

Najla Nassere

DA DESCONSTRUÇÃO DO APARATO MANICOMIAL À IMPLEMENTAÇÃO DA
“POLÍTICA PÚBLICA” DE SAÚDE MENTAL CAPS – O CASO DE SANTA CRUZ DO
SUL/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Mozart Linhares da Silva

Santa Cruz do Sul, junho de 2007

Najla Nassere

DA DESCONSTRUÇÃO DO APARATO MANICOMIAL À IMPLEMENTAÇÃO DA
“POLÍTICA PÚBLICA” DE SAÚDE MENTAL CAPS – O CASO DE SANTA CRUZ DO
SUL/RS

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr. Mozart Linhares da Silva

Professor Orientador

Dr. Jerto Cardoso da Silva

Dra. Nádía Maria Weber Santos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho; em especial, aos meus familiares, pelo companheirismo e incentivo; aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, pelo ensinamento e amizade; ao professor orientador Dr. Mozart Linhares da Silva, pela sabedoria transmitida.

Também agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq-Brasil – pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo da Reforma Psiquiátrica, iniciado nos anos de 1980 no Brasil, tomando-se como estudo de caso a implementação da política pública de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Santa Cruz do Sul/RS, destacando as transformações da assistência à saúde mental, as novas estratégias de trabalho, a instrumentalização de saberes, bem como os desafios da atuação multidisciplinar. A estratégia analítica utilizada foi a análise de discurso, empregado a partir das técnicas de entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal. Participaram desta pesquisa cinco profissionais do CAPS adulto (psiquiatra, psicóloga, assistente social, técnica de enfermagem e terapeuta ocupacional) e quatro profissionais do CAPS infantil (psiquiatra, psicóloga, assistente social e fonoaudióloga). Os resultados deste estudo revelaram os limites e as transformações ocorridas no processo da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito à ruptura com o modelo epistemológico disciplinar e hospitalocêntrico. Entre os limites apontados destacam-se a precária articulação entre os CAPS de Santa Cruz do Sul e a rede básica de saúde, o distanciamento entre a “equipe técnica” e a “equipe de apoio”, a hierarquia disciplinar, calcada na psiquiatrização dos saberes sobre as demais áreas e a utilização de classificações diagnósticas baseadas no discurso médico psiquiátrico. Quanto às mudanças em relação à antiga forma de tratamento, evidencia-se uma maior preocupação com a garantia da cidadania dos usuários, a inserção dos familiares no tratamento, bem como o início de um processo de desmistificação da “loucura” junto à comunidade. Um dos maiores desafios da política pública de saúde mental (CAPS) do município refere-se à falta do amadurecimento de uma postura interdisciplinar, o que de certa forma, retrata as dificuldades ainda encontradas no alcance dos princípios advogados pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chaves: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Reforma Psiquiátrica, política pública de saúde mental.

ABSTRACT

The objective of this work is the analysis the process of the Psychiatrist Reform, which started in Brazil during the eighties. Considering a case of study, regarding the implementation of Mental Public Health of Psycho-social care Center (*CAPS*) in the municipality of Santa Cruz do Sul –RS. Focusing the transformation of assistance to mental health, the new work strategies, the managing of the knowing process, as well as the challenges of multidisciplinary behavior. The used strategy was the speech analysis, used considering the semi-structured techniques of interview, and those of focal group. Five professionals of *adult CAPS* participated in the research; (a psychiatrist, a psychologist, a social assistant, a technician of nursing, a occupational therapist) and four professionals of the children *CAPS* (a psychiatrist, a psychologist, a social assistant, and a phone audiologist). The results of this study revealed the limits and transformations occurred during the process of Psychiatry Reform, especially referring to rupturing the epistemological disciplinal and hospital-centered model. Among the limits mentioned, we can highlight the precarious articulation between the Santa Cruz *CAPS* and the basic health network, the separation between the “technical team” and the “supporting team” the disciplinary hierarchy, which is shown in the psychiatry-concept of the knowledge related. Referring to the changes on the ancient way of treatment, it is clear that there’s a bigger concern about the customer citizenship guaranty, bigger family participation during the treatment, as well as the beginning of the community demystification process concern, regarding “craziness”. One of the biggest concerns of mental health public policy (*CAPS*), refers to the lack of maturity to the interdisciplinary approach, which, in a way, still portrays the difficulties found about a real understanding of the principles shown in the Psychiatric Reform.

Key words: Psycho social care center (CAPS), Psychiatric reform, Mental health public policy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DAS NOVAS FORMAS DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL	11
1.1 Do grande manicômio e da loucura como objeto da razão na modernidade.....	12
1.2 Da crítica à desconstrução do grande manicômio: as transformações do tratamento no âmbito da saúde mental	31
2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E DAS NOVAS PROPOSIÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL	50
2.1 Dos manicômios brasileiros	52
2.2 Da recepção das idéias reformistas.....	61
2.3 Das políticas públicas e das transformações na assistência à saúde mental.....	67
2.4 Da matriz disciplinar e da multiprofissionalidade no tratamento à saúde mental.....	80
2.5 Do projeto lei do ato médico à possibilidade de retrocesso à supremacia disciplinar	86
3 DA CRIAÇÃO DOS CAPS EM SANTA CRUZ DO SUL E DE SEU FUNCIONAMENTO ESTRATÉGICO	96
3.1 Da contextualização da criação dos CAPS em Santa Cruz do Sul.....	96
3.2 Do funcionamento dos CAPS.....	103
3.3 Do atendimento prestado aos usuários	113
3.4 Da psiquiatrização e do desafio multidisciplinar.....	124
3.5 Das limitações da política pública de saúde mental à possibilidade de retorno ao modelo hospitalocêntrico.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
ANEXO A - Instrumentos aplicados na pesquisa	146
ANEXO B - Lei nº 10.216 - Lei Federal de Saúde Mental	147
ANEXO C - Projeto de Lei do Senado nº 025 de 2002 – Projeto de Lei do Ato Médico.....	151

INTRODUÇÃO

A temática deste estudo refere-se ao processo da Reforma Psiquiátrica brasileira que, a partir dos anos de 1980, passou a obter uma maior consistência e visibilidade através da implantação e da implementação das novas políticas públicas de assistência à saúde mental em diversas regiões do Brasil. O processo de desconstrução dos grandes hospitais psiquiátricos e a concomitante construção dos novos serviços, considerados substitutivos ao modelo manicomial, são objetos de análise neste trabalho.

Ao contextualizar este processo de reestruturação da política pública¹ de saúde mental no Brasil, deve-se reconhecer a influência dos EUA e de alguns países da Europa, considerados como os grandes protagonistas da Reforma Psiquiátrica. Através das críticas dirigidas ao modelo hospitalocêntrico, calcado no modelo bio-determinista que norteou as práticas da psiquiatria desde o final do século XVIII, surgiram novas formas de atuação que visavam transformar as práticas que até então vinham sendo adotadas nos hospitais psiquiátricos, o conceito de “loucura” presente na sociedade, bem como a forma de se relacionar com o sujeito considerado “doente mental”.

Considerando a amplitude das questões suscitadas por esta temática, o objetivo desta pesquisa é analisar o processo da reforma psiquiátrica, tomando-se como estudo de caso a implementação da política pública de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS² (adulto e infantil) no município de Santa Cruz do Sul/RS, destacando as transformações da assistência à saúde mental, as novas estratégias de trabalho, a instrumentalização de saberes, bem como os desafios da atuação multidisciplinar.

Três questões nortearam este estudo: 1) Baseados em quais discursos e críticas os países da Europa e os EUA, em meados do século XX, construíram as novas experiências de atuação no âmbito da saúde mental, dando início ao processo da Reforma Psiquiátrica? 2) Considerando que a partir dos anos de 1980, são construídos no Brasil novos serviços, considerados alternativos ao modelo hospitalocêntrico, quais as transformações do tratamento

¹ Segundo Fagundes (2004), políticas públicas são programas, ações, projetos propositivos que visam administrar os interesses e necessidades sociais.

² O CAPS deve ser compreendido como um dispositivo dentro das políticas públicas de saúde mental. O título deste trabalho colocou entre aspas “política pública” para que se possa pensar de forma mais abrangente este

à saúde mental objetivadas por este processo de descentralização de atendimento? 3) Quais os limites quanto à atuação multiprofissional dos CAPS tendo-se em vista a longa tradição da psiquiatrização, baseada na centralização do atendimento psiquiátrico?

Tendo em vista estas questões, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, a partir do qual foi utilizado o método análise de discurso. A escolha de tal estratégia analítica deve-se ao reconhecimento da linguagem como mediação entre o entrevistado e a realidade social ao qual o mesmo remete-se. Conforme Orlandi (2003), a análise do discurso abarca a idéia de percurso e de movimento, que constitui a construção da ideologia de como cada ser humano percebe os fatos e as transformações da realidade que o circunda. No discurso encontra-se a percepção não só de quem está pronunciando a palavra, visto que o sujeito que fala é atravessado por ordens discursivas que transcendem a sua posição autoral.

Foram submetidos à análise do discurso dois instrumentos de coleta dos dados: entrevista semi-estruturada e a técnica do grupo focal (ANEXO A). Nove profissionais participaram da entrevista e da técnica do grupo focal: cinco profissionais do CAPS adulto (psiquiatra, psicóloga, assistente social, técnica de enfermagem e terapeuta ocupacional) e quatro profissionais do CAPS infantil (psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e psiquiatra). Estes profissionais deveriam possuir mais de dois anos de experiência nas equipes dos CAPS adulto e infantil do município de Santa Cruz do Sul. A exigência pelos dois anos de experiência na equipe dos CAPS em estudo justifica-se pelo fato destes profissionais estarem há mais tempo atuando juntos, tendo portanto, uma maior capacidade de avaliar as mudanças desta nova política de assistência à saúde mental.

A opção por fazer entrevista individual deve-se a valorização do discurso de cada profissional quanto às transformações de uma antiga forma de tratamento (manicomial) em relação à nova política pública de assistência à saúde mental (CAPS) do município de Santa Cruz do Sul.

A técnica do grupo focal foi realizada alguns dias depois da aplicação das entrevistas individuais para evitar possíveis influências de opiniões que poderiam comprometer a subjetividade dos entrevistados quanto à percepção acerca do tema a ser pesquisado na

dispositivo de saúde mental, que está inserido num campo tenso, onde vários interesses estão em jogo na hora de implementar suas práticas.

entrevista. O objetivo desta técnica foi analisar as contradições que poderiam emergir em relação à entrevista individual. Além disto, a mesma possibilita a verificação da interação e relação entre os membros da equipe, constituindo-se como um instrumento enriquecedor na análise dos dados.

Segundo dados da Universidade de Minas Gerais (2005, <http://www.fae.ufmg.br/escplural/grupofocal.htm>), o grupo focal é uma técnica de avaliação que oferece informações qualitativas. A discussão tem por objetivo revelar experiências, sentimentos, percepções e preferências. Os grupos são formados por participantes que têm características em comum³ e são incentivados pelo pesquisador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, etc. O papel do pesquisador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização do discurso de alguns participantes sobre outros.

Os participantes foram devidamente informados e esclarecidos quanto a sua participação no estudo e deveriam estar de acordo com a realização da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para elucidar as questões norteadoras e atender ao objetivo proposto, este trabalho foi organizado em três capítulos. O primeiro capítulo analisa a constituição da psiquiatria, a hegemonia do seu saber/poder e o tratamento nos grandes hospitais psiquiátricos, que desde o final do século XVIII até meados do século XX encontravam na sociedade um papel predominante de atuação. Além disto, foram apresentadas as principais críticas construídas em alguns países da Europa e nos EUA ao tratamento manicomial e as propostas de reformulações das práticas adotadas pela psiquiatria.

O segundo capítulo descreve e analisa o funcionamento dos manicômios brasileiros que, desde meados do século XIX até o final dos anos de 1987, constituir-se-iam como a principal forma de tratar os “doentes mentais”. A partir da recepção das idéias reformistas, no final dos anos de 1970, os técnicos de saúde mental do Brasil organizaram movimentos sociais e passaram a reivindicar pela reestruturação da política pública de saúde mental. Nesta direção, foram apresentados os novos serviços considerados substitutivos ao modelo manicomial e as

³ No caso desta pesquisa, os grupos foram formados por profissionais da área da saúde.

novas formas de atuação na equipe multiprofissional de tratamento à saúde mental, que se constituíram devido ao reconhecimento das limitações do saber disciplinar. Para concluir este capítulo, foram abordadas questões referentes ao Projeto Lei do Ato Médico e ao Projeto Lei que visa uma mudança na lei estadual da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul. Ambos os projetos de lei são defendidos por vários profissionais da classe médica⁴ que, ameaçada frente as novas relações entre as disciplinas atuantes na área da saúde, visa a permanência da hierarquia e da hegemonia da medicina, do seu saber/poder e da sua legitimidade social.

O terceiro capítulo faz uma análise das transformações da política pública de saúde mental no município de Santa Cruz do Sul. Nele, foram apresentadas as falas mais significativas dos profissionais entrevistados, considerando o objetivo deste estudo, para uma análise da percepção dos profissionais acerca do processo da Reforma Psiquiátrica. Deste modo, foram analisadas questões como: o desmantelamento do hospital psiquiátrico do município e a criação dos CAPS; a forma de funcionamento dos CAPS, compreendendo o modo como é realizado o atendimento aos usuários; o desafio enfrentado pelas equipes diante da necessidade de diversos olhares e saberes que contemplem a complexidade do ser humano e de seu sofrimento; e, por fim, as limitações da política pública de saúde mental (CAPS) do município e a possibilidade de retorno ao modelo hospitalocêntrico.

⁴ Defende a autoridade nas decisões e coordenações de procedimentos em saúde.

1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DAS NOVAS FORMAS DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Em meados do século XX, alguns países da Europa e os EUA deram início ao processo de desconstrução do modelo psiquiátrico moderno, estruturado e centralizado nas grandes unidades de atendimento, que desde o final do século XVIII se institucionalizara nos chamados Hospícios e Manicômios.

A desinstitucionalização dos grandes hospitais psiquiátricos é o resultado da crítica à concepção de “loucura”, cuja representação estava relacionada à ciência moderna clássica que opunha razão e desrazão como balizadoras do saber normalizador. A cisão entre razão e desrazão permitiu a construção do discurso psiquiátrico que, a partir da idéia de ordem e normalização, definiu a loucura como objeto de saber. A apropriação da loucura como objeto do saber médico possibilitou a inclusão da mesma no discurso moderno e, as relações de saber-poder que daí se legitimaram, constituíram as condições para a criação do espaço institucional da loucura: o manicômio. Trata-se, neste sentido, da relação construída historicamente na modernidade, entre conhecimento e assujeitamento ou, para usar a terminologia foucaultiana, da relação entre saber-poder.

A partir dos anos 1960, a relação conhecimento/assujeitamento na prática psiquiátrica posiciona a crítica aos processos de exclusão espacial da loucura e, concomitantemente, aos processos de inclusão discursiva da loucura na episteme psiquiátrica, centralizada na estrutura manicomial. O movimento antipsiquiátrico, radicalizado nas obras de Basaglia, Rotelli, Foucault, Amarante, entre outros, aponta o manicômio como o espaço privilegiado do assujeitamento, baseado em uma relação de poder, que não poderia sustentar-se frente aos movimentos sociais que alargavam o conceito de cidadania e de liberdade.

Com esta orientação, o objetivo deste capítulo é analisar a desconstrução dos grandes hospitais psiquiátricos na modernidade. Entretanto, considera-se de fundamental relevância uma reflexão acerca do nascimento das instituições que passaram a abrigar a loucura. Neste sentido, devemos questionar: quais as condições e possibilidades para o surgimento do sistema manicomial em uma determinada época e contexto social? Tal questionamento

remete-nos às representações sociais acerca da loucura, aos discursos que a aprisionaram e, conseqüentemente, aos saberes e aos poderes que nortearam e legitimaram as práticas nos grandes hospitais psiquiátricos.

Por outro lado, a desconstrução implica numa ruptura com o modelo até então vigente, fazendo surgir, paralelamente, neste contexto de dismantelamento do sistema manicomial, a constituição de novos discursos, novas práticas, saberes e poderes, bem como um novo olhar e uma nova representação acerca da loucura. Desta forma, o questionamento passa a ser: como se constituíram socialmente os novos saberes e discursos acerca da loucura, fazendo emergir um outro modelo de tratamento baseado na descentralização dos grandes hospitais psiquiátricos?

Para realizar esta análise, serão apresentadas as concepções de Franco Basaglia, precursor do movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, cujo movimento teve repercussão mundial, além de outros teóricos e críticos que influenciaram no processo de desconstrução do grande manicômio.

Nesta perspectiva, este capítulo apresenta a análise dos seguintes temas: a) do grande manicômio e da loucura como objeto da razão na modernidade; b) da crítica à desconstrução do grande manicômio: as transformações do tratamento no âmbito da saúde mental.

1.1 Do grande manicômio e da loucura como objeto da razão na modernidade

O advento do sistema manicomial, reconhecido nomeadamente como “manicômio”, “hospício” ou “hospital psiquiátrico”, constituiu-se no final do século XVIII como instituição centralizadora, baseada no modelo hospitalocêntrico, destinada a tratar exclusivamente dos chamados “doentes mentais”. Este modelo de tratamento é o resultado do novo discurso da época – o discurso médico - e fez emergir um novo conjunto de práticas em relação à loucura. Foucault (1999) refere que o discurso médico atribuía à loucura características de doença, animalidade, anormalidade e desrazão, sendo necessário estudá-la e tratá-la. Nesse sentido, o autor ressalta que “a doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isto sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII” (1999, p.131). Nesta perspectiva, o hospital psiquiátrico se inscreve como um espaço

exclusivo para abrigar, conter e tratar os sujeitos acometidos pela doença mental. Foucault (1999) afirma que o internamento denota também um meio de proteção à sociedade, visto que os “loucos” eram percebidos como ameaça à ordem social. De acordo com o autor: “em todo caso, é esta *animalidade da loucura* que o internamento exalta, ao mesmo tempo em que se esforça por evitar o escândalo da *imoralidade do irracional*” (1999, p.155). Alves e Guljor (2004) referem que a partir desta percepção em relação à loucura constituiu-se o modelo assistencial tradicional em saúde mental. Segundo estes autores “como forma de organizar a discussão, optamos por denominar esse modelo hegemônico como modelo assistencial tradicional [...] cujo respaldo teórico é o paradigma racionalista problema-solução, sendo o objeto do cuidado a ‘doença mental’” (2004, p. 223).

Alves e Guljor (2004, p. 221) descrevem que o discurso médico do final do século XVIII, postulava que “é preciso isolar para conhecer, conhecer para intervir”, o que apontava para um paradigma que atribuía ao isolamento uma das características estratégicas para o tratamento da loucura. Com a emergência deste paradigma, baseado nas premissas do discurso médico, passou-se a conferir ao louco o rótulo de “sujeitos da des-razão” e “doentes mentais”. Nesta perspectiva, Foucault (2001) destaca que a loucura é produzida, reproduzida e atingida através do discurso detentor de poder e soberania intitulada na figura do médico. O ambiente hospitalar, segundo Foucault (2001, p. 118), exercia “uma ação direta sobre a doença: não só lhe permitir revelar a sua verdade aos olhos do médico mas também produzi-la”. Desse modo, a loucura se inscreve nos grandes manicômios como “objeto” da medicina, passível de observação, estudo, especialização e inscrição em regimes de verdades, passando a ser objetivada.

Nesse mesmo sentido, Soares (2005, <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemasm/capa/pdf>) salienta que a constituição do saber psiquiátrico ocorreu dentro dos hospitais psiquiátricos, sob o olhar científico do médico, que percebia a loucura como doença mental. Cabe ressaltar, que o movimento de apropriação da loucura pela medicina, bem como o nascimento da psiquiatria como um novo campo de saber-poder, estavam atrelados às mudanças significativas que Pinel ocasionou no pensamento médico e social no final do século XVIII, época em que desacorrentou os doentes mentais dos asilos em que foi nomeado médico chefe, em Paris. Um destes asilos, denominado Bicêtre, destinava-se a doentes mentais masculinos. Os internos de Bicêtre permaneciam acorrentados em celas baixas e

úmidas. O outro asilo em que foi nomeado chefe era feminino e denominava-se Hospício de Salpêtrière.

Du Camp (1967, p. 250) descreve as condições precárias em que viviam os internos do asilo Bicêtre, no período em que Pinel desacorrentou-lhes.

O que era Bicêtre, nessa época, não se pode imaginar; era o cárcere da Idade Média naquilo que ele tinha de mais terrível; era de vez uma masmorra, uma casa de correção, uma penitenciária, um hospital: assassinos, devassos, doentes, indigentes, aleijados viviam misturados na mais espantosa promiscuidade; numa palavra era uma cloaca.

Cobra (2006, <http://www.cobra.pages.com.br/ecp-pinel.html>) afirma que além de se deparar com a realidade vivida pelos doentes mentais internados em Bicêtre e Salpêtrière, Pinel passou a considerar o relato da experiência diária dos funcionários do estabelecimento, visto que os mesmos estavam em contato permanente com o doente mental. Estes o ajudavam a compreender certas peculiaridades das doenças mentais. O chefe dos guardas do asilo, Jean-Baptiste Pussin, cujos procedimentos observava com atenção, inspirou-lhe medidas “humanitárias” em benefício dos doentes, principalmente a de libertá-los das correntes, tratá-los como doentes comuns e, em caso de agitação e agressividade, aplicar “apenas” camisa de força.

O fato de libertar os doentes mentais das correntes que os aprisionavam às condições precárias do asilo, conferiu a Pinel o reconhecimento de “pai da psiquiatria”. Pinel atribuía ao louco características de “des-razão”, “doença mental” e “animalidade”, afirmando que os “enigmas” relacionados à loucura seriam desvendados pela racionalidade da ciência médica. Nesse mesmo sentido, Foucault (2001, p.111) afirma que, “efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica”. O conhecimento sobre a doença mental conferiria ao médico mais saber sobre a mesma e, deste modo, mais poder perpetuava-se nas relações estabelecidas tanto com o paciente quanto com a sociedade. Deste modo, Foucault (2001, p.XXI e XXII) ressalta que:

O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, ‘máquina de curar’, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber.

Seguindo esta linha de pensamento, o hospital psiquiátrico constituir-se-ia como um instrumento que possibilitaria ao médico garantir o seu espaço e o seu status, como aquele que detém o conhecimento do doente e das doenças. Desse modo lhe é outorgado cada vez mais poder, permitindo-lhe reproduzir um discurso social hegemônico que atravessa o sujeito e o produz conforme a vontade do médico. Foucault (2001, p. XIX) refere que “é o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder”. Nesse mesmo sentido, o indivíduo torna-se produto do discurso que emerge da relação saber-poder.

Cabe salientar que antes da loucura tornar-se objeto de análise da psiquiatria, ela transitou por outros domínios de saber-poder. Foucault (1999) salienta que na antiguidade grega, a representação da loucura estava relacionada a algo sobrenatural, divino e revelador. O “louco” manifestava em seu comportamento algo que escondia uma revelação acerca de si e da humanidade. Existia neste período um grande fascínio e curiosidade em desvendar tal mistério, de forma que a loucura não era excluída e escondida da sociedade. Cabe ressaltar, que neste contexto, o pensamento grego era marcado pela noção do sagrado: culto aos deuses, forças da natureza e forte influência das crenças mitológicas. Desse modo, todo este pensamento influenciava as representações acerca da loucura, sendo que a mesma deveria ser respeitada e percebida como fonte de sabedoria. Já na Idade Média a crença era fundamentada na doutrina cristã. Nesta perspectiva, todo entendimento sobre os fatos eram percebidos como obra divina, sendo que aos homens restava apenas aceitar a vontade de Deus. Aqueles considerados desafortunados, como por exemplo, os pobres e os loucos contavam com o auxílio dos mais afortunados e, assim estes últimos, através da caridade e de sua boa ação garantiriam à sua própria salvação. Encontramos no discurso predominante deste período a característica dualista e conflitiva: bem X mal, pecado X sagrado. Assim, os afortunados eram considerados os sujeitos que não cometiam pecados e, por isto, não padeciam de tantos sofrimentos como acontecia com os desafortunados ou pecadores.

Foucault (1999) mostra que em cada período há uma percepção diferente acerca da loucura. Tanto na antiguidade grega como na Idade Média era conferido um determinado saber e um determinado poder em relação à loucura, que emergiam do discurso predominante no período e no contexto vivido. O discurso legitimador das práticas em cada época influencia a percepção sobre os diferentes fatos que surgem. Quanto à constituição do “corpo social”, relações saber-poder e circulação do discurso, Foucault (2001, p. 179) nos diz:

Quero dizer que em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso.

Nesse sentido, a relação saber-poder é indissociável e configura-se como verdade inquestionável, mediante a circulação discursiva que acaba constituindo o “eu” e as características da sociedade de um determinado período. Em outras palavras, somos formados pela linguagem, pelo discurso que nos atravessa e que nos constitui enquanto sujeitos. Somos assujeitados ao discurso social introjetado, que é anterior a nós e passamos a reproduzi-lo nas relações que estabelecemos.

Goffman (1996, p. 142) afirma que as instituições ou estabelecimentos sociais exercem um controle social, através do discurso legitimador de práticas que visam à normalização e que constituem o “eu”:

[...] cada eu, se desenvolve dentro dos limites de um sistema institucional, seja um estabelecimento social – por exemplo, um hospital psiquiátrico – seja um complexo de relações pessoais e profissionais. Portanto, o eu pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes. Neste sentido, o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apóia, mas constitui o eu.

Em outras palavras, o discurso nos constitui enquanto sujeitos. As relações de saber e poder possibilitam a circulação do discurso, mas este é construído historicamente tornando-se hegemônico em um determinado contexto e período. Existem condições e possibilidades para que o discurso torne-se legitimador de práticas, e isto se deve às peculiaridades e à episteme dominante em cada época. Foucault (1994, p. 75) ao fazer uma análise da percepção social em relação ao “louco”, em diferentes períodos e contextos, refere o discurso predominante antes do advento da medicina positiva:

Afirmou-se, afirmou-se até demais que o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um ‘possuído’. E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas.

Segundo Foucault (1994), foi somente no século XVII que a loucura passou a ser enclausurada. O autor afirma que “nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão” (1994, p.78). Esta “brusca mudança” referia-se a criação de instituições assistenciais e filantrópicas, cuja finalidade era a internação de todas as pessoas consideradas pela sociedade como sujeitos da desrazão e da imoralidade.

Criam-se (e isto em toda Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’. (FOUCAULT, 1994, p. 78).

Estudos como os de Goffman (1996) e Foucault (1999), apontam que até o final do século XVIII, os asilos da Europa não apresentavam finalidade médica. Estes asilos eram reconhecidos como instituições filantrópicas e retratavam a exclusão social, pois abrigavam pessoas consideradas “indesejáveis” e perigosas à sociedade, entre elas estavam os loucos. Para Foucault (1994, p. 79),

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência.

Com o advento do sistema manicomial, a loucura continuava sendo enclausurada, excluída da sociedade, aprisionada e assujeitada, mas agora um novo saber-poder constituir-se-ia: o saber e poder do médico, que através do discurso legitimador e inquestionável possibilita a inclusão da loucura na episteme psiquiátrica. Nesse sentido, Amarante (1998) observa que o fato de Pinel desacorrentar os loucos não possibilitou a inscrição dos mesmos em espaço de liberdade, mas sim permaneceu alienando-os ao fundar uma ciência que passou a classificá-los e acorrentá-los como objetos, passivos de serem permanentemente explorados e estudados. Tal reforma, como aponta Foucault (2001), conferiu aos médicos um maior saber e automaticamente um maior poder sobre a loucura, construindo discursos legitimadores de práticas dentro de um novo espaço: o hospital psiquiátrico.

Ora, aquilo que estava logo de início implicado nestas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É este triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que constituía como doença, no exato momento em que o 'sujeito' que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença. (FOUCAULT, 2001, p. 127).

Foucault (2001) segue sua análise quanto à inclusão da loucura na episteme psiquiátrica, bem como a inclusão da relação saber-poder do discurso médico na modernidade, descrevendo o discurso da apropriação da loucura pela medicina como:

'Sabemos sobre a sua doença e sua singularidade coisas suficientes, das quais você nem sequer desconfia, para reconhecer que se trata de uma doença; mas desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental'. (FOUCAULT, 2001, p. 127).

Esta soberania discursiva do médico, predominante no final do século XVIII até o século XX, é expressa por Foucault em vários momentos de suas obras. Em *História da Loucura* o autor salienta:

A loucura tem uma dupla maneira de postar-se diante da razão: ela está ao mesmo tempo *do outro lado e sob seu olhar*. Do outro lado: a loucura é diferença imediata, negatividade pura, aquilo que se denuncia como não-ser, numa evidência irrecusável; é uma ausência total de razão, que logo se percebe como tal, sobre o fundo das *estruturas do razoável*. Sob o olhar da razão: a loucura é individualidade singular cujas características próprias, a conduta, a linguagem, os gestos, distinguem-se uma a uma daquilo que se pode encontrar no não-louco. (FOUCAULT, 1999, p.184).

Com isto o autor aponta o quanto a cisão entre razão e desrazão encontra-se presente no discurso que legitima o poder e a prática da psiquiatria. De um lado, a desrazão representada pelo "louco", que passa a ser assujeitado ao olhar e as práticas dos médicos, estes últimos, considerados não-loucos e racionais. Foucault (1999, p.187) observa:

O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. E no louco o que ele percebe não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não-razão. E aquilo a partir do que ele reconstrói a loucura não é a múltipla experiência dos loucos, é o domínio lógico e natural da doença, um campo de racionalidade.

Em outras palavras, Foucault (1999) mostra que a racionalidade médica ao enclausurar o “louco” enclausura-se também, visto que acaba visualizando somente a desrazão e a doença mental neste campo de racionalidade criado pela própria ciência. Devido a isto, o autor menciona que não existe reciprocidade em relação à loucura: “a loucura só existe como ser visto. Essa proximidade que se instaura no asilo, que as correntes e as grades não rompem, não permitirá a reciprocidade: é apenas a proximidade do olhar que vigia, que espia, que se aproxima para ver melhor [...]” (FOUCAULT, 1999, p.482).

Nesta perspectiva, Foucault traz a idéia de diálogo rompido entre a loucura e a sociedade, provenientes da própria fragmentação entre razão e desrazão. Por não haver linguagem comum, não há compreensão, o que faz emergir a característica desrazão à loucura. O autor afirma que esta cisão encontra-se presente também na relação entre o médico e o louco e, concomitantemente, surgem fragmentações do tipo “razão e não razão”, “loucura e não loucura” que impedem o diálogo com a loucura. Motta (2002, p.153) apresenta-nos as análises de Foucault presentes no prefácio do seu original “Folie et déraison. Histoire de la folie à l’ âge classique (1961): “a linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio”. Devido a este silêncio e a este distanciamento, Foucault observa que talvez nunca saibamos realmente o que pode ter sido a loucura, visto que a mesma constitui-se como uma linguagem incompreensível, de difícil significação e por isto acaba sendo excluída. A loucura denota o vazio, pois ainda não foi devidamente nomeada e significada, o que leva a uma incompatibilidade com a obra. Segundo o autor, esta incompatibilidade, silêncio e este vazio em relação à loucura ocorrem devido ao distanciamento entre sujeito e objeto de análise, ou seja, entre a razão e a desrazão.

Em virtude do que foi exposto até aqui, Foucault (1999) salienta que o internamento retrata a não comunicabilidade entre a loucura e o homem moderno, visto que se constituía um discurso hegemônico quanto à cisão entre razão e desrazão. De acordo com o autor, o homem moderno considerado o “homem da razão” delega a loucura à racionalidade médica, considerando-a como a única capaz de tratar a doença mental.

Nesse mesmo sentido, Foucault (1999, p.522) faz uma crítica ao aprisionamento da loucura nos manicômios, proposto por Pinel ao desacorrentar os doentes mentais de Bicêtre:

O asilo construído pelo escrúpulo de Pinel não serviu para nada e não protegeu o mundo contemporâneo contra a maré da loucura. Ou melhor, serviu, serviu muito bem. Se libertou o louco da desumanidade de suas correntes, acorrentou ao louco o homem e sua verdade.

Nesta perspectiva, Tavares (2006, p.66) apresenta o discurso da psicóloga Patrícia Villas-Bôas, militante do movimento Nacional da Luta Antimanicomial, quando a mesma ao referir-se a Pinel afirma: “Se por um lado ele liberta amarras físicas, de outro aprisiona a mente”. Deste modo, ele não rompeu com as práticas do internamento, apenas inscreveu a loucura em um outro espaço, a fim submetê-la a investigações mais específicas baseadas em critérios de seleção e classificação. Esta análise corrobora com a observação de Foucault (2001, p.122) que afirma que o hospital psiquiátrico do século XIX denota, “lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta”.

Machado et al (1978), salienta que o objetivo do hospital psiquiátrico era a recuperação do doente mental, pois assim seria possível o reconhecimento social da eficiência da psiquiatria, conferindo aos médicos um maior status e poder provenientes do saber que adquiriam na relação com a loucura. Para isto, a psiquiatria utilizou-se de instrumentos que lhe garantissem eficácia terapêutica em sua prática. Um destes instrumentos passou a ser o ambiente demarcado para hospedar a loucura, com médicos interessados em especializar-se neste novo campo de saber que se constituía. Corroborando com Machado (1978), Birman (1978) afirma que o asilo era o ambiente que tinha a função de transformar o sujeito acometido pela doença mental e de recuperar a sua moral, através das técnicas de normalização que garantiriam a ordem social.

A Psiquiatria tornava-se necessária para recolher através dos asilos esses seres que eram considerados obstáculos ao bom andamento da Ordem social. Ela afastava do convívio social mas com o objetivo de recuperação moral, diferindo do antigo Hospital Geral que segregava sem visar a transformação moral do internado. Esta ação modificadora da conduta moral era a essência do tratamento psiquiátrico. (BIRMAN, 1978, p.240).

Os médicos ou “alienistas”, como eram chamados, desejavam que o hospital fosse reconhecido como o lugar de análise e cura da alienação mental. Por isto, manter os pacientes alienados dentro dos manicômios era fundamental para que os psiquiatras pudessem pregar o

‘tratamento moral’, considerado pré-condição para a cura (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>).

O tratamento moral consistia na transformação dos internos em “corpos dóceis”, obedientes e úteis à sociedade industrial que emergia na passagem do século XVIII para o século XIX. Foucault (2001) observa que as instituições do século XIX retratavam a própria sociedade da época, pois procuravam através de processos disciplinares, coerções e imposições, manter o controle sobre os corpos e a ordem social. Para o autor, a disciplina na sociedade moderna era uma técnica utilizada na produção e transformação dos sujeitos. Existiam normas e padrões de conduta impostos às pessoas, pelas ciências humanas que detinham com a sociedade relações de poder. Foucault (2001, p. 106) observa que a disciplina constitui-se como uma técnica de poder baseada na vigilância permanente dos sujeitos internados:

A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.

O corpo é manipulado até ser transformado em objeto capaz de obter melhores desempenhos nas atividades propostas. Mas, para que esta transformação se efetivasse, era necessário isolar o doente mental e submetê-los a vigilância permanente. Acreditava-se que ao excluir o doente mental da sociedade e assujeitá-lo ao tratamento moral, futuramente haveria a possibilidade de inseri-lo novamente na sociedade. Desse modo, Birman (1978, p.343) apresenta a proposta da psiquiatria na transformação e na correção dos corpos, visando à inserção posterior dos doentes mentais no espaço social:

A Psiquiatria como saber sobre a alienação mental se propõe a modificar os loucos, tornando-os sujeitos do espaço social. De indivíduos à parte, esquisitos e desordenados, ela pretende transformá-los no seu oposto, isto é, marcados pela sociabilidade e atravessados pela Ordem.

Nesta perspectiva Foucault (2004), remete à disciplina a característica de transformação dos indivíduos, visto que os mesmos deixam de ser quem são e passam a ser uma engrenagem dentro da instituição, obedecendo todas as regras estipuladas pela mesma. Dentro desta linha de pensamento, Goffman (1996) destaca que na “instituição total” a pessoa passa por uma deformação pessoal, visto que modifica sua identidade em prol das regras institucionais.

Ao definir “instituição total”, Goffman (1996) observa que é um local onde vários indivíduos em situação semelhante são separados da sociedade por um tempo, onde são submetidos a uma vida fechada e administrada. Essas instituições isolam o internado do mundo externo, pois o objetivo é excluí-lo para que o mesmo aprenda e internalize as regras da instituição.

Em resumo, toda instituição tem tendências de ‘fechamento’. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais ‘fechadas’ do que outras. Seu ‘fechamento’ ou caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. (GOFFMAN, 1996, p. 16).

O aprisionamento do sujeito internado em instituições totais por meio dos esquemas físicos, descritos por Goffman (1996), acaba transformando o “eu”. O autor observa que a barreira em relação ao convívio social ocasiona a “mutilação” e a “mortificação do eu”. “O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente mortificado” (GOFFMAN, 1996, p. 24). A “mutilação do eu” e a “mortificação do eu” é descrito pelo autor como sendo resultado da submissão e da alienação experienciada nas instituições totais, o que nos remete a pensar em uma falta de oxigenação do eu. Goffman (1996, p.24) afirma que “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu”.

Nesse sentido, a “mutilação” ou “mortificação do eu” é ocasionada pela sujeição e obediência às novas regras a que o sujeito é submetido desde que entra na instituição. Nela o sujeito perde sua identidade e adquire uma nova, na medida em que é moldado pelas normas institucionais. Goffman (1996, p. 28) salienta que “[...] ao ser admitido numa instituição total, é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal”. Esta mudança na identidade atinge a aparência física e também comportamental do sujeito assujeitado às instituições totais, visto que as mesmas obrigam-no a vestir-se e a comportar-se segundo o que é estipulado. Nesta perspectiva, Goffman (1996, p.30) descreve que “qualquer regulamento, ordem ou tarefa, que obrigue o indivíduo a adotar tais movimentos ou posturas, pode mortificar seu eu”.

Goffman (1996) aponta para a falta de liberdade de expressão dos afetos e sentimentos, experienciados por todos aqueles submetidos às exigências das instituições totais, o que acaba reforçando a mutilação e a mortificação do “eu”.

Na sociedade civil, quando um indivíduo precisa aceitar circunstâncias e ordens que ultrajem sua concepção do eu, tem certa margem de expressão de reação para salvar as aparências – mau humor, omissão dos sinais comuns de deferência, palavrões resmungados, ou expressões fugidias de desprezo, ironia e sarcasmo. Portanto, a obediência tende a estar associada a uma atitude manifesta que não está sujeita ao mesmo grau de pressão para obediência. Embora essa resposta expressiva de autodefesa a exigências humilhantes ocorra nas instituições totais, a equipe diretora pode castigar diretamente os internados por essa atividade, e citar o mau humor e a insolência como bases para outros castigos. (GOFFMAN, 1996, p.40).

Para o autor, qualquer reação do interno que vá contra ao que é esperado e desejado pela equipe diretora é passível de castigo e repreensão. A não obediência leva imediatamente ao castigo, como uma forma de intimidar o interno a não repetir tal comportamento. Por outro lado, se o interno obedecer e seguir as regras estipuladas será gratificado, como forma de reforçar o “bom comportamento”, no intuito de que ele venha a repeti-lo, servindo de modelo para os outros internados. Quanto a isto, Goffman (1996, p.127) destaca que “se desobedecer às normas onipresentes da instituição, o internado receberá castigos severos que se traduzem pela perda de privilégios; pela obediência, será finalmente autorizado a readquirir algumas das satisfações secundárias que, fora, aceitava sem discussão”. Corroborando com esta idéia, Birman (1978) afirma que o internado fica submetido e regulado pela “racionalidade” da instituição, criadora de normas que devem ser obedecidas.

Seus instintos e afetos, natureza e núcleo originários da sociabilidade, deviam ser regulados por estas *racionalidades institucionais a que chamamos de normas*. Elas deviam educá-los, domesticá-los, para tornar o homem idealmente ajustado aos seus funcionamentos e exigências. (BIRMAN, 1978, p. 246).

Foucault (1999) salienta que esta repressão, característica das instituições manicômias, possui uma “nova utilidade” frente a emergência da sociedade capitalista que aflorava no final do século XVIII e início do século XIX. As relações predominantes sob a luz do capitalismo traduziam-se, por um lado, em mais utilidade e mais produtividade; e, por outro lado, menos custos e menos tempo. Desse modo, o autor refere que o manicômio passa a ter uma nova função devido a nova ótica que passava a regular a relação dos homens na sociedade:

Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. (FOUCAULT, 1999, p. 67).

Desse modo, a medicina torna-se uma estratégia política de controle e normalização dos corpos para atingir o ideal da sociedade capitalista que se desenvolvia. Foucault (2001) observa que a sociedade disciplinar representa esta estratégia política que atravessa todos os sujeitos, através de dispositivos⁵ que servem para manter a ordem social, o controle dos corpos e a transformação dos mesmos em corpos dóceis e úteis.

É o diagrama de um poder que não atua do exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial, capitalista. (FOUCAULT, 2001, p. XVII).

Para tanto, Birman (1978) destaca que a sociedade industrial necessitará de um novo tipo de homem, que através de sua mão de obra, de sua agilidade e de sua utilidade seja capaz de estimular o sistema.

Em meio a esta necessidade capitalista de “um novo tipo de homem” é que a psiquiatria, também conhecida como Medicina mental, passa a intervir, tornando-se fundamental na transformação dos indivíduos, bem como adquirindo reconhecimento na estrutura social que lhe outorgava cada vez mais poder para intervir na sociedade.

É neste processo de criação de um novo homem que a Medicina mental se institui como normatizadora moral. É também em face das novas exigências criadas pela Sociedade Industrial que a Medicina se transforma, passando a ocupar um lugar e uma importância tal na estrutura social sem antecedentes na sua história. Face às necessidades requeridas pelo processo de industrialização, a Medicina vai se instituir como poder de intervenção no espaço social [...]. (BIRMAN, 1978, p. 178).

Soares (2005, <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemas/capa/pdf>) destaca que Pinel libertou todos os sujeitos que estavam internados com o “louco”, mas este último permaneceu alienado às instituições que passaram a abrigar a loucura. Tal fato ocorreu

⁵ Designam as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder para normatizar e disciplinar os sujeitos. As instituições, como por exemplo, as manicomiais, são dispositivos estratégicos nos processos de subjetivação do sujeito.

devido às novas concepções relacionadas às novas exigências de organização econômica e social, que emergia com a revolução industrial. Com a necessidade de mão de obra, toda a população dos excluídos passou a ter importância no mercado de trabalho. Desse modo, sobraram os loucos nas instituições fechadas. Birman (1978) descreve que os alienados eram percebidos como obstáculos à realização dos objetivos sociais da sociedade capitalista, pois representavam uma massa improdutiva e inerte, diferentes de toda população que investia nas atividades da produção industrial.

Com efeito, se a Moral do trabalho e da produção em massa estava em jogo para que o violento processo de industrialização pudesse existir, o alienado era obstáculo porque não concretizava estes preceitos, era a representação da contra-ordem social: agora ele seria uma ameaça real e simbólica ao sistema normativo instituído, na medida em que não cumpria a demanda de suas regras: ameaça ausente/presente na sua mera inatividade diante das normas estabelecidas. (BIRMAN, 1978, p. 240).

Birman (1978) salienta que o doente mental era percebido como um “lixo social”, sem capacidades para o trabalho, além de tornar-se um obstáculo material e moral para a sociedade e para a família, visto que a mesma precisava trabalhar fora e não teria tempo de cuidá-lo. Seguindo esta idéia predominante no período de enclausuramento do “louco” no manicômio, Birman destaca a representação social acerca do sujeito que passou a ser denominado de doente mental:

Este corpo estranho tornado corpo doente, por não responder às atividades que lhe eram exigidas representava ainda um outro tipo de obstáculo concreto. Agora, ele se tornava um obstáculo para sua família, quando encarada com vistas à eficácia do processo industrial. Com efeito, para o bom andamento das indústrias, os trabalhadores, homens, mulheres e crianças, deviam nela permanecer um grande número de horas diárias, num tempo absolutamente amplo. Esta era a condição para o desenvolvimento: trabalhar muito, o maior número possível de pessoas, para produzir o máximo, utilizando para tal todo o tempo disponível. Para isso, os alienados também eram obstáculos, pois inativos e mantido em casa, necessitavam da observação permanente e de cuidados, o que equivaleria a subtrair braços ao processo de trabalho. (BIRMAN, 1978, p. 241).

Levando em consideração estas questões, iniciou-se o processo institucionalizante que deu espaço ao processo de estruturação de uma sociedade disciplinar, característica do século XIX, em que os saberes sobre o anormal facilitaram a formação das ações e estratégias para as políticas públicas. Nesse mesmo sentido, Silva (2003) destaca que as instituições, bem como os saberes que se constituem enquanto prática disciplinar, produziram o sujeito ‘anormal’ e o seu oposto; este último, considerado o sujeito ideal, saudável, desejável ao progresso da sociedade.

Foucault (2001) chamou de “disciplina” o poder que incidia sobre os indivíduos enclausurados, controlando-os e disciplinando-os. Segundo o autor, este controle e as relações de poder encontram-se presentes em instituições como prisões, hospital, exército, escola, fábrica, entre outros.

E é importante notar que ela nem é um aparelho, nem uma instituição, na medida em que funciona como uma rede que as atravessa sem se limitar a suas fronteiras. Mas a diferença não é apenas de extensão, mas de natureza. Ela é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são ‘métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade’. (FOUCAULT, 2001, p.XVII).

Neste contexto da sociedade disciplinar, Jeremy Bentham propõe um plano arquitetônico concreto e real que passou a ser conhecido como “panóptico”. A estrutura física do “panóptico”, segundo Bentham (2000) é de um edifício circular, onde a cela de cada detento ocupa a circunferência de forma que não ocorra a comunicação entre eles. No centro desta estrutura arquitetônica há uma espécie de torre, onde fica o apartamento do inspetor ou vigia, havendo uma distância entre esse centro e as celas. A luminosidade vêm das grandes janelas localizadas na circunferência iluminando todo espaço interno, inclusive o apartamento do vigia. As grades que dão para o interior da circunferência são finas para que não impossibilite a visão do inspetor. Os detentos não visualizam o vigia, mas sabem que o mesmo está ali o tempo todo lhes observando. Desta forma, a docilidade passa a ser o resultado deste dispositivo que tranforma o indivíduo.

O “panóptico” configura-se como um dispositivo de dominação, onde o sujeito submete-se as regras da instituição, introjetando a repressão. Cabe ressaltar que o “panóptico” passou a ser considerado por alguns teóricos, entre eles Michel Foucault, como uma metáfora da sociedade disciplinar.

Nessa direção, Foucault (2004, p. 169) afirma:

O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder. Graças a seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração do comportamento dos homens; um aumento de saber vem se implantar em todas as frentes do poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este se exerça.

O Panóptico era uma idealização da sociedade do século XIX, pois através de suas características de domesticação e controle, os indivíduos eram submetidos a disciplina e passavam a interiorizá-la através da vigilância (FOUCAULT, 2004). Desse modo, a constituição do sujeito e de sua subjetividade perpassa pela ordem discursiva dominante. Dentro deste contexto, Foucault (2004) afirma que o poder além de reprimir, produz efeitos de verdade e saber, construindo novas práticas e subjetividades.

No mesmo sentido, Torre e Amarante (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) enfatizam que o manicômio põe em funcionamento a regra, a disciplina e a reeducação do sujeito alienado, construindo uma subjetividade alienada. Foucault afirma que todo este remodelamento a que o sujeito é submetido, não só em seu internamento no hospício, mas em qualquer “instituição total”, como denominada por Goffman (1996), possui objetivos semelhantes do ponto de vista político. Desse modo, Foucault (2001, p. XVIII) descreve como o hospital psiquiátrico, em sua fase de construção e legitimação, passou a ser organizado, bem como algumas de suas técnicas terapêuticas utilizadas no alcance de tais objetivos:

Assim, por exemplo, quando a medicina, com o nascimento da psiquiatria, inicia um controle do louco, ela cria o hospício, ou hospital psiquiátrico, como um espaço próprio para dar conta de sua especificidade; institui a utilização ordenada e controlada do tempo, que deve ser empregado sobretudo no trabalho, desde o século XIX considerado o meio terapêutico fundamental; monta um esquema de vigilância total que, se não está inscrito na organização espacial, se baseia na ‘pirâmide de olhares’ formada por médicos, enfermeiros, serventes; extrai da própria prática os ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico. Mas, além de serem interrelacionadas, umas servindo de ponto de apoio às outras, essas técnicas se adaptam às necessidades específicas de diversas instituições, que cada uma à sua maneira, realizam um objetivo similar, quando consideradas do ponto de vista político.

Machado et al. (1978) detalha como as características de funcionamento do hospício colaboram na alienação da subjetividade e da expressão dos sentimentos do indivíduo acometido pela doença mental. Entre as características que levam ao funcionamento do hospício encontram-se: o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância, a distribuição do tempo, a repressão e o controle.

Quanto à organização do espaço, o autor refere que a classificação e a distribuição dos indivíduos no interior do hospício servem para que a vida dentro da instituição seja ordenada

e regular. As categorias classificatórias para manter esta ordem é dividir os internos por características comportamentais ou patologias (MACHADO et al. 1978).

O mesmo autor salienta que a vigilância denota que o louco deve ser vigiado durante noite e dia, em todos os lugares. Esta sensação de estar sendo visto o tempo inteiro possibilita a manutenção da ordem e o funcionamento do poder. Corroborando com esta idéia, Foucault (2004, p. 166) afirma que o fundamental é que o detento sinta-se vigiado, “daí o efeito mais importante do Panóptico: induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder”.

No que diz respeito à repressão e ao controle, Foucault (1999, p. 88) salienta que “a repressão adquire assim uma dupla eficácia, na cura dos corpos e na purificação das almas. O internamento torna possível esses famosos remédios morais – castigos e terapêuticas – que serão a atividade principal dos primeiros asilos do século XIX.”

Machado et al.(1978) aponta que todas as características do funcionamento do hospício estão atreladas à repressão e ao controle, visto que estabelecem normas e regras de comportamento a serem seguidas e interiorizadas, transformando o doente em um ser obediente. “Os meios de repressão são ativados fundamentalmente para conseguir a docilidade. Não visam a marcar o corpo, mas a transformar o corpo violento em corpo pacífico” (MACHADO, 1978, p. 445).

Levando em conta as características do funcionamento do hospício, cabe frisar que o mesmo não pode ser um lugar de ociosidade do doente. O trabalho dentro do hospício é mencionado como devendo ser a principal forma de ocupação dos doentes, pois o hospício como instrumento terapêutico constitui-se com o propósito de reestabelecer o doente mental para posteriormente incluí-lo na sociedade. Perrot (2000, p. 142) salienta que o Panóptico de Bentham, que pode ser visto como a metáfora do hospício, tem o propósito de:

disciplinar pelo trabalho e para o trabalho, pela produção e para a produção: tal discurso obsessivo de Bentham, apóstolo e testemunha desse gigantesco esforço de entregar-se à cadência, à dinâmica, ao ritmo do trabalho que acompanha a industrialização – na verdade, precedendo-a e tornando-a possível.

Alguns trabalhos executados no hospício, em geral, segundo Machado et al. (1978) são: oficina de costuras, bordados, atividades de pintura, desenho, entre outras. Para aqueles que não possuem habilidades para estas atividades e preferirem jardinagem, refeitórios, entre outros, existem opções. Cabe ressaltar que os alienados são premiados pelo seu comportamento dócil, pela pontualidade e assiduidade, bem como pela qualidade dos seus trabalhos. Nesse mesmo sentido, Perrot (2000, p.140) descreve que o trabalho exercido dentro da instituição tem como meta a utilização máxima dos corpos e, conseqüentemente, a produtividade dos mesmos, garantindo assim a funcionalidade da instituição: “a maior preocupação de Bentham é, de fato, a de empregar todos os braços, todos os instantes, todas as forças produtivas, para as necessidades conjugadas e inextricavelmente vinculadas da disciplina e da economia”. Miller (2000) destaca que o panóptico deve visar a maximização da produção e a minimização dos gastos – constituindo-se como um “dispositivo do rendimento”. Todos os detentos devem produzir o máximo no intuito de auxiliar nas despesas dentro do ambiente que os acolhe.

Pode-se agora formular a lei que rege o espaço homogêneo da construção panóptica: tudo deve servir – concorrer para um resultado. Ali nada se faz em vão. Todo desperdício deve ser absorvido. Toda atividade é analisável como um movimento, todo movimento constitui uma despesa, toda despesa deve ser produtiva. (MILLER, 2000, p. 81)

De acordo com os escritos de Machado et al. (1978), toda esta realidade circunscreve o trabalho como uma das principais técnicas para a cura. O trabalho significa o controle dos impulsos, atenção, responsabilidade, respeito as regras (adequação a elas), obediência, entre outras. É também uma forma de eliminar o caos, controlar o comportamento e garantir a ordem.

Além disto, o trabalho dentro do manicômio denota a maximização da produção através da utilização dos corpos que habitam a instituição e aponta para alguns benefícios, como: manutenção do hospício, visto que os próprios alienados confeccionam roupas, que também podem ser vendidas, colaboram com atividades domésticas (lavam e passam). Assim, o doente aprende estas atividades e, quando sair da instituição, poderá exercer tais atividades na sociedade, evitando o desemprego (MACHADO et al. 1978).

Apesar da ênfase dada ao trabalho dentro do manicômio, Goffman (1996) destaca que há diferenças entre os incentivos dados para a realização do mesmo dentro e fora do manicômio. Para o autor, existem também diferenças em relação aos motivos que levam ao trabalho dentro e fora do espaço asilar. Se por um lado, precisa-se trabalhar para sobreviver na sociedade, por outro, precisa-se trabalhar para evitar as punições e castigos dentro do manicômio.

Portanto, qualquer que seja o incentivo dado ao trabalho, esse incentivo não terá a significação estrutural que tem no mundo externo. Haverá diferentes motivos para o trabalho e diferentes atitudes com relação a ele. Este é um ajustamento básico exigido dos internados e dos que precisam levá-los a trabalhar. (GOFFMAN, 1996, p. 21).

Os profissionais dos manicômios trabalham no intuito de adestrar os corpos e lapidá-los, para talvez um dia devolvê-los à sociedade. Nesse sentido, Birman (1978, p. 369) observa:

O asilo não era um lugar de simples recolhimento, espaço inerte que acolhia alienados. Lugar ativo, ele era detentor de uma tal organização que seria capaz de conduzir o louco para a cura-normatização. O asilo agiria através de sua organização, de forma contínua e imperceptível sobre o alienado, reorganizando-o e realizando os ideais do homem sadio.

Todos estes ideais são estimulados mediante as relações que se perpetuam no espaço asilar, onde o poder está em toda a parte, determinando o comportamento dos doentes através das normas e das regras estipuladas. A vigilância e o controle dos corpos são meios de garantir a ordem. Nesta perspectiva, Foucault (2001, p.XVI) afirma que “o poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. E é justamente esse aspecto que explica o fato que tem como alvo o corpo humano, não para suplicá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo”.

Com o desenvolvimento do capitalismo nos fins do século XVIII e início do século XIX, havia necessidade de trabalhar o corpo, pois o mesmo significava meios de produção e força de trabalho. O corpo passou a ter um significado diferente nesta época, visto que na Idade Média o mesmo era desprezível, servindo como forma de pagar os pecados tendo, portanto, que padecer e sofrer. Na sociedade capitalista o corpo torna-se útil, necessário para o desenvolvimento da mesma. Neste contexto, a medicina passou a representar uma estratégia “bio-política”. Foucault (2001, p. 80) destaca: “foi no biológico, no somático, no corporal

que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”. A “estratégia bio-política” refere-se ao controle dos corpos, sua normalização, transformação, adestramento e utilidade. Tendo em vista esta discussão quanto às estratégias utilizadas pela sociedade capitalista, Birman (1978, p. 363) observa que:

Sendo o asilo o lugar onde se dava a operação de cura da alienação, ele foi sem dúvida o grande instrumento com que contava o médico para realizar esta transformação. Seria na sua disposição, ordenação, planejamento de atividades e relações hierárquicas na equipe dirigida pelo alienista que deveria se realizar as formas de submetimento do alienado.

As concepções de loucura como animalidade e o aparato manicomial como objeto da razão na modernidade perduraram por quase dois séculos. Em meados do século XX houve manifestações de críticos que passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais, bem como o sistema manicomial. A maior parte das críticas passou a incidir sobre o poder da psiquiatria e suas práticas de exclusão social do sujeito acometido pela doença mental. Neste sentido, Vasconcelos (2002, p. 49-50) afirma que havia necessidade “de revisão dos paradigmas que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e na superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, e que desrespeitam a cidadania do louco”. Deste modo, surgiram movimentos antimanicomias em alguns países do ocidente, cujos princípios visavam a novas formas de tratamento à doença mental, apoiadas na idéia de desmistificação da mesma e de inclusão dos doentes mentais na sociedade. A partir destes movimentos foram construídos novos discursos e práticas que passaram a sustentar a relação da “loucura” com a sociedade.

1.2 Da crítica à desconstrução do grande manicômio: as transformações do tratamento no âmbito da saúde mental

A reflexão acerca das práticas psiquiátricas disciplinadoras, moralizantes e alienantes, de seu discurso hegemônico, de sua verdade inquestionável, da relação médico-paciente-sociedade e do aparato manicomial percebido como um grande depósito de pessoas excluídas, abandonadas e mal-tratadas, possibilitou que alguns teóricos construíssem críticas, visando opor-se ao modelo psiquiátrico dominante até então: o grande hospital psiquiátrico. As críticas atribuídas ao mesmo referiam-se à relação hierárquica médico-paciente, relação esta baseada em princípios de conhecimento/assujeitamento, saber-poder/exclusão, distanciamento

de seu objeto de estudo, neutralidade, bem como questões referentes à estrutura asilar, considerada como inadequada, com tratamentos que não visavam à inserção do paciente na sociedade.

Foi a partir do reconhecimento deste contexto, de discriminação e passividade vivida pelos doentes mentais que permaneciam escondidos e aprisionados entre os muros do manicômio, que surgiu em vários países, críticas e alternativas terapêuticas que visavam modificar o tratamento destinado a tais pacientes.

As primeiras críticas apontavam para a estrutura manicomial, considerando-a como responsável pela cronificação dos pacientes. Embora houvesse o reconhecimento deste fato, permanecia a crença de que o manicômio era uma instituição de cura, mas que necessitava de medidas urgentes para modificar a sua organização interna, no intuito de torná-la eficaz no tratamento dos doentes mentais. Este é o primeiro período de crítica, conforme aponta Birman e Costa (1994, p. 44):

esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e de Psicoterapia Institucional (França), atingindo o seu extremo com a instalação das Terapia de família.

As críticas centradas na estrutura manicomial e, conseqüentemente, as mudanças em tal estrutura vinham sendo trabalhadas no Monthfield Hospital, em Birmingham, por Main, Bion, Richman, em 1946. Vale ressaltar que somente em 1959, o termo “comunidade terapêutica” é consagrado na Inglaterra, através dos trabalhos de Maxwell Jones⁶.

Conforme Amarante (1998), o termo “comunidade terapêutica” passa a designar as mudanças referentes à estrutura interna dos hospitais psiquiátricos.

Com isso, o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1998, p. 28).

⁶ Psiquiatra que desenvolveu o conceito de comunidade terapêutica na Inglaterra e nos Estados Unidos.

O trabalho exercido pela comunidade terapêutica visava humanizar o trato com o doente mental, através de técnicas que estimulassem a participação do mesmo no tratamento. Os pacientes reproduziam no ambiente da comunidade situações reais, movidos por sentimentos e comportamentos que necessitavam nomeação e compreensão, tanto pelos técnicos quanto pelos próprios pacientes quando se deparavam com comportamentos “desadaptados” de seus companheiros no grupo, isto tudo acabava gerando uma aprendizagem. A comunidade terapêutica visava romper com a verticalidade presente na estrutura manicomial, referentes à relação de passividade do paciente frente às práticas médicas.

De acordo com Birman e Costa (1994), a comunidade terapêutica constituiu os primeiros passos para a construção do movimento da reforma psiquiátrica, visto que foi o primeiro movimento que refletiu, criticou e consagrou as primeiras práticas, opondo-se àquelas que vinham sendo executadas no interior do hospital psiquiátrico. Para estes autores, “não mais era possível assistir passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação, em que um conjunto de homens, passíveis de atividades pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios” (1994, p. 46).

Amarante (1998) afirma que Maxwell Jones, em 1959, foi quem organizou as práticas da comunidade terapêutica, tornando-se o mais importante autor deste movimento.

Maxwell Jones torna-se o mais importante autor e operador prático da comunidade terapêutica. Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim com faz da ‘função terapêutica’ uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. A realização de reuniões diárias e assembléias gerais, por exemplo, tem por intuito dar conta de atividades, participar da administração do hospital, gerir a terapêutica, dinamizar a instituição e a vida das pessoas (AMARANTE, 1998, p. 29).

Nesse mesmo sentido, as concepções de comunidade, segundo Amarante (1998, p. 29) buscam “desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição”.

Jones (1972, p. 23) destaca que a comunidade terapêutica além de oportunizar a análise do comportamento possibilita também a “aprendizagem ao vivo”, ou seja, “o paciente é

colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que podem auxiliar”. Nesta perspectiva, trabalha-se a relação do paciente com o grupo, verificam-se quais os conflitos que emergem e a partir da observação ocorre a comunicação e a troca de experiências.

Embora a comunidade terapêutica tenha conquistado um espaço significativo, inclusive em outros países, ela não foi suficiente para dar conta da complexidade referente ao campo da saúde mental, pois apenas modificava as estruturas internas e o funcionamento dentro do hospital psiquiátrico, sem romper com a exclusão. Rotelli (1994, p. 150) descreve muito bem esta situação:

A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico.

Neste sentido, outros estudiosos passaram a criticar o movimento e as práticas da Comunidade Terapêutica, considerando-a ineficiente por não trabalhar questões referentes à exclusão, pois os pacientes permaneciam vinculados à instituição.

Diante disto, em outros países surgiam outras práticas substitutivas ao sistema manicomial. A Psicoterapia Institucional configurou-se como outro movimento que fez parte da construção do movimento da Reforma Psiquiátrica e, assim como a Comunidade Terapêutica, atribuiu suas críticas à estrutura asilar.

De acordo com Soares (2005, <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemasm/capa/pdf>) a Psicoterapia Institucional teve suas origens na França, em meados do século XX, tendo como um dos principais militantes o psiquiatra François Tosquelles, que se tornou líder no hospital de Saint Alban. A Psicoterapia Institucional visava transformar o espaço asilar e superar o espaço de segregação, bem como a verticalidade presente nas relações, principalmente no que se refere ao poder médico.

Segundo Amarante (1998, p. 32):

Tosquelles acredita que com um hospital reformado, eficiente, dedicado à terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada e o doente devolvido à sociedade. Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas [...]. A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais.

A Psicoterapia Institucional não pretendia desconstruir o manicômio ou substituí-lo por outros serviços, mas sim organizá-lo internamente e trabalhar as características consideradas como “doentias” da instituição. Ao trabalhar estas questões, seus militantes acreditavam que a “cura” da doença mental ocorreria e o paciente poderia conviver na sociedade. Neste movimento, assim como na comunidade terapêutica, o hospital continua sendo a instituição predominante no tratamento da doença mental.

Outro movimento francês denominou-se a “Psiquiatria de Setor”, inspiradas nas idéias de Lucien Bonnafé⁷. De acordo com Barros (1994, p. 49), a Psiquiatria de setor foi criada em março de 1960, e a atuação das equipes psiquiátricas visavam tratar as pessoas segundo uma “responsabilização regionalizada”. Barros afirma que o termo “responsabilização regionalizada”, refere-se à divisão de setores em áreas geográficas, tendo cada área cerca de 67.000 habitantes por setor, sendo que em cada setor deveria haver uma equipe médico-social para dar assistência.

Fleming (1976, p. 54) define o “setor” como:

Um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento.

⁷ Psiquiatra

Este movimento diferencia-se dos anteriores, pois enquanto a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional centravam suas críticas à estrutura asilar e apontavam a necessidade urgente de reformulações internas dentro da instituição, a Psiquiatria de Setor priorizava a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. De acordo com Amarante (1998, p. 34):

A psiquiatria de setor apresenta-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, anterior às experiências de psicoterapia institucional. Denominado 'setor', tal movimento inspira-se nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que, no pós-guerra, entram em contato com os manicômios franceses e reivindicam sua imediata transformação.

Nas palavras de Amarante (1998), a psiquiatria de setor constitui-se como um movimento de contestação das práticas da psiquiatria dentro da instituição asilar. Tendo em vista a situação vivida pelos doentes mentais no manicômio, alguns psiquiatras reivindicaram a transformação das práticas, considerando a tensão existente nas relações médico-paciente, relação esta baseada poder/assujeitamento. Barros (1994, p. 49) enfatiza que:

Na primeira fase do movimento francês, a ação concentrava-se totalmente sobre os manicômios. A tensão era, em primeiro lugar, sobre a relação médico-paciente, assistente-assistido, em que uma série de nexos e implicações teóricas e sociais emergiam demonstrando a necessidade de uma definição do lugar do psiquiatra.

No entanto, a psiquiatria de setor não conseguiu eliminar o hospital psiquiátrico. Ela apenas buscava diminuir o número de internações nestes hospitais, através da assistência que cada equipe médico-social prestava em cada setor. Nesta perspectiva Barros (1994, p. 50) refere:

A proposta francesa não eliminou o recurso do hospital psiquiátrico, mas procurava diminuir as internações através dos serviços territoriais, psiquiátricos e assistenciais. O hospital psiquiátrico deveria ser o último recurso, entretanto, a lógica psiquiátrica estendeu-se mesmo fora dos limites do manicômio.

A crítica à Psiquiatria de Setor incide justamente sobre a questão da permanência desta "lógica psiquiátrica", que mesmo fora dos muros hospitalares permanecia. A Psiquiatria de Setor não acabou com os manicômios e seus resultados referiam-se apenas a diminuição das internações. Nenhum trabalho em relação à percepção social e cultural era realizado junto com a sociedade, de modo que esta continuava mantendo uma relação preconceituosa e

discriminadora com a loucura. Diante disto Rotelli (1994, p. 150) destaca que “a experiência francesa de Setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria.”

Assim como a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva⁸ também tinha como prioridade a atuação da psiquiatria na comunidade. Amarante (1998, p. 36) observa que:

A psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos propondo-se a ser a terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), pelo fato de ter descoberto a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas (antigo sonho dos alienistas, que recebia o nome de profilaxia), mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental.

Segundo o autor, a psiquiatria preventiva rompeu com o que vinha sendo feito até então e passou a adotar outras estratégias de intervenção. Passou, portanto, a intervir nas causas das doenças, não somente prevenindo-as, mas também promovendo a saúde mental nas relações, onde quer que as mesmas aconteçam. Seu novo objeto passa a ser a saúde mental, a sua prevenção e promoção e não mais a doença mental.

Vale ressaltar que foi neste contexto preventivista que surgiu o termo “desinstitucionalização” nos EUA. Desinstitucionalizar estaria ligada à noção de desospitalizar. Diante disto, surgem no país alguns serviços substitutivos a hospitalização nos manicômios. A hospitalização passa a ser vista como um problema, pois gera dependência do paciente em relação à institucionalização e o afasta das relações que mantinha anteriormente, o que acaba por cronificar seu papel de doente. Reconhecendo o papel das instituições como geradoras da alienação do sujeito, algumas medidas passaram a ser adotadas no intuito de diminuir o número de internações nos hospitais psiquiátricos. Nas palavras de Amarante (1998, p. 40-41) torna-se clara estas questões:

⁸ Surgiu nos EUA na década de 1960, a partir das idéias do psiquiatra norte-americano Gerald Caplan.

Desde então, um conjunto de formas de organização de serviços psiquiátricos é apresentado como o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. A institucionalização/hospitalização ganha matizes de um problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um processo de dependência do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao hospitalismo. Com isso, passa a haver uma correspondência direta entre desinstitucionalizar e desospitalizar, tornando-se mister operar mecanismos que visem a reproduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos (diminuir o tempo médio de permanência hospitalar, as taxas de internações e reinternações, aumentar o número de altas hospitalares) e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares (centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais etc.).

A psiquiatria preventiva diferencia-se de todos os movimentos anteriores, por considerar a necessidade de outras formas de tratamento, substitutivos ao modelo hospitalar. Além de visar à atuação fora dos muros do manicômio, também propõe a “despsiquiatrização”. A “despsiquiatrização” é descrita por Amarante (1998) como uma crítica ao poder médico e o surgimento de outras áreas de saber no campo da saúde mental. Diante disto, havia necessidade de redefinição dos papéis das diferentes profissões, bem como a interação entre os profissionais que passaram a atuar nas modalidades substitutivas ao modelo asilar.

O arsenal de serviços alternativos – oferecidos pela reforma preventivista – situa-se no terreno de contraposição ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos. E, portanto, propicia a instauração de serviços alternativos à hospitalização e de medidas que reduzam a internação. Ao mesmo tempo, propostas de despsiquiatrização – entendida aqui como sinônimo de delimitação do espectro psiquiátrico - , procuram retirar do trabalho médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, remetendo-as a outros profissionais ou a outras modalidades assistenciais não-psiquiátricas, a exemplo do que ocorre com os atendimentos de grupos ‘reflexivos’, ‘operativos’, ‘de escuta’, dentre outros. Também com o atendimento por equipes multidisciplinares ou, ainda, com a redefinição dos papéis profissionais do Serviço Social, da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, da Psicologia, do apoio administrativo e assim por diante (AMARANTE, 1998, p. 41).

Foi a partir destas reformas na atuação da psiquiatria que pouco a pouco a antipsiquiatria⁹ foi ganhando forças, construindo seus pressupostos e constituindo-se como um movimento importantíssimo na luta antimanicomial. Soares (2005, <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemasm/capa/pdf>) salienta que a antipsiquiatria nasceu nos anos 60 na Inglaterra, tendo seus principais autores Ronald Laing¹⁰

⁹ Movimento conhecido por rejeitar os conceitos tradicionais de doença mental, normalidade, cura.

¹⁰ Médico e Psiquiatra escocês, criador da antipsiquiatria.

e David Cooper¹¹. Suas críticas referiam-se ao objeto, às teorias e aos métodos da Psiquiatria e da Psicopatologia, considerando que o tratamento da “loucura” era extremamente violento.

Nesse sentido, Foucault (2001) destaca que a antipsiquiatria expressa a luta em relação às instituições. No início do século XIX, o surgimento dos asilos tinha como justificativa a questão da ordem social e a proteção da sociedade em relação à desordem dos “loucos”. O isolamento dos “doentes mentais” passou a ser a forma terapêutica adotada, a fim de garantir a segurança tanto dos pacientes quanto de seus familiares; distanciá-lo das influências que poderiam estar reforçando sua doença, discipliná-los através de novos hábitos morais, entre outros. Considerando estas questões, a antipsiquiatria passou a discutir as relações de poder presentes na instituição. Nessa mesma direção, a crítica de Basaglia (1991, p. 107) aponta para o assujeitamento e para a exclusão: “analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico [...] antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu”.

Basaglia (1991, p. 107) enfatiza questões referentes ao poder médico existente nas instituições psiquiátricas, bem como a falta de reciprocidade e de valor contratual do “doente mental”:

A relação *institucional*, na qual aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (já nem é necessário que seja poder técnico), exatamente porque diminui vertiginosamente o do doente, o qual, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação. Na dimensão institucional a reciprocidade não existe; sua ausência, aliás, não é sequer camuflada. É aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica, enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia o fato de que não é tanto a doença que está em jogo, mas a carência de valor contratual de um doente, que não tem outra alternativa de oposição exceto um comportamento anormal.

Vale ressaltar que a crítica de Basaglia (1991) incide tanto em relação às instituições psiquiátricas, as quais ele considera como sendo “instituições da violência”, quanto em relação ao poder médico e suas práticas alienantes. De acordo com o autor, “a partir destas premissas a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através

¹¹ Psiquiatra inglês, representante da corrente antipsiquiátrica junto com Ronald Laing.

do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo” (1991, p. 109).

Portanto, a “crise” referida por Basaglia (1991, p. 126) está relacionada tanto à psiquiatria quanto às instituições, visto que ambas estão interligadas:

Crise psiquiátrica, então, ou crise institucional? Uma e outra parecem estar tão estreitamente ligadas que não se pode vislumbrar qual é a consequência e qual é a causa. Uma e outra apresentam, de fato, um único denominador comum: o tipo de relação objetual estabelecida com o doente. A ciência, ao considerá-lo um objeto de estudo passível de ser desmembrado de acordo com um número infinito de classificações e modalidades; a instituição, ao considerá-lo (em nome da eficiência da organização ou em nome da rotulação que confirma a ciência) um objeto da estrutura hospitalar com a qual é obrigado a se identificar.

Desse modo, Amarante (1998, p. 43) descreve que a antipsiquiatria busca uma ruptura com o saber psiquiátrico dominante e com o tratamento oferecido dentro do manicômio: “a antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais”.

Para o autor “a antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles” (1998, p. 44).

Devido a estas idéias, a proposta de desinstitucionalização, conforme Vasconcelos (2002), objetiva transformar o paradigma de saber da saúde mental, principalmente no que diz respeito à assistência prestada por esta área. A partir da verificação de que os hospitais psiquiátricos produzem efeitos antiterapêuticos, uma série de estratégias visando sua substituição começa a emergir, como por exemplo, os serviços comunitários, que dão atenção ao usuário nos momentos de crise, atendendo as demandas psicológicas e sociais do mesmo. Para o autor, a desinstitucionalização abarca como premissa a idéia de desconstrução, o que é fundamental importância na busca de renovação tanto em relação ao saber quanto aos cuidados prestados em saúde mental. Além disto, cabe mencionar que a intenção é atingir o saber psiquiátrico convencional, visto que este focava a doença, o problema e a cura, sem priorizar o enorme contexto em que o sujeito está inserido, ou seja, a sua condição psicológica e social. Nesse sentido, Barros (1994, p. 54) ressalta que o processo denominado de “desinstitucionalização” passou por algumas dificuldades:

O difícil processo posteriormente definido como ‘desinstitucionalização’ deveu-se à confluência de fatores interdependentes: o alto custo dos pacientes, a recusa da violência e segregação, a descoberta da eficácia de tratamentos ambulatoriais e, finalmente, o momento histórico que propiciou a luta pela extensão dos direitos sociais a todos os excluídos.

A estas idéias Rotelli (1990) enfatiza que o novo paradigma visa refletir sobre a saúde e a doença, sobre o sentido da vida, o reconhecimento do sujeito como um ser que vive, que sofre, que adocece, que se relaciona. Desta forma, leva-se em consideração a complexidade e a amplitude do contexto que faz parte da vida do indivíduo e que deve ser considerado no momento da intervenção. Neste sentido, Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) afirma que a perspectiva atual visa manter o paciente na sociedade e não excluí-lo, escondê-lo, isolá-lo e aliená-lo. Esta nova forma de lidar com o doente mental é contrária ao que vinha sendo feito até a reforma psiquiátrica ser efetivada. Hoje, a intenção deixou de ser a normatização do social e passou a ser a inclusão dos “doentes mentais” na sociedade, baseada na crença de que é possível o mesmo fazer parte da rede social, desmistificando assim a representação da loucura, bem como trabalhando aspectos de aceitação das diferenças.

Amarante (1998) destaca que a crítica passou a dar ênfase a natureza do saber, das práticas e instituições psiquiátricas, levando em conta sempre a cidadania do louco. A cultura passa a ocupar um importante papel no Movimento da Luta Antimanicomial, pois a sociedade é convidada a refletir, a debater e a reconstruir a sua relação com a doença mental. Houve uma modificação inclusive na forma de se referir aos doentes mentais que estão em tratamento. Antes, os mesmos eram chamados de “pacientes”; agora, são reconhecidos como “usuários” dos serviços de saúde mental. Além disto, outra característica marcante deste processo de transformação é a participação dos familiares no tratamento, sendo que os mesmos discutem, trocam informações com a equipe e com outros familiares, frequentam encontros e conferências.

Conforme Basaglia (1991, p. 114),

Na realidade parece que somente agora o psiquiatra está redescobrando que o primeiro passo para a cura do doente é a volta à liberdade, da qual vem sendo privado até o dia de hoje pelo próprio psiquiatra. A necessidade de um regime, de um sistema no interior da complexa organização do espaço fechado em que o doente mental esteve isolado durante séculos, exigia do médico um único papel: o de controlador, de tutor interno, de moderador dos excessos que a doença podia ocasionar; o valor do sistema superava o do objeto de suas curas. Mas hoje o psiquiatra se conscientiza de que os primeiros passos em direção à 'abertura' do manicômio produzem no doente uma transformação gradual na sua maneira de colocar-se em relação ao mundo e em relação à doença, na sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não somente pela doença, mas pela longa hospitalização. Desde o momento em que transpõe os muros do internamento o doente entra em uma nova dimensão emocional.

A proposta atual é de substituir os manicômios pela criação de serviços de atenção psicossocial, onde os pacientes possam contar com profissionais que fazem parte de uma equipe multidisciplinar, além de tornarem-se agentes no seu tratamento (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>).

Se na psiquiatria clássica existia a visão de 'diagnóstico e cura' para tratar as doenças mentais, o novo modelo de tratamento proposto pela Reforma Psiquiátrica pretende dar atenção ao portador a doença mental e não focar a doença em primeiro lugar. A preocupação passa a ser com o potencial de saúde do paciente, na crença de que este pode ser estimulado (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>).

Desse modo, o manicômio passa a ser visto como um lugar em que permeia um conjunto de práticas que impossibilitam a terapia, devido à acentuada insistência no isolamento como possibilidade de cura. Por outro lado, os serviços de atenção psicossocial, propostos no processo da reforma psiquiátrica, consideram as individualidades dos pacientes, suas histórias, dando-lhes oportunidade de se tornarem ativos e reconhecerem suas capacidades (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>).

Deste modo, a 'cura da doença mental' não é o único objetivo dos novos serviços de atenção psicossocial. Pretende-se, antes de tudo, instaurar uma nova significação da loucura na sociedade em que o louco seja respeitado em seu sofrimento, em sua individualidade e em sua condição de cidadão (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>).

Tendo em vista tal pretensão, surgiu na Itália, nos anos de 1970, através dos trabalhos de Franco Basaglia, a chamada Psiquiatria Democrática Italiana que, assim como a “antipsiquiatria”, também buscava romper com o saber médico sobre a loucura.

Em 1961, Basaglia tornou-se diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde modificou a forma de atendimento, pois seu grande objetivo era transformar este hospital em comunidade terapêutica. Então, investiu em melhores condições físicas, relacionadas à estrutura e à acomodação, bem como aos cuidados técnicos dirigidos aos internos (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>). Barros (1994, p. 51) afirma que:

Na Itália, havia cerca de 170 000 pessoas internadas em 1965. Nos primeiros anos da década de 60, um grupo de psiquiatras iniciou, no manicômio de Gorizia (fronteira com a ex-Iugoslávia), um trabalho de humanização do hospital. O modelo era o da comunidade terapêutica, no qual se procurava abandonar a violência como recurso, eliminando-se do cotidiano institucional práticas repressivas como a proibição do uso de roupas próprias, sistemas de punições, banhos coletivos, eletrochoques, impregnação provocada pelo excesso de psicofármacos e os quartos fortes. A partir da análise desta experiência, o manicômio passa a ser compreendido como uma organização para controle social, pois se evidenciam os fatores políticos que envolviam sua constituição.

Conforme o Instituto Franco Basaglia (2005, <http://www.ifb.org.br>), Basaglia percebeu que as transformações deveriam ser mais profundas no que se referia à assistência da psiquiatria, bem como nas relações existentes da sociedade com a loucura. Nesta direção, Barros (1994, p. 81) menciona que “ficava, então, evidente que a luta pela desmontagem do manicômio não terminaria com o abrir as portas, pois existe todo um trabalho de reconstrução subjetiva e objetiva a ser realizado”. Desse modo, Basaglia passou a criticar a postura médica que tratava o indivíduo como um objeto, passivo às intervenções clínicas. Sua crítica dirigia-se, principalmente, à psiquiatria clássica e hospitalar, pois esta tinha como princípio norteador das práticas o isolamento do paciente, excluindo-o e reprimindo-o. Para Basaglia, a prática da psiquiatria não era adequada para lidar com o sujeito acometido pela doença mental.

Na obra intitulada como *As instituições da violência*, publicada em 1991, Basaglia expõe uma série de práticas violentas que ocorrem dentro das instituições para doentes mentais. Segundo Basaglia(1991, p. 101), “o manicômio destrói o doente mental”. Nestes ambientes, o internado é expulso da sociedade, ficando submetido ao poder médico. O

“doente” passa a se ver como um corpo doente, incapaz de abandonar esta condição, visto que é assim que a instituição e o psiquiatra o tratam.

Na cidade de Trieste, em 1971, Basaglia é nomeado diretor do Hospital Provincial. Como diretor deste Hospital, Basaglia decidiu fechá-lo, substituindo a forma manicomial de tratamento por outras formas mais comunitárias como, por exemplo, os serviços de atenção à comunidade, atendimento psiquiátrico em hospital geral, centros de convivência, entre outras (INSTITUTO FRANCO BASAGLIA, 2005, <http://www.ifb.org.br>). Conforme Amarante (1998, p.49),

Basaglia chega à Trieste em outubro de 1971, onde a início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes.

Diante desta experiência Barros (1994, p.18-19) afirma que:

A experiência em Trieste [...] demonstrou ser possível uma nova psiquiatria, uma psiquiatria que seja capaz de romper com os velhos e arcaicos paradigmas psiquiátricos, da loucura como um fenômeno exclusivamente médico-clínico (e por isso Basaglia colocou proposital e transitoriamente entre aspas o termo ‘doença mental’, não por negar a sua existência, mas por negar a possibilidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno complexo), da doença mental como atavicamente periculosa; enfim, de uma psiquiatria que seja capaz de inventar novas práticas e conceitos para lidar com a loucura/sofrimento-existência, que sejam não um instrumento de segregação, opressão e controle, mas de produção de vida, de novas subjetividades e possibilidades.

Nesse mesmo sentido, Barros (1994) afirma que Basaglia foi criticado por todos aqueles que defendiam a permanência dos hospitais psiquiátricos. Estes o acusavam de negar a psiquiatria e a doença mental e, afirmavam que seu projeto de por fim ao manicômio resumia-se em desassistência ao doente mental. No entanto, Basaglia lutou para provar que seu projeto não era a desassistência e o abandono dos pacientes hospitalizados, mas sim a construção de formas substitutivas de tratamento aos mesmos.

De acordo com o Instituto Franco Basaglia (2005, <http://www.ifb.org.br>) o reconhecimento a nível mundial ocorreu no ano de 1973, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que o Serviço Psiquiátrico da cidade de Trieste era a principal referência no mundo no que diz respeito às reformulações em relação à assistência a saúde mental. Neste mesmo ano, Barros (1994) salienta que se constituiu o primeiro núcleo da psiquiatria democrática. Este movimento possuiu importante influência nas transformações ocorridas na Itália, no que se refere às políticas de saúde mental:

Em 1973, foi constituído o primeiro núcleo da psiquiatria democrática, movimento que coordenará nos anos 70 a luta pela transformação do sistema psiquiátrico na Itália. Seu documento programático pretendia: 1. dar continuidade à luta contra a exclusão, analisando e denunciando sua origem em seu aspecto estrutural e superestrutural; 2. dar continuidade à luta contra o manicômio, compreendido como lugar de exclusão; 3. assinalar os perigos de se reproduzir mecanismos institucionais de exclusão mesmo em instituições psiquiátricas extramurais de qualquer tipo; (BARROS, 1994, p. 55).

O núcleo da Psiquiatria Democrática visava continuar sua luta contra a exclusão e contra o manicômio, compreendido como o locus das práticas alienantes. A preocupação do núcleo também referia-se a produção do que poderíamos chamar de “mini-manicômios”; a crença era de que não adiantava expandir novas formas de serviços de assistência onde permanecia o controle e a exclusão das instituições psiquiátricas.

A estratégia passou a ser envolver um grande número de pessoas, familiares, amigos, pacientes, profissionais, a fim de desmistificar a doença mental. Nesse sentido, Barros (1994, p. 85) observa que:

Durante os primeiros anos, as atividades socioterápicas eram propostas, de forma a tornar mais permeáveis os limites rigidamente estabelecidos entre dentro e fora dos muros do manicômio. Priorizavam-se as situações que despertassem o interesse e a participação da população em iniciativas que se realizava no parque do hospital e, num movimento inverso, aquelas que permitissem as pacientes ultrapassar os muros, reconquistando espaços na cidade.

Este movimento de aproximação entre os pacientes e a sociedade possibilitou, gradualmente, a desmistificação da loucura como ameaça, periculosidade e doença; tal fato, possibilitava a desconstrução do manicômio, tanto no que diz respeito aos seus muros quanto a necessidade de manter as suas práticas de segregação. Nesta perspectiva, Barros (1994, p.

85) ressalta que “realizava-se gradualmente a ‘desconstrução’ material e simbólica do manicômio; ‘a liberdade é terapêutica’ era o grande slogan da década de 70 [...]”.

No ano de 1978, a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como Lei 180 ou Lei Basaglia, foi aprovada em virtude da repercussão dos debates e reflexões incitados por Franco Basaglia. Com a aprovação da lei, novas formas de trabalho passaram a vigorar no território italiano. A internação psiquiátrica já não predominava, mas sim os Centros de Saúde Mental (CSM), os quais tinham como princípio norteador a liberdade, a cidadania, a participação dos usuários e dos familiares no tratamento, a escuta do sofrimento, o estímulo ao potencial de vida e de saúde.

Em 1980, portanto após a aprovação da Lei 180, com o fechamento da enfermaria de admissão que tinha então trinta leitos, iniciou-se o novo circuito psiquiátrico cautelosamente montado em novos anos de trabalho. Passou-se da ‘instituição negada’ à gestão da ‘instituição inventada’. O novo sistema de assistência de saúde mental não conta com a retaguarda da internação manicomial. A assistência à crise passa a ser realizada nos próprios CSM (BARROS, 1994, p. 82).

Todos os outros movimentos (comunidade terapêutica, psiquiatria institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva) foram perdendo suas forças frente à desinstitucionalização proposta por Basaglia. Barros (1994) afirma que tal fato ocorreu porque estes movimentos apenas deslocaram a atenção para os novos serviços de assistência na comunidade, porém a lógica psiquiátrica permanecia a mesma, pois não atingiam a ideologia dominante acerca da doença mental e nem trabalhavam a desmistificação da loucura na sociedade.

Contudo, Barros (1994, p. 53) evidencia que os movimentos anteriores a psiquiatria democrática italiana contribuíram no sentido de enfatizar a necessidade da democracia nas relações, bem como a idéia de descentralização e expansão dos serviços assistenciais.

A experiência italiana representa um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade.

O diferencial da Psiquiatria Democrática Italiana passou a ser a ênfase dada ao sujeito, ao seu sofrimento, a sua angústia, a sua história e não mais a sua “doença”. No entanto, havia

a necessidade de mais uma modificação: desconstruir com a idéia da loucura como doença mental e periculosidade. Basaglia atribuía várias críticas ao fato dos psiquiatras colocarem o sujeito entre parênteses e enfatizar somente a doença.

Neste sentido deve-se entender a famosa expressão de Franco Basaglia na qual se enfatizava que a 'psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença'. Em contrapartida, a experiência de Trieste pretendia responder às necessidades das pessoas, 'tirando-as' dos parênteses em que foram postas pela doença mental e por todos os conceitos que ela se referem. Num movimento de constante autocrítica, começou-se a perceber que apenas colocar a doença entre parênteses não seria suficiente; seria necessário, também, mudar radicalmente o processo que reduz a problemática da loucura em doença mental (BARROS, 1994, p. 53).

Pouco a pouco, Basaglia foi conquistando resultados significativos quanto a estas questões. A aprovação da lei 180 autorizou que suas idéias de desconstruir com o manicômio, com a ideologia dominante acerca da doença mental e com os princípios de exclusão criados a partir do discurso psiquiátrico, entre outros, fossem colocados em prática. Como alternativa ao fim do manicômio surgiram novas formas de assistência, que visavam à inclusão dos pacientes na sociedade, bem como a desmistificação das idéias referentes à loucura como doença mental e periculosidade. O discurso predominante desde então passa a ser o de cidadania e tratamentos fora dos muros do manicômio.

Deve-se entender ainda que a chamada Lei Basaglia possui um caráter indicativo e de orientação geral cujos principais aspectos são: a) abolição da Lei nº 36 de 1904; b) proibição de construções de novos hospitais e de novas internações psiquiátricas; c) determinação do esvaziamento gradual dos hospitais psiquiátricos existentes; d) constituição de serviços territoriais que passam a ser responsáveis pela assistência; e) abolição do estatuto de periculosidade social do doente mental e da tutela jurídica. O doente mental torna-se cidadão pleno para todos os efeitos, e o tratamento passa a ser um direito (BARROS, 1994, p. 127).

Barros (1994) afirma que para modificar todo este cenário, Basaglia focou suas críticas à epistemologia psiquiátrica, visto que esta insistia na questão de que o doente mental não compreendia o que se passava com ele e o que ocorria em sua volta. Além disto, Basaglia era contra o uso de rótulos, "etiquetamento nosográfico" atribuído à pessoa, pois considerava que isto alienava o sujeito à posição de passividade, como se o diagnóstico fosse cristalizado, sem perspectivas de transformações.

A crítica à epistemologia psiquiátrica delineou-se como reflexão teórica ainda na academia, através da recusa de Franco Basaglia em aceitar a hipótese da incompreensibilidade da pessoa considerada doente mental; dispendo-se a acolher e compreender seu sofrimento e sua subjetividade, insurge-se, também, contra o etiquetamento nosográfico da pessoa, o qual se constrói por categorias fechadas, fundadas numa entidade abstrata, a doença mental (BARROS, 1994, p. 58- 59).

Através de suas novas proposições no campo da saúde mental, Basaglia mostrava que as críticas dirigidas a ele eram infundadas, visto que seu projeto de modificar esta área não visava somente “fazer política”, mas que o grande objetivo do mesmo era pensar no ser humano como um todo e, a partir disto, não permitir que práticas desumanas sejam denominadas de “tratamento”. Rotelli (1994) reconhecido por levar adiante os trabalhos iniciados por Basaglia na Itália argumenta esta questão:

Ficava absurdo, então, aquele discurso de que a lei era utópica, porque todos podiam ver, ao contrário, que em algumas cidades aquele discurso da lei era uma realidade. Por exemplo, na cidade de Trieste, que não tem nem 300 mil habitantes, no lugar do manicômio foram construídos sete centros de saúde mental, uma para cada bairro da cidade, que funcionam 24 horas por dia, para os quais foram transferidos todos os médicos, todos os enfermeiros e todos os recursos do ex-hospital psiquiátrico. São serviços que se ocupam de todas as ‘patologias’ psiquiátricas, mas dentro do bairro, mas dentro do território, dentro da comunidade, com as portas sempre abertas, com o respeito total aos direitos das pessoas e com o trabalho para a reprodução social das pessoas. Uma grande quantidade de trabalho domiciliar, com uma rede de apartamentos para as pessoas que não podem mais estar com suas famílias e, portanto, com um arco de serviços de eficácia e eficiência enormemente superior ao do hospital, mas serviços que têm como a sua bandeira ‘liberdade é terapêutica’ (ROTELLI, 1994, p. 153).

Para o autor, todas estas mudanças mostram que não se tratava somente de construir críticas, mas sim de torná-las propositivas. Além disto, as conquistas evidenciadas na Itália no campo da saúde mental mostram também que “se as lutas ideológicas conseguem transformar-se em situações práticas, é muito difícil voltar atrás. Mas é necessário evidentemente envolver as pessoas, e isto é um grande trabalho” (ROTELLI, 1994, p. 153).

A partir desta compreensão da necessidade de envolver pessoas, do reconhecimento de que a alienação e a exclusão não podem ser consideradas terapêuticas, da crítica à episteme psiquiátrica baseadas na relação saber-poder, conhecimento/assujeitamento, do manicômio como um ambiente que segrega e, portanto, inadequado para o tratamento, é que a reforma psiquiátrica italiana diferenciou-se das outras experiências européias e norte-americanas.

Nesse sentido, Amarante (1998, p. 49) afirma que “a trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas”.

Desse modo, a desinstitucionalização ia para além do fechamento do manicômio, pois requeria uma modificação nas práticas terapêuticas e também nas concepções acerca da loucura.

Nesta perspectiva, Barros (1994, p. 190-191) menciona:

Desinstitucionalizar significaria assim, para os italianos lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados, também, a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada. Presos ao saber-poder de seu lugar na hierarquia institucional.

Por fim, cabe salientar que as experiências de alguns países da Europa e dos EUA constituíram-se como pilares na construção do movimento antimanicomial. Nesse sentido, as repercussões de suas críticas e de seus modelos de tratamento influenciaram outros países, como por exemplo, o Brasil.

2 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E DAS NOVAS PROPOSIÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

A partir dos anos de 1980, o Brasil deu início a desconstrução do modelo psiquiátrico moderno, estruturado de modo hospitalocêntrico, que desde o século XIX se institucionalizara no país nos denominados hospícios e manicômios. A desconstrução é resultado das críticas, primeiramente originadas em outros países do ocidente, que influenciaram e sensibilizaram o Brasil no sentido de repensar as práticas dentro do manicômio e as concepções de loucura da sociedade. A partir das experiências européias e norte-americanas, o Brasil foi desenvolvendo um processo de desmantelamento do sistema manicomial e a redefinição da assistência à saúde mental.

A crítica brasileira, na esteira da Reforma, passa a incidir sobre as estratégias desumanas adotadas pelos grandes hospitais psiquiátricos, os maus tratos evidenciados, a exclusão em que viviam os “doentes mentais” internados, bem como o reconhecimento de que tais ambientes constituir-se-iam como grandes depósitos de seres humanos, privados de liberdade, de cidadania, de direitos e principalmente de um verdadeiro tratamento, que lhes garantissem assistência e auxílio para conviverem na sociedade.

Cabe frisar que os manicômios brasileiros, assim como os hospícios da Europa, atendiam aos anseios sociais de conter, de tratar e de domesticar a loucura. Os mesmos denotavam uma resposta da sociedade à loucura e à desrazão, considerada por mais de um século como uma ameaça à convivência em sociedade, à ordem e ao controle.

No Brasil, somente a partir dos anos de 1960, surgiram os primeiros movimentos de luta antimanicomial. Nos anos 1970, aconteceram conferências, encontros entre profissionais, muitas vezes abertos a comunidade, no intuito de discutir e pensar em novas práticas, bem como novos meios de garantir ao sujeito acometido pela doença mental uma vida mais digna, o que não era encontrada através da segregação nos manicômios.

As novas formas de assistência à saúde mental, consideradas substitutivas ao modelo manicomial, vêm sendo adotadas no Brasil desde 1987 e denominam-se: CAPS (Centro de atenção psicossocial), NAPS (Núcleo de atenção psicossocial), SRT (Serviços residenciais terapêuticos) e a internação em hospitais gerais. A internação nos hospitais psiquiátricos deve

ocorrer somente em último caso, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O objetivo da implantação e da implementação destes novos serviços é reduzir progressivamente a internação em hospitais psiquiátricos. No entanto, somente em abril de 2001 foi aprovada a lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (ANEXO B).

Os novos serviços de assistência à saúde mental visam romper com a disciplinaridade, buscando uma nova forma de atuação, que passe a contemplar as várias áreas de saber acerca do ser humano. A tentativa é de romper com a episteme psiquiátrica, predominante desde o início dos primeiros manicômios e, considerar o sujeito inserido em uma rede de relações sociais que influencia seu modo de sentir, de viver e de se relacionar.

Em contrapartida, a partir do ano 2000, alguns movimentos passaram a reivindicar a permanência da hierarquia da classe médica e a defesa de seu espaço de atuação. Desta reivindicação foram construídos dois projetos de lei (Projeto Lei do Ato Médico e o Projeto Lei que visa o retorno das terapêuticas baseadas no modelo hospitalocêntrico) que representam uma grande ameaça à multidisciplinaridade e as outras formas de atuação que se propõem a superar a supremacia disciplinar.

Nessa perspectiva, este capítulo aborda questões referentes à criação e ao funcionamento dos manicômios brasileiros, bem como à recepção no Brasil das idéias que pretendiam modificar o cenário manicomial e transformar a forma de assistência à saúde mental. Também serão apresentadas as novas políticas públicas de saúde mental no Brasil, que emergiram no final dos anos de 1980, quando novos serviços e novas possibilidades de atuação em uma equipe de profissionais começaram a delinear-se, a partir da crítica à fragmentação epistemológica do modelo disciplinar. Para finalizar este capítulo, serão apresentadas e analisadas as propostas dos dois projetos de lei, considerados como os grandes ameaçadores das mudanças que vêm consolidando-se na área da saúde.

2.1 Dos manicômios brasileiros

Em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro manicômio brasileiro denominado Hospício Pedro II. O prédio encontrava-se situado numa área afastada do centro da cidade e possuía uma área apropriada para o trabalho agrícola. Nos finais de semana, o Hospício Pedro II recebia visitas de admiradores do imenso prédio, que possuía características da arquitetura européia, com ambientes amplos e arejados. Segundo Engel (2005, p. 33) “Em estilo neoclássico, o edifício parece um palácio, pela sua suntuosidade e elegância. Não foi à toa que a população da cidade o apelidou de ‘palácio para guardar doudos’”.

A construção do Hospício Pedro II é resultado do discurso médico que enfatizava a necessidade de um lugar especializado para tratar a loucura. Em 1830, os médicos iniciaram uma campanha, cujo objetivo era a identificação dos “loucos” da cidade do Rio de Janeiro, visando proibi-los de circular livremente pelas ruas.

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dos loucos da cidade. É a partir desse momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, mercedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento (AMARANTE, 1994, p. 74).

Nesse mesmo sentido, Silva (1997, p. 149-150) afirma:

A discussão médica sobre a loucura tem como alvo, como no caso da prisão, o tipo de tratamento a ser utilizado. A grande preocupação é com a higiene e com a possibilidade do tratamento terapêutico e moralizador. Somente condições salubres poderiam dar condições ao tratamento moral. Esta vai ser, no Rio de Janeiro na década de 1830, a crítica feita pelos médicos, a maioria higienistas, que fundaram a Sociedade de Medicina, aos métodos utilizados no Hospital de Santa Casa de Misericórdia. Isto marca o início das discussões sobre a loucura e do processo de institucionalização da mesma.

Silva (1997) salienta que o processo de institucionalização e de reclusão ocorre em diferentes ambientes: escolas, empresas, prisões, manicômios, entre outros, que se encarregam de disciplinar e de controlar os homens para posteriormente devolvê-los à sociedade. Nesse sentido, o autor descreve que o isolamento das pessoas marginalizadas socialmente, como por exemplo, os delinquentes e os doentes mentais, denota a intolerância à diferença e a legitimidade do discurso da burguesia, que prezava a higiene urbana e social através da

detenção de todos aqueles considerados uma ameaça à ordem e ao progresso, tidos como quesitos fundamentais da sociedade brasileira.

Limpar a cidade significa também organizar os mecanismos institucionais capazes de garantir a continuidade do sistema social. A delinquência precisa ser inibida, ela polui a vida nas cidades e desafia o poder do Estado. É necessário limpar através da higiene física e espiritual, moralizar o corpo e a alma do indivíduo (SILVA, 1997, p. 147).

A partir deste ideal de disciplina, de ordem e de controle, os médicos passaram a dar ênfase à necessidade de “higienizar” a cidade do Rio de Janeiro, impedindo a circulação dos bêbados, dos loucos e dos “animais ferozes” (ENGEL, 2001).

Conforme Pujol (2004, p. 39), caberia as pessoas leigas “identificar os loucos e encaminhá-los para a Santa Casa ou para o Hospital da Ordem de São Francisco da Penitência”. De acordo com Engel (2001), estas instituições possuíam péssimas condições de higiene e comodidade.

Diante disto, em 1830 os médicos passaram a criticar as condições precárias em que viviam os loucos internados na Santa Casa, reivindicando às autoridades a necessidade de construir um hospício para os alienados.

As Santas Casas de Misericórdia incluem-nos entre seus hóspedes mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (RESENDE, 2001, p. 35).

Nesse sentido, as denúncias dos médicos referiam-se a estas péssimas condições das Santas Casas de Misericórdia. Havia reconhecimento por parte da classe médica quanto à necessidade de tratamentos especializados, de uma melhor organização dentro da instituição, visto que havia superlotação nos quartos e uma desorganizada forma de agrupar os pacientes (que não eram separados por patologias). Além disto, a classe médica dava ênfase à contratação de médicos especializados para atender pacientes acometidos pela doença mental.

Diante desta necessidade, foi inaugurado em 1852 o Hospício Pedro II. Engel (2001) faz referência ao Decreto de 1077 de dezembro de 1852, onde consta a necessidade de uma organização dentro do hospício. Em virtude disto, os pacientes passaram a ser divididos em categorias. A divisão se dava por motivos de sexo, de comportamentos e de condições financeiras. Existiam os que eram internados gratuitamente, como os indigentes, os escravos e as pessoas consideradas mais empobrecidas; os pensionistas eram aqueles que tinham as melhores condições financeiras, capazes, portanto, de custear seu tratamento diferenciado, tendo quarto separado, considerado de primeira classe; por último, havia aquelas pessoas que dividiam o quarto com mais uma pessoa, considerado de segunda classe.

Havia subdivisões quanto ao comportamento em cada ala: de um lado, estavam os pensionistas (1ª classe) que eram divididos entre tranqüilos e agitados; e de outro lado, estavam aqueles que eram internados gratuitamente, estes últimos eram divididos em tranqüilos e limpos, agitados, imundos, afetados por moléstias acidentais.

Nas repartições do Hospício havia uma espécie de consultório, que visava atender gratuitamente as pessoas pobres. O Hospício dava assistência também às crianças órfãs, cujas mães faleceram dentro do hospital. Em relação à assistência oferecida por esta instituição, Pujol (2004, p. 43) enfatiza “podemos constatar que o discurso que pretende humanizar é de outra parte o discurso que segrega [...]”.

Cabe frisar que durante muitos anos a administração do hospício permaneceu sob a direção da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. No entanto, com o passar dos anos percebeu-se que o funcionamento do Hospício Pedro II repetia a realidade em que antes viviam os pacientes na Santa Casa de Misericórdia, pois com o aumento do número de internos novamente evidenciava-se o problema das péssimas condições físicas do ambiente, tratamento inadequado, um limitado número de clínicos, além da ênfase dada ao tratamento moral sobre a loucura.

Em São Paulo é criado o Asilo Provisório de Alienados, no mesmo ano em que foi inaugurado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Cunha (1986) afirma que o Asilo Provisório de Alienados configurou-se como um depósito de loucos. Sua administração era exercida por um leigo e, seus funcionários tinham baixa qualificação: eram ex-presidiários e negros libertos – considerados na época como pessoas de menor qualificação dentro da

sociedade e, devido a isto, submetiam-se ao que lhe ofereciam em troca de seu trabalho. Segundo a autora, o asilo nem parecia uma instituição de tratamento. Contava inicialmente com seis leitos, sendo a internação considerada uma forma de punir, pois recebia inclusive pessoas que cometiam crimes e que estavam até então na cadeia. Com o tempo a instituição não supria a enorme demanda que recebia, sendo os pacientes mais agressivos encaminhados para o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro.

De acordo com Cunha (1986), em 1853 aconteceu a primeira rebelião dentro do Asilo Provisório de Alienados, que acabou causando a depredação do prédio. Tal fato incitou várias críticas, visto que o prédio localizava-se no centro de São Paulo e era considerado um incômodo para a vizinhança. Contudo, somente em 1962 o Asilo Provisório de Alienados passou para outro ponto da cidade, retirado do centro, o que era considerado como adequado por parte dos alienistas, visto que isto garantiria o isolamento dos pacientes.

Ao descrever como era a rotina dos pacientes do Juquery, Pujol (2004) refere que os alienados eram promovidos por tempo de internação. Segundo a autora, isto remetia características de “carreira asilar” (p. 49). Além disto, os pacientes eram submetidos a um código moral que estabelecia como os mesmos deveriam ser tratados: “os que se comportavam, eram dóceis; com os mais furiosos não havia uma preocupação com o resgate da subjetividade; eram apenas os loucos, os alienados” (PUJOL, 2004, p. 49).

Alguns internos do hospício acabavam morrendo no asilo, pois muitos eram os problemas referentes às péssimas condições de higiene, aos maus tratos e ao abandono. Por outro lado, havia outros internos que freqüentavam às colônias e ao Sistema de Assistência Domiciliar. Neste caso, o paciente podia sair da instituição manicomial passando a viver nos sítios, onde prestava serviço aos donos das terras. Os proprietários das terras estabeleciam um contrato com o estado para abrigar os alienados, dando-lhes trabalho e comida. Deste modo, alguns desocupavam seus leitos no asilo para outros lá internarem, mas continuavam alienados ao estado e aos proprietários de terra. O interesse dos proprietários era a mão de obra barata e, o interesse do estado, era desocupar alguns leitos no hospício para poder abrigar casos mais graves (CUNHA, 1986).

Nesse sentido, Pujol (2004, p. 50) faz uma referência acerca da ênfase dada do trabalho no tratamento:

A questão do trabalho sempre esteve associada às práticas do hospício. As populações carentes, moradoras do hospício, eram submetidas ao trabalho como forma de ocupação, pois ele representava uma forma de domesticar, de controlar a rotina dos insanos e não propriamente uma forma de resgate de suas habilidades. Tanto que a maioria dos alienados que eram encaminhados ao trabalho agrícola eram considerados incuráveis: os imbecis, os idiotas, vistos como dóceis e propícios ao trabalho por não serem revoltados.

No Rio Grande do Sul, a realidade não era muito diferente do que ocorria no Rio de Janeiro e em São Paulo. Inicialmente os alienados eram abrigados na Santa Casa de Misericórdia. O objetivo da Santa Casa era prestar caridades. Atendendo tal objetivo, a mesma acolhia pessoas pobres, doentes, crianças abandonadas, velhos, mendigos e alienados. Sua finalidade não era de cura, mas sim de assistência às pessoas marginalizadas de várias regiões da província. A partir de 1854, o Imperador D. Pedro II ordena que não sejam mais enviados alienados para o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, pois caberia às Santas Casas a responsabilidade sobre a alienação mental na Província de São Pedro no Rio Grande do Sul.

Os apelos pelo hospício se fortificavam e a necessidade da construção do mesmo ia tornando-se inadiável. José Antonio Coelho Júnior assumiu o cargo de Provedor da Santa Casa de Misericórdia em 1873 e passou a enfatizar a urgência de um hospício no tratamento dos alienados. De acordo com Wadi (2002), toda a província passa a apelar enviando ao provedor sugestões quanto a pessoas influentes que poderiam ajudar na luta pela construção do hospício. Além disto, cabe frisar que este movimento é incitado por pessoas leigas, sendo poucos os médicos que marcaram presença nestas negociações.

Conforme Wadi (2002), em 1884 é inaugurado no Rio Grande do Sul o Hospício São Pedro, sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, que recebia verbas da província para administrá-lo.

O provedor da Santa Casa era quem fazia a admissão do paciente no hospício. Até então, o médico não possuía um lugar de poder dentro da instituição, visto que o mesmo somente era chamado após a admissão da pessoa, para que desse início ao tratamento, caracterizado como tratamento físico e moral (WADI, 2002).

Pujol (2004, p. 55) faz referência às práticas utilizadas no tratamento físico:

No tratamento físico, temos as seguintes práticas: privação temporária de visitas, passeios e recreios; reclusão solitária não excedendo a dois dias cada vez; diminuição de alimentos; emprego de colete de força; banhos de emborçações – que consistia em ‘pequenos afogamentos intencionais’.

Quanto ao tratamento moral a mesma autora menciona:

No tratamento moral o trabalho era a principal prática utilizada. Os alienados participavam de uma série de atividades: manutenção diária da rotina do hospício como – limpeza de banheiros, cozinha; escovação dos pisos de madeira e que necessitavam de limpeza constante; trabalho de lavanderia; pintura e manutenção do prédio (PUJOL, 2004, p. 55).

O Hospício São Pedro sempre contou com um insuficiente número de funcionários para dar conta de toda sua demanda. Tal fato pode ser justificado pela baixa remuneração dos mesmos. Com isto, somente submetiam-se a trabalhar neste hospício os profissionais menos qualificados, visto que os mais gabaritados requeriam maiores salários. Nesta perspectiva, os alienados exerciam tarefas dentro do hospício como forma de mantê-lo.

Em 1889, com a Proclamação da República, ocorreram algumas mudanças no hospício. O Estado passa a se encarregar da administração e o cargo de direção passa a ser ocupado por um médico.

Desde então, a admissão de todos alienados passa primeiramente pela avaliação do médico. Os médicos definiram que somente os policiais, os juizes e o secretário do interior do Estado poderiam requisitar internação no hospício. Além disto, os médicos solicitavam dados mais precisos quanto à história de vida do alienado, quando surgiram os primeiros sintomas, entre outras exigências, que com o tempo, mostraram-se pouco cumpridas (WADI, 2002).

Dentro do hospício, de acordo com Wadi (2002), havia divisões entre a ala feminina e a ala masculina. Dentro destas alas existiam subdivisões em duas seções: na primeira seção encontravam-se os agitados, imundos e epiléticos; e, na segunda seção, estavam os semi-agitados, tranquilos e asseados. No tratamento era utilizada a hidroterapia, cuja técnica era alternar banhos frios e quentes, no intuito de que assim acalmavam os pacientes mais

agitados. Além disto, o hospício contava ainda com oficinas como: oficina de carpintaria, seção de pintura, funilaria, oficina de costura, seção de pedreiros, oficina de colchoaria.

No Rio de Janeiro, somente em 1890, após a proclamação da República, o Hospício Pedro II passa do domínio da Santa Casa de Misericórdia para a guarda da Administração Pública. A partir de então, passou a chamar-se Hospício Nacional de Alienados. Este período é considerado o início de grandes Reformas da Psiquiatria no Brasil. Pujol (2004, p. 45) afirma:

É criada, então, a Assistência Médica Legal aos Alienados – primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República, em 1903 – passando a ser administrada pelo médico Juliano Moreira, que inicia sua luta em prol da reorganização dos asilos, bem como da ampliação da rede de assistência [...].

No que diz respeito às mudanças quanto à assistência, Amarante (1994, p. 76) destaca:

No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina. Denominadas de Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, ambas situam-se na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e destinam-se ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Logo após serão criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio.

Quanto ao objetivo central desta nova terapêutica, Amarante (1994, p. 76) observa:

A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, com conseqüência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar.

A ênfase dada ao trabalho como método terapêutico é analisada por Silva (1997) como sendo uma tentativa de aproximação de um mundo idealizado, de progresso, de projetos que visem ao crescimento econômico, etc.

Este projeto de devir de uma sociedade futura melhor é muito preciso tanto na prática médica como na prisional. Seguem um mesmo princípio e um mesmo projeto. Diferem na técnica, mas a intenção e os objetivos são os mesmos. Os médicos, assim como os juristas falam do futuro, pretendem um futuro idealizado. O processo de institucionalização da sociedade torna-se permanente ao apontar seus resultados objetivos no futuro, constituem-se parte do projeto da modernidade (SILVA, 1997, p.155).

Vale ressaltar que no ano de 1923, foi fundado por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo objetivo era intervir no espaço social. Este movimento de higiene mental possuía características eugenistas, racistas, xenofóbicas, entre outras. Contudo, verifica-se na história pregressa à criação da Liga Brasileira de Higiene Mental discursos e práticas que já possuíam tais características e objetivo, como podemos evidenciar nas palavras de Masiero “adiantando-se, Juliano Moreira já tinha lançado idéias semelhantes em 1906, quando previu que o futuro da psiquiatria estaria na prevenção, o que mostra que o Brasil era um terreno fértil para o aprimoramento de tais idéias” (2003, p.136).

Nesta perspectiva, Silva (2005) salienta que a construção de um discurso baseado nos princípios de higiene e de eugenia garantiu aos médicos um lugar socialmente privilegiado e legitimado de controle, de saber e de poder. O ideal burguês consolidava-se perante a reprodução do discurso médico, que enfatizava a necessidade de isolar para “tratar”.

Desta forma, os médicos passaram a ocupar um importante papel social em defesa da eugenia e da higienização, considerados determinantes de uma vida “sadia” e ordenada. Diante disto, Silva (2005, p.84) descreve o papel da Medicina frente ao processo de institucionalização: “é assim que a Medicina acaba por advogar um papel pedagógico, moralizador e preventivo frente aos fatores considerados disgênicos”. Em outras palavras, a medicina exercia o papel de controle, de domesticação, de transformação de todos aqueles que se afastavam dos padrões comportamentais e físicos construídos pela própria classe médica e, que eram legitimados socialmente pelo estado e pelos ideais burgueses.

Frente a este contexto, os médicos foram alcançando um maior status profissional e social, visto que se aliavam ao desejo da sociedade que, segundo Pujol (2004, p. 41) era: “retirar os loucos do espaço público, pois perturbavam a ordem pública e não eram considerados ‘boa vizinhança’”.

Nesse sentido Amarante (1994, p. 78) salienta que “através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção”.

A partir de 1930, a psiquiatria descobriu novas técnicas terapêuticas, como por exemplo, a eletroconvulsoterapia, as lobotomias, os choques insulínicos, entre outros. Amarante (1994, p. 78) afirma que com tal fato “a psiquiatria torna-se mais poderosa, e o asilamento mais freqüente”. O autor salienta que dos anos de 1950 em diante a psiquiatria se fortifica com o surgimento dos primeiros neurolépticos usados, entre outros motivos, como forma de reprimir a agressividade do paciente, tornando-os mais dóceis.

Deste modo, a psiquiatria obtinha mais poder, aliando-se às necessidades do estado em normatizar o social. Devido a isto, a mesma passou a ser reconhecida como uma estratégia política e social dos corpos. O grande objetivo da psiquiatria, segundo Amarante (1994), é a normalização, a constituição de um espaço eugênico, asséptico, bem como coletividades sadias.

Costa (1999) ressalta que a medicina higiênica e mental passou a intervir no sentido de normatizar o social, baseado nos princípios de ordem e de disciplina, que com o advento da República tornam-se ainda mais fortes, pois a disciplina passou a ser sinônimo de progresso. Conforme Pujol (2004, p. 46) “com este entendimento várias instituições são criadas como forma de intervenção na saúde pública”.

Este cenário de maus tratos, de péssimas condições ambientais, de precariedade na assistência, de abandono, entre outras características evidenciadas nos manicômios brasileiros, perdurou por muitos anos. Pode-se afirmar que desde o primeiro manicômio brasileiro, fundado em 1852 até a metade do século XX (praticamente um século), a história das internações psiquiátricas não possuiu grandes mudanças, visto que as “terapêuticas” eram baseadas na força, no poder e na reclusão.

Frente às péssimas condições referentes ao funcionamento dos hospícios, alguns movimentos surgiram no Brasil em meados do século XX e passaram a preparar um terreno fértil, onde mais tarde algumas idéias referentes à necessidade de mudança na assistência à saúde mental começaram a emergir. Amarante (1994, p. 81) enfatiza:

Em 1987, o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema 'Por uma Sociedade sem Manicômios'. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais e territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.

Cabe frisar, que todas as iniciativas de reforma no âmbito da saúde mental tinham como fundamentação teórica e prática o que já havia sido experimentado em outros países da Europa e Estados Unidos. Estas experiências e idéias inovadoras acabaram entrando no Brasil, a partir dos anos 1960, através de conferências, muitas delas abertas à comunidade, nas quais alguns profissionais trocavam idéias, discutiam possibilidades de novas práticas que abrangessem as novas necessidades da contemporaneidade: cidadania, igualdade de direitos, liberdade, entre outras. Diante disto, surgem de um lado apoiadores da reforma psiquiátrica e, de outro, movimentos de resistência a ela.

2.2 Da recepção das idéias reformistas

Diante da insatisfação quanto ao tratamento proporcionado aos doentes mentais dentro dos manicômios, os profissionais de saúde mental, atuantes no Brasil, passaram a organizar eventos, seminários, encontros e conferências, onde estavam presentes profissionais de outros países em que a reforma psiquiátrica já estava consolidando-se¹². Muitos desses profissionais militantes da reforma psiquiátrica inspiraram o Brasil com as experiências que vinham ocorrendo nos seus países. Franco Basaglia foi um destes, pois contribuiu significativamente estimulando os profissionais de saúde mental do Brasil a pensar em iniciativas eficazes para reverter o cenário brasileiro no campo da saúde mental.

De acordo com Amarante e Rotelli (1992), Franco Basaglia veio pela primeira vez ao Brasil no ano de 1975, época em que a Itália vivia o auge de sua campanha para o fechamento do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, que poucos anos depois vinha a concretizar-se,

¹² Ver entre outros: I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, na cidade do Rio de Janeiro, onde participaram Franco Basaglia, Erving Goffman, etc.

através da aprovação da lei 180 (Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana). Nesta ocasião, sua visita não teve tanta repercussão, em virtude do Brasil estar sob a repressão do regime militar, que controlava a censura, as atividades e as manifestações da sociedade civil. Mais tarde, em 1978, Basaglia retorna ao país para participar do Simpósio de Psicanálise, no Rio de Janeiro, provocando polêmicas e momentos de reflexão.

Em 1979, Basaglia veio novamente ao Brasil para participar de várias conferências, simpósios e encontros. Neste ano o quadro político era outro, pois com a “abertura” possibilitou a emergência de movimentos sociais nos diversos segmentos da sociedade, bem como manifestações reivindicando maior participação social e política.

As visitas de Basaglia são motivo de grande mobilização, principalmente entre os técnicos mais jovens, que vêm a ser a principal força de trabalho dos serviços psiquiátricos públicos e privados, e que não encontram eco nas universidades, na medida em que estas ou estão sob o controle dos mesmos agentes que formulam as políticas oficiais do regime militar em agonia, pelos que diretamente defendem os mesmos interesses, ou ainda pelos que têm simples e atávica aversão às correntes psiquiátricas não convencionais (AMARANTE e ROTELLI, 1992, p. 48).

Para os autores, a aprovação da Lei 180 na Itália “foi recebida com entusiasmo por essa nova geração de técnicos brasileiros que encontraram nela, ou melhor, nas práticas sociais que a precederam e a desenvolveram, um horizonte objetivo de lutas para a transformação psiquiátrica” (AMARANTE e ROTELLI, 1992, p. 48).

Além de mobilizar os técnicos de saúde mental, as vindas de Franco Basaglia ao Brasil sensibilizaram também os familiares e usuários, visto que se evidenciou o aumento significativo do número de associações organizadas por estes últimos. Nesse sentido, Souza (2006, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5299.pdf>) destaca:

Usuários e familiares protagonizam o processo reivindicatório por novas formas de cuidado para a "existência sofrimento" dos doentes mentais. Reivindicam, para além dos sintomas e da doença, protagonizar uma história de mudanças, forjar um novo olhar sobre o adoecer mental e todas as suas implicações. O protagonismo do cidadão, ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema.

Um exemplo de associação de familiares e usuários é a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), considerada uma associação sem fins

lucrativos, fundada em 1978, no Rio de Janeiro, atuante até os dias de hoje. Sua finalidade é apoiar familiares, amigos e “portadores de distúrbios mentais”.

Apesar destas iniciativas, não se pode afirmar que as concepções e práticas de Basaglia foram as únicas que incitaram o Brasil a dar os primeiros passos rumo a reforma psiquiátrica, embora não se tenha dúvidas do quanto as mesmas constituíram-se como as mais significativas e estimulantes experiências para todos aqueles que desejavam uma real transformação da instituição psiquiátrica, como é o caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Nesse sentido Amarante (1998, p. 108) observa que:

Quanto às correntes reformadoras de maior repercussão internacional que influenciaram o projeto crítico do MTSM, destacam-se a comunidade terapêutica, de Maxwel Jones, a psicoterapia institucional, de Tosquelles, a psiquiatria de setor, de Bonnafé, a psiquiatria preventiva, de Caplan, a antipsiquiatria, de Laing e Cooper e, mais tarde de forma mais sistemática e predominante, a psiquiatria na ‘tradição basagliana’.

Todas estas experiências reformadoras incitaram os técnicos brasileiros a repensar as estratégias de mudanças no âmbito da assistência à saúde mental do país. Os encontros, eventos e conferências propiciavam a escuta de relatos de experiências quanto ao que estava acontecendo nos países da Europa e nos EUA no âmbito da saúde mental, bem como quais foram as iniciativas, como estas tornavam-se propositivas, quais os resultados, as resistências, as estratégias, entre outras questões importantes. Desse modo, delineava-se entre profissionais de saúde mental uma série de idéias que auxiliariam a refletir sobre os primeiros passos necessários para a reformulação da assistência a saúde mental no Brasil.

Vale frisar, conforme Delgado (1992), que nos anos 1960 e 1970 já existia a tentativa de reformar o campo da saúde mental no Brasil no que diz respeito ao aperfeiçoamento e a humanização na forma de tratamento aos doentes mentais. A diferença desta época para os anos 1980 em diante, relaciona-se a questão de que, nas últimas décadas, a crítica às instituições que isolam o indivíduo incide sobre a psiquiatria, seus pressupostos, suas práticas de controle e normatização, bem como os efeitos que causavam na subjetividade dos internados.

Para diversos autores é difícil definir o início da reforma da prática e do saber psiquiátrico; contudo, Amarante (1998), considera como marco da reforma psiquiátrica

brasileira o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos de 1970.

Este movimento tinha como objetivo promover um espaço de discussões, debates, levantar propostas, visando transformar a assistência a saúde mental, além de oportunizar encontros e reunir trabalhadores em saúde, oferecendo um meio para que as entidades da sociedade também pudessem participar. Segundo Gondim (2006, <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2001/gondimdsmm/capa.pdf>.) “entre 1987 e 1993, várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do movimento foram se constituindo e no ano de 1993, consolidando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).” Nesta perspectiva, Pereira (1997, p. 329) afirma "no cerne do projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira já há a necessidade de abraçar diferentes setores da sociedade”.

Gondim (2006, <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2001/gondimdsmm/capa.pdf>.) afirma que o MTSM, desde a sua criação em 1978, caracterizava-se pela resistência à institucionalização. A não institucionalização do movimento constitui-se como uma estratégia proposital, pois visa a democratização e a autonomia, evitando assim a burocratização, comum nas práticas institucionalizantes.

Com o propósito de não se tornar um movimento institucionalizado, em defesa da desinstitucionalização psiquiátrica, o MTSM e as entidades de amigos, de familiares e de usuários, utilizam a expressão “articulação nacional da luta antimanicomial”. Com o apoio destas entidades, o MTSM constrói discursos que, com o passar dos anos, vêm se tornando propositivos no sentido de reformar as políticas públicas de assistência à saúde mental no Brasil.

Por outro lado, há de se considerar que existem alguns setores da sociedade que apóiam a permanência dos hospitais psiquiátricos, como é o caso do setor privado, que presta serviços assistenciais psiquiátricos. Estes, pela forte resistência à mudanças na área de assistência à saúde mental, acabam boicotando a aplicação da Reforma Psiquiátrica. Tal fato, denota que as resistências do setor privado à reestruturação psiquiátrica decorre do temor em colocar em risco seus interesses hegemônicos de saber/poder, bem como seus interesses financeiros, ao explorar e tratar como mercadoria a “doença mental”.

Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) destaca uma forte resistência à mudança das instituições privadas mantidas pelo poder público que prestam assistência no campo da saúde mental. O autor afirma que se trata de hospitais privados que são conveniados ou contratados pelo SUS para internação da clientela pública, cuja remuneração é feita pelo estado.

Sua única receita é a internação psiquiátrica, remunerada na forma de uma diária para cada dia de internação de cada paciente. A receita será maior de acordo com três variáveis: quanto maior o número de pacientes internados, quanto maior o tempo de internação e, por último, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado (TENÓRIO, 2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>).

Contudo, as resistências à reforma psiquiátrica foram perdendo as forças frente ao movimento dos trabalhadores de saúde mental. O MTSM conquistava cada vez mais espaço, bem como aumentava continuamente o número de militantes que defendiam o lema “por uma sociedade sem manicômios”, tendo como reivindicação, novas alternativas de tratamento, que considerassem a cidadania do portador de sofrimento psíquico. Nesse sentido, Gondim (2006, <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2001/gondimdsmm/capa.pdf>.) destaca que desde 1985 os profissionais militantes do movimento de saúde mental assumem postos de chefia em diversas instituições como: universidades, conselhos profissionais, sindicatos da área de saúde, entre outros. Segundo a autora, o movimento passou a expandir-se e a influenciar cada vez mais esses setores como também os governamentais.

No ano de 1987, em Bauru, aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM, cujo evento foi pautado pelos seguintes temas: a) Por uma sociedade sem manicômios; b) A relação entre os trabalhadores de saúde mental e o Estado, onde foram discutidas questões sobre a interdisciplinaridade, o corporativismo, as estratégias e as alianças necessárias para modificar a forma de assistência; c) Análise, reflexão e avaliação das práticas até então vigentes, e a necessidade de ruptura com o isolamento, procurando expandir o movimento dos trabalhadores de saúde mental. Cabe mencionar que neste congresso estiveram presentes técnicos, usuários, familiares e lideranças municipais. Este cenário propiciou a construção da opinião pública em defesa da luta antimanicomial.

Nesse sentido salienta-se que:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. [...] Nossa atitude marca uma ruptura. A recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM, 1987, p. 04).

O objetivo do MTSM não era somente modernizar e reformar o ambiente de internação, mas sim mudar as práticas, as concepções e a percepção de todos (comunidade, amigos, familiares, usuários, técnicos, políticos, entre outros) acerca da “loucura”.

Desta forma, o MTSM ia constituindo-se como o ator principal nas reflexões, nos debates, nas iniciativas sociais de mobilizar a opinião pública e expandir a idéia de não compactuar mais com o enclausuramento, com o abandono e com as concepções arcaicas sobre a loucura, baseadas no discurso hegemônico de uma classe que defende somente seus interesses corporativistas. Com as suas características não institucionalizantes de movimento, de mobilização social e de deslocamento teórico e prático, o MTSM, hoje conhecido como MLA pode ser definido como “um sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação de práticas transformadoras, na fundação de uma reflexão profunda e crítica ao modelo da psiquiatria, fazendo surgir, desta forma, uma nova política de saúde mental” (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006, www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=186-62k).

No entanto, para mudar as práticas é preciso mudar os conceitos e concepções acerca do que se entende por “loucura” ou “doença mental”. Nesse sentido, Franco Basaglia propunha que a loucura deveria ser compreendida como ‘existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social’. Por isto Rotelli (1990, p. 29-30) observa que:

Desconstruir o manicômio significa bem mais que o simples dismantelamento de sua estrutura física; significa o dismantelamento de toda a trama de saberes e práticas construída em torno do objeto doença mental, com a consequente reconstrução da complexidade do fenômeno existência-sofrimento, que implica a invenção de novas, e sempre novas, formas de lidar com os objetos complexos.

Levando em consideração todas as questões expostas até aqui, percebe-se que a receptividade das idéias reformistas pelos técnicos brasileiros gerou a mobilização da sociedade civil, que passou a requerer tratamentos mais humanitários aos doentes mentais até então abandonados nos manicômios.

2.3 Das políticas públicas e das transformações na assistência à saúde mental

No ano de 1989 surge o primeiro projeto de lei, cuja autoria é do deputado Paulo Delgado, visando extinguir progressivamente os manicômios e substituí-los por novas formas de atendimento. De acordo com Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) o “projeto Lei Delgado” possuía apenas três artigos, cujo conteúdo enfatizava o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; com isto, deveria haver um direcionamento dos recursos públicos para a criação de ‘recursos não manicomialis de atendimento’ e, por último, obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação. A partir desta exposição, fica claro que o projeto lei de Delgado visava à reestruturação da assistência psiquiátrica, aí compreendida novas práticas no âmbito da saúde mental nos municípios.

Neste contexto, surge o projeto de lei 3657/89 que, ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e consequentemente discutida por amplos setores sociais. Em muitas cidades e estados, acontece um processo muito rico de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações de psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1994, p. 81).

Neste mesmo período, foi aprovada a lei 8.080/90¹³ e, desde então, uma série de mudanças foram e vêm sendo progressivamente efetivadas no âmbito da saúde em geral, aí compreendida também a saúde mental. Com suas diretrizes de: descentralização em cada

¹³ Conhecida como a lei do Sistema Único de Saúde (SUS).

esfera de governo, integralidade no atendimento, prioridade nas práticas preventivas e participação da comunidade nas decisões a partir dos conselhos de saúde, logo o cenário manicomial foi também sendo modificado, tendo em vista que o mesmo tornava-se ultrapassado frente às novas exigências sociais de igualdade, cidadania, ênfase nas práticas preventivas, entre outras. Nesta perspectiva, Amarante (1994, p. 80) descreve:

Deste último momento, destacam-se as tendências à descentralização, a municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, processo este que está em curso, com as idas e vindas próprias da construção da democracia. Um outro aspecto merece atenção especial: a definição de financiamento do setor público de saúde. Dentre as conseqüências mais importantes desta definição está o surgimento de novas gerações de técnicos e usuários que têm espaço, possibilidade e condições de criação e invenção da assistência no serviço público, o que até então não vinha ocorrendo.

Frente a toda esta modificação no cenário nacional brasileiro, delineou-se um novo conjunto de práticas e iniciativas em diferentes regiões do Brasil. Estas novas práticas, voltadas à assistência à saúde mental, resultaram dos esforços, das lutas e das discussões, ocorridas nos mais diferentes segmentos da sociedade. Em muitos casos, as iniciativas locais tiveram uma repercussão enorme influenciando outras regiões a iniciarem mudanças no âmbito da saúde mental. Foi desta forma que, aos poucos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi consolidando-se e ganhando cada vez mais força e, em abril de 2001, todo este movimento é legitimado através da aprovação da lei federal 10.216, que é conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Isto significa dizer que, ainda mais importante do que os planos nacionais e as leis, que têm a sua importância e a sua eficácia, são os trabalhos práticos de implantação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, sem necessidade do asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação; que demonstrem ser possível uma prática psiquiátrica que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e não morte (AMARANTE; ROTELLI, 1992, p. 50).

Segundo Amarante e Rotelli (1992), alguns agentes podem pensar que uma iniciativa em nível local não tem repercussão para modificar a assistência psiquiátrica brasileira. Contrapondo a esta idéia, os autores salientam que “essas experiências locais é que são a verdadeira transformação da assistência psiquiátrica e sobre elas serão feitas ou sustentadas as leis e os planos de grande porte” (AMARANTE; ROTELLI, 1992, p. 50-51).

Corroborando com os autores acima, Onocko-Campos e Furtado (2006) destacam que o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil surgiu em março de 1987, antes portanto, da criação do projeto lei de Paulo Delgado. Este CAPS denominou-se Professor Luiz da Rocha Cerqueira e localiza-se na cidade de São Paulo. Sua inauguração representou a verdadeira possibilidade de mudança na implementação de um novo modelo de assistência em saúde mental, visto que o mesmo constituía-se como uma instituição de tratamento que ia além do ambulatório e não isolava o paciente do contato social como ocorria nos manicômios. Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) descreve que os objetivos do CAPS Luis da Rocha Cerqueira referiam-se a intenção de tornar-se um serviço comunitário, com tratamento de “intensidade máxima”, com atividades psicoterápicas, socioterápicas e terapia ocupacional, com duração de oito horas diárias, cinco dias semanais.

Além do CAPS Luis da Rocha Cerqueira, outro serviço substitutivo ao manicômio foi inaugurado a partir de 1989, em Santos; trata-se do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), que juntamente com os CAPS tornaram-se referência para a implantação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial em nosso país (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Essas duas iniciativas serão precursoras de congêneres não só no Estado de São Paulo, mas em todo o Brasil, uma vez que subsidiarão os MS na formulação da Portaria n. 224/92, primeiro documento oficial a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS. A partir da publicação dessa portaria, o número de CAPS e/ou NAPS aumentou significativamente, atingindo cento e sessenta serviços em 1995 e superando quinhentas unidades em todo o país em 2004 (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055).

Deste modo, alguns dados enfatizam que entre os anos de 1992 e 2001 surgiram várias leis estaduais, todas inspiradas no projeto lei de Delgado. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2002, p. 19):

Desde 1992 existem oito leis estaduais em vigor, todas inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Em todas está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Apesar de todas estas iniciativas locais (municipais e estaduais) no âmbito da saúde mental, somente em abril de 2001, depois de mais de dez anos de tramitação do Projeto Lei

Delgado, a lei federal 10.216 foi aprovada. A mesma preconiza a reforma psiquiátrica no Brasil, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

Nesta lei, conforme o Ministério da Saúde (2002), a ênfase está nos direitos de igualdade na prestação de serviços, sem qualquer forma de discriminação. Além disto, os familiares ou responsáveis pelo usuário ficarão a par de todos os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, como por exemplo: qualidade no tratamento; ser tratada com respeito; empenho dos técnicos na recuperação da saúde, visando inseri-lo novamente na família, na comunidade e no trabalho; garantia do sigilo das informações; direito à presença médica sempre que precisar; acesso aos meios de comunicação; ser informado sobre a sua doença e tratamento; ser tratada de preferência em serviços comunitários de saúde mental.

Quanto à internação em hospitais psiquiátricos, a lei 10.216 no seu artigo 4º deixa claro que: “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Diante disto, a mesma aponta que a finalidade do tratamento é a reinserção do paciente em seu meio e não o isolamento, como há séculos acontecia dentro das instituições asilares. Nesse sentido, a lei 10.216 em seu artigo 4º, no parágrafo 3º, destaca que: “é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares”, que não respeitem os direitos dos usuários.

O Ministério da Saúde (2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf) destaca que o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), atuante no Brasil desde 2002, tem um papel relevante e estratégico no processo de reestruturação da assistência à saúde mental. Através da avaliação anual, executada pela “vigilância sanitária, técnicos-clínicos e controle normativo”, há a possibilidade de traçar um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, considerando que, os critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar deve ser compatível com as normas do SUS. Os hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população são descredenciados. Cabe salientar, que antes da implantação do PNASH havia apenas

supervisões hospitalares, realizadas por supervisores do SUS, de alcance limitado, e as fiscalizações atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades.

Com o PNASH há uma avaliação da estrutura física do hospital, da dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, dos recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental de um território e às normas técnicas gerais do SUS. Este processo de avaliação ocorre através da realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar.

Segundo o Ministério da Saúde (2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf), através desta avaliação, entre os anos de 2003 e 2005, foram reduzidos 6.227 leitos no Brasil, “embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma.” Cabe salientar que as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos devem ocorrer de forma gradual e planejada.

Para os pacientes que permaneciam internados há anos nos hospitais psiquiátricos brasileiros, cujos familiares o tenham abandonado ou mesmo aqueles que tenham criado uma forte dependência com a instituição, a lei 10.216 preconiza em seu artigo 5º:

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2005, <http://www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasica.action>).

Foi pensando nestas pessoas, cujas famílias não as aceitam mais ou que se tenha perdido o contato, que foram instituídos através das portarias 106 e 1.220, no ano de 2000, os Serviços Residências Terapêuticos (SRT) considerados, assim como os CAPS e NAPS, uma forma substitutiva à internação psiquiátrica. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são moradias para aquelas pessoas que são egressos do hospital psiquiátrico, que possuem dificuldades de se reintegrar na família e na sociedade. São serviços que possuem uma função

terapêutica, que estão relacionados com os cuidados dedicados no campo da atenção psicossocial (SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ, 2005, http://www.sespa.pa.gov.br/situacao/situacao_mental.htm). Corroborando com estas informações, Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) acrescenta:

Os serviços residenciais terapêuticos são casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar e servir de moradia para os pacientes 'egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares' (portaria 106), a fim de viabilizar a sua reinserção social. Servem a pessoas que, por terem vivido anos ou décadas internadas, transformaram-se em moradores de hospital, perderam seus laços sociais e familiares e tornaram-se dependentes de uma instituição asilar.

Segundo a Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará (2005, http://www.sespa.pa.gov.br/situacao/situacao_mental.htm), os CAPS e os NAPS, caracterizam-se por ser unidades de saúde que visam o tratamento da população de um local ou de uma região. Nos NAPS há atendimento 24 horas por dia, com poucos leitos, onde o paciente fica até recuperar-se do momento da crise.

Os CAPS, de acordo com Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1055), configuram-se como:

serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado voltado para o tratamento e *reabilitação psicossocial*, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem sociais presentes no cotidiano dos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde/Brasil (1994), os CAPS compreendem unidades de atendimento à saúde, no âmbito local e regional, oferecendo atendimento e tratamento considerados intermediários entre ambulatório e internação. Seu funcionamento é de quatro horas por turno, coordenado por uma equipe multiprofissional. Os profissionais devem disponibilizar aos usuários os seguintes atendimentos: tratamento individual; grupal (psicoterapia de grupo, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades de socialização, entre outras); visitas a domicílio; atendimento aos familiares dos usuários, bem como atividades na comunidade, visando integrar o doente mental e inseri-lo na comunidade.

Na mesma perspectiva, Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) descreve os CAPS como um serviço de atendimento diurno, onde o paciente passa o dia e a noite volta para sua casa. Goldberg (1994), observa que os pacientes com problemas psiquiátricos exigem uma atenção e tratamento que vai além daqueles oferecidos pelos ambulatórios ou hospitais psiquiátricos. Desta forma, os CAPS tornam-se referência visto que possibilita a frequência diária de seus usuários, oferece várias atividades terapêuticas, bem como a atenção da equipe de profissionais. Além disto, os usuários convivem com outros, estabelecendo vínculos e, participando das diversas atividades promotoras de socialização (TENÓRIO, 2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>).

Vale ressaltar que os CAPS são considerados um modelo de atenção à saúde mental, cuja assistência não visa somente fazer com que os sintomas desapareçam, mas que os pacientes possam ter um cuidado continuado e intensivo, sem afastar-se de sua família e da vida social (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL "JARDIM DAS ACÁCIAS", 2005, http://paginas.terra.com.br/saude/acacias/caps_II.htm).

No Brasil existe uma diferenciação entre os CAPS, levando em consideração o porte, capacidade de atendimento, clientela atendida. Sua organização depende do perfil populacional dos municípios brasileiros. Deste modo, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf),

Os CAPS I são caracterizados como sendo os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, que possuem a capacidade de oferecer assistência à saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes serviços possuem uma equipe mínima de nove profissionais, de nível médio e nível superior, tendo como usuários os adultos com transtornos mentais severos e persistentes, bem como os usuário que possuem transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Seu funcionamento estende-se durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são considerados serviços de médio porte que oferecem cobertura a municípios que excedem 50.000 habitantes. A maior parte da clientela destes serviços são adultos com transtornos mentais severos e persistentes. A equipe mínima do CAPS II deve

contar com doze profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para atender cerca de 360 pessoas por mês. Seu funcionamento ocorre nos cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III constituem-se como os serviços de maior porte da rede CAPS, criados para dar assistência à saúde mental nos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os CAPS III são caracterizados como sendo serviços de grande complexidade, visto que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana, inclusive nos feriados. Possuem no máximo cinco leitos, realizando quando necessário o acolhimento noturno, que são internações curtas, entendidas como sendo de algumas horas até o máximo 7 dias. A equipe mínima do CAPS III deve contar com dezesseis profissionais, compreendido aí os profissionais de nível médio e superior, além da equipe noturna e a de final de semana. Sua capacidade de atendimento atinge cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi são os Centros de Atenção Psicossocial especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Geralmente são necessários em municípios com mais de 200.000 habitantes. Seu funcionamento ocorre durante os cinco dias úteis da semana, possuindo capacidade de acompanhar cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Este serviço conta com uma equipe mínima de onze profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad são os Centros de Atenção Psicossocial especializados na assistência a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Este serviço foi delineado para atender cidades que compreendem mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, pela sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou pelo seus cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para atender às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e possuem capacidade para acompanhar cerca de 240 pessoas por mês. Os CAPSad possuem uma equipe mínima, composta por treze profissionais de nível médio e superior.

Nesse sentido,

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf).

Os CAPS, os NAPS e os SRT, integram a rede substitutiva em saúde mental, que visa à redução de internações psiquiátricas e ao tratamento humanitário, sem retirar o paciente da sociedade. Nesta perspectiva, cabe frisar algumas diretrizes consideradas centrais da política de saúde mental compreendem: a redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos; a garantia da assistência aos pacientes egressos dos hospitais, criação e sustentação de rede extra-hospitalar – CAPS, entre outras alternativas de suporte social, bem como a defesa e a promoção dos direitos humanos dos pacientes e dos familiares. (DOCUMENTO INFORMATIVO DA SAÚDE MENTAL NO SUS, 2005, <http://pvc.datasus.gov.br/documentos/boletim>).

Alguns resultados significativos encontrados na prática, quanto a estas diretrizes podem ser evidenciados em vários trabalhos teóricos como os de Alves (1996), Amarante (1998), Sigler (2000), entre outros, que tratam das transformações no campo da saúde mental no Brasil. Estes autores salientam que as diretrizes da política de saúde mental atingiram de forma significativa algumas de suas metas, como por exemplo: a redução do número de hospitais psiquiátricos, o surgimento de formas alternativas de atendimento à saúde mental, além de debates e reflexões críticas quanto à forma de ver e tratar a loucura. Porém, cabe frisar que tais transformações não ocorreram de forma homogênea em todo o país.

Para resolver estas disparidades entre diferentes regiões do Brasil, o Ministério da Saúde disponibiliza recursos, antecipando incentivos financeiros para a criação dos CAPS. Desta forma, o início de seu funcionamento se efetiva mais rapidamente, antes de serem cadastrados. Os recursos disponíveis contribuem para reformas do ambiente onde o serviço se instalará, compra de materiais, bem como possibilita o treinamento da equipe que atuará no CAPS. Porém, após receber o incentivo o gestor terá o prazo de 90 dias para iniciar o

funcionamento do serviço, bem como cadastrá-lo junto ao Ministério da Saúde. Esta é uma forma de expandir estes serviços no país. (DOCUMENTO INFORMATIVO DA SAÚDE MENTAL NO SUS, 2005, <http://pvc.datasus.gov.br/documentos/boletim>).

Devido a estes incentivos, aumentaram o número de CAPS no Brasil. Conforme os dados do Documento Informativo de Saúde Mental no SUS (2005, <http://pvc.datasus.gov.br/documentos/boletim>) “temos hoje no Brasil 840 CAPS.” Este dado demonstra uma grande expansão dos CAPS, visto que em 2004 o número de CAPS era 575, conforme os dados da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará (2005, http://www.sespa.pa.gov.br/situacao/situacao_mental.htm).

Além disto, os dados do Ministério da Saúde de agosto de 2004 indicavam que os CAPS atenderam 389 mil pessoas em 2002. No ano de 2003, o número de pessoas atendidas pelos CAPS chegou a 3,7 milhões (SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ, 2005, http://www.sespa.pa.gov.br/situacao/situacao_mental.htm).

Nesse sentido, constata-se que a Política Nacional de Saúde Mental vigente em nosso país desde abril de 2001, tem como questão fundamental a desinstitucionalização psiquiátrica e, concomitantemente, o investimento na rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas tanto municipais quanto estaduais. A intenção é que sejam criadas formas intensivas de tratamento, diferentes do tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos, dando ênfase a reabilitação psicossocial dos usuários (SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ, 2005, http://www.sespa.pa.gov.br/situacao/situacao_mental.htm).

No Rio Grande do Sul a lei 9.716 aprovada em agosto de 1992 representa a fusão dos projetos de lei 171/91 e 278/91, de autoria dos deputados Marcos Rolim (PT) e Beto Grill (PDT). A lei 9.716 dispõe sobre a reforma psiquiátrica no estado, determinando a substituição progressiva dos leitos dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral no âmbito da saúde mental. Seu artigo 2º enfatiza:

Art. 2º A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, por uma rede integrada e por variados serviços assistenciais de atenção sanitária e sociais, tais como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, unidades de observação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas e comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 47).

Para atingir estes objetivos, o art. 3º da lei 9.716 aponta que “fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelo setor público de novos leitos de hospitais” (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 47).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a lei mencionada acima descreve que os hospitais psiquiátricos poderão transformar-se em hospitais gerais e que nos hospitais gerais será permitida a construção de unidades psiquiátricas, autorizada pelas secretarias e conselhos municipais de saúde e, após estas tramitações, receber o parecer final da Secretaria e do Conselho Estadual de Saúde.

A intenção é que o hospital psiquiátrico não seja o centro de atendimento, mas um complemento. Por outro lado, de nada adiantaria se os CAPS e as outras formas substitutivas de saúde mental reproduzissem as práticas manicomialis. A discussão acerca deste fato emergiu entre gestores e trabalhadores no Congresso Brasileiro de CAPS, conforme aponta Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 1054):

Algumas observações preliminares permitem-nos supor que certas críticas aos CAPS, produzidas no seio da Reforma Psiquiátrica, se não garantidas de um corpo de categorias para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social sem que os impasses sejam suficientemente identificados e enfrentados. Referimo-nos a certas falas (presentes, por exemplo, no último Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo em 2004), nas quais figuras relevantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, gestores e trabalhadores apontam para o risco de uma “manicomialização” dos novos equipamentos.

Nesse sentido, Onocko-Campos e Furtado (2006) fazem uma leitura das obras de Amarante e Torres, referentes à constituição das novas práticas no campo da atenção psicossocial e à necessidade do afastamento do paradigma que fundou a psiquiatria, afirmando:

Para Amarante e Torres, é necessário um rompimento fundamental com ao menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; o princípio *pineliano* de isolamento terapêutico e finalmente os princípios do tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras aos quais acrescentaríamos a inserção de uma clínica ampliada, centrada no sujeito e inseparável tanto das formas de organização dos processos de trabalho, quanto das maneiras de habitar a *polis*, isto é, a política (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1055).

Diante destas necessárias rupturas, Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>) explicita os aspectos ligados a expressão ‘saúde mental’ nos dias de hoje, cujos pressupostos devem acompanhar as mudanças conceituais e as novas práticas no campo da saúde mental:

O lugar estratégico que a expressão ‘saúde mental’ ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais.

Desta forma, a constituição das formas substitutivas ao manicômio demonstram um outro caminho para se pensar a saúde mental e as suas novas práticas, que passaram a funcionar de forma descentralizada, territorializada, sem isolar, esconder, excluir. Além disto, há a participação dos familiares no tratamento, o que no modelo tradicional não acontecia. Outro dado é que os profissionais que atuam na prestação de assistência a saúde mental fazem parte de uma equipe composta por variadas profissões (Psiquiatria, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, entre outras) que buscam trabalhar a questão da desmistificação social da loucura e da doença mental na comunidade, visando facilitar a inserção dos usuários em diferentes locais.

A trajetória de desconstrução das instituições excludentes em saúde mental requer uma atitude política, bem como estratégias tanto da instituição quanto dos profissionais. É necessário desmontar as representações sociais construídas historicamente acerca da loucura, da repressão, da opressão e da exclusão como forma de tratamento. A partir disto, será possível a construção de novas práticas e de instituições que exerçam o poder de reflexão e questionamento acerca das estratégias que antes dominavam o tratamento ao usuário. Conseqüentemente, teríamos um novo caminho: o da liberdade e o da inclusão social (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>).

Nesta perspectiva, Soares (2005, <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemasm/capa/pdf>) salienta que a atenção diária valoriza e trabalha as relações que emergem entre os usuários e entre os usuários com a equipe de profissionais. Ainda destaca que quando se fala na criação de novos serviços pensa-se na formação de uma nova clínica. Esta se diferencia do modelo tradicional. Porém, o que interessa são as bases que constituem esta nova clínica e quais os conceitos utilizados pela mesma. Deste modo, cabe frisar que a atenção em saúde mental passa a centrar-se no sujeito, neste sujeito que é sempre o sujeito de uma relação. A prioridade passa a ser as relações que este indivíduo estabelece no coletivo. Percebe-se que a nova clínica prioriza as redes de relações do sujeito e não a doença, o orgânico e a história pregressa.

Soares (2005, <http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemasm/capa/pdf>) considera que é possível emergir uma nova clínica que se diferencia da clínica centrada no modelo tradicional, médico e hospitalocêntrico. Esta nova clínica centrada nas relações, contribui para a socialização.

Além disto, mesmo autor afirma que a nova clínica não visa somente a desconstrução dos muros do manicômio, representada pela desinstitucionalização psiquiátrica, mas sim abolir as obscuridades e obstáculos que podem permear as relações entre os técnicos e entre os mesmos com os usuários.

A necessidade de uma “nova clínica”, que desse conta do ser humano como um todo, considerando aspectos sociais, psicológicos e biológicos fez com que uma série de mudanças fossem efetivadas no âmbito da saúde mental. Entre estas mudanças está a necessidade de uma nova forma de olhar e de tratar o sujeito acometido pela “doença mental”. Em virtude destas questões, outras disciplinas, como a Psicologia, Terapia Ocupacional, Assistência Social, entre outras, passaram a dividir com os médicos espaços dentro das instituições de assistência à saúde mental.

Assim, além da matriz disciplinar predominante no modelo tradicional do tratamento psiquiátrico, outros profissionais foram demarcando seu espaço e revelando sua importância, com vistas à integralidade do tratamento prestado nas instituições de saúde. Desta forma, surgiu o “trabalhar em equipe”, no intuito de contemplar a complexidade humana. As equipes

podem ser multidisciplinares, interdisciplinares, transdisciplinares, entre outras, de acordo com as características das interações entre as disciplinas e entre os profissionais.

2.4 Da matriz disciplinar e da multiprofissionalidade¹⁴ no tratamento à saúde mental

Tendo em vista as transformações no campo de saúde mental no que diz respeito as novas formas de tratamento proporcionado aos usuários dos serviços substitutivos ao manicômio, houve necessidade de um novo delineamento de estratégias de tratamento que contemplassem questões que fossem além do biológico e da doença. Desta necessidade, surgiu o trabalho multiprofissional, visando compreender o sujeito em seu meio e no tratamento, através de diferentes pontos de vista que podem auxiliar os técnicos a formular intervenções mais precisas, levando em consideração vários fatores relacionados ao sofrimento do sujeito que busca auxílio nos mais diversos modelos de atendimento em saúde mental (CAPS, NAPS, SRT, internação em hospital geral, internação em hospital psiquiátrico).

Nesse sentido, Botega e Dalgalarondo (1997, p. 46) observam que:

Com o processo de reforma e modernização da assistência psiquiátrica surgiu a proposta, hoje largamente aceita, da equipe terapêutica multiprofissional. Nessa equipe, pelo menos em tese, o saber e o poder seriam mais bem distribuídos. Ao invés de um processo vertical e autoritário de decisões, propõe-se uma horizontalidade e busca constante de consenso.

Todavia, no trabalho em equipe podem surgir um número maior de conflitos ou divergências entre os profissionais. Botega e Dalgalarondo (1997, p. 46) afirmam que “a proposta de trabalho em equipe é certamente mais enriquecedora que a tradicional e permite de forma mais evidente que as tensões e rivalidades se expressem. Assim um ambiente de trabalho aparentemente mais conflituoso pode se fazer mais aparente”.

Estas questões merecem um cuidado especial, pois segundo Phillips (1982) e Katz (1985) os sentimentos de tensão e insatisfação dos profissionais em relação à instituição apresentam sérias repercussões, visto que tais sentimentos são fatores que podem aumentar os

¹⁴ Refere-se a várias profissões e suas relações, podendo configurar-se como: multidisciplinar, interdisciplinar, pluridisciplinar e transdisciplinar.

sintomas dos pacientes e, portanto, ir por um caminho contrário ao objetivo proposto, que é de reabilitação e recuperação de sua saúde.

No que se refere aos profissionais que exercem trabalhos na rede pública de saúde mental, Resende (2001) observa que uma das principais queixas no Brasil reside sobre a inexistência de atenção para esta área. Nesse mesmo sentido, Schmidt (2003) afirma que do ponto de vista psicossocial os profissionais da área da saúde mental da rede pública experimentam sentimentos como isolamento, cansaço, angústia e desamparo, que retratam as sensações da própria clientela. Este desamparo é descrito pela autora como relacionado a falta de reconhecimento por parte daqueles que governam, visto que as políticas de saúde mental não são prioridades, além disto existe a dificuldade da população em se organizar para defender os serviços públicos.

Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (1997) reconhece e enfatiza que a melhoria da qualidade do atendimento das pessoas acometidas pela doença mental depende da atenção que é proporcionada aos trabalhadores de saúde, de sua educação, bem como a educação do público e o comprometimento dos governos em relação à implantação e à implementação de serviços direcionados a esta clientela e a sua comunidade.

Nesse sentido, Botega e Dalgarrondo (1997, p. 49) citam os fatores que contribuem para “boas condições emocionais para a equipe”:

Boas condições emocionais para a equipe envolvem remuneração adequada, horários e plantões não esgotantes, seleção de pessoal treinado e com características de personalidade próprias para o trabalho em saúde mental (tolerância, flexibilidade, sensibilidade humana etc.), reciclagens, além de supervisão constante do trabalho e da situação afetiva da equipe, realizada preferentemente por um profissional experiente de fora da equipe.

Cabe frisar que o trabalho em equipe pode ser denominado de diferentes formas, tendo em vista a interação entre os profissionais. Nesta perspectiva as equipes podem ser: multidisciplinares, interdisciplinares, pluridisciplinares e transdisciplinares.

A multidisciplinaridade compreende um conjunto de disciplinas propostas concomitantemente, mas sem fazer aparecer diretamente relações entre elas. Não há nenhuma

cooperação entre as disciplinas, sendo que cada uma possui o seu objetivo sem relacionar com as outras disciplinas existentes (JAPIASSU, 1976).

Da mesma forma, para Almeida Filho (1997), a multidisciplinaridade pode ser caracterizada como o conjunto de disciplinas que se encontram em torno de um tema desenvolvendo investigações e análises isoladas por diferentes especialistas, sob diferentes olhares e perspectivas sem que se estabeleçam relações conceituais ou metodológicas entre elas. Traduz-se em uma estratégia mais limitada, pois continuam a reproduzir práticas fragmentadas da ciência disciplinar, embora avance na incorporação de múltiplas dimensões de um problema.

Vasconcelos (2002, p. 46) salienta que:

A multidisciplinaridade [...] pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser por meio de um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa.

Vale ressaltar, que no âmbito do tratamento da “doença mental”, Botega e Dalgarrondo (1997, p. 46) enfatizam o reconhecimento por parte das equipes multidisciplinares acerca da multiplicidade de fatores envolvidos. Nesse sentido os autores afirmam:

A idéia de equipe multidisciplinar articula-se também à noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que a doença mental suscita. Não bastam o diagnóstico e o tratamento biológico. É preciso trabalhar para reabilitação social e laboral, desenvolver diferentes formas de psicoterapia, investir no trabalho com a família, etc.

Outra forma de interação das disciplinas é denominada de pluridisciplinaridade. A pluridisciplinaridade compreende a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de maneira em que existam relações entre elas. Existe cooperação, mas sem coordenação, observa Japiassu (1976). O fato de não ter coordenação é um dos principais fatores que diferencia a pluridisciplinaridade da multidisciplinaridade. O autor cita como exemplo da pluridisciplinaridade um paciente que procura atendimento psiquiátrico e, após receber orientação e prescrição psicofarmacológica,

é encaminhado, pelo próprio psiquiatra, a um psicólogo para um trabalho de psicoterapia. Os profissionais cooperam, no sentido de encaminhar para o tratamento com outro profissional, mas não se articulam necessariamente de maneira coordenada. Nesse caso, a cooperação possui a finalidade de estabelecer contatos entre os profissionais e suas áreas de conhecimento (IRIBARRY, 2005, <http://www.ifb.org.br>).

Já a transdisciplinaridade compreende uma coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas em um sistema de ensino inovado. A coordenação propõe uma finalidade comum dos sistemas (JAPIASSU, 1976). Um exemplo deste modelo de intervenção é descrito por Iribarry (2005, <http://www.ifb.org.br>): numa equipe de posto de saúde, encontram-se diversos profissionais reunidos, como exemplo cita-se a equipe que recebe pacientes com problemas mentais. Esta equipe, provavelmente, reunirá diversos profissionais como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, neurologistas, clínicos gerais, entre outros. Quando o paciente chega para ser avaliado todos irão assisti-lo e analisá-lo tentando formular um diagnóstico acerca do caso. Um diagnóstico sob o ponto de vista da transdisciplinaridade exige mais do que a opinião de cada profissional a partir de sua área. Para que a configuração transdisciplinar seja alcançada é necessário que esses profissionais, estejam reciprocamente situados em sua área, mas também compreenda a área de cada um dos colegas.

Na abordagem de trabalho transdisciplinar é preciso que os profissionais sejam introduzidos nas áreas de seus colegas. Caon (1998), afirma que é fundamental que cada problema não solucionado em uma área específica, seja levado para outra área e seja submetido à luz de um novo entendimento. Iribarry (2005, <http://www.ifb.org.br>) salienta que a transdisciplinaridade se traduz em todos os encontros possíveis entre as áreas que compõem uma equipe de trabalho.

Quanto à interdisciplinaridade, Japiassu (1976) afirma que é a articulação entre duas ou mais disciplinas que produz interações verdadeiras, com reciprocidade no intercâmbio, construção de novos conhecimentos e enriquecimento mútuo. Caracteriza-se pela intensidade das trocas de saber entre os profissionais em torno de um mesmo objetivo.

Neste sentido, Vilela e Mendes (2003) destacam que a complexidade do mundo e da cultura exige análises mais integradas. Qualquer acontecimento humano apresenta diversas

dimensões, uma vez que a realidade possui múltiplas facetas. Sendo assim, a compreensão de qualquer fenômeno social requer que se leve em consideração as informações relativas a todas essas dimensões. Segundo o autor, esta tem sido a linha de argumentação com maior poder de convencimento em favor da interdisciplinaridade.

Corroborando com os autores acima, Dal' Pizol et al. (2003) afirmam que disponibilizar o atendimento integral para um sujeito significa aceitar que existem limitações em relação à disciplina que um profissional domina, além de reconhecer que nenhum campo de saber pode dar conta das diversas dimensões do indivíduo. Assim, é aberto o espaço para a interdisciplinaridade, aceitando que o indivíduo não pode ser compreendido através de um único campo de saber, mas sim através da integração desses diversos saberes. Deste modo, pode-se chegar mais próximo da multidimensionalidade de cada sujeito.

Além do desejo de inovação, algumas características de personalidade são básicas para o real exercício da interdisciplinaridade, como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação e sensibilidade (VILELA; MENDES, 2003). Nesta perspectiva, Porto e Almeida (2002) destacam que tais características de personalidade são importantes requisitos para que a interdisciplinaridade, compreendida como um espaço de trocas entre os profissionais e seus saberes, possa consolidar-se como prática de uma equipe. Conforme estes autores, se tais características de personalidade não estiverem presentes em cada profissional, a equipe corre o risco de caracterizar-se apenas como um conjunto de disciplinas que não se articulam entre si, produzindo deste modo “estudos multidisciplinares fragmentados”.

O simples juntar de pessoas com formações diferentes, mas sem os pré-requisitos colocados anteriormente, pode trazer mais problemas que soluções para a integração de conhecimentos e abordagens, resultando em estudos multidisciplinares fragmentados e elevados níveis de conflitos entre os profissionais da equipe (PORTO; ALMEIDA, 2002, p. 341).

Para Porto e Almeida (2002), a formação de equipes interdisciplinares depende da conjugação de profissionais com objetivos em comum.

Por envolver engajamento e visões de mundo, a inexistência de afinidades políticas e pessoais entre os vários membros da equipe, combinada com intolerância e falta de disposição ao diálogo, pode inviabilizar o sucesso que se queira interdisciplinar (PORTO; ALMEIDA, 2002, p. 341).

Vasconcelos (2002) observa que os conflitos relacionados aos processos de poder, que permeiam as práticas interdisciplinares, podem ser compreendidos se forem levados em conta o fato de que há uma identidade profissional em jogo. Esta foi legitimada perante a sociedade devido sua eficácia.

[...] uma compreensão mais específica da dinâmica da cultura e identidades profissionais é de fundamental importância para o processo da reforma psiquiátrica e para uma análise crítica das práticas interdisciplinares. As categorias e grupos profissionais constroem identidades que, como as outras formas de identidade social relativamente compactas, 'filtram' os estímulos que recebem do ambiente, estabelecem os rituais de verdade e padrões de competência, organizam os dispositivos de ação e, dessa forma, dão segurança e status aos profissionais. A emergência histórica de novos paradigmas é geralmente percebida de início pelos profissionais como uma 'quebra' nessa segurança, como uma exposição à fragilidade e ao confronto com as limitações da identidade já estabelecida, e a situações de 'não saber' e 'não saber fazer', ameaçando a estabilidade, o status adquirido e os interesses econômicos envolvidos. Assim, a tendência mais imediata e frequente é de criarem defesas muito fortes à mudança (VASCONCELOS, 2002, p. 54-55).

O autor deixa claro o quanto a identidade profissional ameaça constantemente o indivíduo frente as novas exigências de trabalho, pois estas buscam articular diversos olhares e disciplinas. A ameaça referida implica na ansiedade de perder-se e, principalmente, de não saber fazer diferente, acarretando conflitos entre os profissionais de diferentes categorias. Deste modo, surgem as lutas em defesa dos interesses corporativistas, considerados os grandes obstaculizadores do trabalho entre os profissionais de uma equipe. A defesa contra o desconhecido e o medo da mudança são apontados como obstáculos frente ao processo de ruptura disciplinar, tão importante na consolidação da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. A reforma na área da saúde, implicando aí a saúde mental, visa construir uma forma contra-hegemônica de pensar a saúde, levando em consideração em primeiro lugar a cidadania do sujeito portador de sofrimento psíquico e a sua reinserção social. Marco da Ros (2005) salienta que trabalhar em equipe implica em abrir mão do corporativismo, deixar de lado explicações unicasais e considerar que a saúde está relacionada a uma série de fatores. Deve-se reconhecer que a disciplinaridade não dá conta da amplitude das questões relacionadas à saúde. Em resumo, trabalhar em equipe traduz-se em trabalhar *em* coletividade e *para* a coletividade, com um objetivo comum a todos os profissionais: a saúde.

Todavia, encontra-se hoje uma forte resistência de alguns profissionais da classe médica em aceitar a relevância de outras profissões atuantes na área da saúde. Devido a isto, os mesmos vêm tentando, através do Projeto lei do Ato Médico, oficializar os limites e as

diferenças entre a Medicina e as demais profissões da saúde. Esta tentativa vem provocando controvérsias e conflitos, pois as propostas descritas neste projeto lei interferem na atuação de outras profissões.

2.5 Do projeto lei do ato médico à possibilidade de retrocesso à supremacia disciplinar

O projeto lei do Ato Médico, ANEXO C, visa regulamentar as práticas da medicina no Brasil, através do estabelecimento de fronteiras entre esta disciplina e as demais profissões da área da saúde. Contudo, as propostas desta regulamentação têm enfrentado resistências, pois, outros profissionais da área da saúde, alegam que o projeto lei do ato médico traz conceitos equivocados acerca da saúde e da doença. Consta, nas entrelinhas do projeto, que tratar de doenças e promover a saúde são prerrogativas do médico. Deste modo, desde 2002, ano em que foi apresentado o projeto lei 025/2002, de autoria do médico Geraldo Althoff (PFL/SC), vários profissionais da área da saúde vêm discutindo e opondo-se a aprovação do projeto, que nos dias de hoje está tramitando no Senado Federal.

Cabe destacar que com o crescente número de profissões que passaram a atuar na área da saúde, os médicos deixaram de ser os únicos responsáveis pelas terapêuticas clínicas voltadas à prevenção e ao tratamento de doenças, bem como pela promoção da saúde. Desde então, houve uma modificação nos conceitos de saúde e doença, o que acarretou na construção de novos espaços, novas práticas, novas epistemes e relações de saber/poder, que antes do século XX eram construídas, legitimadas e praticadas pelos médicos.

Esta mudança de cenário resultou de alguns questionamentos acerca das políticas de saúde e das práticas individualizadas, centradas no órgão considerado “doente”. O objetivo passou a ser o deslocamento da ênfase das práticas curativas para práticas preventivas de doenças e promotoras de saúde, onde uma equipe de profissionais, com seus diferentes saberes, pudesse contribuir de forma mais eficaz para a saúde do indivíduo. A partir desta idéia, a saúde deixou de ser percebida como ausência de doenças físicas e emergiram novos conceitos em relação a ela, conforme descrito da Lei 8.080/1990 no seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 2007, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf)

Esta lei resultou das reivindicações dos militantes da Reforma Sanitária, que na década de 1970, alegavam que a saúde não podia continuar sendo pensada de forma simplista, unicausal, biológica e positivista, pois não levava em conta o ser humano como um todo e as suas condições de vida.

Com a implementação do SUS, em 1990, as propostas passaram a ser voltadas para a equidade, cidadania, participação da comunidade, acesso aos serviços de saúde, à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, atendimento multidisciplinar, entre outras. Deste modo, a hegemonia da classe médica viu-se ameaçada pelo reconhecimento da importância de outras disciplinas, que passaram a ser consideradas estratégicas na busca e na manutenção da saúde, bem como na prevenção de doenças.

Diante desta ameaça, alguns médicos vêm defendendo o projeto lei do Ato Médico. O Conselho Federal de Medicina observa que a necessidade de regulamentar a profissão da Medicina relaciona-se ao fato da mesma sentir-se “invadida” pelas outras profissões, que passaram a executar atividades que antes do século XX era privativo do médico. Segundo este conselho, todas as treze profissões da área da saúde já possuem a sua lei, somente a Medicina ainda não possui a sua.

Dávila¹⁵ (2006, http://www.universia.com.br/html/materia/materia_fccg.html-40k-) defende o Projeto de Lei do Ato Médico e observa que:

Agora, o Projeto de Lei dirá exatamente o que a medicina é. Isso passou a ser necessário já que profissionais de outras áreas passaram a querer fazer o que só a medicina fazia. Se querem fazer isso, têm de fazer medicina, passar por um vestibular terrivelmente difícil, gastar 3 anos em residência médica e aí sim, atuar como médico.

Mais adiante Dávila (2006, http://www.universia.com.br/html/materia/materia_fccg.html-40k-) faz o seguinte comentário: “Nunca pensei, depois de 30 anos de formado, que ia ver alguém que faz 5 anos de faculdade se chamar ‘doutor’, enquanto a maioria dos médicos leva 11 anos em média para se formar”.

¹⁵ Conselheiro do Conselho Federal de Medicina

A partir dos relatos de Dávila, fica evidente que a aprovação do projeto lei do ato médico tem o propósito de diferenciar o saber da medicina das demais profissões. O tom agressivo e arrogante em que pronuncia o seu pensamento revela uma intolerância em relação aos outros saberes, bem como em relação à divisão de poderes e de espaços no mercado de trabalho. A justificativa do Projeto Lei do Ato Médico refere-se ao tempo de especialização dos médicos e o tempo de existência da Medicina em relação as outras profissões. Contudo, as políticas públicas de saúde de hoje não são as mesmas de antes. Hoje, a realidade mostra a necessidade de ultrapassar o modelo biomédico e considerar as condições sociais dos seres humanos. Além disto, deve-se abandonar posturas corporativistas e as atuações disciplinares, a fim de construir um novo modo de ver e de tratar o “paciente”. Em consideração a estas questões, muitos profissionais da saúde opõem-se ao Projeto Lei do Ato Médico.

O projeto lei 025/2002 (2006, <http://www.nãoaoatomedico.com.br/paginterna/projetoslei01.cfm>) possui cinco artigos que invadem a liberdade de atuação das outras profissões da área da saúde. O seu primeiro artigo destaca que os procedimentos diagnósticos de enfermidades e a indicação terapêutica, devem ser prerrogativas dos médicos. Isto implica em uma ênfase no saber/poder do médico, como detentor do conhecimento acerca das enfermidades. Deste modo, somente o médico poderia promover a saúde, prevenir as doenças e tratá-las. Esta tentativa de legitimação denota uma supervalorização da medicina e um não reconhecimento da relevância das outras profissões. A partir do diagnóstico das “enfermidades” ou das doenças, o médico definiria qual o profissional mais adequado para tratar do problema do paciente. Certamente, o encaminhamento seria para os profissionais médicos especialistas, de forma que: os endocrinologistas substituiriam os nutricionistas, os psiquiatras e os neurologistas substituiriam os psicólogos, os traumatologistas substituiriam os fisioterapeutas e assim por diante.

O segundo e o quarto artigo do projeto lei 025/2002 destacam o papel do Conselho Federal de Medicina como o órgão controlador das práticas em saúde. O mesmo passaria a ser responsável pela normatização e pela fiscalização não só das práticas médicas, mas também se encarregaria de vigiar e punir, como a máquina do panóptico, a atuação das outras disciplinas que não levassem em consideração as fronteiras de atuação de sua profissão em relação à medicina. Há uma diferenciação e uma supervalorização do saber/poder da medicina em relação às demais profissões. Além disto, há um desejo de que todas as novas disciplinas da área da saúde passem a ser subordinadas pela hegemonia da classe médica.

O terceiro artigo retrata melhor esta polêmica, pois todas as atividades de saúde, que possuem procedimentos médicos, deverão ser coordenadas e chefiadas pelos médicos. Neste artigo está implícito que somente os médicos poderão ser coordenadores e chefes de equipes, visto que todas as atividades na área da saúde possuem médicos e, portanto, existem “procedimentos médicos”.

O quinto artigo do projeto lei do Ato Médico destaca a existência das fronteiras entre as profissões, apontando para os limites em cada área de atuação. Esta ênfase põe em risco a construção de equipes interdisciplinares e transdisciplinares. Neste contexto, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, como forma de atuação em equipe, tornar-se-iam praticamente impossíveis, pois o limite de cada saber e de cada atuação, não permitiria trocas, um ensino inovado em que cada profissional pudesse inserir-se no campo de conhecimento de outro profissional, uma maior horizontalidade entre os saberes e poderes, entre outras impossibilidades.

O projeto de lei 025/2002 fez eclodir uma grande mobilização de todos os profissionais contrários à volta da hegemonia de um único saber. Diversas profissões como a Psicologia, a Enfermagem, a Fisioterapia, a Nutrição, entre outras, defendem o princípio da multidisciplinaridade e das outras formas de atuação na promoção da saúde, adotado pelo SUS. Na luta pelo “Não ao ato médico” estas profissões alegam uma visão corporativista da medicina. Segundo o Movimento Nacional contra o Projeto Lei do Ato Médico (2002, <http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/manifestacoes.cfm>), “os médicos podem e devem trabalhar a regulamentação de sua profissão, como forma de a sociedade reconhecer a competência específica desses profissionais, mas não em detrimento de qualquer outra profissão na área da saúde”.

Conforme os críticos do projeto lei do ato médico, este é baseado em um modelo falido de atenção à saúde, centrado no atendimento clínico, individual, medicamentoso e hospitalocêntrico. A nova abordagem paradigmática do processo saúde-doença visa “superar o enfoque biologista hegemônico das práticas em saúde e garantir a inclusão dos aspectos sociais, que condicionam e determinam a vida, o adoecimento e a morte das pessoas”, relata alguns psicólogos opositores ao projeto lei 025/2002.

De acordo com Moretzsohn¹⁶ (2006, http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/para_refletir03.cfm):

Saúde é mais do que ter ou não ter doença: perpassa pelo bem-estar, pela satisfação da plenitude alcançada em diversos aspectos. Para ajudar a proporcionar essa complexidade de sentimentos, estados e sensações, há que haver cuidado e atenção integral no trato com o paciente. Ao compartilhamento das responsabilidades! As discussões sobre limites das atuações profissionais, sem dúvida oportunas e pertinentes, perpassam, no entanto, por, primeiramente, entender — e aceitar — que um saber só é ínfimo demais para dar conta da complexidade da vida humana. A definição do Ato Médico da forma como está proposta no PLS 25/02 é uma imposição autocrática. Em vez de um Ato Médico, façamos um pacto pela vida: um ato pela vida. Contra a prepotência do saber unilateral, o antídoto são as terapêuticas integradas, fruto do conjunto das profissões [...]

Não obstante, no cerne da defesa pelo ato médico surgiu a expressão “não médicos” para referir-se aos outros profissionais na área da saúde. Quanto ao uso desta expressão os opositores do ato médico afirmam:

Quando alguém ou alguma entidade se refere aos “profissionais não médicos”, nos remete a pensar que a onipotência se torna presente e distante, independente e única, como se medicina não fosse apenas uma profissão de saúde, e sim, uma profissão diferenciada e destacada em um nível superior da área da saúde (MOVIMENTO NACIONAL CONTRA O PROJETO LEI 025/2002, 2006, <http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/manifestacoes.cfm>).

O fisioterapeuta Ângelo Roncalli Rocha (apoiador do movimento não ao ato médico) levanta duas questões importantes, uma diz respeito ao narcisismo da classe médica e, outra, relaciona-se a questões éticas. Segundo ele:

Acredito que, ao contrário do que pensa a maioria, o projeto do Ato Médico não é sumariamente de cunho mercantilista, não provê somente a reserva de mercado; o epicentro desse terremoto encontra-se na vaidade, no egocentrismo, no sentimento do rei sem súditos, do deus sem seguidores [...] (ROCHA, 2006, http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/para_refletir04.cfm)

Quanto às questões éticas, Rocha (2006, http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/para_refletir04.cfm) observa que no artigo 18 do Código de Ética de medicina consta que “as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente.” Diante disto, o mesmo autor faz uma

¹⁶ Psicólogo e coordenador da Comissão Nacional contra o projeto lei do ato médico.

crítica aos apoiadores do ato médico, alegando que as propostas do projeto lei 025/2002 são contrárias à ética e a justiça, representando um retrocesso aos “padrões ‘feudais’” que durante muito tempo dominaram o Brasil, mas que já “não encontram eco na população.”

Neste projeto de lei existe a intenção de desconstruir tudo aquilo que se constitui como obstáculo à hierarquia, à hegemonia, ao status social e ao mercado de trabalho da classe médica. Todas estas características tornam-se ameaças às mudanças já efetivadas no âmbito da saúde no Brasil.

Da mesma forma que o projeto lei do ato médico, outro projeto de lei, criado em 2005 no Rio Grande do Sul, passou a ameaçar a Reforma Psiquiátrica. Trata-se do projeto lei (40/2005), de autoria do deputado Adilson Troca (PSDB), enfatizando a importância do investimento nos hospitais psiquiátricos. No entanto, este projeto de lei não encontrou eco na sociedade, visto que no dia 19/06/2006 acabou sendo retirado da pauta e arquivado.

O projeto lei (40/2005) visava à permanência dos hospitais psiquiátricos e defendia que os hospitais psiquiátricos com “características asilares” não fossem fechados e sim reformados. Os apoiadores do projeto, entre eles o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), alegavam que a lei estadual da Reforma Psiquiátrica do RS é a única no Brasil que proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos¹⁷. Em relação a esta questão surgiram debates entre profissionais de saúde mental, políticos, familiares e usuários dos serviços (CAPS, NAPS, SRT e hospitais gerais). A intenção era uma avaliação da real efetividade da Reforma Psiquiátrica no estado do Rio Grande do Sul, que desde 1992, vem investindo na implementação das práticas nos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Cabe salientar que caso o projeto de lei 40/2005 fosse aprovado pela câmara dos deputados, os recursos investidos nos serviços substitutivos ao manicômio poderiam ser reduzidos para que houvesse um maior investimento no tratamento hospitalar.

Nesse sentido, Lorea (2006, <http://www.fazendomedia.com/novas/politica161105.htm>) afirma que a carência do tratamento da rede alternativa aos hospícios e a visão conservadora de médicos, constituem-se como ameaças ao processo de reestruturação da assistência à saúde mental.

¹⁷ Sobre a lei 9.716/92 – Lei da Reforma Psiquiátrica no RS, ver item 2.3 do segundo capítulo.

Pode-se pensar que este conservadorismo constitui-se como uma estratégia defensiva da classe médica, mais precisamente dos psiquiatras, por tratar-se de seu campo de atuação, no intuito de se proteger da perda de seu reconhecimento como “mestres da loucura”¹⁸.

Os críticos da Reforma Psiquiátrica afirmam que os CAPS não têm capacidade para atender toda a demanda de “pacientes doentes mentais” e que, os hospitais gerais e psiquiátricos, muitas vezes, não os recebem por falta de leitos. Neste sentido, Carneiro (2006, http://www.al.rs.gov.br/com/comissa.asp?id_comissao=46&id_tipcomissao=&id_comitem=not&id_materia=147849) destaca que Sami El Jung (representante do SIMERS) argumenta que não se pode simplesmente acabar com os hospitais psiquiátricos, sem garantir, que os pacientes sejam atendidos.

Por trás deste discurso, que por muitos pode ser compreendido como ético e humanizador, a intenção é o retrocesso do modelo hospitalocêntrico e segregador, onde o paciente alienado ao discurso epistêmico da medicina, garantiria aos psiquiatras uma maior legitimidade social, através do reconhecimento de seu saber/poder.

Para alcançar de forma rápida e eficaz este objetivo, muitos médicos passaram a aliar-se aos familiares dos “doentes mentais”, apresentando-lhes as precariedades do processo da Reforma Psiquiátrica, como por exemplo: o número cada vez menor de leitos em hospitais psiquiátricos conveniados pelo SUS e a falta de leitos nos hospitais gerais. Esta aliança estratégica tem a pretensão de fazer emergir a insatisfação de alguns familiares. Estes últimos, ao apoiar o discurso médico, clamam pela volta da “tranqüilidade” de suas famílias, pois deixariam de comprometer-se com o seu familiar considerado “doente”. Estas famílias, movidas pelos seus interesses, assim como alguns médicos, movidos pelo desejo de supremacia de sua ciência, criticam o processo da Reforma Psiquiátrica e proclamam um discurso sedutor e humanitário, cuja defesa implícita é de seus desejos individuais.

Nesse sentido, segundo os grandes apoiadores do projeto lei 40/2005, representados pelo SIMERS e pela Sociedade de Apoio ao Doente Mental (Sadom), há a necessidade de um maior número de leitos nos hospitais psiquiátricos e gerais. Além disto, os mesmos propõem um maior investimento àqueles hospitais psiquiátricos que possuem características asilares, a

¹⁸ Terminologia utilizada por Foucault em suas obras, para referir a hierarquia do saber/poder da psiquiatria acerca da loucura.

fim de mantê-los em funcionamento, mas em condições adequadas para o tratamento dos “doentes mentais”.

Poyastro (2006, https://www.al.rs.gov.br/Dep/site/materia_antiga.asp?txtIDMateria=115206&txtIDDep=51) destaca que o artigo 3º do projeto lei 40/2005:

veda a construção e ampliação de manicômios – considerados estabelecimentos de internação asilares que não provêm assistência médica especializada –, determinando que estes sejam transformados em hospitais psiquiátricos, com amparo integral incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social e de lazer.

Estas propostas não levam em consideração a questão crucial discutida desde o princípio pela Reforma Psiquiátrica: a desmistificação da loucura. As práticas, centralizadas no modelo hospitalar, voltariam a aprisionar o sujeito “portador de sofrimento psíquico”. Ao enclausurá-lo, ressurgiriam as idéias de periculosidade, de doença mental, de incapacidade, de sujeito da desrazão, entre outras características. A volta da alienação deste sujeito na episteme psiquiátrica impossibilitaria a construção de um novo modo de vê-lo. A percepção em relação ao “doente mental” enfatizaria novamente a necessidade de isolamento, de medicação, de controle, de vigilância e de punição. Além disto, há de se considerar que mesmo que os hospitais psiquiátricos possuíssem condições adequadas para tratar a “doença mental”, não deixariam de ser instituições segregadoras, que excluem socialmente, que isolam, e que não propiciam a tolerância às diferenças, à liberdade e à cidadania.

Cabe frisar que os apoiadores da Reforma Psiquiátrica afirmam que a mesma vem produzindo inúmeros avanços, como a desconstrução do mito de que os “doentes mentais” são perigosos para a sociedade, bem como a inserção destas pessoas no mercado de trabalho.

Carneiro (2006, http://www.al.rs.gov.br/com/comissa.asp?id_comissao=46&id_tipcomissao=&id_comitem=not&id_materia=147849) destaca que durante a reunião da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, o secretário de Saúde do RS, afirmou que o governo vem investindo na ampliação da rede de atendimento psicossocial e na redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Contudo, os críticos da Reforma psiquiátrica alegam que o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos não ocorreu na mesma proporção que a ampliação de serviços

substitutivos. Deste modo, este impasse constitui-se como alvo de críticas que visam a desconstrução do processo da Reforma Psiquiátrica. Devido a isto, os opositores do mesmo apresentam apenas as falhas das transformações do modelo assistencial em saúde mental. Passam a dar ênfase nas estatísticas de municípios onde a Reforma Psiquiátrica tem provocado controvérsias, como por exemplo, o caso da capital do estado RS, Porto Alegre, onde tem cinco Caps para uma população de 1,4 milhões de habitantes (1/260 mil). O índice mínimo desejado pelos militantes das mudanças é de um para cada 100 mil habitantes (LOREA, 2006, <http://www.fazendomedia.com/novas/politica161105.htm>).

Valentim Gentil¹⁹ (2006, <http://www.abpbrasil.org.br/imprensa/release/exibRelease/?/release=40>) faz uma crítica ao processo da Reforma Psiquiátrica, destacando que no Brasil foram fechados mais de 30 mil leitos psiquiátricos nos últimos dez anos. Segundo ele, “nem aqui, nem na Itália, sabe-se o que se fez com os recursos assim ‘economizados’”. Além disto, o mesmo afirma que “impedir a modernização dos hospitais é crucial para quem pretende ‘desconstruir’ a psiquiatria. Suas razões não são econômicas, nem técnicas e, muito menos, de direitos humanos. São exclusivamente ideológicas e políticas, inspiradas em Franco Basaglia.” De acordo com o autor, toda esta tentativa de Reforma Psiquiátrica vem resultando em um modelo considerado por ele como “mal sucedido”.

Em contrapartida, Lorea (2006, <http://www.fazendomedia.com/novas/politica161105.htm>) afirma que os apoiadores dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico acusam os apoiadores do projeto lei 40/2005 de defensores de seus próprios interesses de poder, de lugar (hospital) e de status. Para os defensores da Reforma Psiquiátrica, a volta ao investimento nos hospitais psiquiátricos é um verdadeiro retrocesso ao paradigma da psiquiatria, pois a lógica voltaria a ser manicomial, segregadora e de exclusão.

As críticas apontadas à política pública de saúde mental objetivam a volta do poder hegemônico para a ciência médica. As denúncias de falhas no processo da Reforma Psiquiátrica oportunizam um espaço para que alguns médicos, aliados de alguns familiares, desconstruam qualquer possibilidade de novas relações de saber/poder dentro dos novos dispositivos. Deste modo, pode-se pensar inclusive, que há o desejo, consciente ou inconsciente, de que os CAPS, os NAPS, os SRT e os hospitais gerais, funcionem de forma

¹⁹ Diretor do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

precária, pois assim haveria a possibilidade da medicina legitimar-se socialmente, através das críticas ao processo da Reforma Psiquiátrica e, voltar encontrar eco na sociedade.

Por trás de suas reivindicações, a classe médica parece estar em busca de algo que sentem e temem estar fugindo de sua alçada: um espaço onde seus saberes e poderes encontrem eco para voltar a ser únicos, legítimos e verdadeiros. Diante disto, suas tentativas são de recorrer à criação de projetos de lei, como é do Ato Médico e do projeto lei 40/2005, que visa mudanças na Lei da Reforma Psiquiátrica do RS.

Por isto Moretzsohn (2006, http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/para_refletir03.cfm) propõe que “em vez de um Ato Médico, façamos um pacto pela vida: um ato pela vida. Contra a prepotência do saber unilateral, o antídoto são as terapêuticas integradas, fruto do conjunto das profissões”.

O retrocesso, tanto ao modelo hospitalocêntrico quanto à supremacia da Medicina sobre as outras profissões da área da saúde, representa mais do que uma volta à episteme fragmentadora e disciplinar, mas um atentado à saúde, à integralidade e à cidadania. Deste modo, os discursos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica seriam desconstruídos com a aprovação deste projeto lei.

3 DA CRIAÇÃO DOS CAPS EM SANTA CRUZ DO SUL E DE SEU FUNCIONAMENTO ESTRATÉGICO

O objetivo deste capítulo é analisar como os profissionais de atenção psicossocial do município de Santa Cruz do Sul percebem as transformações de uma antiga forma de tratamento (manicomial) em relação às novas formas de assistência à saúde mental do município.

Considerando o processo de desmantelamento do sistema manicomial no Brasil e, concomitante a ele, a construção de novos discursos que vêm tornando-se propositivos no campo das práticas em saúde mental, pretende-se contextualizar as falas de alguns profissionais que atuam nos CAPS (adulto e infantil) de Santa Cruz do Sul com o processo da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a partir da percepção destes profissionais acerca do processo da Reforma Psiquiátrica, analisa-se também questões relacionadas às contribuições e às limitações acerca da política pública de saúde mental deste município.

Com esta orientação, este capítulo visa analisar questões como: a contextualização da criação dos CAPS em Santa Cruz do Sul, o funcionamento dos CAPS, o atendimento prestado aos usuários, a repercussão da hierarquia psiquiátrica e o desafio multidisciplinar, bem como a possibilidade de retrocesso ao modelo hospitalocêntrico.

3.1 Da contextualização da criação dos CAPS em Santa Cruz do Sul

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira eclodiu grandes resistências, momentos de tensões, denúncias, críticas e reivindicações. Movimentos sociais integrados por diversas pessoas, como profissionais de saúde mental, familiares e “pacientes”, constituíram-se como protagonistas do processo de desmantelamento do aparato asilar que, até então, caracterizava o atendimento ao “doente mental”. A desconstrução dos grandes hospitais psiquiátricos não se resumia em extingui-los ou em reduzir os seus leitos, mas sim substituí-los por outras formas de perceber e tratar o sujeito acometido pelo sofrimento psíquico, denominado desde o surgimento da psiquiatria de “doença mental”. Para atingir tal objetivo, fez-se necessário delinear e explicitar propostas de mudança na reestruturação da assistência à saúde mental. Diante disto, houve um apelo por uma maior atenção aos sujeitos acometidos pelo sofrimento psíquico, fazendo com que a política pública brasileira passasse da “omissão” e da

“acomodação” para a construção de projetos e práticas propositivas que visassem à saúde, à autonomia, à cidadania e à reinserção social, como objetivos a serem perseguidos pelos agentes de saúde mental.

No município de Santa Cruz do Sul, as primeiras reivindicações de mudanças do cenário manicomial ocorreram no ano de 1996, quando diversos profissionais de saúde aprovados em concurso público municipal passaram a dirigir suas críticas à precariedade da assistência à saúde mental do município.

Até então, o atendimento psiquiátrico do município de Santa Cruz do Sul era feito exclusivamente através das internações na Clínica Vida Nova, que se constituía como a única alternativa de assistência no âmbito da saúde mental do município, desde o século XIX, mais precisamente desde 1889. Inicialmente, esta Clínica era denominada “Clínica de Repouso Vida Nova” e era destinada a tratar das mais diversas enfermidades, como tuberculose, doenças venéreas, reumatismo, doenças de pele e “problemas nervosos”. Porém, a partir de 1940, passaram a ser registrados um grande número de diagnósticos referindo casos de: histeria, esquizofrenia, “ataques nervosos”, “neurastenia”, entre outros. Por atender uma grande demanda de “problemas nervosos”, a “Clínica de Repouso Vida Nova” tornou-se referência na assistência à saúde mental na região de Santa Cruz do Sul e, a partir de 1970, com a chegada do primeiro psiquiatra ao estabelecimento, a mesma passou a ser reconhecida como Clínica Psiquiátrica. Esta instituição constituía-se como uma clínica privada, mas que mantinha convênio com a prefeitura municipal.

Desta forma, a Clínica Vida Nova que vinha atuando durante mais de um século fez parte da história de Santa Cruz do Sul. Porém, no ano de 1996, o novo cenário de servidores públicos do município de Santa Cruz do Sul passou a denunciar o altíssimo gasto público com o tratamento dentro da Clínica Psiquiátrica Vida Nova, e as constantes reinternações que ocorriam passaram a denotar a má qualidade do tratamento.

Diante da insatisfação com o tratamento proporcionado na clínica, os novos profissionais de saúde do município reuniram-se a fim de discutir e oferecer uma proposta para a reestruturação da política de saúde mental em Santa Cruz do Sul. Os mesmos reivindicavam por outros modelos de tratamento, diferentes daqueles adotados na instituição manicomial. Então, levaram para a câmara dos vereadores de Santa Cruz do Sul a proposta de

desconstrução do aparato asilar no município. Como alternativa os mesmos propunham uma nova forma de intervenção, que visasse à reinserção social de todos aqueles que estavam internados na Clínica Vida Nova.

As iniciativas destes novos profissionais, no município de Santa Cruz do Sul, baseavam-se nas premissas da reforma psiquiátrica que já vinha ocorrendo em várias regiões do Brasil²⁰. Nesta perspectiva, os mesmos passaram a reconhecer e a evidenciar na Clínica Psiquiátrica do município o que estava sendo denunciado nacionalmente: precariedade no “tratamento”, abandono dos pacientes pelos familiares, enormes gastos públicos com reinternações, soberania da classe médica, exclusão social dos ditos “doentes mentais”, entre outras questões, que foram desde o princípio da Reforma Psiquiátrica do Brasil radicalizadas e criticadas pelo MTSM, como aponta Amarante (1998). Mas, assim como ocorreu em vários locais em que a Reforma Psiquiátrica foi se efetivando, em Santa Cruz do Sul as resistências também foram muitas, afinal foram mais de um século de permanência da Clínica Vida Nova no município, o que de certa forma apontava para uma “cultura de internação” frente à “doença mental”, onde o médico ocupava o papel dominante neste contexto.

Os profissionais do município, engajados no processo de reestruturação da assistência à saúde mental, sabiam que seria uma batalha árdua por envolver grandes mudanças, não só pelo fechamento do hospital psiquiátrico municipal, mas também e, principalmente, por exigir uma mudança cultural da comunidade na forma de perceber a “doença mental”.

No entanto, apesar de todas as resistências que os protagonistas da Reforma Psiquiátrica de Santa Cruz do Sul enfrentaram, o CAPS do município foi inaugurado no dia 17 de março de 1997. Cabe frisar que neste período a Clínica Vida Nova continuava com suas portas abertas, vindo a fechar no ano de 1999.

Segundo a psicóloga do CAPS adulto, “com o surgimento do CAPS, o que aconteceu é que o Vida Nova faliu e teve que fechar as portas, pois a prefeitura não dava conta do número de pessoas que internavam”. Esta profissional enfatiza a forte resistência evidenciada no discurso dos opositores ao movimento da reforma psiquiátrica no município: “O Vida Nova

²⁰ Como por exemplo: em Santos, com a Casa de Saúde Anchieta; em São Paulo, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Luis Cerqueira e em São Lourenço do Sul/RS, com o Centro Comunitário de Saúde Mental, entre outras.

fechou e saiu nos jornais que o município viraria um caos, que muitas pessoas iam se suicidar nas ruas, nas árvores; afirmavam que iam ter suicidas por toda a parte, que ia ser um caos por ter fechado o Vida Nova.”

As resistências encontradas pelos profissionais para modificar a assistência à saúde mental provinham de toda parte: resistência política, resistência dos familiares, resistência da comunidade, fortemente marcadas pela discriminação em relação à loucura. Diante disto, a assistente social do CAPS adulto relata “a briga dos familiares quando fechou o Vida Nova foi muito feia. Logo que o Vida Nova fechou muito se ouviu: que iam ter vários pacientes pendurados nas árvores, isto inclusive foi dito na Câmara dos vereadores.”

Ficava cada vez mais evidente que a percepção do município acerca da “doença mental” ainda continha características da “desrazão”, da “animalidade” e da “periculosidade”²¹. Devido ao reconhecimento destas questões, os profissionais perceberam que a reestruturação da assistência à saúde mental deveria passar por uma reflexão sobre a temática “loucura”. Era necessário sensibilizar a comunidade em relação à falta de perspectiva de reinserção social, além de destacar que aquilo que denominavam de “tratamento” era sim um grande depósito de pessoas. De acordo com a terapeuta ocupacional do CAPS adulto “trabalhamos muito acerca do que é a loucura em si, o que é ser vista como louca, o que é a loucura para a sociedade.”

Com a criação do CAPS em Santa Cruz do Sul, os profissionais de saúde mental passaram a levar à comunidade local informações sobre o funcionamento desta instituição descentralizada e o novo discurso preconizado pela Reforma Psiquiátrica. O objetivo foi radicalizar o processo da Reforma Psiquiátrica no município, visto que por muito tempo a mesma permaneceu obscura e silenciada pela política pública local.

Os profissionais acreditavam que uma aproximação com a comunidade poderia propiciar uma transformação no modo de pensar a “loucura”. Em outras palavras, buscava-se desmistificá-la, desconstruir o aparato manicomial, construir novas formas de subjetivação e de práticas que produzissem novos modos de viver, capazes de contribuir para novos projetos

²¹ Estas mesmas características faziam parte do discurso médico do final do século XVIII, quando a loucura passou a ser denominada de “doença mental”, constituindo-se como um discurso legitimador da criação e permanência dos grandes hospitais psiquiátricos.

de vida. A ênfase era direcionada à necessidade de construção de um novo jeito de pensar o sofrimento psíquico e o tratamento, denunciando as práticas das instituições centralizadas. Acreditava-se que a comunidade passaria a questionar as práticas adotadas nos grandes hospitais psiquiátricos.

Com o fechamento da Clínica Vida Nova, todos os pacientes foram encaminhados para o CAPS do município. Em relação a este movimento da reforma psiquiátrica, a psicóloga do CAPS adulto enfatiza:

com a reforma psiquiátrica, o CAPS é considerado um dos serviços substitutivos. A diferença passou a ser de concepção de saúde mental, de ser humano como um ser que deve ser atendido minimamente em seus direitos básicos e não como alguém que tem que ser tratado longe, escondido, como um louco que vai te agredir, te atacar, que tem que estar contido, medicado totalmente e amarrado.

Esta profissional dá ênfase à desmistificação da loucura na comunidade:

então, defendemos esta visão de desmistificar a loucura, desmistificar o transtorno que a pessoa tem, tratar com mais naturalidade, ouvir esta pessoa, este familiar, incluir este familiar no tratamento, discutir as formas de tratamento com a pessoa, com o familiar, não retirar esta pessoa do lar.

A assistente social do CAPS adulto, que acompanhou todo o processo da luta por uma nova forma de assistência à saúde mental do município, explica o que ocorria no período em que a Clínica Vida Nova era a única alternativa no âmbito da saúde mental: “Era evidenciado em média trinta, trinta e poucas internações por mês, sendo que o paciente que internava, ficava de sessenta a noventa dias internado. Quando tinha alta e voltava para casa, acabava reinternando logo em seguida.” Esta mesma profissional questiona “por que reinternava”? E logo elabora uma resposta: “Porque não tinha todo um trabalho com a família, então entrava num círculo vicioso”.

No entanto, cabe aqui salientar que o trabalho dos profissionais em esclarecer o funcionamento do CAPS e enfatizar o novo discurso proposto pela reforma psiquiátrica não foi suficiente para evitar a resistência da comunidade ao fechamento da Clínica Vida Nova. Em relação a este fato, deve-se refletir: Se a Clínica Vida Nova permaneceu em funcionamento durante dois anos após a inauguração do CAPS e, considerando que nesse meio tempo o trabalho dos profissionais dirigia-se para além do tratamento dentro do novo

serviço, por que houve tantas resistências quando o Vida Nova fechou? Se o tratamento na Clínica Vida Nova era considerado “um horror”, como afirma o psiquiatra do CAPS adulto, por que houve tantas “brigas” por parte dos familiares?

Quanto a estas questões a assistente social do CAPS adulto comenta:

as brigas dos familiares por ter fechado o Vida Nova ocorreram porque os mesmos sabiam que no novo serviço (CAPS) eles também estariam implicados no tratamento. Mas, eles preferiam negar que tivessem alguma implicação com a doença mental do seu familiar, preferiam internar, não ver, não se comprometer, não se responsabilizar.

Tratar a família passou a ser uma estratégia inovadora frente à antiga política pública de saúde mental. A responsabilidade pelo tratamento passou a ser de todos: do usuário, dos familiares, dos profissionais, dos gestores, enfim da comunidade em geral. Havia necessidade de um maior envolvimento de todo este contexto e, o reconhecimento de que toda esta reforma exigiria novos conceitos, novos olhares, novas práticas voltadas à assistência aos “doentes mentais” e aos seus familiares. O psiquiatra do CAPS adulto afirma:

Acho que a maneira de lidar com a saúde mental mudou com a reforma. Antes havia uma consulta de vez em quando e em momentos de surto a alternativa era internar. Então, a reforma coloca um novo serviço de responsabilidade pelo tratamento, para que o mesmo seja efetivo e não precise de internação.

Quanto ao fechamento da Clínica Vida Nova no município, o psiquiatra comenta: “e aí a história de ter fechado a clínica lá: faltavam técnicos, pacientes estavam lá atirados, supermedicados, morriam lá, era um horror, maus tratos... a família, pela sua ignorância achava que só o médico sabia, então o médico fazia o que queria.”

Quanto à implantação do serviço do CAPS no município, o psiquiatra destaca: “Agora a família também recebe o tratamento, também tem voz; existe uma assembléia, que acontece uma vez por mês e reúne a família para que a mesma possa falar o que está pensando, tirar dúvidas, enfim participar”.

Inicialmente o CAPS recebia toda a demanda da cidade, tanto pacientes adultos quanto crianças e adolescentes. Porém, com a crescente procura pelo CAPS houve a necessidade de uma separação entre o CAPS adulto e o infantil (que atende também adolescentes até os

dezoito anos). Desde então, alguns profissionais da equipe do CAPS passaram a atuar no CAPS infantil do município de Santa Cruz do Sul, que foi inaugurado no ano de 2002.

Da mesma forma que o CAPS adulto, o CAPS infantil também trabalha com os familiares das crianças que freqüentam o serviço. Nesta perspectiva, a psicóloga do CAPS infantil observa: “estamos sempre trabalhando com a família. Não tem como tratar a criança e o adolescente sem estar em contato com a família.”

A psicóloga do CAPS infantil refere que a repercussão deste relaciona-se com o fato de que:

trabalhar com criança é sempre um trabalho preventivo, porque tu consegue atuar no início da situação e daí tu vai prevenir que estas crianças passem a ser adultos com transtornos mentais mais sérios, então a repercussão é esta: poder trabalhar com estas crianças, com estas famílias para que mais adiante elas possam estar melhores.

Considerando as resistências da comunidade com o fechamento da Clínica Vida Nova e, ao mesmo tempo, a busca pela assistência no novo serviço, deve-se problematizar: A comunidade aderiu²² ao CAPS por que era a única alternativa que restava no âmbito da política pública de saúde mental no município ou por que realmente passou a apoiar o discurso preconizado na Reforma Psiquiátrica?

Este questionamento é pertinente, pois durante dois anos ambos os dispositivos (CAPS e a Clínica Psiquiátrica) funcionaram concomitantemente no município. Além disto, deve-se pensar até que ponto o trabalho de esclarecimentos acerca da Reforma Psiquiátrica produziu inquietações na comunidade em relação às antigas práticas no âmbito da saúde mental e o desejo de modificar as mesmas.

Hoje, após superar tantas resistências e desafios, os profissionais entrevistados referem ter alcançado resultados satisfatórios, visto que os CAPS vêm ocupando um espaço de maior reconhecimento, tanto por parte dos familiares, quanto por parte dos governantes e da comunidade.

²² Este termo foi utilizado para denotar a procura pela assistência à saúde mental neste novo dispositivo de saúde mental no município de Santa Cruz do Sul, mais acentuadamente após o fechamento da Clínica Vida Nova.

Contudo, há na fala dos profissionais o reconhecimento de que toda esta reforma não pode ser vista como algo acabado, pois trata-se de um processo, de uma construção que visa cada vez mais qualificar o serviço prestado e sensibilizar a comunidade para conviver com as diferenças. “Primeiramente estávamos preocupados em arrumar esta casa, mas agora a preocupação passou a ser com o olhar lá de fora. Queremos mostrar que louco não agarra ninguém pelo pescoço, desmistificar isto”, relata a assistente social do CAPS infantil.

A desmistificação das concepções construídas historicamente em relação à “loucura” e a necessidade de desconstrução dos grandes hospitais psiquiátricos constituíram-se como objetivos primordiais no processo de reestruturação da assistência à saúde mental. Mas para que haja uma verdadeira consolidação deste discurso, Rotelli (1990) destaca: não basta desinstitucionalizar, é preciso ir além, buscando uma modificação na forma como a sociedade percebe e trata a doença mental. Então, desmistificar a “loucura”, romper com estigmas e pré-conceitos passou a ser uma das estratégias utilizadas no processo de Reforma Psiquiátrica italiana que, mais tarde, influenciou o Brasil.

3.2 Do funcionamento dos CAPS

No cerne da Reforma Psiquiátrica brasileira, prevalece o discurso referindo que as práticas terapêuticas adotadas pelo novo dispositivo de saúde mental (CAPS) devem ser construídas de acordo com as novas possibilidades de se pensar e de se buscar saúde. Em outras palavras, deve existir o reconhecimento de que há um sujeito que sofre psiquicamente e que precisa de um suporte que o escute e que o estimule a pensar e a superar o sofrimento. Com as novas formas de assistência à saúde mental (CAPS, NAPS, SRT, internação em Hospitais Gerais), há a necessidade de modificar o foco da atenção antes dirigido a “doença mental” e passar a compreender o sujeito como um todo, na sua dimensão humana totalizante, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre tantos outros problemas cotidianos, que podem levá-lo a procurar ajuda. Estas idéias foram defendidas por Franco Basaglia na Itália e tiveram grande repercussão no Brasil, o que fez com que eclodissem diversos movimentos sociais em defesa de uma nova forma de perceber o sujeito e seu sofrimento, questionando as fronteiras entre a saúde e a doença.

Nesta perspectiva, os CAPS de Santa Cruz do Sul ao abrir suas portas e começar o atendimento à população, possuíam a preocupação em não reproduzir o sistema segregador. Segundo a assistente social do CAPS adulto:

nossa preocupação desde o princípio foi desmistificar a loucura, envolver a comunidade, informá-la sobre nosso trabalho, abrir um espaço de escuta para os familiares, convencendo-os de que o sofrimento do sujeito considerado doente mental está atrelado a uma rede de relações e não adiantará tratá-lo sozinho. É necessário envolver o todo: familiares, comunidade, a própria equipe de atenção psicossocial. Nossa preocupação, enfim era de não apenas trocar o nome da forma de atendimento, mas reformar de fato, rompendo com antigos paradigmas.

Para que estas questões deixassem de ser apontadas como “ideologia” e se tornassem propositivas enquanto práticas terapêuticas, haveria necessidade de uma verdadeira ruptura²³ com a forma de assistência antes adotada.

Neste processo de reestruturação da política pública de saúde mental, os profissionais dos CAPS do município de Santa Cruz do Sul traçaram um plano de funcionamento para este novo serviço, na tentativa de modificar o cenário manicomial do município e atender as premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Cabe salientar que os profissionais dos CAPS de todo Brasil, ao elaborar as atividades terapêuticas a serem desenvolvidas por esta instituição, possuem a liberdade de criar e inovar dentro desta nova forma de buscar a saúde mental, o que de certa forma facilita o engajamento e a responsabilidade da equipe como um todo.

No processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e italiana, Amarante e Rotelli (1992) observam a importância da liberdade de pensar, de criar e de inovar na implantação de experiências propositivas, facilitadoras no processo de construção de novas subjetividades, de novas formas de se relacionar com o sujeito portador de ‘sofrimento psíquico’, produzindo novos modos de viver em sociedade. A liberdade, a autonomia e a cidadania devem estar presentes em todos os momentos e relações, seja entre os usuários, seja entre os profissionais da equipe que atuam em saúde mental, visto que estes são autorizados a abandonar as práticas alienantes, hegemônicas e padronizadas de tratar o sofrimento humano.

²³ O presente trabalho, de certa forma, pretende investigar justamente esta questão: as práticas e os discursos dentro do novo dispositivo de saúde mental romperam de fato com a forma de assistência prestada nos grandes hospitais psiquiátricos?

Considerando as peculiaridades e as singularidades de cada localidade e de cada equipe da saúde mental na elaboração do seu plano de funcionamento, destacamos que em Santa Cruz do Sul, o “plano terapêutico” é elaborado pelas equipes de profissionais dos CAPS, que segundo os entrevistados, procura atender através de atividades específicas as necessidades individuais de cada paciente. Desta forma, nem todos os pacientes fazem as mesmas atividades. Conforme a terapeuta ocupacional do CAPS adulto:

a porta de entrada do nosso CAPS é o grupo de acolhimento, que vem todos os encaminhados da rede básica de saúde. O grupo de acolhimento é feito pelas psicólogas, que atendem, avaliam e determinam se o paciente fica no nosso serviço ou não. Se ele é paciente de CAPS daí vai para a triagem, que pode ser feita por qualquer um dos técnicos.

O grupo de acolhimento, de acordo com a psicóloga do CAPS adulto:

tem o objetivo de acolher a pessoa que está chegando, conhecer o motivo que traz ela aqui. A partir disto ir avaliando e percebendo se esta pessoa necessita entrar no serviço e fazer uma triagem. O objetivo é de ir orientando e acompanhando, para quando começar a participar do grupo sentir-se mais tranqüila para dividir suas angústias.

Nesse sentido, o “grupo de acolhimento” possui uma tripla função: 1) de escuta; 2) de avaliação prévia; 3) de orientação e minimização das ansiedades. Estas funções revelam, de certa forma, a existência de uma mudança em relação às terapêuticas adotadas no modelo manicomial, pois no novo dispositivo de saúde mental há escuta por parte da equipe dos profissionais, bem como uma tentativa destes em reduzir as ansiedades dos pacientes encaminhados. No entanto, a “avaliação” pode incitar a lembrança da “classificação” feita pelos médicos nos grande psiquiátricos. Contudo, a “avaliação” e a “triagem”, nas palavras da assistente social do CAPS adulto “servem apenas para verificar se o paciente é demanda para o CAPS ou não, pois recebemos muitos pacientes da rede básica de saúde, sendo que muitos poderiam ser tratados lá”.

Tendo em vista estas questões referentes ao número excessivo de pessoas encaminhadas para os CAPS, o Ministério da Saúde (2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf) destaca que há necessidade de se construir uma rede de atenção à saúde mental, pois a “responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela

equipe local.” Esta rede deve articular os serviços substitutivos de saúde mental com a rede básica de saúde (postos – PSF e as unidades básicas de saúde). Como os postos são compostos por uma equipe mínima de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário, o Ministério da Saúde propõe que os CAPS passem a apoiar a rede básica através de supervisões de diversos casos, por entenderem que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica.” Esta articulação entre a política pública de saúde mental e a rede básica visa ampliar e tornar mais eficaz as intervenções dos dois campos, como por exemplo, a criação conjunta de ações como combate ao estigma e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial, entre outros. No entanto, há o reconhecimento de que esta rede ainda está em construção no Brasil.

Em Santa Cruz do Sul, evidencia-se na fala dos profissionais entrevistados que há um distanciamento entre a rede básica de saúde e os CAPS. A não articulação entre os dois serviços acaba reforçando a lógica do encaminhamento da rede básica para o CAPS, o que acarreta no desrespeito em relação à pessoa que busca ajuda e não a encontra, visto que deve dirigir-se a outros profissionais em um outro local.

Os entrevistados salientam a falta de preparo dos profissionais da rede básica de saúde em relação à forma de prestar assistência aos problemas emocionais. Quanto a estas questões, a técnica de enfermagem do CAPS adulto comenta, “é meio difícil trabalhar com os postos de saúde, porque o paciente vai para a consulta lá e eles já encaminham para cá, nem escutam as queixas clínicas...achamos injusto ficarmos com toda a responsabilidade aqui”.

Da mesma forma, a Terapeuta Ocupacional do CAPS adulto afirma:

os postos acham que somente nós podemos fazer psiquiatria, que saúde mental só ocorre aqui dentro do CAPS. Esta é uma questão que ainda nos mobiliza. O CAPS não é o único responsável pela saúde mental do paciente, tem todo o sistema de saúde e este também deve se responsabilizar pela saúde mental. A rede básica teria que cuidar do indivíduo lá do seu posto, lá do seu bairro. Se ele está doente, deverá acompanhar; se não está doente, deverá prevenir. Esta é a dificuldade que encontramos ainda. Mas somos uma equipe briguenta e batalhadora, a gente acaba se impondo e eles nos respeitam por sermos assim. Nós deixamos claro ‘não vai ser assim, nós não vamos aceitar’. Em virtude disto somos denunciados para o secretário de saúde do município e este vem sempre nos perguntar, mas acabamos sempre vencendo, mas com dificuldades.

As dificuldades do trabalho, bem como os conflitos que emergem entre diversos profissionais, nos mais variados contextos, de acordo com as análises de Vasconcelos (2002), ocorre devido à construção histórica da identidade de cada profissão. Os limites do saber de cada profissional dão segurança para que os mesmos atuem somente dentro das margens de sua compreensão. Quando se deparam com o “não saber fazer”, há uma tendência natural de defenderem-se desta ameaça de instabilidade, pois acabam sentindo-se desafiados no seu saber-poder, como observa Foucault (2001).

Em Santa Cruz do Sul, os profissionais da Rede Básica de Saúde podem sentir-se incompetentes frente a uma demanda que extrapola sua capacidade de ‘saber fazer’ e, devido a isto, optam pelo encaminhamento aos CAPS do município. Nesta direção, os profissionais entrevistados afirmam que a solução para este problema talvez seja especializar a rede básica, ou seja, inserir profissionais de saúde mental nos postos e nas unidades básicas de saúde.

A necessidade de “especialização” na rede básica para tratar do sofrimento psíquico está presente na fala de muitos profissionais de atenção psicossocial. A fonoaudióloga do CAPS infantil destaca que esta enorme demanda encaminhada para os CAPS e para o ambulatório é fruto da falta de profissionais especializados na rede básica de saúde: “tem uma demanda muito grande para ambulatório e não é este o nosso objetivo. Não conseguimos fazer tudo. Gostaríamos que tivessem profissionais de saúde mental na rede básica.” A psicóloga do CAPS infantil complementa:

a gente sabe que a rede básica é carente para atendimento. Pensamos que todos os postos deveriam ter um profissional de psicologia para dar conta da questão da saúde mental. Na rede básica alguns casos poderiam ser bem conduzidos se tivessem um serviço especializado. Então, deve-se incrementar mais o serviço de saúde mental no município.

A discussão acerca da necessidade de uma maior especialização da rede básica do município foi um dos temas abordado no X Fórum Regional de Saúde Mental, que ocorreu em junho de 2006, em Santa Cruz do Sul. No entanto, na opinião de vários participantes do fórum, a “especialização” dos postos e das unidades básicas de saúde iria contra as premissas da Reforma Sanitária, que prioriza a não hegemonia do saber e propõe o trabalho comunitário e interdisciplinar como prática terapêutica. Por outro lado, a evidência é de que a “não especialização” na rede básica de saúde acarreta em uma grande demanda para os CAPS, muitas vezes desnecessária.

No entanto, o que ocorre é que a política pública de saúde mental no Brasil foi delineada de modo que antes de chegar ao CAPS a pessoa deve ser avaliada na Rede Básica de Saúde. Nas palavras da terapeuta ocupacional do CAPS adulto de Santa Cruz do Sul, tal realidade pode ser constatada:

O ideal é que o paciente possa primeiro ser avaliado por um profissional da rede básica. A rede básica são os postos de saúde. Então, o ideal é que a pessoa não estando bem, vá até um posto de saúde, consulte com o médico e o médico avalie se é um caso mais sério, mais grave, que não possa ser tratado lá, então é encaminhado para cá.

Em Santa Cruz do Sul, somente quando a pessoa encontra-se em “crise”²⁴, ela é atendida diretamente nos “plantões de urgência”, sem a necessidade de uma requisição de um médico da Rede Básica de Saúde. A assistente social do CAPS adulto afirma: “Os plantões de urgência, assim como o grupo de acolhimento, utilizam-se da escuta, redução da ansiedade e avaliação.”

Após passar pelo grupo de acolhimento e ser admitido no CAPS, o paciente é inserido em um dos três grupos, descritos pela assistente social do CAPS adulto: “pacientes intensivos, que vem de doze até 24 vezes no mês; pacientes semi-intensivos, que vem de quatro a oito vezes no mês e os pacientes não intensivos, que vem três vezes no mês.”

Esta divisão dos grupos provoca inquietações, pois: considerando que a proposta da Reforma Psiquiátrica e, portanto, dos novos serviços de saúde mental, é trabalhar as diferenças e romper com estigmas visando incluir estes usuários na sociedade, não seria contraditório esta divisão dentro do próprio dispositivo de saúde mental? Por outro lado, questiona-se: Existe outra maneira de prestar assistência?

As divisões dos grupos por intensidade dos sintomas, parecem comprometer a verdadeira transformação das práticas, exigida pelo discurso da Reforma Psiquiátrica. Este distanciamento, que por vezes ocorre, entre o discurso e a prática, denota que algumas

²⁴ O conceito de “crise” em psiquiatria proposto por Gondim (2006, <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2001/gondimdsmm/capa.pdf>.) caracteriza-se como um momento de vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação não somente na vida psíquica e social do sujeito, mas também na de sua família, o serviço de emergência tornar-se-ia um espaço para se fazer compreender e dar um outro sentido à crise.

dificuldades ainda encontram-se presentes neste processo de reestruturação da assistência à saúde mental. A separação dos pacientes em grupos, de acordo com os seus sintomas e diagnósticos, era um dos métodos utilizados nos hospitais psiquiátricos. Tal procedimento facilitava o controle dos corpos, a manutenção da ordem, organização do espaço, propiciando a prática do biopoder na normatização e na padronização social.

Foucault (2001), Machado (1978), Silva (2003), referem que estas eram algumas das características das instituições segregadoras, entre elas encontram-se os hospitais psiquiátricos. No entanto, apesar de uma série de reivindicações para modificar o discurso hegemônico da psiquiatria, radicalizado no movimento da Reforma Psiquiátrica, nota-se que algumas questões ainda prevalecem. Quando se usa meios classificatórios dentro do novo dispositivo de saúde mental, há uma constatação de que a prática ainda não se diferenciou totalmente do modelo asilar, mesmo que a justificativa desta prevalência seja a organização do espaço e do tratamento, pois este discurso era considerado legitimador das práticas nos manicômios.

Através desta divisão e classificação em grupos é elaborado o “plano terapêutico” de cada usuário dos CAPS, contendo quais os grupos, oficinas e atividades que o mesmo vai participar. No município de Santa Cruz do Sul, segundo os entrevistados, o acompanhamento deste “plano terapêutico” e sua modificação no decorrer do processo de tratamento muitas vezes não ocorrem por falta de tempo. Quanto a esta questão, a assistente social do CAPS adulto comenta:

acho que falhamos nisto, temos que criar um espaço para discutir o plano terapêutico do paciente, que plano ele vai ter, se deve continuar vindo o mesmo número de dias durante a semana, vai consultar com tais e tais profissionais, participar de tais oficinas, temos que investigar com os familiares se evoluiu, se não evoluiu, vamos sentar e vamos ver o porquê a pessoa não evoluiu, não melhora. Acho que aqui estamos aquém, mas durante a semana temos mais de 30 pessoas novas; às vezes acaba sendo uma porta sem saída. Por falta de tempo a gente acaba deixando de lado a revisão dos antigos prontuários.

A demanda excessiva e a sobrecarga de trabalho (CAPS e ambulatório) constituem-se como obstáculos que acabam interferindo na concretização dos planos de trabalho dos profissionais de atenção psicossocial do município de Santa Cruz do Sul. Estes impasses geram uma confusão, de modo que os profissionais têm dificuldade de organizar os prontuários, pois existem pacientes do ambulatório que também são atendidos no CAPS.

Além disto, alguns profissionais que atendem no ambulatório também trabalham nos CAPS e nesta falta de fronteiras, os prontuários dos pacientes acabam sendo arquivados juntos.

Segundo a Assistente Social do CAPS adulto, “estamos atendendo atualmente cerca de 3.500 pessoas”, referindo-se as duas modalidades de atendimento (CAPS e ambulatório).

De acordo com a terapeuta ocupacional do CAPS adulto:

o que nos atrapalha um pouquinho no CAPS é que não somos só do CAPS, nós somos do ambulatório de saúde mental também. Então isto faz com que a equipe, às vezes, acabe cansando-se e perdendo-se e aí não saiba o que é do ambulatório e o que é do CAPS. É cansativo porque atendemos toda a demanda da cidade, tem momentos que ficamos numa correria só, dando conta de uma demanda onde a porta de entrada é muito grande. Então enquanto não houver desmembramento entre o CAPS e ambulatório, vai continuar esta confusão.

Nesse mesmo sentido, o psiquiatra do CAPS adulto comenta, “esta é a grande confusão que se faz ainda. Nós trabalhamos no mesmo prédio onde ocorre o atendimento ambulatorial à saúde mental, mas não é a mesma coisa que CAPS atenção diária. No ambulatório o atendimento não é diário.”

Considerando as diferenças entre o atendimento ambulatorial e o atendimento do CAPS, cabe aqui uma descrição de como se desenvolve as atividades dentro dos CAPS do município de Santa Cruz do Sul.

O funcionamento dos CAPS do município de Santa Cruz do Sul ocorre de segunda a sexta-feira, das oito às dezoito horas, sem fechar ao meio dia. À tardinha, o usuário do serviço volta para sua casa. Este novo funcionamento, proveniente das reivindicações da reforma psiquiátrica, visa à inclusão social do mesmo, por isto, este não passa as vinte e quatro horas do dia enclausurado na instituição. A proposta é que o usuário permaneça em tratamento no CAPS o tempo suficiente para que se recupere do sofrimento psíquico juntamente com seus familiares, exercite suas habilidades, aprenda novas atividades que inclusive possam estimulá-lo a obter renda própria fora da instituição.

Nesse sentido, a psicóloga do CAPS infantil salienta:

a proposta da reforma é poder reinserir estas pessoas na sociedade como um todo; o que se tinha antes era um modelo de exclusão, as pessoas eram depositadas em hospitais e, muitas delas, eram deixadas lá para o resto da vida. A idéia agora é não tirá-las do meio familiar, que elas possam continuar convivendo com a família e tendo atendimentos mais humanizados, é o que preconiza a lei, os CAPS. Um tratamento mais humanizado de inclusão, de poder trabalhar as capacidades, as potencialidades destas pessoas, o que antes a gente sabia que não era feito, o que se tinha era um grande depósito de pessoas largadas lá, a doença cronicava, pioravam, voltavam pior do que tinham ido.

Para atender o objetivo de reinserção social há diversas atividades, oficinas terapêuticas e grupos, coordenados por diversos profissionais de saúde mental da equipe do CAPS adulto de Santa Cruz do Sul, como por exemplo: “grupo de acolhimento”; “oficina de pinturas”; “artesanato”; “oficina da auto-estima” que conforme relata a terapeuta ocupacional “envolve desde orientação de cuidados de higiene, vestuário, de trabalhar aspectos da auto valorização, do se gostar, do gostar do outro, de como me vejo, como vejo o outro”; “oficina de jornalismo” (construção do “jornalzinho” do CAPS); “oficina de peçaria” (construção de objetos para decoração: porta-cuia, cestas, entre outros); “passeios”; “atividade de jardinagem” (cuidado com o jardim que se localiza na entrada do CAPS que, de acordo com os profissionais entrevistados, possui o objetivo de estimular os usuários a fazer o mesmo em suas casas); “grupo primavera” (orienta os usuários e familiares quanto à medicação); “rádio” (gravação feita na Unisc pelos estudantes da Psicologia); “grupo do chimarrão”; “grupo de conversa”; “hora do descanso” após o almoço; “oficina de música”; “lanche”; “almoço”; “terapia individual”; “assembléias abertas à comunidade”; “grupo de familiares”; “visitas domiciliares”; “reuniões da equipe de profissionais” e “sensibilização da rede básica de saúde do município” (postos e unidades básicas de saúde). Além destas atividades, a equipe do CAPS se responsabiliza pela marcação de dentista para os usuários, levam-nos para cortar o cabelo, entre outras necessidades de cuidados pessoais.

O trabalho de “sensibilização da rede básica de saúde do município” foi referido como fazendo parte das ações da equipe dos profissionais dos CAPS, no entanto, através do relato dos mesmos, conclui-se que ainda existem dificuldades no alcance de um verdadeiro engajamento entre os profissionais de atenção psicossocial e os profissionais da rede básica de saúde.

No CAPS infantil as atividades diferenciam-se daquelas realizadas no CAPS adulto, pois os profissionais levam em consideração a faixa etária da criança e do adolescente. Algumas das atividades executadas pelos usuários no CAPS infantil são: oficina de bonecos, oficina de artes, desenhos, brinquedo, expressões gráficas, entre outras. Nesta perspectiva, a Psicóloga do CAPS infantil refere:

no atendimento individual com criança a gente trabalha muito através do brinquedo, porque a criança não tem a linguagem que o adulto utiliza que é verbal. Então, os conflitos dela aparecem através do brinquedo. Deste modo as intervenções são feitas no próprio brinquedo e isto se torna terapêutico.

Quanto à técnica adotada com adolescentes, a mesma profissional salienta: “com o adolescente, dependendo da fase utilizamos desenhos, expressão gráfica, alguns verbalizam mais.” Usuários acima de 18 anos de idade são encaminhados para o CAPS adulto.

Todas estas atividades são planejadas pela equipe de profissionais. Os mesmos reúnem-se uma vez por semana para discutir os casos e também para tratar de questões administrativas. Conforme o psiquiatra do CAPS adulto: “temos duas horas de reunião de equipe. Num primeiro momento são abordadas questões administrativas e em outro momento são abordadas questões de trabalho, como por exemplo, discussão de casos; agora temos estagiários, temos supervisão, tem uma verba para isto.”

A destinação da verba para o funcionamento do CAPS, segundo a assistente social do CAPS adulto, ocorre da seguinte forma: “fizemos um laudo dos pacientes daqui, este laudo vai para o ministério e vem a verba. Nós que administramos este dinheiro que vem do governo federal. Às vezes sobra, tem dado o suficiente.” Há referência de que a conquista dos recursos deve-se as reivindicações dos próprios familiares, usuários, amigos, nas assembléias abertas à comunidade, que ocorrem uma vez por mês. Quanto ao objetivo da assembléia, a assistente social do CAPS adulto destaca:

o objetivo é poder discutir a reforma psiquiátrica, eles conversam sobre a falta da medicação (o que não pode acontecer). Quem tem o poder de estar se mobilizando são eles, sobre os recursos que vem, então, eles reivindicam para a Secretaria da Saúde para que venham os remédios para evitar a internação.

Este espaço construído pelos familiares acaba influenciando a política pública de saúde mental no município, pois exige uma maior atenção dos gestores e dos profissionais de atenção psicossocial aos direitos fundamentais do “portador de doença mental”. Além disto, torna-se terapêutico, pois propicia momentos de expressão, de escuta aos seus anseios, de identificação e a sensação de que não estão sozinhos.

A partir do que foi descrito até aqui, constata-se que algumas modificações já vêm concretizando-se no âmbito da saúde mental do município, embora exista, por parte dos entrevistados, o reconhecimento de que ainda existe muito a ser feito.

A assistente social do CAPS adulto salienta que “é um tratamento eficaz, que consegue ver a saúde mental como uma forma de dar assistência e atenção, sem desconsiderar as condições e os potenciais da pessoa. Com a reforma conseguimos este outro olhar.” Em relação ao número de usuários encaminhados para hospitais psiquiátricos, a psicóloga do CAPS adulto afirma que: “acho que evoluímos bastante, mas temos muito que caminhar. Conseguimos trabalhar, conseguimos fazer um tratamento, o paciente fica anos sem internar, às vezes temos uma internação por mês.” O psiquiatra corrobora com estas profissionais e acrescenta: “o CAPS vem com uma proposta inovadora que, apesar das dificuldades, está vencendo seus preconceitos.” A fonoaudióloga do CAPS infantil comenta que “estamos sempre modificando, aprimorando, tentando melhorar, é um processo que está em construção ainda.”

As dificuldades que se impõe são percebidas, pelos profissionais entrevistados, como fazendo parte do processo da Reforma Psiquiátrica, que visa a construção e a consolidação de práticas propositivas em direção à qualidade de vida e à saúde mental.

3.3 Do atendimento prestado aos usuários

O discurso preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira apontava para a necessidade de criar espaços de liberdade, de autonomia, de cidadania, de respeito aos direitos dos “doentes mentais” e de inclusão social. Este discurso passou a embasar as novas práticas, que desde o final dos anos de 1980 são atuantes no Brasil. Com a inauguração dos primeiros serviços substitutivos ao manicômio – CAPS e NAPS, muitas outras regiões brasileiras passaram a investir nestas novas práticas.

Por constituírem-se como práticas que ainda vêm delineando-se, não há uma padronização nas atividades desenvolvidas nos CAPS do Brasil. Nesta perspectiva, Desviate (1999, p. 151) comenta:

A originalidade brasileira está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, na trama de atuações que um programa comunitário deve incluir, e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais.

Na construção destas novas práticas, cabe aos profissionais de atenção psicossocial a tarefa de organizá-las de forma que as mesmas não se distanciem das premissas da Reforma Psiquiátrica. Contudo, existe o risco de haver um distanciamento entre a prática e os princípios da Reforma Psiquiátrica, visto que os CAPS constituem-se como novos dispositivos e práticas ainda em construção. Deste modo, não se pode descartar a possibilidade do mesmo esbarrar em contradições com o discurso defendido pela Reforma Psiquiátrica, revelando em sua prática alguns resquícios da antiga forma de tratamento (manicomial).

Levando em consideração as características específicas do novo dispositivo de saúde mental em cada localidade, o que se coloca em análise é o atendimento ao usuário dos CAPS (adulto e infantil) do município de Santa Cruz do Sul.

Segundo os profissionais dos CAPS do município, quando se verifica que a pessoa necessita de tratamento no CAPS, a equipe centra-se na sua “avaliação”, como uma forma de organizar o seu “plano terapêutico”. No “plano terapêutico” consta os dias que o usuário deverá frequentar o CAPS e as atividades que o mesmo irá participar. O número de dias que o usuário deve ir ao CAPS, bem como as atividades que o mesmo deverá participar, dependem da intensidade dos seus sintomas.

Aqui temos algumas questões-chaves: Quais os critérios adotados para classificar os pacientes em “mais intensivos” e “menos intensivos”? Como medir o sofrimento psíquico deste “paciente”?

Se por um lado, o propósito da “avaliação” feita pela equipe de profissionais parece ser oferecer uma atenção individualizada, voltada para a singularidade de cada pessoa que procura o CAPS, por outro pode denotar características de classificação, ordenamento do espaço e padronização, como ocorria nos grandes hospitais psiquiátricos.

O fato é que a classificação continua sendo uma das práticas adotadas no novo dispositivo de saúde mental. A “avaliação” de cada “paciente” serve como parâmetro para que a própria equipe de profissionais possa organizar-se e direcionar suas práticas oferecendo uma atenção individualizada a cada sujeito e ao seu sofrimento. Apesar da tentativa de romper com as práticas e discursos da psiquiatria, ainda encontra-se resquícios, na fala dos profissionais entrevistados, de termos psiquiátricos adotados pela equipe, como por exemplo: “doença mental”, “paciente crônico”, “transtorno”, bem como as classificações do tipo “paciente intensivo”, “paciente semi-intensivo”, “paciente não intensivo”, entre outros termos utilizados pelos de profissionais de atenção psicossocial.

Ao analisar o contexto da Reforma Psiquiátrica italiana, Basaglia (1991) salienta a necessidade de negar o conceito de “doença” atribuído, desde o nascimento da psiquiatria, à loucura. Segundo este autor, negar a “doença” não significa desconhecer a loucura, mas libertá-la da relação que a aliena ao saber psiquiátrico, não permitindo tratamentos mais humanitários.

No entanto, ainda há uma dificuldade na inversão proposta²⁵ por Basaglia, visto que a crença epistemológica das ciências naturais, de acordo com Amarante (2006) dá ênfase à doença, ao diagnóstico, ao equadre, diminuindo, muitas vezes, a relevância da experiência, do sofrimento e da história do sujeito. A própria organização das práticas dentro no novo dispositivo de saúde mental revela esta realidade, visto que adota o princípio da classificação dos pacientes pela intensidade dos sintomas e, os discursos, revelam termos técnicos, típicos da psiquiatria. Amarante (2006) afirma que no Brasil, a avaliação ainda não abandonou o enquadre e as classificações diagnósticas baseadas nos manuais psiquiátricos²⁶ (informação verbal)²⁷.

²⁵ Basaglia propõe colocar a doença mental entre parênteses, no intuito de dar evidência ao sujeito e ao seu sofrimento.

²⁶ CID 10, DSM IV, Compêndio de Psiquiatria.

²⁷ Notícia fornecida por Paulo Amarante no I Congresso Sulbrasileiro de Saúde Mental e VI Encontro Catarinense de Saúde Mental, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, em junho de 2006.

A lógica positivista - doença-diagnóstico-tratamento – embora constitua-se como alvo de críticas no Brasil, ainda faz parte, muitas vezes, do discurso e das práticas na área da saúde. Não obstante, existe o reconhecimento de que a ênfase deva ser o sujeito e a sua história. O que se percebe é a dificuldade ainda existente, de poder ver o sofrimento não como doença e sim como uma experiência de vida, um sentimento que marca a história do sujeito.

Em Santa Cruz do Sul, tal fato pode ser retratado na fala do psiquiatra do CAPS adulto: “quando é *bem paciente*, ele vem com a família. Daí é dito que o que ele tem é uma *doença* como qualquer outra...que tem que ser enfrentada.”

Nota-se que ao mesmo tempo que se evidencia termos estigmatizantes, como por exemplo, “bem paciente” e “doença”, por outro lado há uma tentativa de naturalizá-los, ou seja, amenizar o sentido destes termos, comparando a “doença mental” a outras doenças, no intuito de provocar uma mudança perceptiva, tanto nos familiares quanto no “paciente” para que ocorra a adesão ao “tratamento”. O próprio termo “paciente” denota uma posição de passividade e de submissão e, devido a isto, a Reforma Psiquiátrica propõe a adoção de um novo termo, denominado “usuário”, para se dirigir as pessoas que procuram as novas formas de atendimento à saúde mental.

Acredita-se que as práticas reprodutoras do discurso psiquiátrico denotam um grande risco da Reforma Psiquiátrica brasileira reduzir-se na reforma apenas do serviço. Por isto, Rotelli (1990), propõe uma outra via a desinstitucionalização, afirmando que para mudar as práticas há necessidade de modificar o discurso. Assim será possível desconstruir bem mais do que a estrutura manicomial, mas também os aspectos referentes à percepção construída historicamente acerca da “loucura” e da “doença mental”. A tentativa de modificar os serviços, sem modificar o discurso e a percepção acerca da loucura, seria o que Castel (1978) denominou de “reformismo” ou *aggiornamento*, pois mudaria apenas externamente, mas não atingiria a sua essência e a sua dinâmica, podendo gerar “mini-manicômios”.

No município de Santa Cruz do Sul, os profissionais entrevistados revelam a preocupação de não reproduzir o tratamento manicomial. Embora os mesmos utilizem, muitas vezes, termos psiquiátricos para referir-se ao usuário e ao tratamento proporcionado a este, há por outro lado, um empenho na construção de práticas que rompam com antigos paradigmas

da psiquiatria. A intenção do novo serviço é propiciar um espaço de escuta aos usuários, momentos terapêuticos com os familiares, encontros abertos à comunidade, entre outros.

Nesse sentido, a terapeuta ocupacional CAPS adulto menciona que existe o “espaço terapêutico”, onde há um momento para que os usuários “possam falar, cada um deles, um pouquinho de si, como eles se encontram, como se veem, como está seu tratamento, como eles veem seu tratamento.”

A terapeuta ocupacional do CAPS adulto comenta que este espaço é inovador dentro das práticas do novo dispositivo de saúde mental, pois há uma valorização dos pensamentos e sentimentos dos usuários, observando que:

antes era tudo muito imposto...o paciente tomava uma medicação que ele nem sabia o que era, para que servia, porque tinha que tomar, etc...era dada a medicação e pronto, não tinha direito de perguntar. Se ia para oficina, era aquele momento e pronto...não tinha querer ou não querer. Hoje não! Hoje é feito todo um trabalho, toda uma proposta de tratamento para que a pessoa valorize isto, que ela venha, saiba a medicação que está tomando, na oficina tirar dúvidas...tudo isto a gente faz diariamente ou semanalmente. A família vem aqui também e começa a ver que aquele seu familiar não é tão inútil assim...Que antes ele estava acostumado a ficar num quarto trancado mas aqui não...ele ri, ele brinca, ele sabe porque ele veio aqui...ele produz alguma coisa, ele leva esta melhora para o ambiente familiar e para a sociedade.

Nesta comparação entre a internação nos hospitais psiquiátricos e o tratamento nos CAPS do município, a profissional entrevistada destaca muitas mudanças, principalmente em relação a participação do “paciente” no tratamento, participação da família, informação quanto ao tratamento, momentos de interação e de escuta deste “paciente”.

Ao analisar a vida dos internos nas instituições totais, entre elas, o manicômio, Goffman (1996) destaca que ao ser admitido aí, o paciente deixa de ser quem é e transforma-se em uma engrenagem do sistema, o que acarreta no distanciamento do seu eu e dos seus desejos. O indivíduo é domesticado, não restando espaço para ser escutado nos seus anseios. O que interessa é transformá-lo no que Foucault (2004) denomina de corpos dóceis, obedientes e úteis a sociedade. Há, portanto, uma domesticação dos corpos e uma lapidação dos mesmos no intuito de torná-lo produtivo.

Os serviços substitutivos ao sistema manicomial passaram a priorizar o tratamento comunitário, em meio aberto, sem isolar, envolvendo a família, oportunizando espaços para expressão da subjetividade, constituindo-se como meios significativos na construção de novas percepções, modos de viver e de se relacionar.

A psicóloga do CAPS infantil comenta que “a proposta do serviço é que eles passem um tempo aqui, a gente prepare eles para serem reinseridos na sociedade.”

Esta “proposta do serviço”, segundo o psiquiatra do CAPS adulto, vem encontrando algumas limitações por parte das equipes:

Se os profissionais são muito galinhas, ou seja, colocam os pintinhos embaixo das asas, termina todo mundo ficando aqui e, isto é uma característica deste serviço. As pessoas vinham para cá e ficavam. Noto que alguns técnicos acabam embalando e entrando nesta! Daí tu vai encontrar pessoas que eu atendia lá em 1997 que vêm aqui todo dia.

Nesse sentido, a psicóloga do CAPS adulto também reconhece este fato e explica: “o que acaba acontecendo é que os pacientes vêm há um bom tempo bem, sem a medicação, mas são pacientes que acabam ficando aqui nas oficinas, porque a gente vê que fora daqui eles não vão ter o que fazer. Percebemos que não há grupos em suas comunidades.”

De acordo com os profissionais entrevistados, a possibilidade de inserção na comunidade e no mercado de trabalho requer um novo modo de perceber os “pacientes” acometidos pela “doença mental”. Há a necessidade de percebê-los como capazes de produzir, de se expressar e de se relacionar. Estas questões, segundo os entrevistados, são estimuladas não somente nas oficinas e nos grupos terapêuticos com os pacientes, mas também com os familiares, nos momentos de encontro com a comunidade (como por exemplo, o Fórum Regional de Saúde Mental – que ocorre anualmente), através dos meios de comunicação, do contato com as empresas locais, entre outros.

A psicóloga do CAPS adulto afirma:

estamos resgatando o projeto com as empresas para que eles possam conseguir emprego e trabalhar em fumageiras que é o ponto maior aqui né...supermercado...tem vários pacientes nossos que, com a parceria do Caps com algumas empresas, foram inseridos no mercado de trabalho.

A atuação dos profissionais do CAPS não se restringe somente a instituição. Estes buscam articular-se com diferentes segmentos da sociedade, a fim de facilitar a inclusão social dos usuários. No entanto, este processo de inserção ainda é lento, pois a comunidade ainda não se mobilizou para outras opções terapêuticas em seus bairros. Tal fato constitui-se como uma das justificativas de alguns profissionais entrevistados, quanto à questão da opção pela permanência de muitos usuários no serviço.

Esta questão é apontada como um dos grandes impasses dos CAPS de todo o Brasil, pois o SUS foi “inampliado”, ou seja, continua a lógica de pagamento por procedimento. Deste modo, manter o serviço cheio é uma estratégia de muitas instituições de saúde para receber uma verba maior. Esta lógica acaba desestimulando o trabalho externo, ou seja, na comunidade, pois os trabalhos de “circulação” não são remunerados (informação verbal)²⁸.

Na mesma direção, em Santa Cruz do Sul os profissionais dos CAPS salientam uma preocupação quanto à questão da precariedade de atenção fora do serviço e, em virtude disto, estão tentando encontrar uma solução para reverter à questão da permanência desnecessária no serviço. Os profissionais entrevistados não mencionaram em nenhum momento um interesse financeiro. De acordo com a assistente social do CAPS adulto, os profissionais da equipe discutem e questionam:

o que a gente vai buscar para o nosso paciente fora daqui...porque se não a gente vai acabar fazendo o quê? Tornando ele um paciente que vive na instituição, né...então, a gente tem uma mini-equipe dentro do Caps. Nesta mini equipe têm profissionais que vão procurar empregos. Têm pacientes nossos que trabalham na fumageira...são pacientes que trabalham como qualquer funcionário...tem que cumprir horário...tem carteira assinada...tem tudo, mas a única diferença é que o Caps tá fazendo acompanhamento. Estimulamos a inserção no mercado de trabalho, a inserção no grupo, na comunidade; a gente tem o papel de estar dentro da comunidade, ver o que acontece lá e comunicar para o posto de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf), a potencialização do trabalho como instrumento de inclusão social dos usuários é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Conforme a mesma fonte, para que existam iniciativas de ofertas de trabalho, os profissionais de saúde mental devem estimular as habilidades dos usuários e trabalhar a auto-estima dos

²⁸ Notícia fornecida por Paulo Amarante no I Congresso Sulbrasileiro de Saúde Mental e VI Encontro Catarinense de Saúde Mental, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, em junho de 2006.

mesmos, para que este reconhecimento, de alguma forma, possa influenciá-los em suas produções.

A terapeuta ocupacional do CAPS adulto observa que “fazer a atividade aqui, é fazer com que os usuários aprendam, é desenvolver aptidões para que eles possam desenvolver isto profissionalmente e em casa.”

A diferença entre o trabalho executado nos manicômios e o que é realizado nos CAPS, deve-se ao fato de que, este último propõe um novo sentido ao desenvolvimento do trabalho, priorizando o sentimento de prazer do usuário na execução da tarefa. No manicômio o trabalho era obrigatório, muitas vezes para a manutenção do próprio hospício. Neste contexto, Machado (1978) relata que no manicômio o trabalho era a técnica para a cura, pois era um meio de domesticar os corpos, torná-los obedientes e úteis. Além disto, o que se buscava era maximizar a produção dentro do manicômio, para mantê-lo em funcionamento.

Nos CAPS, se considerarmos o novo discurso da Reforma Psiquiátrica, o trabalho é visto ocupando um outro patamar, visto que visa a auto-estima do sujeito, desenvolve no usuário o reconhecimento de suas habilidades e de suas capacidades e, a partir disto, passa a estimulá-lo e encorajá-lo para o mercado de trabalho. Aqui o trabalho tem a finalidade de expansão²⁹ e de reconhecimento dos potenciais de saúde do próprio usuário.

Sobre a possibilidade de obtenção de renda fora do ambiente do tratamento, a terapeuta ocupacional do CAPS adulto salienta a importância das experiências de produzir, de construir, de aprender, de montar, entre outras, desenvolvidas nas oficinas:

que eles tenham uma renda, que possam desenvolver as atividades aprendidas fora do CAPS, envolver a sua família, perceber que conseguem, que depende da criatividade de cada um e que podem produzir fora daqui e aí todo mundo vai ter uma renda extra em casa. Nosso objetivo não é só ocupar ele aqui nas oficinas .

“Trabalhar”, neste novo dispositivo de saúde mental, significa mais do que simplesmente produzir, mas estar inserido em uma ideologia atuante e ter um lugar para “ser alguém”.

²⁹ No sentido de oportunizar a inclusão social e a possibilidade de trabalho fora do ambiente terapêutico.

Há a consideração de que o trabalho não pode mais ocupar um lugar de exploração dos corpos dentro do ambiente terapêutico, nem utilizá-lo como punição para obter a docilidade e a obediência, como ocorria com os internos nos grandes hospitais psiquiátricos, relatado por Machado (1978).

Conforme a terapeuta ocupacional do CAPS adulto, o trabalho e os benefícios provenientes dele acabam servindo não somente para a instituição, mas também para possibilitar aos usuários momentos de lazer e de prazer, visto que, muitas vezes, os mesmos são privados disto fora do ambiente terapêutico.

quando trazem o material de casa eles levam pra casa, quando se faz algo com o material do CAPS nós revendemos e com este dinheiro nós repomos em materiais que precisamos...mas também usamos uma parte deste dinheiro para fazer alguns passeios, como ir no shopping, passear, tomar sorvete, ir no centro...porque muitos de nossos pacientes não conheciam shopping, nunca tinham entrado na cathedral, nunca tinham entrado na casa de artes...então a gente faz estes passeios para que elas possam se beneficiar...a gente vai na october, leva dinheiro para sorvete lá, tomar refri, andar em alguns brinquedos, que alguns nunca tinham andado, em roda gigante, foi uma experiência muito rica.

Estas vivências e experiências, nas falas dos profissionais entrevistados, revelam novas possibilidades em relação à vida e à socialização. Oportunizar uma nova vivência é auxiliar na construção de novas relações sociais. Tais práticas denotam uma articulação com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira que, como afirma Tenório (2005, <http://www.scielo.br/scielo.php>), traduz-se em um conjunto de reivindicações, visando manter o paciente em sociedade, não excluí-lo, escondê-lo e aliená-lo. A proposta passa a ser de inclusão social, baseada na crença de que é possível o usuário fazer parte de uma rede social.

Os princípios da Reforma Psiquiátrica Italiana que influenciaram o Brasil não se restringiam somente em modificar as práticas dentro de um novo dispositivo de saúde mental. Segundo Amarante (1998), já houve a tentativa de modificar as estruturas internas dentro do sistema manicomial, através da Comunidade Terapêutica, porém como afirma Rotelli (1994), esta mudança não foi suficiente para dar conta da complexidade que envolve a saúde mental, visto que apenas modificava o funcionamento dentro da instituição, sem romper com a exclusão e sem trabalhar as pré-concepções acerca da loucura. Além da Comunidade Terapêutica, outras formas de tratar o “doente mental” foram delineados em diferentes países,

mas nenhum destes tratamentos conseguiu romper com a internação nos hospitais psiquiátricos como ocorreu na Itália.

No Brasil, a internação em hospitais psiquiátricos ainda ocorre, embora o propósito seja a diminuição de leitos nestes hospitais e um maior investimento na rede de serviços substitutivos ao manicômio. Os dados da Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde (2005, portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf) referem a diminuição dos recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos. No ano de 1997, 93,14% dos gastos em saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos. No ano de 2004, 63,84% são destinados aos mesmos. A partir disto, temos uma inversão: o investimento na rede extra-hospitalares em saúde mental era de 6,86% em 1997 e no ano de 2004 passou a ser de 36,16%.

A intenção de todo este processo de Reforma Psiquiátrica é que os serviços extra-hospitalares, considerados substitutivos ao manicômio, possam se expandir no Brasil. Além disto, há uma luta para que seja aberto um maior espaço nos hospitais gerais, que haja capacitação das equipes de saúde mental nestes hospitais, para que, aos poucos, seja possível desconstruir os ambientes estigmatizados como são os hospitais psiquiátricos. Nesta direção, a psicóloga do CAPS adulto comenta:

alguns casos precisam de internação...e aí que a gente luta por leitos no hospital geral. No hospital geral tem que ter leitos, tem que ter unidades psiquiátricas. Há esta necessidade, pois sabemos que a pessoa que interna no hospital geral é considerada diferente daquela que interna lá no hospital São Pedro ou em outro hospital psiquiátrico. Então, no hospital geral ela é uma pessoa que foi lá se tratar como qualquer outra, com qualquer outro motivo. Ela não é rotulada...e, eu acredito que é isto...a gente poder estar dando uma atenção àquela pessoa, não só tratá-la como um mero paciente...que vai receber a medicação.

A luta por leitos nos hospitais gerais revela a reivindicação por um espaço igualitário, a necessidade de desconstrução dos pré-conceitos, discriminações e estigmas atribuídos a “loucura”. A tentativa de inserção social, onde a tolerância às diferenças faz-se necessária, possibilita a construção da sociedade solidária.

Em Santa Cruz do Sul, quando há necessidade, os pacientes são internados no Hospital Geral do município, denominado Hospital Santa Cruz. Apesar da existência de quatro leitos destinados à psiquiatria neste hospital, há pouco investimento nos recursos humanos para que

recebam devidamente estes pacientes. Quando se trata de um caso “grave” de internação, o usuário é então removido ao Hospital Psiquiátrico de Pelotas, devido a uma divisão de coordenadorias. Além do Hospital Psiquiátrico de Pelotas, o estado do Rio Grande do Sul conta atualmente com mais três municípios que possuem Hospitais Psiquiátricos. Estes municípios são: Passo Fundo, Caxias do Sul, Porto Alegre.

Contudo, os profissionais entrevistados referem que a internação psiquiátrica não ocorre com tanta frequência no município. Nesse sentido a psicóloga do CAPS adulto argumenta:

têm pacientes aqui que eram pacientes que viviam de internação. Hoje temos relatos da família que eles estão muito bem, sentem-se acolhidos, ouvidos, atendidos quando necessário e, o que mais nos interessa é o convívio do usuário com a sociedade.

Considerando estas questões, as novas formas de atendimento no âmbito da saúde mental vêm delineando práticas com vistas a possibilitar uma maior articulação entre os usuários e a sociedade. A psicóloga do CAPS adulto apresenta o que é feito neste novo dispositivo:

aqui a gente propõe a rotina, oficinas, aqui no Caps tem o alfa Caps, que é uma associação onde fazem parte os familiares e amigos do Caps, onde tem assembleias. Estimulamos a autonomia...tem que saber qual a medicação ela está usando, saber para que que serve, o que pode ocasionar se ela parar de tomar. O usuário pode discutir o seu tratamento... se existem limitações para isto, que o familiar possa estar junto.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um processo que vem concretizando-se aos poucos, considerando que não basta romper somente com o ambiente segregador, ou apenas propor uma mudança de práticas dentro de tal ambiente, mas sim envolver todos (usuários, familiares, profissionais, comunidade em geral), visando uma mudança de concepções, de olhares e de relações.

3.4 Da psiquiatrização e do desafio multidisciplinar

Há apenas duas décadas, outros profissionais como: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, entre outros, passaram a atuar no âmbito da saúde mental, dividindo com o psiquiatra o espaço, o saber e o poder dentro dos serviços substitutivos ao manicômio. Este processo de mudança estrutural³⁰ e funcional³¹ exigiu dos profissionais um novo modo de interação dentro do novo dispositivo CAPS. O desafio multidisciplinar relaciona-se ao fato de que, até então, todo o poder em relação ao tratamento aos “doentes mentais” encontrava-se nas mãos dos psiquiatras. A inserção de novas disciplinas implicou em novos olhares, novos conhecimentos e opiniões acerca dos conceitos até então construídos, que embasavam a prática dos psiquiatras. Este pode ser o motivo de tantas referências quanto as dificuldades de um relacionamento harmônico entre as novas disciplinas e a Psiquiatria.

No processo de desconstrução do modelo asilar acreditava-se que o trabalho envolvendo diversos profissionais, seja ele, interdisciplinar, multidisciplinar, pluridisciplinar ou transdisciplinar, possibilitaria novos olhares acerca do “paciente” e a ruptura com o poder da psiquiatria. Deste modo, a atenção estaria voltada não somente à “doença”, mas ao ser humano como um todo em sua integralidade.

No que se refere aos CAPS do município de Santa Cruz do Sul, os entrevistados afirmam que a multidisciplinaridade define o trabalho de suas equipes, visto que vários profissionais, com seus diferentes saberes, oferecem um olhar ao sujeito e a família que busca auxílio. Há referência, entre os mesmos, de que existe um espaço nas reuniões de equipe para que se possa fazer uma análise do funcionamento deste novo dispositivo de saúde mental, das práticas construídas e, a partir disto, avaliar e definir que tipo de equipe os mesmos estão construindo e reproduzindo.

O conceito de multidisciplinaridade³², analisado por autores como Japiassu (1976), Almeida Filho (1997) e Vasconcelos (2002), compreende a existência de diversos

³⁰ Este termo foi utilizado para referir o processo de tentativa de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e a construção dos novos serviços de assistência à saúde mental

³¹ Refere-se à construção de novas práxis dentro do novo dispositivo de saúde mental.

³² Os conceitos acerca da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade, encontram-se no segundo capítulo, mais precisamente no item 2.4.

profissionais, com os seus saberes e análises, mas sem que ocorra trocas entre eles, visto que cada disciplina possui o seu objetivo. As críticas, em direção a multidisciplinaridade, apontam que esta forma de trabalho acaba reproduzindo a fragmentação das práticas disciplinares. Em contrapartida, existe a consideração de que a multidisciplinaridade oportuniza que múltiplas dimensões de um fenômeno seja explorado.

Contudo, os profissionais entrevistados referem momentos de trocas entre eles, mas reconhecem que ainda existem algumas limitações para que ocorra uma real circulação do discurso acerca dos saberes, como acontece na interdisciplinaridade. Devido a tal fato, consideram-se uma equipe multidisciplinar, mas com o objetivo de tornar-se interdisciplinar. Isto pode ser evidenciado na entrevista com a fonoaudióloga do CAPS infantil, no momento em que afirma “Acredito que somos uma equipe multidisciplinar, mas temos como objetivo a interdisciplinaridade. Estamos trabalhando para isto.” Do mesmo modo, a psicóloga do CAPS infantil menciona “Só pelo fato de termos vários profissionais, de várias áreas, já é um trabalho multidisciplinar. A questão maior é se é inter! Se a gente consegue fazer as trocas, discutir os casos, ter o olhar das várias áreas... fizemos um exercício para isto.”

Vale lembrar que alguns teóricos como Japiassu (1976), Vilela e Mendes (2003), Dal’ Pizol et. al.(2003), construíram uma definição para a interdisciplinaridade. Segundo estes autores, a interdisciplinaridade refere-se a capacidade dos profissionais de se organizarem em torno de um mesmo objetivo e possibilitarem um espaço de circulação do discurso, de percepções, de análises, baseados nos mais diversos saberes. A atuação interdisciplinar considera que através da integração de diversos saberes haverá uma maior compreensão acerca da multidimensionalidade do sujeito. Deste modo, as trocas de saberes, o reconhecimento da complexidade do ser humano e das limitações existentes em uma área de saber, são suas características.

Para Vilela e Mendes (2003), a superação do modelo multidisciplinar e a construção de práticas interdisciplinares requer algumas características de personalidade dos próprios membros da equipe, como por exemplo: flexibilidade, confiança, paciência, sensibilidade, etc. Sem estas características, a equipe pode ser caracterizada apenas como um conjunto de pessoas com diferentes saberes. Além disto, a dificuldade de interação e relacionamento entre os membros de uma equipe podem facilitar a emergência de inúmeros conflitos entre os profissionais, dificultando o trabalho.

Os profissionais entrevistados salientam a importância dos relacionamentos interpessoais entre os membros da equipe para a constituição de uma equipe interdisciplinar. Em relação a isto, a assistente social do CAPS infantil argumenta:

Interdisciplinaridade é poder delegar para o outro fazer e isto não acontece no nosso CAPS! Já tivemos supervisões institucionais, para resgatar a relação de confiança...estamos num processo de mudança em relação a isto, mas acho que temos grandes momentos de equipe multidisciplinar e grandes momentos de equipe interdisciplinar.

Nesta fala, trabalhar interdisciplinarmente é admitir que o outro sabe tanto quanto eu e por isto posso confiar nele, posso escutá-lo, posso “delegar” tarefas, posso transmitir o que penso e o que sinto, sem bloqueios. “Confiar”, nesta fala, possui um duplo sentido: primeiro, de confiar no saber do outro; segundo, de confiar no seu próprio saber, sem sentir-se ameaçado frente ao saber do outro.

Os profissionais entrevistados do CAPS adulto afirmam que sua equipe tem evoluído significativamente em direção à interdisciplinaridade. Um dos motivos, referido pelos entrevistados, relaciona-se ao fato de estarem a quase uma década em convivência. Em relação esta questão, a assistente social do CAPS adulto afirma:

Pensamos que somos uma equipe multidisciplinar. Eu até brincava que éramos multi e as vezes inter, isto porque somos multi mas temos momentos de interdisciplinaridade. Acredito que estamos conseguindo evoluir. Estamos há nove anos juntos e trabalhamos com o seguinte princípio: o paciente não é do fulano, ele é do CAPS.

Este “princípio” foi referido em quase todas as falas dos profissionais entrevistados, passando a denotar a existência do deslocamento do saber/poder disciplinar para o saber/poder do dispositivo. O “paciente” passa a ser considerado como um ser que pertence a instituição, ao equipamento, o que de certa forma, denota a idéia de posse. Esta estratégia de defesa contra a atuação fragmentadora do saber disciplinar e contra a hierarquia entre os profissionais, responsabiliza todos os membros da equipe pelo tratamento. Este apelo, em direção ao reconhecimento de que o “paciente” é do CAPS, configura-se como uma tentativa de integração da equipe. O “paciente” seria o objetivo primeiro a ser acolhido por todos. Pode-se pensar também que, uma frase como esta, teria a intenção de facilitar a construção de uma prática interdisciplinar.

Em ambos os CAPS do município, os entrevistados referiram que estão construindo caminhos para chegar à interdisciplinaridade. Nesse sentido, *multidisciplinaridade em processo de construção de uma prática interdisciplinar*, parece ser o que define os CAPS do município de Santa Cruz do Sul, pois todos os profissionais entrevistados referiram que possuem momentos de interdisciplinaridade. Cabe salientar que há um grande desejo de tornar-se uma equipe interdisciplinar, onde o discurso compreendendo diversos olhares e percepções possa circular, entre eles, sem receio.

Alguns profissionais entrevistados afirmaram a existência da hierarquização entre as profissões atuantes nos CAPS, o que de certa forma, pode dificultar a possibilidade de maiores espaços de trocas e de uma maior horizontalidade entre eles. Contudo, os mesmos defendem-se, salientando que a hierarquia faz parte de todas as equipes profissionais. “Sabemos que é clássico que o médico é o ‘poderoso’, o médico é o ‘maior’. Então não é algo que a gente possa dizer que seja da nossa equipe”, comenta a terapeuta ocupacional do CAPS adulto. Os entrevistados destacam que a hierarquia existente não afeta tanto, visto que todos tem o “poder da palavra.” A psicóloga do CAPS adulto destaca “tudo o que acontece a gente diz ‘vamos discutir em equipe’, chega ser uma frase típica.”

Os entrevistados parecem naturalizar a questão da hierarquia, como uma forma de não deixar que a mesma transpareça. Há um sentimento de ameaça de desintegração da equipe e, devido a isto, os mesmos optam em negar a influência da hierarquia nas práticas e nos relacionamentos entre os membros da equipe. Há de se considerar que ter o “poder da palavra” não significa que todos sentem-se autorizados para falar.

A questão do status médico é apontado pelos entrevistados como uma construção social e cultural e, a comunidade retroalimenta este sistema ao continuar supervalorizando o papel ocupado pelo médico. Este fato é expresso com indignação pela assistente social do CAPS adulto:

Há uma hierarquia, ainda muito forte na cabeça do paciente. Brincamos em relação ao fato de que o paciente pode conversar uma hora e meia contigo, mas no final pergunta... ‘eu não vou conversar com o médico’. Nos agradecimentos, nas festas de natal, tinha muito isto, ‘quero agradecer ao doutor fulano, doutora beltrana, doutor ciclano’. Só que o doutor pouco conversou com ele...quem conviveu com ele foi todo o resto da equipe!

A psicóloga do CAPS adulto complementa:

Tudo isto faz parte de uma cultura e, a realidade nos mostra que quando se fala em saúde, se pensa em médico. E aqui a gente sabe que os "doutores" são os médicos, então tem uma coisa do tipo, a agenda do psiquiatra tem que estar organizada, os prontuários dos psiquiatras tem que estar prontos. Então tem hierarquia, né! A gente percebe no dia-dia assim...até na nossa equipe tem... 'ela é psiquiatra, ele é o psiquiatra, que medicam, que vão atender casos graves, é cultural, é da nossa realidade.

Diante destes relatos questiona-se a possibilidade de um trabalho interdisciplinar. Como construir um espaço de trocas, de circulação discursiva e de confiança, se há um cenário de supervalorização de um único saber em detrimento da consideração de todos os outros saberes?

As equipes dos CAPS possuem um coordenador, que é eleito pelos próprios profissionais, para representá-los. Mas, este fato não é referido por eles como uma hierarquia, pois em nenhum momento o coordenador impõe decisões. No CAPS adulto a coordenadora é uma assistente social e no CAPS infantil o coordenador do serviço é um psicólogo. Os entrevistados referem que há momentos de expressão do que se pensa, e que qualquer decisão, seja ela administrativa ou clínica, é pensada e discutida por todos os profissionais da equipe.

A equipe tanto do CAPS adulto quanto a equipe do CAPS infantil reúne-se uma vez por semana, durante duas horas. No primeiro momento da reunião são abordados questões administrativas e após há uma reunião clínica. Participam deste encontro tanto a “equipe técnica” (profissionais de saúde mental) quanto a “equipe de apoio” (secretárias, segurança, motorista, servente). No entanto, os entrevistados referem que esta separação entre “equipe técnica” e a “equipe de apoio” deveria ser abolida, pois o comprometimento deve passar a ser de todos.

A assistente social do CAPS adulto comenta:

Quando discutimos os casos clínicos dos pacientes, acabamos liberando a equipe de apoio porque eles acabam indo embora. Então acho que esta é a dificuldade que ainda tem, de alguns papéis, de algumas pessoas desta equipe que não estão tão integradas quanto deveriam...

O distanciamento da “equipe de apoio” é evidenciada pela própria denominação atribuída a ela. Seu sentido denota uma relevância menor se comparada ao saber da “equipe técnica”. O fato da “equipe de apoio” não permanecer nas reuniões para escutar e participar dos comentários em relação aos casos clínicos, parece provir do sentimento de não pertencimento em relação a equipe de cuidadores do CAPS, e/ou da intimidação em não ter o que dizer, por ser julgada ou julgar-se não possuidora de um saber clínico. Deve-se pensar até que ponto a “equipe técnica” oportuniza um espaço para que os mesmos também falem sobre suas tarefas diárias, afinal, a tão desejada integração, relatada pelos profissionais entrevistados, requer o reconhecimento de todos, enquanto sujeitos pensantes, atuantes, detentores de idéias, saberes, percepções, desejos e expectativas.

A terapeuta ocupacional do CAPS adulto argumenta:

Não dá para dizer que a abordagem é só dos técnicos, a abordagem é de todos. Desde o serviço de limpeza...se o paciente está no banheiro e a nossa servente vai lá lavar o banheiro, ela tem que ter toda uma abordagem também com este indivíduo, orientar na hora da comida a como melhor pegar o talher, comer devagarinho. Nós somos uma equipe, mas não só de técnicos, a equipe de apoio também deve estar junto!

Apesar dos impasses quanto ao distanciamento entre a “equipe técnica” e a “equipe de apoio”, bem como a hierarquização da medicina, os profissionais entrevistados referem muitas vantagens em relação ao trabalho em equipe.

Conforme a fonoaudióloga do CAPS infantil:

O melhor de uma equipe são as trocas. Poder dividir com o colega, estar trocando experiências e percepções. Quando estamos sozinhos ficamos somente com a nossa visão, mas compartilhando, passamos a ter mais dados, ter mais informações. Além disto acabamos aprendendo um pouco de outras áreas.

As “vantagens do trabalho em equipe”, descritas pela maioria dos profissionais entrevistados, revelam um forte desejo de que sua equipe atue de modo interdisciplinar. Há uma grande idealização quanto a este modelo de equipe, como se o mesmo possibilitasse a resolução de todos os problemas, salvando a assistência à saúde.

A psicóloga do CAPS infantil, refere a existência de uma relação de compartilhamento entre os membros de sua equipe:

Eu particularmente gosto muito de equipe, pois o trabalho que a gente faz não é um trabalho leve, exige muito que a gente esteja atenta, oferecendo o melhor e, as vezes, trabalhando sozinha acaba ficando muito pesado. Quando temos um colega para compartilhar, dá uma boa aliviada. Temos sorte de ter uma equipe que pega junto, que briga e batalha pelo que acha que é. Às vezes tem uns meio teimosos e o que acontece é que cada um quer defender a sua idéia. Então quando se quer tomar uma decisão é que se encurrala. Falta a objetividade, mas no geral, eu acho ótimo trabalhar em equipe.

A maioria dos profissionais entrevistados referiram dificuldades de decisão e de resolução. Tais dificuldades, segundo eles, acabam retardando mudanças e decisões necessárias. Nas palavras da psicóloga do CAPS adulto este fato é evidenciado:

Notamos que aqui a gente fala, fala, fala...mas temos dificuldade em decidir algo. Temos dificuldade de resolução, pois, as vezes, cada um tem uma opinião, uma idéia e, até tentar se chegar em um consenso...Eu acho que qualquer equipe tem estas características: não existe um único pensamento, linear e objetivo... a gente vai, a gente volta.

Todavia, há de se considerar que a diversidade de opiniões em uma equipe pode, dependendo das relações interpessoais entre os profissionais que a ela pertencem, ou enriquecer as considerações acerca de um determinado caso ou, ser gerador de conflitos entre os seus membros.

Em relação a esta questão, vale lembrar que autores como Botega e Dalgarrondo (1997) alertam que o trabalho em equipe pode incitar um número maior de conflitos entre os profissionais, tornando aparente um ambiente de tensões e rivalidades.

No que se refere aos CAPS do município de Santa Cruz do Sul, pode-se pensar que a hierarquia de uma determinada profissão, como é o caso da Psiquiatria, pode ocasionar conflitos e competições, prejudicando espaços de troca e a execução do trabalho em equipe.

A percepção acerca das vantagens do trabalho em equipe, relatadas pelos entrevistados, conduz a pensar que, por alguns momentos, os profissionais das equipes dos CAPS do município de Santa Cruz do Sul conseguem ir além do modo de atuação multidisciplinar, mas questões como a hierarquia da classe médica e o distanciamento existente entre a “equipe

técnica” e “equipe de apoio”, consituem-se como os grandes desafios para a consolidação de práticas interdisciplinares.

3.5 Das limitações da política pública de saúde mental à possibilidade de retorno ao modelo hospitalocêntrico

No município de Santa Cruz do Sul, a possibilidade do retrocesso às práticas hospitalocêntricas são referidas pela maioria dos profissionais entrevistados como uma grande ameaça frente às mudanças já consolidadas com a Reforma Psiquiátrica.

A terapeuta ocupacional do CAPS adulto destaca:

agora a gente vem acompanhando que querem o retrocesso nesta nossa conquista da reforma psiquiátrica. Isto nos incomoda bastante porque a gente percebe uma melhora com a implantação dos novos serviços de saúde mental. Hoje, as pessoas conseguem conviver, transitar sem os preconceitos que antes havia em relação a loucura.

De acordo com esta profissional, não há necessidade de investimentos nos hospitais psiquiátricos, pois os serviços substitutivos têm alcançado resultados significativos em relação ao que propôs a Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, o psiquiatra do CAPS adulto destaca muitas falhas na política pública de saúde mental:

Macropoliticamente falando há um despreparo dos profissionais que atuam em muitos CAPS. O pensamento é linear, ou seja, 'eu sou da assistência, daí eu não tenho idéia de como funciona macropoliticamente, eu não tenho a idéia que tenho que formar uma equipe para pensar em estratégias políticas para que as coisas funcionem.' Ficamos muito no aqui-agora...atendendo, atendendo, atendendo...e não se consegue fazer outra coisa. Eu acho que o grande erro foi não ter alguém que pense macropoliticamente em saúde mental dentro da cidade. Por exemplo, 'Santa Cruz do Sul vai se precisar disto e disto...Tem mais psicóticos do que usuários de drogas? Então não vamos criar CAPS II, se tem mais usuários de álcool e drogas vamos criar CAPS AD'. Então eu acho que tudo isto, desde o início, faltou e, então, embrecou...não funciona...A população maior é de AD [álcool e drogas]...Podem até achar que eu não sou a favor do CAPS, mas eu sou! Minha crítica é em relação a esta visão política, macropolítica, que vai além do funcionamento interno do serviço, esta visão política, a gente não tem. Faltou pegar algumas pessoas cabeças, estrategicamente, acho que faltou uma organização maior para isto, daí deixou-se a bola quicando, porque faltam leitos, na realidade faltam mais serviços substitutivos...se fosse ao contrário 70% dos CAPS fossem Ad, acho que a realidade seria outra. No folder do congresso que a gente recebeu diz que os graves [psicóticos, neuróticos graves] são 3% da população. Então há uma incoerência, uma desproporção, cria-se CAPS II para atender 3% da população, enquanto que AD são 9%! Então falta gestão! O que aconteceu é que todo mundo virou CAPS para ganhar grana.

Esta fala aponta para uma crítica à falta de estratégias políticas na implementação da política pública de saúde mental, tanto por parte dos gestores, quanto por parte dos profissionais de atenção psicossocial. Existe um distanciamento entre quem elabora as políticas de saúde mental e quem as executa. Desta relação fragmentada emergem as falhas do processo da Reforma Psiquiátrica, utilizadas como instrumentos poderosos por todos aqueles que desejam por fim a este processo.

As críticas aos serviços substitutivos ao manicômio levantam questionamentos acerca da consolidação da Reforma Psiquiátrica. A estratégia de denunciar as falhas na política pública de saúde mental assegura a possibilidade de desconstrução dos discursos e das práticas propostas pela Reforma Psiquiátrica, visto que esta última vem tentando por fim a hegemonia da psiquiatria.

Esta questão parece ser crucial, pois pode ocorrer de alguns profissionais atuarem dentro das instituições de assistência a saúde mental preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, sem necessariamente ser a favor da mesma. No entanto, admitir tal fato poderia provocar inúmeros conflitos. Devido a isto, optam por enfatizar somente as precariedades dos serviços substitutivos ao manicômio e, raramente referem os benefícios dos mesmos. Pode haver inclusive a necessidade de manter o sistema de saúde mental precário, para que emerjam denúncias e reivindicações por mudanças no processo da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, as críticas quanto às precariedades na assistência à saúde mental podem até apontar uma realidade, mas o objetivo é que elas existam e sejam utilizadas para desconstruir este novo modelo de assistência que desconstruiu o lugar e o poder da psiquiatria.

Cabe salientar, que tal conduta não é regra, mas sim uma possibilidade dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, pois esta visa rupturas com o paradigma psiquiátrico, o que de certa forma gera resistências às mudanças por parte de todos aqueles que sentem-se invadidos, agredidos e não encontram espaços para manifestar seus desejos de hegemonia e de legitimidade social. Os mesmos negam tais desejos, a fim de não parecer perversos, ou seja, não parecer distantes dos princípios éticos e sociais, baseados na igualdade, cidadania e liberdade. Por isto dirigir críticas a Reforma Psiquiátrica passa a ser a estratégia utilizada para desconstruí-la, pois é exatamente assim que sentem-se.

Por outro lado, há de se considerar que muitas críticas podem ser consideradas propositivas, no sentido de melhorar o funcionamento dos serviços substitutivos em saúde mental, construindo novos caminhos e propostas de atuação, a fim de diminuir os obstáculos existentes. Neste sentido, os profissionais entrevistados referem a necessidade do governo investir em prioridades no âmbito de saúde mental e, o CAPS álcool e drogas (CAPSad) é uma necessidade no Brasil, visto que o índice de usuários de drogas lícitas e ilícitas é grande e acaba lotando os serviços.

Em Santa Cruz do Sul o CAPSad constituiu-se como uma nova realidade, atuante desde março de 2006. O CAPS adulto de Santa Cruz do Sul, considerado CAPS II devido o número de habitantes do município³³, atendia as constantes demandas de álcool e drogas e, devido a este fato, os profissionais criaram um projeto para direcionar o tratamento a esta população.

No entanto, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, os CAPS representam apenas uma das formas consideradas substitutivas ao modelo manicomial. Contudo, apesar de existirem outras formas substitutivas ao modelo manicomial, evidencia-se uma grande ênfase dada aos CAPS. Quanto a esta questão a Psicóloga do CAPS adulto observa:

A reforma psiquiátrica não é Caps e, os serviços substitutivos não se limitam ao Caps. Existem os Serviços Residenciais terapêuticos, tem Naps, hospitais gerais...que poderiam ser implantados aqui ou regionalmente. Mas acabou que foi criado o CAPS como se fosse a solução...e não é...a gente não tem pernas, a gente não consegue fazer tudo.

A falta de investimentos em outros serviços substitutivos ao manicômio acaba acarretando em uma grande demanda para o CAPS. Tal fato pode incitar dúvidas quanto à desconstrução de estigmas, visto que, se uma instituição especializada torna-se a única referência de tratamento em um município, a mesma pode estar demarcando um espaço característico de “portadores da doença mental”, o que de certa forma não rompe com os pré-conceitos. Por isto a insistência do Ministério da Saúde quanto à necessidade de articulação entre os serviços CAPS e os postos de saúde, a fim de que os mesmos não se constituam como “mini-manicômios.”

³³ Quanto à classificação dos CAPS, ver o item 2.3 do segundo capítulo.

Esta “capsização”³⁴, é apontada por Amarante (2006), como um grande risco do serviço distanciar-se das propostas da Reforma Psiquiátrica. Tal fato, pode inclusive constituir-se como objeto de questionamentos acerca de uma ruptura com o modelo de instituição centralizadora.

A questão das semelhanças entre os CAPS e o modelo hospitalocêntrico têm provocado controvérsias no processo da Reforma Psiquiátrica. Apesar do CAPS não enclausurar, como ocorria nos grandes hospitais psiquiátricos, ele possui características de classificação por patologias, dificuldades de desconstruir a hierarquia da psiquiatria e criar novas relações entre as disciplinas atuantes, de modo que haja uma maior horizontalidade, entre os profissionais. Esta questão parece ser de fundamental importância, pois se houvesse uma maior tolerância das diferenças entre os diversos saberes, dentro da própria equipe de profissionais, talvez fosse mais fácil construir um espaço onde as diferenças deixassem de se constituir como obstaculizadoras do modo de viver e de se relacionar em sociedade.

³⁴ Proliferação de CAPS existentes no Brasil, como se fossem os únicos serviços substitutivos em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência italiana de Reforma Psiquiátrica, cujos princípios inspiraram o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, mostrou que para desconstruir os grandes hospitais psiquiátricos há a necessidade de se enfrentar a tradição epistemológica que vinculou, através do cientificismo, a “loucura” ao saber psiquiátrico. A proposta de reforma, ao enfrentar esta tradição psiquiatrizante, salientou que a loucura deveria ser entendida como um sofrimento e, portanto, suscetível a todos os seres humanos. Desta forma, a loucura deixa de ser percebida *dentro* dos homens e sim *entre* eles. O sofrimento deve ser compreendido em uma perspectiva relacional, considerando portanto questões sociais e psicológicas.

Nesta perspectiva, os apelos à “desinstitucionalização” referem-se não só ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas à necessidade urgente de “despsiquiatrizar” os saberes e os conceitos estigmatizantes acerca da loucura. A institucionalização do discurso médico psiquiátrico é questionada porque reduz a loucura a um “etiquetamento nosográfico”, baseada em critérios clínicos, não considerando a amplitude da história de vida do sujeito. Baseado nestes princípios, o processo da Reforma Psiquiátrica da Itália influenciou outros países, entre eles, o Brasil.

No entanto, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, com seus avanços e limitações, enfrenta obstáculos no que se refere à desconstrução do aparato manicomial, à ruptura com a episteme psiquiátrica e à permanência da hierarquia do saber/poder médico psiquiátrico acerca da loucura.

Se por um lado surgiram no Brasil, no final dos anos de 1980, serviços descentralizados de assistência em saúde mental, considerados substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, por outro lado, questiona-se as transformações destes em relação ao antigo modelo de tratamento (manicomial). Esta questão é de suma importância, pois a Reforma Psiquiátrica representa bem mais do que romper com o ambiente segregador e propor novos serviços. Em outras palavras, o processo da Reforma Psiquiátrica consiste em envolver a sociedade (profissionais, familiares, usuários dos serviços, etc) na construção de uma nova forma de conceber, de olhar, de tratar e de se relacionar com o sujeito, até então conhecido como “doente mental”.

Nesse sentido, os movimentos sociais tornam-se atores políticos importantes no processo de mudanças das políticas públicas de saúde mental. O MTSM, no final dos anos de 1970, reivindicou por tratamentos mais humanitários aos “doentes mentais”. O seu envolvimento com a sociedade ampliou o movimento e constituiu o MLA, que passou a enfatizar a importância da consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desse modo, pode-se afirmar que as iniciativas no campo das políticas públicas no âmbito da saúde mental no Brasil foram incitadas por estes movimentos sociais que, ao dirigir a atenção para questões como cidadania, liberdade, igualdade, inclusão social dos “doentes mentais”, passaram a ocupar o lugar de protagonistas do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Cabe frisar que as principais mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de saúde mental no Brasil estão relacionadas ao respeito à cidadania dos usuários, à valorização da inserção dos familiares no tratamento e ao processo de desmistificação da loucura junto à comunidade. Contudo, existem por outro lado, críticas e impasses atribuídos aos serviços descentralizados de saúde mental. Uma delas é a permanência da lógica classificatória, diagnóstica, focada na doença e na prescrição terapêutica. Este conjunto de práticas serve para organizar os serviços, mas acaba alienando o usuário ao discurso médico psiquiátrico, que opta em objetivar a loucura. Em outras palavras, mudou-se o serviço, mas não mudou o discurso que define a “loucura” como “doença mental”. Algumas vezes, na tentativa de suavizar este discurso, procura-se enfatizar que a mesma como qualquer outra “doença” precisa ser tratada.

Neste contexto, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como formas de atuação em uma equipe multiprofissional encontram desafios para concretizar-se, pois evidencia-se um forte corporativismo de alguns profissionais, que relutam em aceitar que o saber/poder de outras profissões são tão relevantes quanto o de sua profissão. Neste conflito entre as disciplinas, baseadas em variados campos epistêmicos, os profissionais corporativistas procuram defender-se da ameaça de desintegração do seu saber/poder o que, de certa forma, obstaculiza o trabalho *em* coletividade e *para* a coletividade.

Como exemplo disto tem-se o Projeto de Lei do Ato Médico, em que médicos corporativistas visam proteger seu status profissional e social. Este projeto lei aborda questões polêmicas, em uma época em que outras profissões vêm ocupando um espaço maior de reconhecimento social. Justificativas como: o tempo de existência da medicina em relação a

outras disciplinas são utilizadas para assegurar a sua relevância e o seu “mérito” em ocupar um lugar de destaque frente as outras profissões da área da saúde.

Da mesma forma, o projeto de lei que visa o retrocesso ao manicômio representa a defesa do espaço que garante aos psiquiatras a permanência da hegemonia do seu saber/poder e da sua legitimidade social. Nos serviços substitutivos ao manicômio, o psiquiatra deixa de ser o único que avalia, que diagnostica, que realiza o tratamento e que elabora o discurso sobre o sujeito. Contudo, permanece a hierarquia médica psiquiátrica vigorando nos “novos serviços”.

Nesta direção, nos CAPS do município de Santa Cruz do Sul, percebe-se o distanciamento entre o discurso preconizado pela Reforma Psiquiátrica e a prática. Os profissionais demonstram conhecer os princípios advogados pela Reforma Psiquiátrica, mas ainda encontram obstáculos em romper com antigos paradigmas. Um dos maiores desafios do processo da Reforma Psiquiátrica no município é a hierarquização do saber/poder da psiquiatria, que acaba impossibilitando o amadurecimento de uma postura interdisciplinar, onde as disciplinas atuantes nos CAPS possam dialogar sem a preponderância de um saber sobre o outro.

Da mesma forma, o distanciamento entre a “equipe técnica” e a “equipe de apoio” denota que existe nos CAPS do município uma hierarquia daqueles que possuem um saber clínico especializado em relação aos profissionais da “equipe de apoio”. A “equipe técnica” ao liberar a “equipe de apoio” no momento da discussão dos casos clínicos, não possibilita que esta última sinta-se pertencente à equipe de “profissionais cuidadores”. Sendo assim, a “equipe de apoio” opta por não permanecer neste momento da reunião, já que não é detentora de um saber especializado.

O encaminhamento exacerbado dos pacientes da rede básica de saúde para os CAPS do município designa que existem objeções no entendimento e no tratamento do sofrimento psíquico. Falta um maior envolvimento dos técnicos da rede básica de saúde com as questões pertinentes à saúde mental. Tal fato constitui-se como um dos desafios da política pública de saúde mental do município de Santa Cruz do Sul, visto que o encaminhamento conduz à lógica estigmatizante, simbolizando que os CAPS assim como os manicômios, são lugares freqüentados por “loucos” e “doentes mentais”. Deste modo, o processo de desconstrução de

estigmas e pré-conceitos relacionados à “loucura” acaba sendo dificultado, pois os CAPS demarcam um local onde os saberes clínicos especializados são considerados os únicos capazes de tratar a “doença mental”.

Se por um lado, a superlotação do serviço prejudica o funcionamento do serviço, por outro lado, há de se considerar que o sistema de repasse de verbas aos CAPS é baseado no número de usuários e na frequência dos mesmos nos serviços. Desta forma, recebe mais o CAPS que tiver o serviço superlotado, com usuários considerados intensivos (que freqüentam o serviço várias vezes por semana). Considerando este contexto, o trabalho social de informação e de articulação com a rede básica de saúde poderia diminuir a demanda e, conseqüentemente, a verba enviada para o funcionamento dos CAPS. Estas questões apontam para o risco dos novos serviços de saúde mental reduzirem-se em “mini-manicômios”.

Os entrevistados mencionam que algumas mudanças vêm sendo efetivadas no âmbito da saúde mental, principalmente em relação à desmistificação da loucura, à preocupação com a cidadania dos usuários e à aproximação do serviço CAPS e a comunidade em geral. A aliança com os familiares dos usuários constitui-se como um meio de diminuir o pré-conceito e inseri-los no tratamento.

Apesar destas mudanças, os profissionais entrevistados reconhecem que existe muito a ser feito para que ocorra uma ruptura e uma transformação em relação ao antigo modelo (manicomial).

Em virtude do que foi exposto, conclui-se que para ocorrer a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil deve haver transformações e rupturas no que dizem respeito à psiquiatrização dos saberes em relação à loucura. Não basta criar novos serviços sem modificar as práticas e os discursos, pois o processo da Reforma Psiquiátrica necessita ir além, desconstruindo a idéia de que um único saber dá conta da complexidade da “loucura”.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1997, p. 5-23, v. 2.

ALVES, Domingos Sávio. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. In: SIMPÓSIO DO V CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL. Holanda: Roterdã, 1996.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004, p.221-237.

AMARANTE, P.; ROTELLI, F. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, P.; BEZERRA, B. (Org.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 41-55.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 73-84.

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro, 1998.

AMARANTE, Paulo. Bases conceituais e históricas da Reforma Psiquiátrica brasileira e dos novos serviços de base territorial. In: I CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL E VI ENCONTRO CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

BARROS, Denise Dias. *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: USP, Lemos, 1994.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: _____. *A instituição negada*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 99 – 133.

BENTHAM, Jeremy. O Panóptico ou casa de inspeção. In: SILVA, T. T. da. (Org.). *O Panóptico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 11-74.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-72.

BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde Mental no Hospital Geral – espaço para o psíquico*. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 1997.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/executapesquisabasic.action>>. Acesso em: 03/09/2005.

BRASIL. Lei n. 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências*. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em 13/01/2007.

BRASIL. Projeto lei n. 025/2002. Define o Ato Médico e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/projetoslei01.cfm>>. Acesso em: 15/10/2006.

CAON, José Luis. Da existência analfabética à existência alfabetizada. *Revista do GEEMPA*, 6, 37-70, 1998.

CARNEIRO, Cibele. *Reforma Psiquiátrica volta a ser debatida na AL*. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/com/comissa.asp?id_comissao=46&id_tipcomissao=&id_comitem=not&id_materia=147849>. Acesso em: 12/10/2006.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL JARDIM DAS ACÁCIAS. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/acacias/caps_II.htm> . Acesso em: 11/08/2005.

COBRA, Rubem Queiroz. *Philippe Pinel: Pioneiro da Psiquiatria*. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.com.br/ecp-pinel.html>>. Acesso em: 03/06/2006.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAL' PIZOL, Adriana et al. Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento de transtorno de personalidade. *Revista Psiquiatria*. Rio Grande do Sul, abril 2003, supl. 1, p. 42 – 51, v. 25.

DÁVILA, Roberto Luiz. *O ato médico por seus autores*. Disponível em: <http://www.universia.com.br/html/materia/materia_fccg.html-40k->. Acesso em: 03/12/2006.

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela: psiquiátrica, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DOCUMENTO INFORMATIVO DA SAÚDE MENTAL (2004). Disponível em: <<http://pvc.datasus.gov.br/documentos/boletim>>. Acesso em 03/05/2005.

DU CAMP. In: Bastide, R. *Sociologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Nacional, 1967.

ENGEL, Magali Gouvêa. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830 – 1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Um Palácio para guardar doidos. *Revista de História*. Rio de Janeiro, n.2, p. 33-35, ago. 2005.

FAGUNDES, Sandra. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. In: NASCIMENTO, C. T. (Org.) et al. Porto Alegre: CRP – 7ª Região, 2004, p. 8-9.

FLEMING, M. *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.

X FÓRUM REGIONAL DE SAÚDE MENTAL. Santa Cruz do Sul/RS, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

_____. *História da Loucura na idade clássica*. Tradução José Teixeira Coelho Netto. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. *Vigiar e Punir*. Tradução de Raquel Ramallete. 29. ed. Petrópolis, Vozes, 2004.

GENTIL, Valentim. *Projeto Delgado, Substitutivo Rocha ou uma lei melhor?* Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/imprensa/release/exibRelease/?/release=40>>. Acesso em: 12/10/2006.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

INSTITUTO FRANCO BASAGIA. *Por que acabar com os manicômios?* Disponível em: <<http://www.ifb.org.br>>. Acesso em 13/07/2005.

IRIBARRY, Isac Nikos. *Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe*. Disponível em: <<http://www.ifb.org.br>>. Acesso em: 10/08/2005.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JONES, M.A. *Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

KATZ, S.E. Hospitalization and milieu therapy. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. *Comprehensive textbook of psychiatry IV*, vol. II. Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.

LOREA, Eduardo. *Reforma Psiquiátrica: Retrocesso à Vista*. Disponível em: <<http://www.fazendomedia.com/novas/politica161105.htm>> . Acesso em: 12/10/2006.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. *O Movimento Antimanicomial no Brasil*. Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=186-62k>. Acesso em: 20/09/2006.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a medicina social e a constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MASIERO, André Luís. A chegada do cinema ao Brasil: Higiene Mental, Educação e Censura (1897 – 1957). In: SILVA, M. L. da. (Org.) *História, Medicina e Sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2003, p. 129-151.

MILLER, Jacques-Alain. A Máquina Panóptica de Jeremy Bentham. In: SILVA, T. T. da (Org.) *O Panóptico*. Belo Horizonte, Autêntica, 2000, p.75-107.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental* (1992). Brasília, Coordenação de Saúde Mental/MS, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. *Legislação em saúde mental 1990/2001 - Coordenação-Geral de Documentação e Informação*. 2. ed. Revista e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>. Acesso em: 30/12/2005.

MORETZSOHN, Ricardo Figueiredo. *Ato pela Vida*. Disponível em: <http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/para_refletir03.cfm>. Acesso em: 15/10/2006.

MOTTA, Manoel Barros (Org.). *Problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*/Michel Foucault. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universtária, 2002.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. O Manifesto de Bauru. *Jornal do Psicólogo*, 7 (21): 04, 1987.

MOVIMENTO NACIONAL CONTRA O PROJETO LEI 025/2002. Disponível em: <<http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/manifestacoes.cfm>>. Acesso em: 15/10/2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5), p. 1053-1062, maio 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 5. ed. São Paulo: Pontes, 2003.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. Lugar de louco é no hospício!? Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO, 1., 1997, Rio de Janeiro. O Campo de Atenção Psicossocial: *Anais do I Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997, p. 328-342.

PERROT, Michelle. O inspetor Bentham. In: SILVA, T. T. da. (Org.) *O Panóptico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 109-150.

PHILIPS, R. Problems of front-line workers on psychiatric inpatient units. *Hospital and Community Psychiatry* 33(10):852-3, 1982.

POYASTRO, Mirella. *Manicômios serão transformados em hospitais psiquiátricos*. Disponível em: https://www.al.rs.gov.br/Dep/site/materia_antiga.asp?txtIDMateria=115206&txtIDDep=51. Acesso em: 15/11/2006.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002, n. 4, p. 335-347, v. 7.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 15-73.

ROCHA, Ângelo Roncalli M. *Sobre as vaidades e frustrações*. Disponível em: http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/para_refletir04.cfm. Acesso em: 15/10/2006.

ROS, Marco da. *Reforma Sanitária*. In: Aula inaugural dos cursos de saúde UNISC. Produção do setor de Áudio e Vídeo da Unisc. Santa Cruz do Sul, UNISC, 2005. 1 videocassete.

ROTELLI, Franco. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 149-169.

SCHMIDT, Maria Luísa Sandoval. Políticas Públicas e Saúde Mental. In: ANDRADE, A. N.; TRINDADE, Z. A. (Org.) *Psicologia e Saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 55-71.

SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ. *Situação de saúde*. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/situacao/situacao_mental.htm>. Acesso em: 03/05/2005.

SILVA, Mozart Linhares da. *Do Império da Lei às grades da cidade*. Porto Alegre: Edipucrs, 1997.

_____. Direito e Medicina no Processo de invenção do Anormal no Brasil. In: _____. *História, Medicina e Sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 13-64.

_____. *Eugenia, Antropologia Criminal e Prisões no Rio Grande do Sul*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2005.

SOUZA, Waldir da Silva. *Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5299.pdf>> Acesso em: 22/10/2006.

TAVARES, Bruno. Fim da caça as bruxas. *Revista Cientific American: especial História*, n. 5, O Nascimento da Medicina Moderna. São Paulo: Duetto Editorial, 2006.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 05/06/2005.

TORRE, E.G; AMARANTE, P. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20/11/2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Grupo focal*. Disponível em: <<http://www.fae.ufmg.br/escplural/grupofocal.htm>>. Acesso em 20/11/2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.) *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VIEIRA FILHO, N. G; NÓBREGA, S. M. *A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 13/07/2005.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de enfermagem*, julho/agosto 2003, n. 4, p. 525 – 531, v. 11.

WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doidos: Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

Dissertações:

GONDIM, Denise Saleme Maciel. *Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?* 2001. 125 f. Dissertação (Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública), 2001. Disponível em: <<http://portaldes.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/2001/gondimdsmm/capa.pdf>>. Acesso em 13/08/2006.

PUJOL, Luciane de Almeida. *A história da Loucura em Santa Cruz do Sul – um estudo arqueológico (1849-1960)*. 2004. 138 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.

SIGLER, Rosana. *O profissional da saúde mental e o ideário de luta antimanicomial: uma abordagem psicanalítica sobre os entraves na apropriação de ideários sociais transformadores*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

SOARES, Jorge Marco Aurélio. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. 1997. 117 f. Dissertação (Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública), 1997. Disponível em: <<http://portaldes.cict.fiocruz.br/pdf/fiocruz/1997/jorgemas/capa/pdf>>. Acesso em: 05/06/2005.

ANEXO A – Instrumentos aplicados na pesquisa

Entrevista – Semi estruturada e individual

- 1 Qual a rotina de suas atividades no CAPS do início ao fim do seu turno de trabalho?
- 2 Como você descreveria o funcionamento do CAPS?
- 3 Comparando o funcionamento do CAPS com o sistema de atendimento anterior (antes da reforma psiquiátrica), quais são as mudanças mais significativas em relação à assistência prestada aos usuários e aos familiares?
- 4 Como você percebe e avalia estas transformações?
- 5 Qual a atenção prestada pelo CAPS aos familiares dos usuários?
- 6 O que você entende por atendimento multidisciplinar? Você considera que o CAPS possui atendimento com estas características?
- 7 Como é trabalhar em equipe? Na sua percepção, quais os benefícios e quais as limitações desta forma de atuação?
- 8 Há reuniões entre os profissionais da equipe que trabalham diretamente com os usuários? Com que frequência? E o que é abordado nestes encontros?
- 9 Quais são as áreas de conhecimento que atuam no atendimento aos pacientes? Há uma hierarquia entre elas?
- 10 Descreva como é o atendimento terapêutico proporcionado aos usuários. Como você percebe a repercussão da prática do CAPS de Santa Cruz do Sul na promoção à saúde mental?

Questões discutidas no Grupo Focal

- 1 Como vocês percebem e avaliam as mudanças de uma antiga forma de tratamento (manicômio) para outras formas de assistência ao usuário e aos familiares, como a dos CAPS?
- 2 Quais os pontos positivos e negativos da nova política de assistência à saúde mental?
- 3 A reforma psiquiátrica implicou numa nova abordagem sobre a loucura?
- 4 Vocês consideram-se como uma equipe: multidisciplinar, interdisciplinar, pluridisciplinar ou transdisciplinar? Por quê?
- 5 Existe uma hierarquia entre as profissões nesta equipe de trabalho do CAPS?

ANEXO B – Lei nº 10.216 - Lei Federal de Saúde Mental (abril, 2001)

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou

ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^o da Independência e 113^o da República.

Fernando Henrique Cardoso

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO C - Projeto de Lei do Senado nº 025 de 2002.

SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 025 de 2002

Define o ato médico e dá outras providências

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

- I. a promoção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;
- II. a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- III. a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único – As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

Art. 2º - Compete ao Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da medicina no País, nos termos do artigo anterior:

- I. fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses;

II. definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Art. 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos, devem ser unicamente exercidos por médicos.

Art. 4º - A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina nos termos do Código Penal Brasileiro.

Art. 5º - O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da medicina Veterinária, nem as outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificação

A Medicina é uma profissão conhecida desde a Antiguidade, cujos registros remontam ao início dos tempos históricos. Até o Renascimento, existiam unicamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Passado algum tempo, surgiu a Odontologia. No século XIX, a Enfermagem. No século XX, surgiram diversas profissões na área da saúde, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina, e outras, quase todas atuando em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas.

A proliferação dessas profissões vem gerando a necessidade de as instâncias responsáveis pela normatização e fiscalização do exercício da medicina recorrerem ao conceito e à extensão do ato médico, entendido como o procedimento específico do exercício dessa atividade, como forma de delimitar o campo de atuação do profissional médico.

Por este motivo, torna-se necessário estabelecer uma clara categorização legal dos procedimentos médicos, permitindo a identificação precisa dos atores participantes de tão nobre atividade profissional, no que concerne as suas responsabilidades para com o indivíduo e com a sociedade.

Nesse sentido, o escopo deste projeto tem por base a diretriz estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.627/2001.

Pelo inatacável mérito do projeto que ora submetemos à apreciação do Senado Federal, cujo objetivo é exatamente a caracterização legal dos procedimentos médicos, conclamamos nos pares a aprová-lo.

Sala das Sessões, 27 de fevereiro de 2002 – Geraldo Althoff.