou-se preservar a especificidade de olhares, ressignificados pelos valores antimanicomiais.

Nas entrevistas encontramos diferentes pontos de vista com relação ao lugar da especificidade profissional no dia a dia de trabalho da instituição.

Uma das vertentes é apresentada por uma das assistentes sociais do NAPS Y e se alinha ao projeto de Saúde Mental de Santos.

AS – Então, eu acho que quando o projeto iniciou, ele iniciou com essa marca. Todas as pessoas vão ter as mesmas ações porque nós temos uma grande tarefa, que é a desinstitucionalização. Pra isso, todos vão ter que se engajar nisso, e tal. E, realmente, tanto essa questão clínica e do social, como a especificidade, essas duas questões geraram muita

polêmica, muita briga. Não é que tenha sido uma coisa tranqüila desde o início não, né. Nós brigamos muito e tal. E eu, Mirna, eu vejo assim: algumas pessoas perguntam mesmo isso. Isso foi um grande questionamento até na Universidade, nos Conselhos Regionais - se nós estávamos ferindo as especificidades com essa prática, onde todos têm as mesmas ações, né. Eu, particularmente, eu acho que não - que nós mantivemos sim as nossas especificidades. Eu acho que o que aconteceu é que nós ampliamos, mas a base da especificidade, eu acho que ela se mantém. Gozado, eu não tenho essa crise. Alguns outros profissionais, até de outros NAPS da minha área, acham que hoje, que hoje não são mais assistentes sociais, que têm uma outra prática e tal. Eu não me coloco assim, porque eu acho que eu tenho o lugar de assistente social no NAPS. Engraçado, eu me coloco contribuindo com aquilo que é da minha formação. O que eu acho que aconteceu, assim como eu acho que os psicólogos, a psicóloga hoje, né? Antes nós tínhamos mais, mas também tinham essa contribuição da área deles, e tal. O que eu acho é que a gente acabou ampliando, então, a coisa do, a coisa da, como é que se fala, a coisa da linguagem, né. (Assistente Social)

A entrevistada considera que, num primeiro momento, todos estavam engajados no ideal comum da desinstitucionalização, tarefa supostamente mais ligada ao campo da política do que ao da técnica. Assim, as especificidades eram menos importantes e se diluíam dentro de um projeto maior, no qual todos têm as mesmas ações. O fim do modelo manicomial se colocava como o principal objetivo a ser alcançado.

Essa discussão não se limita apenas à oposição manicomial/antimanicomial, mas presentifica embates com discursos hegemônicos no campo dos saberes e das práticas em Saúde: a tradição de uma prática clínica e a especificidade das profissões.

O processo de construção de um novo modelo de atenção à Saúde Mental em Santos vai de encontro à visão estabelecida da figura do especialista, de tal modo que suscita questionamentos por parte das Universidades e Conselhos Regionais, instâncias que delimitam e legitimam as práticas e saberes de cada profissão.

Conforme a entrevistada, as especificidades foram mantidas mas com ampliações. Tal discussão segue até os dias de hoje, não havendo um consenso sobre isso. Há o diálogo com outros colegas que têm opiniões opostas. Vale notar que ela fala do lugar da assistente social cujo trabalho no NAPS Y encontra um campo fértil,

a pobreza da clientela gera muitos pedidos para o recebimento de benefícios, cestas básicas, procura de moradia, etc.

Outros trabalhadores, que acompanharam o período da intervenção também têm a mesma opinião de que as especificidades se mantêm como contribuições que cada um traz para somar ao trabalho dentro de um corpo maior que é o projeto de Saúde Mental. Isso marca novamente a polissemia sobre o projeto encontrada no discurso dos trabalhadores que acompanharam o desenvolvimento da rede de Saúde Mental desde o início e daqueles que vieram depois do “período épico”.

Em especial para os trabalhadores mais antigos, as atividades que seriam do campo de exercício do profissional se ressignificaram a partir do discurso antimanicomial. A contraposição ao manicômio coloca-se como referência para se pensar a especificidade profissional, assim como o trabalho a ser desenvolvido.

Eu vivi coisas muito ruins com grupos de atividades ocupacionais, né, de, de: vamos esvaziar a enfermaria, vai todo mundo pra a sala de TO e vamos colar palitinho, ou, né... Esse tipo de coisa. (...) Por exemplo, eu acho que enquanto TO eu tenho uma dificuldade na questão, vamos dizer, da atividade, se ela não tiver um sentido, né. E o NAPS já teve vários grupos de atividades recheados de sentido pras pessoas que participavam. Desde sentido, vamos dizer, da realização de uma coisa até outros que promoviam algum ganho, tal. É, e aí acho tem uma coisa que é muito pessoal mesmo, né. Eu tive um trabalho que eu acho que foi muito interessante de realização de trabalho, né, e que era um trabalho de verdade inserido, né, na comunidade, com produção de sentido, com produção de resultados financeiros, com transformação, é, da, do lugar daquele usuário, daquela família porque então ele chegava de um, de uma outra forma, né, nas pessoas. Então, eu tenho muita dificuldade em tá pensando, por exemplo, naquelas velhas atividades promovidas pela terapia ocupacional, vamos dizer, nos antigos manicômios e tal, grupos de ocupação, né. (Terapeuta Ocupacional)

A especificidade do trabalho profissional – neste caso o de TO – é significada a partir do repertório antimanicomial. Desse modo, as atividades nos hospitais psiquiátricos “perdem o sentido”, isto é, referenciadas pelo paradigma manicomial (o trabalho mecânico para a ocupação do tempo), não cabem dentro de um novo referencial de tratamento no qual o projeto terapêutico é pautado por uma outra ordem de questões: o usuário como sujeito de direitos, a produção de objetos

com valor de troca social.

Dos grupos de ocupação nos asilos ao trabalho desenvolvido na rede de Atenção à Saúde Mental de Santos, há uma mudança de paradigma que pressupõe a transformação do olhar sobre o usuário, sobre aquilo que é terapêutico e consequentemente sobre a especificidade das ações dos profissionais e seus campos dos saberes.

Na fala da TO encontramos as ressonâncias de um tempo longo no tempo vivido da experiência de trabalho: a estrutura asilar e a compreensão da loucura a partir da idéia da necessidade de isolamento; o sentido do trabalho a partir do tratamento moral. Configuração esta que o olhar crítico desvela como um dos dispositivos criados para dar conta de contradições sociais, tornando o manicômio um depósito de pessoas cujo destino inexorável seria o da cronificação, onde as atividades tornam-se uma espécie de trabalho de Sísifo, cujo sentido é, dia a dia, reproduzir sempre o mesmo.

A ruptura com esta compreensão do sofrimento psíquico instaura a abertura para fora da instituição de tratamento, gerando trabalhos voltados para a construção de projetos que articulem a vida do usuário à rede social. Campos semânticos diferentes que constróem sentidos diferentes para o termo “tratamento”, para o lugar onde é realizado³⁷, determinando ações diferentes no trato com a loucura, assim como posicionamentos diversos para usuários e trabalhadores.

Neste contexto, a especificidade ganha novos valores e sentidos ao ser norteadada por uma compreensão do sofrimento psíquico e das ações de Saúde Mental referidas num discurso antimanicomial. A transformação do sentido dado ao trabalho para os usuários (não mais ocupação do tempo, mas sim produção de objetos com valor de troca numa rede social) também ressignifica o trabalho do próprio profissional de terapia ocupacional.

Uma outra vertente dos discursos é constituída por uma visão crítica sobre o modo como as especificidades são tratadas pelo projeto político. Tal vertente é constituída pelo discurso clínico, que não se opõe ao repertório antimanicomial

³⁷ No paradigma manicomial seu *locus* é no Hospital Psiquiátrico, e a sociedade é vista como possível fonte de adoecimentos que deve ser gerida e higienizada. No paradigma antimanicomial, o *locus* é o serviço territorial em sua articulação com a comunidade, vista como lugar de sustentação para construção de projetos de vida.

mas luta para ser reconhecido e incorporado a este repertório. Alguns trabalhadores consideram que as especificidades se perderam no desenvolvimento do trabalho nos NAPS. Os sentidos que elas ganham no cotidiano de trabalho são fontes de inúmeras polêmicas. Esse campo de transformação das práticas está longe de ser algo construído pacificamente.

Tal batalha é expressa na fala de um dos psicólogos da instituição que tece considerações sobre o modo como as especificidades são tratadas pela Psiquiatria Democrática Italiana.

P1 – Eu acho que essa questão é uma questão muito delicada, porque quando a gente fala de especificidade, as pessoas já se arrepiam e acham assim: “ah, a, a pessoa tá falando contra a equipe, né. Tá falando do psicólogo ter uma plaquinha e fazer ‘Doutor Psicólogo’ e usar a instituição, então, como uma grande sala de espera, né”. Então eu quero deixar bem claro que eu não digo isso, né. Por outro lado, eu acho que em Santos essas especificidades morreram. Eu acho que elas morreram até por conta do pensamento da Psiquiatria Democrática Italiana, que coloca, é, um pensamento claro, que a loucura, ela é fruto do mundo, do capital, né. Ela gera, ela é uma, ela é criada pelo esse mundo capitalista que a gente vive e que todos os saberes estabelecidos estão a serviço desse mundo capitalista que gera essa, essa loucura, né. Essa é uma vertente muito forte da Luta Antimanicomial. Essa vertente política, né, que, de uma certa maneira, não aceita a clínica. (...) Então, a gente vê assim as especificidades elas somem. As pessoas negam aquilo que sabem e começam a fazer uma militância política, né. Como, se assim, curasse o paciente da sua psicose, a partir de uma re-introdução no mundo através dessa via da militância política, através da via, é, de uma inserção crítica na sociedade, né. Então, eu acho que, nesse sentido, as especificidades morreram. Todos são, é, profissionais democráticos italianos. Isso é muito empobrecedor para o NAPS. (Psicólogo)

O discurso antimanicomial constrói a crítica à Psiquiatria como dispositivo de controle social e de institucionalização do doente mental. Tal questionamento, por vezes é tomado como negação dos saberes estabelecidos, já que a especificidade é significada como algo que reproduz um funcionamento tradicional (o consultório) opondo-se ao discurso antimanicomial.

Esta pessoa dialoga com valores do MLA e da Psiquiatria Democrática Italiana, construindo uma crítica a eles, tomando cuidado para não ser confundido com aqueles que se propõem a reproduzir esse modelo de consultório. Cuidado necessário para não ser identificado com o “campo inimigo”.

Aqui a especificidade e o trabalho em equipe ao contrário das colocações anteriores, não se articulam numa “ampliação da linguagem” de cada área, mas se relacionam de forma dilemática, instaurando a oposição entre clínico e político.

É do lugar de psicólogo que esse profissional constrói suas críticas, no entanto há algo desse lugar que não se opera na prática. Haja vista a afirmação de alguns profissionais (uma TO e outro profissional de Psicologia) que dizem não fazer ou evitar fazer atividades específicas de suas áreas. Por outro lado, a assistente social, assim como outras categorias (médicos e auxiliares de enfermagem), desenvolvem ações de suas áreas de atuação. Aquilo que se mantém ou não como especificidade delinea um perfil de atendimento do serviço, das respostas que ele dá aos problemas que são trazidos pelos usuários. Esse perfil, tal qual discutido anteriormente, tem se pautado pelo retorno do modelo médico de atendimento e pela resposta pontual a algumas demandas sociais.

Esse sujeito critica a excessiva politização do tratamento. A bandeira comum solapa a diversidade de olhares, a militância ocupa o lugar do tratamento, como se fosse negada a existência da doença: se o sofrimento psíquico é fruto do sistema social, é pelo âmbito político que essa situação pode se reverter. Se a discussão sobre a cidadania, como filosofia do trabalho, iguala a todos (“loucos e não loucos”), ela também parece encobrir a diferença que se coloca para aqueles portadores de sofrimento psíquico grave, a vivência irredutível da psicose, do delírio, cujo arcabouço clínico e as especificidades profissionais têm grande valor no auxílio a essas pessoas.

O questionamento das hierarquias institucionais, o ideal do trabalho em equipe e a horizontalidade das relações postos pelo projeto antimanicomial, parecem correr o risco de se transformar numa recusa das diferenças existente entre as formações dos trabalhadores.

Nega-se aí não só as especificidades dos profissionais, mas, como dito anteriormente a especificidade daquilo que é da ordem de um serviço de Saúde Mental que acaba por ser tomado como prolongamento do Movimento Social, onde tudo vira político. Desse modo a homogeneização do discurso da equipe empobrece o trabalho ao padronizar respostas no tratamento dos usuários dando exclusividade a

aspectos políticos e sociais. Tal dinâmica, segundo esse depoente, também seria um dos fatores responsáveis pela medicalização do tratamento. A falta de uma referência da clínica da psicose, somada à negação das especificidades profissionais fragilizariam o trabalho da equipe que recorre ao médico para solucionar os problemas encontrados. Aqui o médico mantém sua especificidade profissional muito bem estabelecida.

Nesse contexto, a homogeneização dos procedimentos profissionais enfatizando ações político-sociais não daria conta do tratamento, abrindo espaço para a medicalização da assistência.

Vale lembrar que Basaglia não nega nem a existência da doença mental, nem a importância do tratamento. Apenas a ênfase de seu trabalho se dá sobre os aspectos das relações de poder entre médico e paciente, ao questionamento do saber médico e do Hospital Psiquiátrico enquanto encobridores das contradições sociais. Tal destaque ganha sentido no contexto em que sua obra é construída, o da intensa luta contra o modelo hegemônico, em um momento de grandes transformações sociais.

Desse modo, a noção de “instituição sempre inventada”, própria do discurso da desinstitucionalização, na prática, sofre entraves. O recrudescimento das posições, num primeiro momento contra a CSA e hoje contra um governo conservador corre o risco de “institucionalizar a desinstitucionalização”, limitando a reflexão sobre o campo dos saberes e de seus próprios pressupostos, tomando as palavras de Basaglia como cartilha a ser seguida ou estereotipando-se a dicotomia manicomial/antimanicomial.

Esse recrudescimento das posições também é visível em outro trecho da fala desta mesma pessoa.

P1 - mas eu quero deixar bem claro que não é essa a minha proposta, eu não sou contra os serviços substitutivos, né? Eu [tenho críticas com relação aos] serviços substitutivos mas eu não sou contra. Eu defendo os serviços substitutivos, mas eu defendo que é imperativo que se resgate as especificidades das formações, né? Por que acho que o TO tem uma formação, o psicólogo tem uma formação e não dá para a formação de todos ser na instituição por que isso é empobrecedor. Acontece o que está acontecendo hoje, as pessoas só conseguem discutir. Vamos discutir

um caso? A gente começa a discutir um caso, depois a gente tá discutindo o NAPS e o caso fica esquecido. (Psicólogo)

Nesse momento, a pessoa fala diretamente e de modo enfático ao gravador, como que para controlar possíveis perigos da palavra registrada. Como no trecho anterior, ela se posiciona como crítica do serviço, mas não contra a proposta antimanicomial. Todos os entrevistados que tecem críticas com relação a pontos delicados do projeto antimanicomial tomam grande cuidado ao fazer suas considerações, sempre sinalizando sua postura a favor do MLA. A ênfase desses cuidados parece delimitar o campo daquilo que pode ou não ser dito sem cair do lado do “inimigo”. Alguns temas parecem ser tomados como um ataque direto contra o modelo, a corrupção de algo que por vezes é tomado como discurso único.

A competição entre os sentidos dentro do repertório antimanicomial dá aos discursos um lugar de maior ou menor legitimidade no cotidiano de trabalho.

O tom desta fala é enfático e categórico: “é imperativo que se resgate as especificidades das formações”. Ela se contrapõe a uma postura assumida no projeto de Santos de que a formação dos profissionais se daria a partir da própria prática, sem normas pré-estabelecidas, mas apenas alguns princípios norteadores.

Tal diretriz tentava dar conta de certas faltas da formação universitária dos profissionais, que usualmente não se volta para a Saúde Pública e muito menos para uma atuação em serviços substitutivos de Saúde Mental. Desse modo, valorizava-se a criatividade no trabalho, assim como uma plasticidade de funções, as tarefas são desenvolvidas por todos os trabalhadores da equipe, não se restringindo aos procedimentos usuais de cada categoria, isso visa também a não concentração de poderes e responsabilidades sobre alguns profissionais, todos devem estar comprometidos com o processo terapêutico dos usuários.

Esta estratégia também era desenvolvida a fim de que o trabalho não fosse capturado por um discurso especializado. A desinstitucionalização se encontra para além do domínio de saberes específicos, de uma discussão técnica e se volta para uma discussão ética. O MLA, fundamentado pelo discurso da desinstitucionalização, se opõe a leituras psychologizantes ou psiquiatrizantes, tais como desenvolvidas na Inglaterra, EUA e França.

Se o MLA não deve ser capturado por discursos especializados, por outro lado o serviço parece ser capturado pelo discurso antimanicomial de tal modo que, por vezes, a sua hegemonia exclui a possibilidade de outros discursos.

6.4. O mandato social

Ao longo de nossa análise delineamos a forma como a proposta antimanicomial se traduziu na construção de um serviço substitutivo ao manicômio e no desenvolvimento de ações correspondentes. Os sentidos sobre o tratamento são múltiplos e determinados por seus contextos. O tipo de gestão administrativa, o momento de inserção do profissional na rede, o discurso político ou clínico, a passagem ou não pelo tratamento em Hospital Psiquiátrico, a participação no MLA são elementos que influem sobre o trabalho e os sentidos daí advindos.

O retrocesso do trabalho pautado pelos pressupostos antimanicomiais em Santos, gerado pela mudança da lógica político-administrativa, nos faz indagar sobre a questão do mandato social do Hospital Psiquiátrico (Castel, 1991) que não deixa de existir com sua extinção, dado que é algo que não emana do manicômio em si, mas do modo como se organizam as relações sociais em nossa cultura. A ociosidade, a medicalização e o assistencialismo mencionado pelos depoentes, recoloca essa questão, agora num novo contexto.

Percebemos ao longo do trabalho de campo, uma grande demanda por respostas para questões de subsistência por parte da população atendida em função da situação de grande pobreza na região abrangida pelo NAPS Y. Assim, a procura por tratamento se desdobra em demandas de solução para vários aspectos da vida: moradia, trabalho, dinheiro, alimentação, etc. Isso é manifestado pelos usuários de forma bastante explícita.

R – é, eu moro sozinho. Eu moro sozinho. E é difícil de eu fazer tudo sozinho porque eu tenho muita coisa a resolver, né. E precisa predisposição pra poder arrumar minha casa toda por dentro e por fora, precisa cimentar minha casa por dentro, tá entendendo, precisa arrumar telhado. Porque o meu telhado não tá bom, e eu tô aí arrumando as minhas coisas através da prefeitura, através, da prefeitura não, através do gabinete da, da vereadora, né, que eu tenho simpatia por ela e os assessores dela que tão tentando, querendo me ajudar. E aqui a única pessoa que me ajudou realmente foi a, a psicóloga Marta que era aprimoranda e a [nome de uma técnica] (...) ajudou assim através de cimento, ela me ajudou através da doação de madeirite, né, pregos, de material. (Reginaldo – usuário)

Ma – Aí eu pedi o INPS pra mim e o médico passou pra mim o INPS (...) A médica fez uma carta dizendo que eu precisava receber este dinheiro porque eu tinha um certo, uma certa disfunção. (...) Aí, ele disse que eu podia receber o INPS do meu pai. O que veio a calhar também, porque eu não tava conseguindo emprego. Lecionar não pode, porque tem uma lista de excedentes enorme. Aí eu resolvi e recebi a aposentadoria do papai, né. Aí eu comecei a melhorar. (Matilde – usuária)

A ajuda do serviço em tais âmbitos é de grande valor para os usuários. O recebimento de benefícios do INSS, cestas básicas, roupas, material de construção, o contato com a família para que ela possa auxiliar o usuário, tudo isso se tornam artigos de primeira necessidade para a saúde mental.

Isso fica evidenciado na fala deste usuário:

[M – e, o que que seria o tratamento aí, o que seria um tratamento adequado para a doença mental?] P – é, igual ao que eu tava falando, tem que ter atividade, entendeu? Se possível arrumar emprego pro usuário, porque tem usuário que precisa trabalhar. Igual no meu caso, eu tava trabalhando, aí fiquei desempregado, entendeu? Tendo um trabalho, uma atividade. Um trabalho que gere renda ou alguma atividade. Isso aí ajuda e muito, porque conversa, tem grupo, igual tem aqui. Isso ajuda muito. A medicação também. Tomar medicação, isso vai ajudar muito. Entendeu? Ajuda a pessoa a se levantar. (Paulo – usuário)

Paulo faz uma síntese bastante pertinente daquilo que seria um tratamento adequado: grupos terapêuticos no serviço, medicação e a garantia de condições básicas para a subsistência. Vemos assim que ao serviço de Saúde Mental cabe um trabalho hercúleo de dar conta daquilo que o Estado preteriu no desenvolvimento de suas políticas: investimento na geração de empregos, educação, moradia, etc. Aquilo que o MLA vê como conquista de cidadania se traduz, no

cotidiano de trabalho dos serviços substitutivos, na conquista de elementos básicos para a sobrevivência.

Desse modo, podemos pensar que o fim dos manicômios não implica o fim do mandato social que lhes foi outorgado: a gerência e controle da pobreza e daqueles que não se adaptam ao contrato social. Frente às situações políticas adversas enfrentadas em diferentes localidades pelos serviços substitutivos, faz-se necessário refletir sobre as respostas construídas para tal mandato.

A desarticulação da rede de Saúde Mental santista, que levou à restrição da construção de respostas mais adequadas aos pressupostos antimanicomiais, acarreta na fragmentação e empobrecimento do projeto terapêutico dos usuários. As ações são feitas de modo pontual: um benefício, uma ida ao banco, uma cesta básica.

S – a gente por exemplo aqui neste NAPS, né, que atende a região Y durante algum tempo fez parte de uma comissão, é, uma comissão de trabalhadores que discutia e pensava projetos para a região Y, né. Essa comissão tinha, tinha profissionais, ahn, das, de todas as unidades de Saúde, incluindo o NAPS, da área de, da Secretaria de Cultura, da Secretaria de Educação, da Secretaria de Habitação. Então, assim, era um grupo que se reunia pra pensar as questões desta região, né, então quando cê tava aqui atendendo, cê tava diante de um usuário que tem um problema, não tem casa, não tem isso, não tem aquilo, né, não tem comida, né, assim, tudo bem, cê tentava dar uma resposta específica aqui do serviço, cê tentava responder com o que você tinha de recurso mas é, ahn, mas assim, cê também podia articular essa problemática às outras coisas, cê podia levar essa discussão cê podia pensar mais amplo, né, e nesse sentido fica menos angustiante, cê entendeu? [M – certo.] S – porque hoje é isso, as pessoas chegam: “ah, é, eu tô, não tenho comida, posso comer aqui?” e aí a cozinha não tá funcionando, e aí você tenta conseguir uma cesta básica a mais, e aí você esbarra lá, que não dá, que já tão fornecendo, ou então cê até dá uma cesta básica, mas o problema morre aqui mesmo. Ou cê não dá, né. (Sandra – técnica)

As respostas para o campo da Saúde Mental pautadas pelo discurso antimanicomial supõe interfaces com diversos setores, de modo que é impossível traçar um limite claro e distinto entre eles. Numa sociedade onde as condições mínimas de subsistência não estão garantidas, o indivíduo é levado a peregrinações pelos mais diversos espaços em busca de recursos.

A falta de articulação das respostas, a precariedade da rede de serviços, a necessidade de se dar algum tipo de solução às demandas acaba por implementar uma prática de cunho assistencialista. Ao invés de se construir interfaces com outros setores, o isolamento leva a um movimento de tentar dar conta de responsabilidades de outros setores sociais. O trabalho em Saúde Mental perde seu poder de questionamento da sociedade.

Isso transparece tanto no discurso dos usuários quanto dos trabalhadores.

B – Então, eu acho assim que eu tenho muita sorte de ter vindo pra Santos e encontrado o NAPS Y. É isso. Tem essa questão, na verdade, né, digamos assim, eu utilizo, né. Nos finais de semana, quando eu posso, eu venho aqui pra fazer as refeições, ou almoço, né, e de vez em quando jantar. Durante a semana, quando eu venho pros grupos, né, as oficinas, eu levo algum pão, um pão doce mais elaborado que sobra das padarias, né. Porque na verdade, Santos é uma cidade de voluntários, né, porque sobrou numa padaria eles dão pras instituições, né. [M – hum, hum.] B – É. O setor do NAPS, quando tem uma roupa, assim, já dá pruma outra instituição se tá sobrando aqui, tal, né. Normalmente não. [M – e dá pras pessoas aqui?] B – É. Exato. Os usuários e tal. Então, é, eu mesmo... Muitas vezes... Essa blusa, né, eu ganhei daqui, né. (...) [M – Mas, quer dizer, o NAPS ele recebe roupas de fora, de outras instituições e eles dão pros usuários aqui?] B – De vez em quando. Exatamente Mirna. De vez em quando passam pessoas é, assim, de rua e eles dão banho, entendeu, dão alimentação. Agora não é muito que tá acontecendo, mas antes acontecia muito disso. Então é uma instituição, digamos, de caridade, e ao mesmo tempo é de prevenção, né, de prevenção assim às doenças. (Branca – usuária)

Branca identifica o tratamento com a própria cidade de Santos, uma “cidade de voluntários”, onde as pessoas são “caridosas”. Ela, como outros, compreende as refeições como uma das atividade de seu tratamento. Elas se tornam uma forma de cuidado, artigo de necessidade básica para uma população com tantos problemas sociais que, muitas vezes, não tem o alimento garantido.

Assim, o NAPS também é visto como uma entidade filantrópica, o que se traduz pela doação de roupas, banhos e alimentação para pessoas carentes, deixando-se confundir com uma entidade beneficente ou de serviço social. Branca descreve o NAPS como um serviço de caridade e de prevenção, como uma “grande família”. Há aí um tênue limite entre tratamento e filantropia ou assistencialismo.

O paternalismo e o assistencialismo são aspectos criticados no trabalho do NAPS Y. Coloca-se em questão o papel dos trabalhadores, que acabam aprisionados na posição de suprir necessidades básicas, o que faz emergir uma noção de tutela que é contraditória com a possibilidade de autonomia e contratualidade.

J – eu acho que as pessoas sentem o abandono porque as pessoas trabalham em cima de oferecimento, né? A municipalidade, o estado, o país, a sociedade tem, deve oferecer é, deve suprir as necessidades dos pacientes e o técnico fica como um mediador entre o paciente e a sociedade, o paciente e o estado, o paciente e, para suprir essas necessidades. Só que essas necessidades não suprem nunca, né? Porque essas necessidades quanto mais a pessoa vai tendo acesso mais ela vai querendo e até quando o técnico vai ficar nessa posição de suprir as necessidades, né? Então assim, eu acho que é, essa posição ela é incômoda, essa posição ela é empobrecedora e ela é desgastante e a gente vê os profissionais do NAPS desgastados, cansados, né. Porque assim o que que esse paciente vai né, pedir agora, né. E a gente vê os profissionais do NAPS com muita certeza, certeza assim: “o nosso papel é esse, né, qualquer que seja o meu paciente o papel é de suprir necessidades”. (João – técnico)

J - eu cheguei no NAPS Y outro dia e as pessoas falaram assim pra mim (...) “olha o NAPS tá vazio”. Eu falei: “por quê?” “Ah, a cozinha não tá funcionando e sem comida a gente não tem paciente”. [M –eles vão embora?] J – eles vão embora. Eu tomei um susto com aquilo porque eu acho que o NAPS é para além da alimentação, sabe? O NAPS é um lugar para tratar as subjetividades, para tratar do sofrimento. As pessoas vêm ao NAPS porque elas sofrem. Claro que nós temos casos, é difícil essa discussão porque a gente fica muito nesse papel de lobo mau. Claro que as pessoas que moram na região X que o NAPS Y atende tem uma situação social precária, elas têm fome, muitos deles se não comem lá no NAPS não comem mais o resto do dia. (...) Eu não nego isso mas me causa estranheza assim, se o NAPS não tem alimentação não tem paciente? É quase como se o NAPS prestasse uma assistência social crônica. É como se fosse uma inversão, as pessoas vão ao NAPS não é só, não é para alimentar, elas vão ao NAPS porque elas sofrem, elas querem aliviar esse sofrimento, elas querem aliviar essa dor. O NAPS não é um prato de sopa, né? Claro que alguns precisam do NAPS e o NAPS não se furta a isso, mas colocar o NAPS só nisso é muito difícil. E muitas vezes eu acho que os serviços caem numa assistência social crônica e que cai nisso: se não tem comida, não tem paciente. (João – técnico)

Há uma diferença entre aquilo que é estabelecido pelo MLA como funções de um serviço substitutivo e o gesto de se resolver problemas sociais. O

enfraquecimento da luta para se transformar a cultura que determina tais problemas – final do “período épico” – leva os trabalhadores a lançarem mão de saídas paliativas que acabam por reproduzir uma dinâmica assistencialista.

As adversidades enfrentadas para se acompanhar o usuário em suas questões, dificuldades e aspirações, ajudando-o a construir projetos de vida que lhe façam sentido de acordo com a singularidade de sua história e utilizando para isso recursos de várias ordens (sociais, políticos, clínicos, etc.) levam a um retrocesso na construção da ruptura com o mandato social conferido ao manicômio. A pobreza fica, desse modo, colocada tanto no âmbito da demanda como no da resposta a ela.

Tal situação dificulta também a possibilidade de uma escuta clínica dos casos, o que vem a somar-se com nossa discussão anterior sobre a contraposição entre discurso político e discurso clínico.

C - Acho que nós ficamos agora, principalmente agora nestes últimos anos, muito tempo sem discutir clinicamente os casos. Acho que faltou mesmo uma discussão mais clínica. E o NAPS Y, eu acho que ele é muito suscetível a essa confusão porque, como nós temos do lado social, as pessoas muito carentes, eu acho que às vezes isso mascara uma patologia. Acho que, às vezes, a gente fica muito ligado nessas questões de organizar a vida dos sujeitos, aí, das pessoas e a questão clínica fica um pouco de lado sim. (Cláudia – técnica)

A vocação “sociologizante” do discurso antimanicomial, o viés de movimento social, são reforçados pela própria condição de pobreza da população atendida e pela imensa desigualdade social que marca nossa sociedade. A loucura se confunde com a miséria, o sofrimento psíquico, com a falta de recursos mínimos de subsistência. Esses dois aspectos se encontram sobrepostos, muitas vezes determinando-se mutuamente, numa demanda única para o serviço de Saúde Mental. A dimensão subjetiva naquilo que pode ser escutada por um viés clínico é solapada pela necessidade de se dar conta de problemas sociais.

A recomplexificação da loucura (Amarante, 2000) e a ruptura com o mandato social dos manicômios se colocam como um trabalho árduo no qual o lugar social da loucura e os múltiplos campos de saberes entram em jogo, assim como o contexto da assistência pública à Saúde, a situação econômica, política e social do próprio país.

Diante de uma demanda tão premente, a discussão clínica do caso acaba por ficar em segundo plano, para isso contribuindo também o sucateamento da rede de serviços no município, com a desarticulação dos espaços de discussão no NAPS Y e deste com outras instituições.

Um exemplo disso é apresentado no trecho a seguir, por uma das assistentes sociais.

AS – então, por exemplo, essa coisa dos, dos benefícios isso me pega muito. Que eu acho assim, sabe Mirna, não é o benefício, não é o dinheiro que vai mudar a vida. Vai até ajudar a ter uma condição um pouquinho melhor, mas se você não lidar com o significado disso na vida de cada um, né, não transcende, né. Não tem um avanço, eu acho. Outro dia o Guilherme, me chamou muito a atenção, é tinha toda a expectativa que se conseguisse um benefício. [M – é aquele que você tava acompanhando?] AS – isso! Aí ele conseguiu. [M – sei.] C – visivelmente Mirna, o dia que ele ia receber, pirou. [M – ah, é?] AS – por quê? A coisa é muito mais séria. É muito mais forte. Ele tem uma mãe que se prostitui. Ele mora com essa mãe num quarto. E ele disse: “e agora!? Que eu vou fazer? Minha mãe não vai sair de lá. E eu vou morar sozinho!?”. Quer dizer, é a possibilidade concreta de uma ruptura com essa mãe e ele não agüenta. Então assim, tudo eu acho que a gente tem que lidar num, num paralelo. Por isso eu acho que as especificidades têm que andar conjuntamente. Aí eu e a [psicóloga] discutimos a situação. A [psicóloga] imediatamente chamou a mãe. Já ia fazer isso. Mas a gente começou a discutir, “poxa vida! Era isso, né.” Não era uma coisa mágica. Ele vai receber, a vida dele vai melhorar, ele vai ter autonomia, não é bem assim, né. E assim, e aí que eu acho que a gente tem que ter habilidade pra trabalhar, tem que ter mais conhecimento, é, tem que ter um respaldo teórico, se não a gente se atrapalha com essas histórias. (...) Então ter essas discussões que são, eu acho que são muito legais no NAPS, né. Discutir mesmo diagnóstico, não pro diagnóstico fechar, engessar. Mas pra poder ter uma outra referência, senão a gente se atrapalha muito dentro do NAPS. Então, hoje eu sinto falta de poder acompanhar mesmo as pessoas nessa coisa de escutar esse sofrimento e pensar junto, né. (Assistente Social)

Aos serviços de saúde públicos ocorrem demandas que vão muito além da área de saúde “stricto sensu”. A falta de trabalho, de moradia, de dinheiro, de comida, tudo isso bate à porta dessas instituições. A pressão por uma demanda de cunho econômico e social leva muitas vezes os trabalhadores a tentarem dar conta das condições mínimas básicas para a subsistência das pessoas. Por outro lado, suprir

tais necessidades não implica, imediata e necessariamente, a melhoria da Saúde Mental.

Há de se considerar também elementos que vão para além das questões sociais – que igualam a todos na condição de pobreza – e dizem respeito à história de vida do sujeito, aos sentidos que vão sendo construídos para sua existência, às relações que lhe são estruturantes.

Assim, há a compreensão de que diferentes ações (sociais, clínicas, assim como as diversas especificidades) devem andar juntas. A conquista de cidadania, de condições dignas de existência, de construção de projetos de vida deve considerar a singularidade de cada história, de cada caso, incluindo-se aí considerar diagnósticos e discussões clínicas. É necessário situar em termos adequados a questão do social de modo a poder considerar uma dimensão subjetiva (Lobosque, 2001).

A construção de novas relações com a loucura em nossa sociedade abre espaço para idas e vindas, para contradições e ambigüidades: a proximidade com o usuário por vezes se transforma em indiscriminação, em falta de limite; a tutela se transforma em paternalismo ou pena; a construção de projetos de vida em ideal do trabalhador ao qual o usuário por vezes não consegue corresponder.

Sustentar a transformação das relações implica lançar mão de recursos de diversos âmbitos. Movimento necessário a fim de fazer o projeto avançar, ressignificando o lugar da loucura em nossa sociedade e não se prendendo às antigas heranças dos manicômios.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de nossa investigação, percebemos que o NAPS estudado torna-se, muitas vezes, um campo onde se confrontam diferentes discursos que lutam por uma hegemonia sobre a assistência à Saúde Mental. Eles presentificam discussões de diversas ordens: entre o discurso clínico e o político social, entre o discurso manicomial e o antimanicomial, ou deste contra uma gestão política adversa, entre a posição de militante e a posição de técnico, entre a posição de militante e a de “funcionário público”.

Desse modo, observamos ao longo de nossa investigação, diversas contradições e ambigüidades com relação às ações desenvolvidas no serviço e às diferentes compreensões sobre o projeto antimanicomial. Tais contradições dizem respeito aos sentidos construídos no cotidiano de trabalho e que se ancoram em contextos discursivos diversos. O “período épico” da Saúde Mental em Santos, a mudança de gestão, o momento em que o trabalhador se insere na rede, sua especificidade profissional, o fato do usuário ter ou não um longo histórico de internações anteriores ao tratamento no NAPS ou de pertencer ao MLA, são fatores que influenciam o posicionamento e a construção discursiva dos sujeitos.

Podemos verificar que o trabalho desenvolvido opera, em parte, transformações coerentes com os pressupostos do MLA, tanto na relação que se

estabelece entre usuários e trabalhadores, quanto nos sentidos produzidos sobre o que é um tratamento em Saúde Mental, assim como sobre os valores que norteiam tais práticas.

Observamos, desse modo, a incorporação de valores do repertório antimanicomial ao discurso dos entrevistados (mesmo daqueles que não têm conhecimento sobre o MLA), assim como o deslocamento tanto da posição dos usuários como dos trabalhadores no cotidiano do serviço, o que indica uma ruptura com as antigas relações de poder (baseadas no controle e no uso da violência) construídas nos manicômios. A cidadania, a não exclusão, a contratualidade, a autonomia, o fortalecimento de vínculos sociais com a construção de uma rede de sustentação para o usuário na comunidade (o que inclui intervenções em setores como trabalho, moradia, educação, etc.) são valores identificados no discurso tanto de usuários como de trabalhadores.

No entanto, encontramos pontos de conflito no que diz respeito a dois aspectos principais: questões referentes ao próprio projeto antimanicomial e à articulação de saberes na prática desenvolvida (discurso clínico versus discurso político), e questões referentes à necessidade de sustentação de políticas sociais consistentes por parte do poder público.

No embate entre discurso antimanicomial e manicomial ocorrido no processo de intervenção na CSA e construção da rede de serviços territoriais, privilegiou-se a dimensão política. A crítica construída pelo MLA contra o modelo psiquiátrico tradicional coloca em questão sua legitimidade sustentada pelo discurso científico, denunciando seu mandato social e a violência de suas ações. A discussão científica é trazida agora para o campo da ética e da política.

Compreende-se a exclusão da loucura não mais a partir de um argumento científico, mas sim a partir da correlação de forças existentes na construção de uma sociedade baseada no contrato e na cisão entre razão e desrazão. Desvela-se o papel de normalização e ordenação social ocultos sob a égide das ciências. Coloca-se em questão todo aparato de saberes construído ao redor da loucura e que constróem a exclusão da palavra do louco, retirando-lhe seu poder de verdade (Foucault, 1996), assim como se negam soluções meramente técnicas para a assistência à Saúde Mental. A Psiquiatria, a Psicologia e a Psicanálise são

submetidas a uma reflexão crítica (Basaglia, 1991, Foucault, 1994, Castel, 1978, 1987).

Encontramos no surgimento do movimento de reforma psiquiátrica que se desdobra atualmente no movimento antimanicomial, aquilo que Foucault denomina como uma insurreição dos saberes dominados (Foucault, 1993b) que, presentes e mascarados no corpo do saber erudito/científico, podem reaparecer através da crítica que o próprio saber psiquiátrico tradicional ajudou a tecer, fundamentando o questionamento do modelo asilar (Foucault, 1993a). Desse modo, o discurso antimanicomial insurge contra o saber psiquiátrico tradicional resgatando a memória de lutas há muito tempo supostamente apaziguadas no interior do discurso psiquiátrico. Trata-se de uma batalha dos saberes dominados contra os efeitos de poder do discurso científico, no caso o psiquiátrico.

A recusa por parte do MLA de significar a loucura a partir de velhos preceitos da dicotomia razão/não razão advindas de uma tradição cartesiana, abre brechas para a construção de sentidos no campo discursivo. Ruptura e descontinuidade dos saberes que exigem novas composições orientadas a partir de pressupostos éticos e que implicam uma rearticulação dos saberes e discursos existentes, assim como a composição de novos horizontes semânticos.

Vemos no serviço o confronto entre o discurso político e o discurso clínico, entre a posição de militante e a posição de técnico, contradição entre movimento social e dispositivos técnicos-científicos, que presentifica discussões do MLA a fim de resgatar a palavra do louco em sua dimensão positiva e que diz respeito, em última instância, ao confronto entre discursos e saberes construídos num tempo longo da história da Psiquiatria (Foucault, 1993a).

Ao propor o questionamento do saber médico psiquiátrico e as práticas dele advindas, o olhar clínico é também alvo de críticas, como possível dispositivo de institucionalização do indivíduo. Como visto anteriormente, o MLA, assim como a desinstitucionalização italiana, tece críticas com relação à Psiquiatria de Setor, às Comunidades Terapêuticas e à Psiquiatria Preventiva, por se manterem dentro do campo do saber psicológico-psiquiátrico, aceitando esses discursos como “naturais”.

“Supor que a instituição está doente, e que é preciso tratá-la, ou que as psicoterapias de grupo ou técnicas afins são elementos de socialização

básicos para as pessoas loucas, sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição e não na cultura.” (Lobosque, 2001, p.18)

Se o MLA, enquanto movimento social não deve ter como eixo de pensamento discursos do âmbito psi, essa extensão e sobreposição direta do movimento às instituições de cuidados deve ser questionada e redimensionada.

O NAPS ora é tomado como braço do movimento social, no qual o discurso político encobre a diversidade de olhares, ora é desejado como lugar de desenvolvimento de uma “clínica da psicose”, reivindicação da legitimidade de um discurso clínico na prática realizada. Percebemos aí uma indiscriminação entre diferentes dimensões: o projeto político, o movimento social, o arcabouço técnico e teórico que sustenta as ações desenvolvidas no serviço, a gestão administrativa. Como diria Castel (1987): se tudo é política, talvez em última análise nada é política. A reforma psiquiátrica não é só um processo político e social como também clínico e deve considerar dimensões diversas: teórica, científica, institucional.

A bandeira comum da desinstitucionalização, tomada de modo radical (e necessário) na luta contra o paradigma hegemônico da Psiquiatria tradicional, também corre o risco de homogeneizar discursos e uniformizar respostas, encobrindo a diversidade de olhares e práticas necessárias para transformar o lugar social da loucura, para recolocar novamente o sujeito, antes excluído, no circuito de trocas sociais.

Observamos a mudança de posicionamento do usuário nas relações com o profissional de Saúde Mental. No entanto, percebemos também que aquilo que dá legitimidade ao discurso do usuário, pelo viés de movimento social do discurso antimanicomial, é prioritariamente da ordem da cidadania e do discurso político (o sujeito de direitos), tendo em vista que essa foi a condição mais alijada na medicalização da loucura.

Já nos serviços substitutivos é necessário que ao discurso político também se incorporem outros discursos (clínicos) de modo a compreender o sofrimento da pessoa a partir de um âmbito que não seja unicamente o social (a condição de pobreza, o não exercício da cidadania), mas que também possa resgatar a positividade do delírio, sua dimensão de verdade do sujeito, ajudando-o a construir

respostas e sentidos para as estranhas coisas que vive. Em outras palavras o sujeito de direitos não deve eclipsar o sujeito psíquico.

A substituição do processo de cura da doença mental pelo processo de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos (Giovanella e Amarante, 1998) não deve implicar a negação do arcabouço de saberes constituídos, assim como Basaglia não negou a existência da doença mental-sofrimento psíquico ou a necessidade de recursos propriamente técnicos.

É necessário depurar (desinstitucionalizar) tais saberes de seu mandato social, deslocando e ressignificando seu lugar no campo da assistência, construção de um lugar “excêntrico” (Lobosque, 1997), onde o saber teórico técnico não se torne o único discurso legítimo sobre a loucura. Metamorfose paradoxal de saberes historicamente associados à redução da loucura ao âmbito psicopatológico. Transformação vivida por alguns trabalhadores em suas práticas que ganharam novos sentidos a partir da experiência na rede de serviços territoriais.

O termo doença compreendido na dimensão de sofrimento pode ser entendido como uma estratégia para romper com aquilo que há de estigma e exclusão na idéia de doença mental; o sofrimento é algo que nos iguala e humaniza a todos, loucos e não loucos. Devemos contudo estar atentos a construir uma aproximação dos campos da loucura sem negar aquilo que há de irreduzível e singular nessa experiência, aquilo que há de diferença.

Tarefa delicada e árdua que se compõe no cotidiano de trabalho dos serviços substitutivos, no diálogo entre discursos que se confrontam e se articulam para construir novos sentidos e relações com a loucura em nossa sociedade. A transformação do lugar da loucura, vai se dando no próprio dia a dia de trabalho, no confronto com os medos e pré-conceitos, na experiência da falta de limites para a construção de um limite que não viole direitos.

Nesse processo o discurso científico e os saberes específicos devem ser revistos e subordinados a pressupostos éticos, articulando-se à discussão de outras problemáticas do campo social. Se o processo de aprisionamento e medicalização da loucura se constrói a partir da transformação daquilo que é significado como humano – reduzido ao *res cogito* – sua reinserção no circuito de

trocas sociais implica se retomar tal questão. Recomplexificar a loucura implica também se recomplexificar a experiência do mundo, o olhar sobre as coisas.

Ao olhar cartesiano que é metáfora de uma consciência auto-reflexiva e descarnada e que só é capaz de perceber no objeto, sua objetualidade, reduzindo-o a não-sujeito (Bosi, 1990), é necessário contrapor um olhar sobre a subjetividade que não mais segregue e nem reifique mas sim reitere a ordem de um olhar que não é apenas agudo mas também desejoso e apaixonado, que aproxima, que seja sinônimo de cuidar, zelar e guardar, resgatando a dimensão da compaixão e da solidariedade, ajudando a construir um significado compartilhado ao sofrimento.

Transformação do sentido dado ao termo tratamento, cujo discurso antimanicomial, retira da dimensão da remissão de sintomas, própria do discurso médico, para compreendê-la a partir da existência do sujeito, de seus desejos e necessidades, de suas potencialidades. A Saúde Mental passa a estar atrelada a uma diversidade de âmbitos (sem no entanto, reproduzir um modelo preventivista): a seguridade social, o trabalho, a moradia, o lazer, os vínculos sociais, etc.

Por outro lado, deparamo-nos, pelo refluxo das políticas públicas em Santos, com o retorno do mandato social estabelecido ao longo da história para o Hospital Psiquiátrico, agora não mais sob o signo da violência, mas se traduzindo no assistencialismo e na medicalização do tratamento.

O mandato social não deixa de existir com o fim dos hospitais psiquiátricos e corre-se o risco de, enfraquecendo-se o poder de contestação e questionamento, recair na construção de novos lugares humanizados para a loucura sem que se desfça a lógica dos hospitais psiquiátricos. Construção de novas estratégias de exclusão, mais sutis do que aquelas vigentes no manicômio, que buscam incorporar o discurso crítico, de modo a não romper com o *status quo*. Perante o quadro de transformações do âmbito da assistência à Saúde Mental, é necessário desvendar as brechas pelas quais a lógica manicomial continua a se manter sob a veste de novos discursos e práticas. A incorporação de um discurso crítico e de novos modelos de atenção não necessariamente implica a extinção dos mecanismos de exclusão e segregação (Fernandes, 1999a).

A questão da mudança de gestão no município de Santos, a divisão entre “antigamente” e “hoje em dia” nos faz indagar sobre a influência do contexto

político no desenvolvimento efetivo da proposta antimanicomial. Questão fundamental, tendo em vista, a preconização de serviços como NAPS e CAPS pelo Ministério da Saúde como modelos a serem implantados em todo país. Tal medida não implica necessariamente a corroboração dos pressupostos antimanicomiais.

Vemos em Santos os efeitos do desinvestimentos nas políticas sociais por parte da gestão administrativa vigente. A falta de respaldo desarticula a rede de serviços e altera a lógica do projeto, com um retorno do atendimento ambulatorial em detrimento do acompanhamento dos usuários no território. Incorrendo num modelo assistencialista e médico, como apontado acima. Passagem da posição de militância para a de “funcionário público” associada à mudança de gestão administrativa. A luta contra a Casa de Saúde Anchieta é substituída por um adversário mais insidioso, que não provoca a destruição aberta da rede de serviços, mas os mantém subvertendo seus objetivos iniciais.

Desse modo, a discussão sobre a proposta antimanicomial deve se expandir para além do âmbito do tratamento e de modelos assistenciais. “Em relação a muitos desafios, acreditamos que as soluções técnicas produzirão apenas resultados paliativos que não enfrentam, porque não decodificam, os verdadeiros problemas.” (Fernandes, 1999b, p.92).

Tal discussão, assim como a ressignificação do campo da Saúde Mental, nos remete a uma discussão complexa no qual se colocam questões políticas, éticas, culturais, sociais e psicológicas.

Se a redução da loucura à dimensão de doença mental tornou-se possível a partir de um determinado momento histórico de profundas transformações, sua reinserção no campo de trocas sociais deve também considerar o interjogo de forças presente nas sociedades contemporâneas, pautadas na velocidade de transações financeiras (com a conseqüente diluição de fronteiras geográficas, econômicas e culturais), na qual o discurso do mercado sobrepuja todos os valores éticos.

O lugar dado à loucura e a conformação dos modelos de assistência psiquiátrica sempre estiveram atrelados a determinações históricas, à correlação de forças presentes no campo social. O alienismo, advindo de uma razão instrumental, a noção de Saúde Mental e prevenção de meados do século passado, como forma de

regular as pressões sociais da época, o Movimento de Desinstitucionalização Italiano que constrói uma crítica radical à Psiquiatria, todos eles situam-se num contexto mais amplo que delimita relações de poder, construção de saberes e discursos, assim como modos de subjetivação.

É necessário considerar os efeitos de determinação dos modos de produção decorrentes da organização social (neoliberal) e sua ideologia (Fernandes, 1999b) sobre as novas práticas que se constituem no campo da Saúde Mental. Investigando aí seus produtos, nas distorções de um projeto que se propõe a construção de uma ordem social mais justa na qual a inserção dos sujeitos e as relações humanas se pautem por critérios diversos daqueles vigentes: o individualismo, o consumo, a produtividade, a competitividade, o acúmulo de capital.

O resgate da condição de sujeito de direito por parte das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, passa por um campo complexo de renegociações que incluem uma ressignificação da experiência da loucura (revisão das noções de irresponsabilidade e periculosidade) e consequentemente pela transformação do espaço social e dos valores que pautam as relações humanas hoje em dia.

A reinserção do louco no espaço da cultura, resgatando valores como cidadania e contratualidade, vai de encontro a uma ordem social regida por normas econômicas, onde cada vez mais a diferença é rechaçada e o poder de troca social dos sujeitos é minado.

Desse modo, as discussões no campo da Saúde Mental devem considerar uma transição entre diversos paradigmas: epistemológicos, sociais, políticos e culturais (Fernandes, 1999b).

Se a vivência do trágico foi encoberta pelo discurso da racionalidade científica, hoje ela é solapada pelo discurso que reduz a condição do sujeito a diagnósticos cada vez mais detalhados, a processos neurológicos e heranças genéticas que mascaram as determinações sociais dos processos de subjetivação e a relação entre sofrimento psíquico e contexto social. O lugar da vivência do sofrimento e do trágico é restringido ao âmbito do indivíduo, e significado como doença, desvio, fracasso.

“Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura.” (Fernandes, 1999b, p.95).

Construção de uma sociedade onde “o direito, assim como a liberdade, devem ser entendidos não como valores abstratos, mas como direitos e liberdades, o que requer retomar a expressão já desgastada e desacreditada – a dignidade humana” (Matos, 1999). Nessa empreitada se incluem tanto a realocação dos arcabouços teóricos e técnicos, e uma ampliação do diálogo entre saberes (psiquiatria, filosofia, sociologia, psicologia social, economia, etc.), como uma discussão sobre os valores que sustentam atualmente a construção de políticas e dos modelos de assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P.D.C. *O planejamento na desconstrução do aparato manicomial*. mimeo, 1991.
- AMARANTE, P.D.C. - Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. *Revista de Terapia Ocupacional USP*, 3(1/2), p. 8-16, jan/dez 1992.
- AMARANTE, P. (coord.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998a.
- AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998b.
- AMARANTE, P.D.C. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo, Instituto de Psicologia USP, 1999. p.47-53
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.
- AYRES, J.R.C.M. - *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1995.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1995.
- BARROS, D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998. p. 171-195.
- BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Brasil Debates, 1980.
- BASAGLIA, F. (coord.) *A Instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1991.
- BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F.O. O problema do acidente. In: Basaglia, F. (coord.) *A Instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1991. p. 307-312.

- BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.
- BIRMAN, J. e COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998. p.41-72.
- BOSI, A. Fenomenologia do olhar. In: NOVAES, A. et al. *O olhar*. São Paulo, Companhia das Letras, 1990. p.65-87.
- CASTEL, R. *O psicanalismo*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- CASTEL, R. *A gestão dos riscos, da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1991.
- COSTA, E. S. e KODA, M. Y. Reflexões sobre o trabalho em um hospital dia: as inquietudes da construção de uma prática. In: VIEIRA, M.C.T.; VICENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. (orgs.) *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. Taubaté, Cabral, 1999. p. 287-295.
- COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1981.
- COUTINHO, C.N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S.F. (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Ed. Cortez/ABRASCO, 1989. p. 47-60.
- CUNHA, M.C.P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- DANZIGER, K. The varieties of social construction. *Theory & Psychology*, v.7, n.3, p. 399-416, jun/1997.
- DAVIES, B. & HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the theory of social behaviour*, 20:1, p.43-63, march/1990.
- DELGADO, P.G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, Rio de Janeiro, Te Corá, 1992.
- DOS REIS, S. L. C. *Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção à saúde mental no município de Santos, São Paulo, no período de 1989 a 1996*. São Paulo, 1998. 162p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- FERNANDES, M.I.A. Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R. e COSTA, E.S. (orgs.) *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo, IPUSP, 1999a. p.39-46.
- FERNANDES, M.I.A. Saúde mental: a clausura de um conceito. *Revista USP*, nº43, p. 90-99, set./nov. 1999b.
- FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R. e COSTA, E.S. (orgs.) *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo, IPUSP, 1999.
- FIZIOLA, C.L.A. *O trabalho em um núcleo de atenção psicossocial do município de Santos (SP) – resgatando desejos, reconstruindo projetos de vida em um tempo sem milagres*. Ribeirão Preto, 1999. 220p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1993a.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1993b.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1994.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo, Edições Loyola, 1996.
- GERGEN, K. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), p. 266-275, 1985.
- GIORDANO JR., S. *A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no estado de São Paulo*. São Paulo, 1989. 203p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- GOLDBERG, J. *A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas*. São Paulo, 1992. 114p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- IBAÑEZ, T. La construccion del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. In: MONTERO, M. (org.) *Conocimiento, realidad e ideología*. Caracas, Asociación Venezolana de Psicología Social/AVEPSO, 1994. p. 39-48.
- LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. (org.) *Saúde e loucura*. nº1, p. 75-89. São Paulo, ed. Hucitec, 1989.
- LANCMAN, S. *A loucura do outro: o Juqueri no discurso dos seus protagonistas*. Salvador, 1998. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia.

- LOBOSQUE, A.M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo, HUCITEC, 1997.
- LOBOSQUE, A.M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro, Garamond, 2001.
- LOPES, R.C. *Programas de saúde mental: a proposta de uma concepção alternativa*. São Paulo, 1982. p.134. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARSIGLIA, R.G. et al. *Saúde mental e cidadania*. São Paulo, Mandacaru, 1987.
- MATOS, O.C.F. Cidadania: espaço público e tolerância mestiça. In: FERNANDES, M.I.A; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo, IPUSP, 1999. p. 33-38.
- NICÁCIO, M.F. (org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.
- NICÁCIO, M.F. *O processo de transformação em Saúde Mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Estudos Pós-Graduados, Pontifícia Universidade Católica.
- PELBART, P.P. *Da clausura do fora ao fora da clausura, loucura e desrazão*. São Paulo, Brasiliense, 1989.
- PINHEIRO, O.G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.J.P. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Cortez, 1999. p.183-214.
- PITTA-HOISEL, A.M.F. *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo, 1984. 161p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- POTTER, J. Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. In: RICHARDSON, J.T.E. *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester, BPS Books, 1996, (mimeo).
- POTTER, J. & WETHERELL, M. *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behavior*. London, Sage Publication, 1994.
- RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil. In: TUNDIS, S.A. e COSTA, N.R. (org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes-Abrasco, 1987. p. 15-73.

- ROTELLI, F. L'inventario delle sottrazioni. In: AA.VV., *Inventario di una Psichiatria*. Milano, Electa, 1981.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro, Te Corá editora, 1999.
- SCARCELLI, I.R. *O Movimento de Luta Antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. São Paulo, 1998. 149p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - *Política de Saúde Mental Democrática e Popular, Textos Oficiais*, 1989.
- SERRANO, A.I. *Onze estações e um devoto de São Jorge*. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SIGLER, R. *O profissional da saúde mental e o ideário de luta antimanicomial: uma abordagem psicanalítica sobre os entraves na apropriação de ideários sociais transformadores*. São Paulo, 2000. 163p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- SILVA FILHO, J.F. - A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S.A. e COSTA N.R. (org.) - *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes-Abrasco, 1987. p. 75-102.
- SPINK, M.J.P. *O contexto como pretexto*. Paper apresentado durante o XXIV Congresso Interamericano de Psicologia, Santiago do Chile, mimeo. 1993.
- SPINK, M.J.P. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Cortez, 1999.
- SPINK, M.J.P. e FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M.J.P. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Cortez, 1999. p.17-39.
- SPINK, M.J.P. e MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J.P. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, Cortez, 1999. p.41-61.
- TUNDIS, S.A. e COSTA, N.R. (orgs.) *Cidadania e loucura, políticas de saúde mental no Brasil*, Petrópolis, Vozes, 1987.

VIEIRA, M.C.T.; VICENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. (orgs.) *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. Taubaté, Cabral, 1999.

ANEXOS

Anexo 1: Roteiro de questões norteadoras

- **Para os trabalhadores:**

1. Como é o trabalho que você desenvolve aqui no NAPS Y? (dar exemplos, descrever um dia de trabalho)
2. Como foi sua entrada no NAPS Y? Conte-me sobre sua história aqui no serviço.
3. Fale-me de sua relação com os usuários.
4. O que embasa seu trabalho? (que valores, propostas, etc.)
5. Como você avalia atualmente o tratamento no NAPS Y?
6. Tem conhecimento sobre a proposta antimanicomial? Qual?
7. Para você o que seria doença mental?

- **Para os usuários:**

1. Como é seu tratamento no NAPS? (descrever um dia de tratamento)
2. Como foi sua entrada no NAPS?
3. Como é sua relação com os profissionais daqui?
4. Como é sua vida fora do NAPS?
5. Como foram seus tratamentos anteriores ao NAPS? (pedir para comparar com atendimento no NAPS)
6. Tem conhecimento sobre a proposta antimanicomial? Qual?
7. Para você o que seria a doença mental?

Anexo 2: Ficha de consentimento informado

DA NEGAÇÃO DO MANICÔMIO À CONSTRUÇÃO DE UM MODELO SUBSTITUTIVO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DE TRABALHADORES E USUÁRIOS DE UM NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Consentimento Informado

Dados de Identificação:

Nome: _____

Sexo: masc fem **Idade:** ____ anos **telefone:** _____

Usuário da Instituição Funcionário da Instituição

cargo: _____

Caro Colega,

Esta pesquisa tem como objetivo investigar os efeitos de uma proposta antimanicomial, assim como o tratamento dentro de um serviço substitutivo de atenção à Saúde Mental, a partir do discurso de trabalhadores e usuários desse serviço.

Para isso estaremos realizando entrevistas gravadas com aproximadamente 1h de duração. Este procedimento não implicará qualquer processo invasivo, desconforto ou risco. Será garantido sigilo absoluto quanto à identificação do entrevistado, assim como serão respeitados seus limites e dificuldades. Garantimos também esclarecimento de quaisquer dúvidas com relação à pesquisa e ao uso das entrevistas.

O entrevistado terá o direito de retirar seu consentimento informado ou mesmo deixar de participar da pesquisa se assim julgar necessário.

Mirna Yamazato Koda

Mestranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Concordo em participar da pesquisa através de minhas informações

Data: __/__/__ Assinatura _____

Anexo 3: Temas abordados nas entrevistas

TRABALHADORES:

1. A história da montagem do NAPS Y: o processo de desmonte do hospital Anchieta, a construção da rede de serviços territoriais.
2. O contexto político em Santos: a mudança de gestão administrativa no município que implicou um desinvestimento do poder público com relação às políticas sociais.
3. A filosofia de trabalho do NAPS.
4. Críticas e avaliação sobre o projeto de saúde mental em Santos e o trabalho desenvolvido.
5. Opinião sobre o projeto antimanicomial.
6. Como é o trabalho realizado no NAPS.
7. Excesso de emergências e atendimento ambulatorial.
8. A falta de atividades para os usuários.
9. A falta de investimento e infra-estrutura para o desenvolvimento do trabalho.
10. A falta de um olhar clínico no tratamento.
11. Experiência adquirida com o trabalho.
12. Diferenças e divisões na equipe.
13. A questão da especificidade dos profissionais, o papel do profissional.
14. Tendências ao paternalismo e assistencialismo no tratamento.
15. O desgaste dos profissionais, dificuldades no trabalho.
16. Papel do médico e da medicação.
17. Questão da contenção física e internação dos usuários.
18. Histórias de pacientes em crise (pacientes violentos, a reação das pessoas).
19. Relação dos trabalhadores com os usuários.
20. A participação dos usuários.
21. Início do trabalho no campo de saúde mental: medo inicial.
22. Relação com a família e com a comunidade.
23. A resistência a mudanças, dificuldade de se fazer críticas sobre o trabalho.
24. Discurso clínico versus discurso político.
25. Comparação entre manicômio e NAPS.

26. O que é doença mental.

USUÁRIOS:

1. Atendimento que tem no NAPS.
2. Opinião sobre o tratamento recebido.
3. Comparação entre NAPS e outros atendimentos recebidos.
4. Relatos sobre internações.
5. Relação com a família.
6. Relação com outros usuários.
7. História de vida.
8. História do processo de adoecimento.
9. Momentos de crise.
10. Percurso de tratamento no NAPS.
11. O que fazia antes de adoecer.
12. Relação com os profissionais.
13. Projetos pessoais.
14. Conhecimento sobre a proposta antimanicomial.
15. Ajuda recebida no NAPS, melhora.
16. Razões pelas quais vai ao NAPS.
17. Cotidiano fora do NAPS.
18. O que é doença mental.
19. Trabalho e recebimento de benefícios.
20. Contenção física e internação.
21. Medicação.
22. Refeições no NAPS.
23. O que seria um bom tratamento para doença mental.
24. O que é loucura.
25. Participação política.
26. Os efeitos da mudança de gestão política no município.