

FICHA CATALOGRÁFICA

Wetzel, Christine

Desinstitucionalização em Saúde Mental: a experiência de São Lourenço do Sul - RS. Ribeirão Preto, 1995.

216 p.

Bibliografia: p. 210 - 216

Dissertação de Mestrado, apresentada à EERP-USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientador: Almeida, Maria Cecília Puntel de.

CHRISTINE WETZEL

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL:
A EXPERIÊNCIA DE SÃO LOURENÇO DO SUL - RS**

Dissertação vinculada à linha de pesquisa Estudos Teóricos, Históricos e da Prática de Enfermagem, apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora

PROF^ª. DR^ª. MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA

**Ribeirão Preto
1995**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todos que contribuíram direta ou indiretamente nesta caminhada, em especial:

Aos meus pais, cujo apoio e incentivo foram fundamentais para a concretização de mais esta vitória.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem da UFRGS, não podendo deixar de citar os professores Baltazar, Irene, Jorge, Maria Helena, Regina e Terezinha, com quem compartilho o ensino de enfermagem psiquiátrica.

À Cecília, pelo carinho e acolhida que foram além de sua função como orientadora.

Aos trabalhadores do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul pelo exemplo de luta e coragem durante o período em que tive o privilégio de compartilhar o seu trabalho.

À Agnes, Célia, Edir, Jacó e Neusa, o meu grupo da Pós-Graduação. A nossa convivência deixou uma grande amizade e uma grande saudade. Espero que nos reencontremos em outros espaços e momentos.

Clarice, Luciane, Malú, Maria Alice, Vera, Telma, Zeyne e Edson também não podem ser esquecidos. Amigos de todas as horas, com quem pude compartilhar momentos de muita alegria, mas que também deram "muita força" nos momentos mais difíceis.

À Maria Alice tenho que estender este agradecimento pelo fato de ter me acolhido em sua casa em Ribeirão Preto na fase final desta caminhada, e à Vera e

Luciane por terem sido minhas interlocutoras em muitas das idéias que constam nesse trabalho.

Aos colegas do Grupo de estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: Agnes, Conceição, Denise, Jacó, Márcia, Toyoco e Viola, cujas discussões muito contribuíram para esse trabalho.

À Maristela, funcionária da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela competência e disponibilidade que sempre demonstrou frente às solicitações que lhe eram feitas.

SUMÁRIO

SIGLAS.....	viii
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1 - O OBJETO EM ESTUDO E A FUNDAMENTAÇÃO	
TEÓRICA E METODOLÓGICA	08
1.1. A DELIMITAÇÃO DO OBJETO.....	09
1.2. A DES - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	28
1.2.1. A Institucionalização da Loucura.....	28
1.2.2. A Indústria da Loucura no Brasil.....	49
1.2.3. A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	59
1.3. UMA REALIDADE CONCRETA: O CASO DE SÃO LOURENÇO DO	
SUL.....	70
1.3.1. Local do Trabalho.....	70
1.3.2. O Município de São Lourenço do Sul.....	71
1.3.3. A Organização do Sistema de Saúde.....	74
1.3.4. O Sistema de Saúde Mental.....	80
1.3.5 Técnicas de Investigação	87
1.3.6. Análise dos Dados	96

CAPÍTULO 2 - A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO	99
2.1. AS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA AO LOUCO: A POUCA RESOLUTIVIDADE DOS MANICÔMIOS E A RACIONALIZAÇÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS.....	102
2.2. A CONVERGÊNCIA DO PODERES POLÍTICO, TÉCNICO E ADMINISTRATIVO E A AÇÃO DOS SUJEITOS SOCIAIS.....	108
2.3. AS ARTICULAÇÕES DA PROPOSTA LOCAL COM O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	111
2.4. A SINGULARIDADE CONTRIBUÍDO PARA A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA.....	117
2.5. AS PROPOSTAS MAIS GERAIS CONTRIBUÍDO PARA AS MUDANÇAS SINGULARES.....	119
2.6. OS PRIMEIROS PASSOS DO PROJETO: A EQUIPE DE TRABALHO E A COMUNIDADE.....	121
2.7. CRIANDO UMA NOVA MANEIRA DE CONCEBER E ATENDER O DOENTE MENTAL - QUEBRANDO AS QUATRO PAREDES E CONSTRUÍDO A NOSSA CASA.....	125
 CAPÍTULO 3 - A VIVÊNCIA DA MUDANÇA	 135
3.1. OS AGENTES.....	133
3.1.1. Os Agentes Trabalhando em Equipe	136
3.1.2. Os Papéis Flexíveis Assumidos pelos Agentes	141
3.1.3. O Novo Saber a Ser Construído	146
3.1.4. Os Técnicos e as Atividades que Realizam	152
3.1.5. Funcionários ou Pessoal de Apoio e as Atividades que Realizam	158
3.1.6. Técnicos e Funcionários Procurando se Integrarem	164
3.1.7. Coordenação - Função de Intermediação	167
3.2 OS USUÁRIOS.....	171
3.2.1. A Demanda Atendida: Legítima ou Falsa?	171

3.2.2. Os Usuários: os Doentes Mentais Pobres	174
3.2.3. A Reintegração do Doente Mental	177
3.2.4. A Constante Comunicação entre Usuários e Agentes	187
3.3. A FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL.....	190
3.3.1. Ampliando a participação da família: Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Nossa Casa - AFAU-NC	197
3.4. A RESISTÊNCIA DA COMUNIDADE.....	203
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	208
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210

SIGLAS

ABMG	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AFAU-NC	Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Nossa Casa
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CCSM	Centro Comunitário de Saúde Mental
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CNSM	Campanha Nacional de Saúde Mental
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FBH	Federação Brasileira de Hospitais

HPSP	Hospital Psiquiátrico São Pedro
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISMental	Programa de Atenção Integral em Saúde Mental
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
SNDM	Serviço Nacional de Doentes Mentais
SSMA	Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SMSBES	Secretaria Municipal de Saúde e do Bem Estar Social
UAC	Unidade de Apoio à Criança

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo analisar a institucionalização de um serviço de atenção à saúde mental vinculado a uma proposta de desinstitucionalização. Frente às mudanças nas políticas de saúde mental no Brasil e a todo um movimento que se instalou de questionamento ao modelo hospitalocêntrico e excludente de atenção à loucura - a Reforma Psiquiátrica, e às mudanças mais gerais no sistema de saúde brasileiro, principalmente a transferência para os municípios da gestão e organização de seus sistemas locais de saúde, o estudo enfoca a construção de um serviço, o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul - RS. As técnicas de investigação foram entrevistas com atores de diferentes instâncias (governantes, agentes e usuários) e observação direta das atividades desenvolvidas no serviço. O olhar para a singularidade busca apreender as especificidades e a forma como os sujeitos respondem às determinações locais e do movimento mais amplo. O surgimento do serviço teve como base um trabalho comunitário, onde a criatividade foi fundamental para que o caminho não fosse o da repetição e da exclusão, mas o da mudança. O trabalho envolvendo diferentes segmentos da comunidade é permeado de conflitos e pouco passível de normatizações, construído/reconstruído na própria prática, com os trabalhadores de saúde mental tendo constantemente os seus papéis questionados e revisados.

ABSTRACT

The purpose of this research is to analyse the institucionalization of a mental health service attached to a deinstitutionalization proposal. Faced to the charges in the mental health politics in Brazil and to a whole movement settled down arguing the centred in the hospital model and excluding of attention to mental health - the Psychiatric Reform, and to the more general changes in the Brazilian Health Care System, mainly transferring to the municipalities the gestion and organization of its Local Health Systems, the study focus on the construction of a service, the Mental Health Community Center of São Lourenço do Sul - RS. For the date collection, interviews with actors in differents instances (governors, agents and usuary) and direct observation of activities developed in the service was the technic used. Sighting the singularity aims to apprehend the specificities and the way how the individuals answer to the local determinations and to the widder movement. The service creation was originated by local and community work, were the creativity was fundamental in order to prevent the repetition and exclusion, but to provide changes. The work involving differents groups of community originating conflicts and has a little normalization, building/rebuilding in the own practice, with the mental health works constantly questioning and revising yours hole.

INTRODUÇÃO

A apresentação de um estudo leva à necessidade de definir quais as motivações e interesses que o determinaram, qual foi a prática que definiu um modo de olhar e não outro e quais os problemas dela oriundos que direcionaram caminhos, mudanças de rumo e até desvios.

Tarefa difícil, que leva a aproximações, sem contudo oferecer respostas completas ou definitivas. Reconhecendo o movimento que transforma a todo instante a realidade e a percepção que dela temos, torna-se difícil realizar certas afirmações devido ao seu caráter temporário. Mas esse reconhecimento não deve ser usado como argumento para um descompromisso com a tomada de posições e sua explicitação.

Afirmar que o meu discurso atual é coerente com a minha trajetória anterior e que emergiu naturalmente dessa, e que a luta por um sistema público de atenção à saúde e a desinstitucionalização do doente mental foram sempre presentes nessa caminhada seria meia verdade. Essa linearidade não ocorreu. Houve mais contradições do que coerências, e, sendo uma trajetória que não foi isolada mas que se deu coletivamente, teve mais conflitos do que concordâncias, com determinações que não eram percebidas no cotidiano da prática, tornando parcial sua visão e percepção.

Não nego com isso os aspectos individuais e subjetivos, que também tiveram peso, pois as opções não são determinadas de forma mecânica.

Este estudo propõe compreender a minha prática como enfermeira psiquiátrica para além de questões internas e técnicas dessa prática, ampliando o nível de consciência sobre ela e possibilitando um retorno menos idealizado, buscando no trabalho coletivo a resposta para mudanças, ultrapassando questões corporativas. Argumentos de que a reflexão sobre esta prática deve estar restrita a aspectos internos e diretamente ligados à enfermagem, propiciando o seu suposta avanço, e que ultrapassar esses limites chega a ser uma heresia, servem mais para manter o poder (que tem grande relação com o saber) como privilégio de uns poucos "iluminados" do que para ampliar a compreensão desta prática singular.

Apesar da opção de compreender a prática para além das questões internas, acredito que estudos que olhem o trabalho da enfermagem na sua internalidade e especificidade são importantes até para que os instrumentos deste trabalho sejam desenvolvidos e aperfeiçoados. Negar isso seria a outra face do mesmo viés referido acima.

Em 1984 iniciei a residência em enfermagem na Associação Encarnación Blaya - Clínica Pinel em Porto Alegre. Tratava-se de uma instituição privada, conveniada com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, na época, considerada como um local privilegiado para a formação de profissionais na área da psiquiatria no país.

A Clínica tinha por referência os moldes da Comunidade Terapêutica, introduzida pioneiramente no Brasil em 1967 pelo seu fundador, Marcelo Blaya.. Quando iniciei a residência já existiam claros sinais de crise financeira e de conseqüente sucateamento das unidades previdenciárias, sendo o governo considerado o grande vilão dessa situação e sendo mantida uma atitude saudosista pelos trabalhadores mais antigos em relação aos "bons tempos".

O serviço oferecia diversas modalidades de atendimento, o que me propiciou, durante os dois anos de residência, a oportunidade de atuar com diversos tipos de clientela, tais como: dependentes de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes e adultos com problemas psiquiátricos, resultado de minha passagem pelas diversas modalidades de atendimento que o serviço oferecia. O trabalho em equipe multiprofissional e a grande ênfase no entendimento daquela prática através da teoria, principalmente dos paradigmas psicanalíticos, levou-me a uma caminhada interna rica e a um preparo profissional privilegiado. Tive a oportunidade de "me aventurar" em caminhos pouco comuns para o enfermeiro psiquiátrico.

Após o término da residência fui convidada para permanecer na instituição como enfermeira contratada, o que aceitei prontamente. As unidades de internação da Clínica financiadas pela Previdência sofriam um crescente sucateamento, com aumento do número de pacientes e redução do número de funcionários. A unidade particular era a "menina dos olhos" da administração e a orientação era priorizar essa modalidade de atendimento com o argumento de que dela dependeria a sobrevivência da Clínica e, conseqüentemente, dos nossos empregos. Dos convênios com empresas originava-se a maior parte da demanda para essa unidade. Pacientes totalmente particulares não eram demanda significativa devido ao alto custo do serviço.

O paciente alcoolista era considerado "clientela nobre" pois exigia menos gastos (pequeno número de funcionários, pouca medicação), sendo inclusive aperfeiçoadas as tecnologias de atendimento a essa clientela.

As mudanças nas políticas de saúde mental no Estado e no país, decorrentes da crise da Previdência Social e em conformidade com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Anti-Manicomial, atingiram mais diretamente a Clínica, gerando como conseqüência o seu descredenciamento com o INPS. Tendo

incorporado a ideologia do setor privado, tive em relação a esse movimento de mudança mais ampla clara resistência, interpretando-o como negação da doença mental e da necessidade de competência técnica para nela intervir.

O descredenciamento da clínica e uma série de mudanças na política de saúde mental geraram uma crise interna no serviço que desencadeou uma grande insatisfação, principalmente devido a uma maior exploração dos trabalhadores, principalmente da enfermagem (salários baixos, condições de trabalho precárias), gerando resistências, conflitos e demissões, inclusive a minha, em outubro de 1991.

A partir de janeiro de 1990 passei a trabalhar também como docente na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde tive a oportunidade de conhecer outras realidades através dos estágios com os alunos. Além disso, em 1991, após ter sido aprovada em concurso público no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, atuei na unidade psiquiátrica desse hospital durante três meses, substituindo uma enfermeira em licença-gestante. Novas práticas, novas necessidades.

Comecei a perceber as limitações no exercício da docência pelo fato de não ter pós-graduação. Essas limitações iam desde a não aprovação de projetos de pesquisa, quando estes eram encaminhados ao órgão encarregado de avaliá-los, avaliados não com base na qualidade ou relevância do projeto, mas na presença ou ausência de titulação, até a progressão na carreira. A inexistência de um curso de mestrado na área de enfermagem psiquiátrica em Porto Alegre levou ao meu afastamento em 1993 para realizá-lo na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, centro de pós-graduação já consolidado.

Frente à exigência de uma dissertação, e com a preocupação de que essa não fosse uma mera formalidade, senti a necessidade de voltar o meu olhar para as

transformações ocorridas na minha prática, buscando uma compreensão que fosse além das questões técnicas/internas da enfermagem.

Já ouvira diversas vezes a Nossa Casa de São Lourenço do Sul sendo citada como um dos exemplos de uma atenção não manicomial, preconizada pela Reforma Psiquiátrica, mas, apesar de ter morado na cidade até o fim da graduação e de conhecer algumas das pessoas que lá trabalhavam, nem sequer conhecia o serviço.

Por isso, eleger esse serviço como objeto deste estudo tem várias implicações, dentre elas a busca de uma maior inserção e compreensão em relação ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Além disso pretendo questionar o conceito de norma

Vendo esse movimento enquanto prática social, construído coletivamente, nas diferenças, conflitos e contradições, e não como uma prática passível de normatização rígida e hierarquizada, questiono também o conceito de norma em relação ao doente mental, conceito que vem servindo como argumento para a sua exclusão na sociedade, estendendo também esse questionamento na sua utilização em qualquer instância, quando usado como argumento para restringir, limitar a liberdade.

Desinstitucionalização passa, nesse caso, a ter o significado de "quebrar regras", questionar "normas", mas significa, principalmente, a retomada da ação. Não mais uma ação idealizada, mas sim uma ação com espaço para as diferenças, os erros, os conflitos, e, quem sabe, com espaço para a loucura.

Apesar deste trabalho ter sido realizado por mim, refletindo inclusive as minhas limitações, algumas devido ao fato da introdução à prática da pesquisa ser para mim muito recente, a construção do corpo conceitual teórico e metodológico é resultado de um processo coletivo. Quero aqui salientar o Grupo de Estudos em

Saúde Mental da Escola de Enfermagem da USP, que conta com a participação de docentes, pós-graduandos e enfermeiros de serviço, do qual tive o privilégio de participar durante o primeiro ano do curso de mestrado. Muitas das reflexões teóricas apresentadas neste trabalho tiveram origem nas discussões realizadas neste grupo. Outra questão é que outros autores vem trilhando este caminho antes de mim e o contato com alguns destes trabalhos foi de extrema importância para esta construção. Quero aqui salientar os realizados por Almeida (1991), Fraga (1993) e Miron (1993) que, apesar de terem objetos de estudo diversos, auxiliaram na introdução de um modo de olhar que veio ao encontro dos questionamentos por mim realizados.

Após estas considerações iniciais, descrevo as partes que integram o presente trabalho.

No Capítulo 1 apresento, **o objeto em estudo e a fundamentação teórica e metodológica**, discutindo as categorias e conceitos selecionados como instrumento teórico para aproximação com a realidade investigada. Dentre eles, destaco os paradigmas da desinstitucionalização e os processos de constituição de sujeitos sociais. O caminho metodológico assumido e a caracterização do cenário social estudado também são privilegiados neste capítulo. Percebo a sua explicitação como fundamental para a construção do objeto.

O Capítulo 2 e 3 são centrais, pois demonstram como se conformou a proposta de desinstitucionalização na assistência em saúde mental em São Lourenço do Sul - RS.

No Capítulo 2, introduzo a análise dos dados empíricos coletados, enfocando os fatores determinantes para que surgisse um serviço de atenção ao louco com características de não exclusão social e como ocorreu **a construção desse projeto**, segundo a fala dos atores que se configuraram como sujeitos de transformação.

No Capítulo 3, realizo uma aproximação de como se dá a **vivência da mudança**, ou seja, frente à construção de um projeto contra-hegemônico, como os atores vivenciam esta prática, com seus conflitos e contradições.

As considerações finais não serão, neste trabalho, a apresentação e descrição dos resultados das análises e discussões realizados nos capítulos anteriores, na medida em que isso já é desenvolvido no decorrer do próprio trabalho. Não se propõe também apontar caminhos para a assistência ao doente mental, pois acredito que esses não são dados, mas devem ser construídos na própria ação. A retomada e síntese de algumas questões será, portanto, seu alvo no presente trabalho.

Capítulo 1

O OBJETO EM ESTUDO E A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

1.1. A delimitação do objeto

Experiências significativas, ainda que isoladas, em termos de uma atenção psiquiátrica fundada em um modelo não manicomial têm sido desenvolvidas em alguns serviços, instituições e municípios no Brasil.

Dentre estas cita-se: o Centro de Apoio Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, a experiência da Casa de Saúde Anchieta de Santos e o Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM) de São Lourenço do Sul, sendo este último objeto deste estudo.

Estas modalidades de atendimento, porém, não se estendem à totalidade da rede de atenção psiquiátrica brasileira. Não se interpreta esse fato como um fracasso do modelo não manicomial mas, sim, toma-se-o como um movimento contra-hegemônico ao sistema asilar, considerando que a hegemonia do asilo mantém-se ainda com muita força no país.

A Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta-se como um modelo contra-hegemônico que se instalou de forma mais efetiva no final da década de 70. O resultado concreto desse movimento, operacionalizado através das experiências inovadoras já citadas, deu-se somente a partir da segunda metade da década de 80, sendo, portanto, recente.

A importância dessas experiências está no sentido de que vêm dar maior concretude à proposta de reformulação da assistência à saúde mental, solidificando

assim o seu potencial de mudança, e pode ser confirmada na seguinte afirmação de BEZERRA JR. (1992:36):

O sucesso dessas experiências e o otimismo por elas provocado têm repercutido positivamente em todo país, contrastando com a lastimável e constrangedora situação da maior parte da assistência psiquiátrica brasileira, mais conhecida por seus escândalos e descalabros.

Neste momento, frente à hegemonia do projeto neoliberal no Brasil e em todo ocidente, a atuação estratégica para contrapor esse projeto na saúde, através do movimento de Reforma Sanitária a nível mais amplo, e da Reforma Psiquiátrica mais especificamente, está situada na luta pela qualidade e eficácia dos serviços públicos, levando ao que MENDES (1994) chama de *eficácia política necessária* para que o projeto democrático de saúde possa se impor. Este autor afirma que

(...) a adesão da população ao projeto da Reforma Sanitária não se fará nem pela via do discurso político-ideológico, nem pelas prescrições jurídico-legais, mas, fundamentalmente, pela percepção fenomênica que se expressa na concretude de melhores serviços prestados e recebidos e pela possibilidade de uma inserção cidadã no controle desses serviços (MENDES, 1994:94).

Através do estudo da constituição social do Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul objetiva-se analisar esta determinada prática e apontar como se conformou a sua institucionalização, com vistas a uma proposta de desinstitucionalização.

Trata-se de estudar um serviço de atenção à saúde mental que se aproxima de uma prática comunitária, não hospitalocêntrica, e que vai ao encontro das reivindicações de das mudanças propostas por diversos segmentos em relação a possibilidades alternativas de tratamento a um grupo que tinha quase como única e exclusiva opção um sistema asilar e excludente.

O entendimento de que estas mudanças não estão ocorrendo concretamente na totalidade da assistência brasileira aponta para a diversidade da realidade do país.

Nesta arena, onde diferentes interesses estão em jogo, os resultados destes conflitos na implementação das ações na saúde mental exigem uma compreensão deste movimento nos espaços concretos.

Essa prática inovadora particular, integrada a um modo de pensar a loucura e de atenção a ela dispensada, possibilita, dialeticamente, a *práxis*, pois vincula a teoria e a prática.

Sobre isto MINAYO (1993:73) aponta que a transformação de nossas idéias sobre a realidade e a transformação da realidade caminham juntas. A autora cita a seguinte frase de Lukács, para enfatizar que, do ponto de vista do processo de conhecimento, a atividade humana é seu critério decisivo:

O conhecimento que está em condições de apreender dialeticamente as astúcias da evolução só é válido e eficaz quando suas aquisições forem expedientes para a ação prática cujas experiências virão, por sua vez, enriquecer o conhecimento e lhe fornecer uma força sempre nova.

Sob uma ótica de ousadia, é possível pensar que a tentativa de apreender este movimento em sua unidade, os conflitos e contradições que dão origem a ele, possa contribuir para a aquisição desta "força sempre nova" tão necessária para mudanças na estrutura da atenção à Saúde Mental no Brasil.

A ação parece em alguns momentos ausente quando se observa o alto coeficiente de negatividade das propostas de transformação da assistência psiquiátrica.

Sobre isto CAMPOS (1992:16) aponta que

o projeto reformista é muito anti e pouco pró. Sem dúvida, é pelo direito à saúde, pela intervenção do Estado, pela democratização da gestão, entre outros elementos para a construção de uma cidadania efetiva, mas é ainda muito, quase que exclusivamente crítico da clínica, contra a medicalização, anti-manicomial, anti-psiquiatria tradicional, anti-psicanálise.

Isto leva à necessidade de estudar como está se dando, no concreto, a busca da superação dos modelos tradicionais, buscando preencher os vazios do projeto reformista. Com isto, pretende-se contribuir para construção de propostas alternativas de atenção, não no sentido de modelo, como é classicamente entendido, porém tentando realizar uma aproximação do conceito de modelo de atenção desenvolvido por CAMPOS (1992:16), que "estabelece intermediação entre o técnico e o político, como uma dada concretização de diretrizes da política sanitária em diálogo com um certo saber técnico(...). Uma síntese cambiante."

As especificidades locais e a forma como os sujeitos se articulam nesse processo levam à necessidade de que este movimento seja retomado na sua singularidade.

O que foi dito até então permite sintetizar o primeiro pressuposto¹ que guia este trabalho: **as experiências singulares concretas de transformação na área da saúde, no caso da saúde mental e deste trabalho, uma experiência de desinstitucionalização, contribuem positivamente para a construção da democracia na saúde.**

A seguir, passo a explicitar o entendimento que alguns autores tem sobre desinstitucionalização, e com os quais concordo, para depois apresentar o segundo pressuposto.

O início do desenvolvimento de análises numa perspectiva macro-estrutural na saúde mental dá-se no interior do Movimento da Rede de Alternativas à Psiquiatria. Este Movimento que surge em Bruxelas, em 1975, visava explicitar as

¹Apesar da divisão dos pressupostos e a sua apresentação em determinados momentos do trabalho, eles se complementam e permeiam a explicitação de todo o referencial teórico.

relações entre doença mental e estrutura social, tendo como principais expoentes Franco Basaglia, Giovanni Jervis, Robert Castel, Felix Guattari e Michel Foucault.

A Rede parte do princípio de que nenhum distúrbio mental, nenhuma forma de desvio podem ser analisados separadamente de seu contexto familiar, profissional, econômico, etc., e que qualquer experiência inovadora que for cortada do contexto dos afrontamentos sociais, em particular das lutas dos trabalhadores de saúde mental, corre o risco de ser isolada e definhando rapidamente (GUATARRI, 1987).

No novo enfoque,

o fenômeno doença mental é visto como não tendo existência em si mesmo. Ele só adquire significado através do modo pelo qual, historicamente, o surgimento de suas modalidades explicativas com as práticas terapêuticas que lhe são correspondentes articulam-se no contexto de realidades específicas (ALESSI, 1985:8).

Essa autora critica estudos onde o conhecimento do doente mental como um ser social, integrante de uma sociedade concreta, é apresentado de forma abstrata, através de uma visão do social como um todo indiferenciado e homogêneo.

O fenômeno da doença mental não tem características fixas, estáveis mas, sim, adquire diferentes significados em diferentes modos de produção e sua representação também se altera dependendo da classe social ou mesmo da posição que o indivíduo ocupa dentro de determinada classe.

Ao falar da função social da loucura, ALBUQUERQUE (1978:17) coloca que

a doença mental assinala a presença da desordem e, por decorrência, dá a reconhecer a ordem em questão (...) essa função não é exercida com base num sistema universal e teórico, aplicando-se a objetos homogêneos, (...) ao contrário, tanto os princípios de aplicação como a classe de objetos variam de acordo com as instituições de cujo âmbito deve a psiquiatria estabelecer os limites da ordem e da desordem.

Na década de 70, ocorria no Brasil a difusão, nos meios acadêmicos, das idéias de Castel, Foucault, Basaglia e Szasz. No final dessa década, surgiram os primeiros trabalhos inserindo novas questões no campo da saúde mental. A reflexão sobre esses saberes enquanto prática social e a superação da visão medicalizada da loucura estão associadas ao delineamento de um amplo movimento político no país nesse período - a Reforma Psiquiátrica.

Esse enfoque não buscava meramente modernizar as tecnologias de atenção psiquiátrica e difundi-las, mas visava "redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos. Não se tratava de secundarizar a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla de ação" (BEZERRA JR., 1994:181).

Este autor refere ainda que, naquele momento, ocorria um "deslizamento no campo conceitual que dava fundamento à reforma". O conceito de *desinstitucionalização da loucura*, que estava presente em todas as propostas de reforma pós-guerra, interpretado como *desospitalização*, não efetivou a superação da psiquiatria asilar, em nada abalando os alicerces da cultura manicomial. Pelo contrário, alargou o raio de medicalização do sofrimento, através das extensas redes de atendimento extramuros.

A questão institucional deixa de ser compreendida como dizendo respeito à racionalização e modernização das instituições terapêuticas existentes para a necessidade de se criar não apenas novos lugares de acolhimento e tratamento como também novas formas jurídicas, novas significações, novas abordagens teóricas (BEZERRA JR., 1994:181).

O termo *desinstitucionalização*, inspirada na Psiquiatria Democrática italiana e em seus teóricos, passa a ter um novo significado:

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, ao começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as

peças são tratadas (ou não tratadas) para *transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução - cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI et al., 1990:29).

Dessa forma, não se deve entender que a desinstitucionalização é uma mera desospitalização ou que está centrada no questionamento da necessidade de internação do doente mental ou na elaboração de uma rede ambulatorial de saúde mental.

A proposta de mudança não se refere apenas a determinadas práticas terapêuticas isoladamente, mas a todo um modelo de atenção à loucura, que implica em um determinado "modo de olhar" para esta. Não é uma mera redefinição da solução, mas busca redefinir o próprio problema.

O manicômio, como aponta AMARANTE (1992:115),

mais que o concreto, as lajes, as grades do hospício, é este conjunto que sobre determina gestos, olhares, posturas, e exercita limites, intolerância e diferenças presentes no próprio hospício, mas presentes também no ambulatório, centros de saúde mental comunitários, hospital-dia, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, locais de trabalho, salas de aula, cultos religiosos, meio familiar entre outros.

Este autor aponta que o processo de desinstitucionalização se faz a partir da trilogia negação-superação-invenção. Entende-se como significado disto que a negação do manicômio não pode ser operacionalizada "de fora para dentro", mas através de sua superação, ou seja, partindo dele mesmo, da sua interioridade. As soluções externas, como se poderá perceber no decorrer deste estudo, não têm conseguido abalar a estrutura manicomial, mas têm convivido pacificamente com a sua permanência dentro delas mesmas.

Como os caminhos não estão dados nesse processo, necessitando serem construídos, sem "fórmulas miraculosas", mas no próprio trabalho, no cotidiano, a invenção deve estar presente, não no sentido de rejeição total do "velho", mas de fazer presente, tanto no velho como no novo, a crítica, de forma que seja preservado o movimento, a mudança.

É a noção de desconstrução/reconstrução que estabelece o tensionamento necessário para que o manicômio seja superado.

Implica trazer à tona, e pôr em discussão, os supostos naturalizados, os preconceitos travestidos de conhecimento científico e as práticas automatizadas, não para substituí-las definitivamente por outros itens supostamente corretos ou verdadeiros, mas para abrir e deixar permanentemente aberto o espaço de definição do que é melhor, do que pode permitir mais liberdade, do que pode fazer da experiência subjetiva individual uma aventura a mais criativa possível (BEZERRA JR., 1994:182).

A instituição histórica do louco como objeto de exclusão, como um mecanismo de delimitação dos limites da ordem/desordem, revestida com roupagens diversas não ocorreu sem conflitos. A partir da institucionalização de uma "nova forma" como hegemônica, nela própria, na sua interioridade, já nasce a contestação, a contra-hegemonia.

Apesar disso, parece que se modificam os sujeitos da exclusão (mendigos, velhos, homossexuais, feiticeiras, loucos, entre outros), e as formas de exclusão (prisão, asilo, hospício, etc.), mas o "bode expiatório" permanece historicamente necessário.

Isso se confirma quando se retoma o que SZASZ (1984) coloca sobre o "bode expiatório":

Incapazes de admitir a ignorância e o desamparo, e igualmente incapazes de adquirir a compreensão e o domínio de diversos problemas físicos, biológicos e sociais, os homens procuravam refúgios em explicações expiatórias. As

identidades específicas dos bodes expiatórios são legiões: bruxas, mulheres, judeus, negros, doentes mentais e assim por diante. Todas as teorias do bode expiatório postulam que se a pessoa, a raça, a doença, ou o que não pode ser dominado for subjugado ou eliminado, serão resolvidos todos os problemas.

As soluções expiatórias podem ser facilmente identificadas no cotidiano de nossa sociedade e têm suas bases solidificadas no imaginário através de vários mecanismos.

No caso do doente mental, a psiquiatria não respondeu de forma efetiva, como nas demais áreas da medicina, à lógica vigente da busca da solução - cura. Um dos principais objetivos das diversas formas de atenção à saúde nas sociedades capitalistas - a recuperação da força de trabalho - não encontrou campo fértil na psiquiatria, e todas as "grandes descobertas" acabaram esbarrando com o irracional, o ilógico da loucura, sendo a exclusão, a subjugação e até a tentativa de eliminação as conseqüências para as pessoas que insistiam na diferença.

SAMPAIO (1988:20), quando se refere à transformação proposta para a assistência psiquiátrica brasileira, diz que a mesma

nega a internação tutelar como local nobre da assistência, e, quando aceita a necessidade limitada de internação, nega que deva ser tutelar, assim muito mais mão-de-obra será liberada para um mercado que não necessita dela. Isto é, estar-se-á criando um problema social que o Estado tenderá a não bancar, certamente enviando os sobrantes para novos círculos de invalidação, mas estar-se-á deslegitimando a psiquiatria como local desta invalidação, estar-se-á dificultando o processo de redução ao infantilismo regressivo de determinada massa popular que a organização político-econômica não quer/não pode prover direitos de cidadania.

O cunho de legitimidade que a psiquiatria proporcionou à exclusão do doente mental é o que deve ser combatido.

Portanto, o segundo pressuposto do trabalho é que a **desinstitucionalização em saúde mental implica na redefinição da própria loucura e da sua**

institucionalização. É a desconstrução/reconstrução para permitir menos exclusão e mais liberdade e emancipação.

A matéria deste estudo, a proposta de desinstitucionalização de uma determinada forma de atenção à loucura, através da organização de um serviço de atenção ao doente mental, referido a uma dada estrutura social e a uma formação social concreta, mostra-se como uma tentativa de apreender (representar teoricamente) a estrutura do serviço para além do entendimento do seu funcionamento interno e formal.

LUZ (1981) refere que estrutura, entendida como um conjunto de regras mais ou menos rigidamente hierarquizadas, só existe na medida em que ela é organização das relações sociais de poder, sendo que estas relações de poder são a prática de certas regras do jogo, práticas estas que a autora denomina "prática institucional". Esta prática institucional, vista sob esse prisma, tende a ser conflituosa (vista do ângulo das relações sociais) e contraditória (vista do ângulo da estrutura).

No caso do objeto deste estudo, equipe, usuários, poder público e comunidade em geral são instâncias que se cruzam em vários sentidos e, como sujeitos dessa prática, estabelecem o movimento, determinando-a, sendo porém determinados por uma disposição da estrutura do Poder (político, econômico, ideológico) em um momento historicamente situado de uma formação social dada. Esta disposição é aqui entendida como "distribuição do poder entre classes e grupos sociais em um espaço histórico determinado" (LUZ, 1981).

TESTA (1992) afirma que as instituições, a estrutura institucional, aparecem como um campo privilegiado de estudo para as ciências sociais, principalmente nos países sub-desenvolvidos.

Esse autor justifica que, se por um lado, no capitalismo maduro, as instituições desempenham um papel principalmente estabilizador, com forte estruturação do nível funcional, no capitalismo subdesenvolvido, por sua vez, há uma fraqueza estrutural do nível funcional e uma capacidade de modificação (estruturação) relativamente forte no nível básico, o que indica a possibilidade de sua transformação interna. Com esses argumentos, destaca a importância fundamental das estruturas funcionais ou intermediárias, "pois não apenas configuram um estrato estabilizador, mas, em determinadas situações, podem contribuir, decisivamente, para a transformação da sociedade, devido a sua capacidade estruturante sobre o nível básico" (TESTA, 1992:52).

LUZ (1981) refere que a partir do pós-guerra (entre 46 e 50), as questões das instituições de saúde têm sido no Brasil, como nas demais formações capitalistas, a questão das políticas de saúde, sendo, portanto, a questão da saúde entendida como questão basicamente política.

Conceitua instituição como sendo um

conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Esses conjuntos (instituições), permeabilizam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada bloco histórico. Esta rede de instituições viabiliza a hegemonia e portanto a manutenção de toda a imensa infra-estrutura que sobre ela repousa, para retomar, invertida, a imagem clássica (LUZ, 1981).

Como estratégia para que as instituições saltem de seu departamento tradicional (superestrutura), e se tornem lugar privilegiado de luta política, a autora coloca como necessário acentuar a transversalidade, isto é, a sua presença em todos níveis do "edifício social".

O olhar para essa realidade não se propõe a ser neutro, até por que a própria escolha do objeto de estudo e o enfoque dado ao mesmo têm como objetivo contribuir

como base estratégica para um movimento de mudança - a Reforma Psiquiátrica. Isto não implica a ausência de rigor neste estudo, necessário até para que essas bases possam ser sólidas e eficazes, na medida que esta mudança não tem fórmulas prontas e precisa ser construída na práxis.

MINAYO (1993:35) afirma que, dada a especificidade das ciências sociais, o que é possível não é a objetividade, mas a objetivação, que inclui "o rigor no uso de instrumental teórico e técnico adequado, num processo interminável e necessário de atingir a realidade".

A questão da neutralidade tem sido discutida por diversos autores. Alguns questionamentos sobre a possibilidade/impossibilidade de uma postura neutra têm sido desenvolvidos e quando é colocada a necessidade da neutralidade do pesquisador, quando esta é dita como imprescindível para que o "científico" esteja preservado, nesta afirmação está presente uma forma de olhar para a realidade que nega o movimento, a mudança que a pesquisa em si gera e nega o fato de o próprio direcionamento para uma determinada forma de olhar implicar numa opção que não é neutra.

O afirmar/confirmar a neutralidade mostra não neutralidade, na medida em que a investigação

é narrativa participante onde o desejo dos agentes é colocado e as forças político-econômicas equacionadas (...) O investigador revela os andaimes da construção, claramente monta e remonta o objeto, descobre seus avessos, expõe as intencionalidades, aponta para a externalidade da maioria dos processos que afetam a existência do objeto em estudo (SAMPAIO, 1988;21).

A "neutralidade" seria ocultar estas questões, o que, sem dúvida, não é neutro, e sobre isso ALESSI (1985:3) afirma que

diferentemente da postura neopositivista que afirma a referida neutralidade, pressupondo o estabelecimento de uma relação linear entre o sujeito do

conhecimento e o objeto cognoscível, relação esta na qual o sujeito apreende passivamente as características do objeto que a ele se impõem, pensamos que tanto a produção do conhecimento como o próprio modo de existência dos fenômenos atinentes à realidade social são decisivamente influenciados pelas condições de existência, historicamente determinadas.

Conseqüência de se supor que se pode estudar a doença mental sob uma atitude supostamente neutra é que estudo "científico" e "neutro" da doença mental e das diversas modalidades de tratamento que surgiram a partir do momento que a medicina apropriou-se do objeto em questão, serviu muito mais para legitimar a sua exclusão do que para levar a uma melhoria nas condições de vida dos indivíduos com sofrimento psíquico, sendo que essa última era a finalidade apregoada.

Retomando ALESSI (1985:3):

no caso da Psiquiatria, a aceitação daquele princípio de neutralidade como fio condutor para a compreensão da doença mental revela uma de suas funções ideológicas que tem se prestado ao encobrimento das contradições sociais inerentes ao contexto dos quais é parte integrante.

Esta afirmação não deve ser interpretada como sendo uma negação da doença mental, como o fazem alguns críticos conservadores, como se a negação que fazemos do manicômio negasse também a própria necessidade de práticas de saúde.

Julgo que essa crítica tem o objetivo de desqualificar essa forma de análise como "não científica" por uma função ideológica (e não neutra) de manutenção da hegemonia da psiquiatria tradicional através de uma visão que não privilegia os conflitos como instrumentos de mudança, e sim como "disfunções".

Torna-se necessário esclarecer que esta afirmação refere-se aos críticos conservadores, pois não podemos generalizar que todos os críticos estejam em desacordo com a mudança, pois o desacordo é, muitas vezes, em relação a que mudança deva ser esta. Entre os que não acreditam que a doença mental possa ser analisada sob uma perspectiva de neutralidade, há os que questionam em que sentido

deva se dar a mudança e que não defendem a manutenção do modelo asilar. A generalização seria a negação de uma premissa básica: a necessidade da manutenção da crítica intimamente associada a toda esta caminhada, devido ao seu próprio caráter histórico e dialético. A diferença dessa forma de crítica é que ela se coloca internamente ao movimento, traçando caminhos, mudando rumos; origina-se da ação e dá origem a ela.

A contradição, neste estudo, é entendida em uma aproximação à lógica dialética, que introduz o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação (MINAYO, 1993).

MINAYO (1993) apresenta algumas balizas dentro das quais se processa o conhecimento inserido na perspectiva dialética. As colocações dessa autora não contrapõem o que foi apontado até aqui e até vão ao encontro de muitas das idéias apresentadas, servindo como bases para solidificar a construção do objeto.

A primeira delas é o caráter aproximativo do conhecimento, isto é, o conhecimento se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida, sendo um processo de tentativas.

O segundo ponto diz respeito ao caráter de inacessibilidade do objeto. As idéias que se têm dos fatos são sempre mais imprecisas, mais parciais, mais imperfeitas que ele, e o processo de pesquisa consiste na definição e redefinição do objeto.

O terceiro ponto se refere à vinculação entre pensamento e ação. Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. A escolha do tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo, surge de interesses e

circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando as suas razões e os seus objetivos.

O quarto ponto enfatiza o caráter originariamente interessado do conhecimento ao mesmo tempo que sua relativa autonomia. O olhar para o objeto está condicionado historicamente pela posição social do cientista, existindo, porém, uma "autonomia relativa" das ciências sociais, baseada em uma certa continuidade no interior dessa ciência, uma lógica interna da pesquisa científica. As correntes intelectuais diversas não se desenvolvem isoladamente mas se afetam e se enriquecem mutuamente.

O recorte de uma determinada forma de institucionalização da atenção à loucura, eleito como problema para o estudo, é examinado como parte de um plural e também na sua singularidade.

SCHRAIBER (1993:21), ao referir-se ao seu estudo sobre o trabalho médico, coloca que:

Este problema que examinaremos é sempre parte de um plural, de uma totalidade: não se deve tomá-lo por situação única, independente ou autônoma. De outro lado, porém, não se deve tampouco buscar nele somente o similar, o que contém, enquanto parte, de generalizável, como se não fosse ao mesmo tempo realidade singular.

Acrescenta que toda parte que separamos da totalidade do real para o estudo é sempre determinada e determinante, tratando-se, portanto, de situações construídas pelo social e do qual participam, construindo-o também.

Também para IANNI (1992:24)

a análise dialética ao mesmo tempo constitui e transforma o objeto. Adere destrutivamente ao objeto, na medida em que desvenda e desmascara os seus fetichismos, as suas contradições e os seus movimentos. Esta forma de análise se torna necessária porque as coisas não são transparentes, muito menos quando

elas são relações capitalistas de produção, onde as relações de dependência, antagonismo e alienação não surgem claras, ordenadas e transparentes nas ações e consciência das pessoas.

Considerando o surgimento de uma determinada forma de atenção à saúde mental, no caso, o Centro Comunitário de Saúde Mental, em sua singularidade, produzindo-se enquanto reprodução do todo social, esse cria novas estruturações do real, que significam, ao mesmo tempo, repetição desse social e inovação, em movimento simultâneo de *adaptação* e *oposição* ao conjunto, o que lhes dá movimento (SCHRAIBER, 1993).

A esse processo em que a parte afirma e ao mesmo tempo nega o todo a que pertence chamaremos de *cristalizações tensionadas*, dinâmica em que se estabelecem/re-estabelecem estruturas sempre instáveis, superação das contradições em nova estruturação, igualmente instável e tensionada. Trata-se da mudança do todo e das partes (SCHRAIBER, 1993:25).

Uma outra categoria social que merecerá relevo neste estudo será o *processo de constituição de sujeitos sociais*² dotados de uma dada vontade política e de um projeto de reformas. A valorização deste plano implica na hipótese de que é possível *revolucionar o cotidiano*, questionar os mecanismos de dominação/exploração (micropoderes) mesmo quando não se tenha alterado o esquema mais geral de dominação a nível do Estado, da sociedade política e do mundo da produção (CAMPOS, 1994).

Todavia, não se pode negar o marasmo que se instalou nos trabalhadores de saúde mental no Brasil que, apesar de terem conquistado um grande avanço nas

²Cecílio (1994) coloca que a categoria de sujeito e ator tem sofrido múltiplas abordagens, tomada por diferentes autores em diferentes contextos, tendo como resultado uma heterodoxia na utilização do tema que, embora rica, traz riscos. No presente trabalho não existe um rigor na utilização destes termos; *ator* refere-se a todos os indivíduos ou grupos sociais que aparecem na análise e a utilização do termo *sujeito* já é mais presente quando a análise se relaciona com as suas possibilidades/impossibilidades de gerar mudanças. É importante definir também a utilização do termo *agentes* neste trabalho, que se refere aos atores internos da instituição (funcionários e técnicos).

políticas desta área, através do movimento da Reforma Psiquiátrica e da conquista de um espaço que antes não existia a nível do executivo, principalmente em alguns governos municipais e estaduais, não ocorreu a repercussão transformadora esperada na sua prática concreta. Desânimo, impotência, baixa auto-estima são algumas das conseqüências que observamos nos trabalhadores do sistema público, que constroem, no seu dia-a-dia, a atenção à saúde mental brasileira.

O estudo da prática destes atores em uma situação concreta busca resgatar o seu potencial como sujeitos de mudança e transformação e que

(...) o viver cotidiano não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em um centro de saúde, hospital ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho (...) Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto (CAMPOS, 1994:67).

Em função disso, é importante retomar o papel dos sujeitos neste processo de mudança, a forma como se articulam a ele e as relações de poder que se estabelecem, pois as determinações que sofrem não lhes são externas, mas fazem parte de sua interioridade, determinando ações, gestos, posturas, pensamentos. Mas esses limites não são estáticos, na medida em que a ação desses sujeitos dará movimento às estruturas.

Daí, o terceiro pressuposto do trabalho. Em outras palavras, a superação do modelo manicomial, asilar e excludente de atenção ao doente mental só é possível se houver o envolvimento dos segmentos institucionais e dos sujeitos sociais nesta prática, de forma que doente, família, profissionais de saúde, governantes e comunidade em geral construam, através dos conflitos e tensionamentos da própria prática, a mudança.

O que se pretende é "tratar o instituído como expressão de um dado processo de institucionalização, a partir das dinâmicas políticas particulares, configuradas pelos vários sujeitos sociais em suas disputas políticas" (MERHY, 1992).

Isto se justifica pelo fato de que, ao se falar em Reforma Psiquiátrica brasileira, se estará em um campo conflituoso, onde os interesses não se apresentam homogeneamente, sendo que se trata de uma arena onde interesses se confrontam e se encontram em uma dialética constante.

O momento histórico atual, de democratização do país e de toda uma reformulação nas políticas de saúde, torna necessário que se dê relevo aos sujeitos sociais, à relação que se estabelece entre estes e as formulações de políticas, e ao grau de autonomia que têm como "decisores". MERHY (1992) coloca que "a liberdade dos 'decisores' é uma problemática da política, em situações históricas concretas, a serem entendidas nas especificidades de cada espaço substantivo".

Até agora falou-se de desinstitucionalização em saúde mental sem ter a compreensão histórica desse processo. Como a opção metodológica assumida é que as práticas de saúde são sociais, faz-se necessário, mesmo que sinteticamente, rever a conformação social da loucura e as transformações ocorridas.

1.2. A Des - institucionalização da loucura

Frente a uma proposta de desinstitucionalização, que instituição é esta a ser negada, qual é a funcionalidade histórica que vem mantendo com a sociedade brasileira, quais os conflitos oriundos da estrutura asilar que geraram a necessidade de um modelo contra-hegemônico e que modelo é este?

Como essas práticas em relação à loucura são aqui abordadas em sua transitoriedade e historicidade, torna-se importante apontar as formas de institucionalização da loucura que historicamente existiram para uma melhor compreensão e demarcação do objeto de estudo, pois as representações da loucura e as formas de atenção que se estruturaram em torno dela fazem parte de um totalidade mais ampla. Assim, se apresenta uma breve síntese da instituição da loucura como doença mental e a conseqüente instituição do sistema asilar no mundo ocidental e no Brasil, os movimentos de mudança que se sucederam em oposição, chegando, por fim, ao movimento de Desinstitucionalização, inspirado na Psiquiatria Democrática italiana e seus desdobramentos no Brasil.

Como alguns desses aspectos já foram estudados por vários autores de forma bastante ampla (alguns dos quais referenciados aqui), maior atenção recairá sobre o período mais recente, no qual emergiu o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e a proposta e concretização de modalidades alternativas de atenção, estabelecendo as relações com as políticas governamentais em saúde mental a nível regional e nacional.

1.2.1. A institucionalização da loucura

ALBUQUERQUE (1978); SZASZ (1984); CASTEL (1991), FOUCAULT (1992, 1993), entre outros, relatam em seus estudos a instituição da loucura como doença mental, sendo apropriada como objeto da psiquiatria, com um saber próprio, ocorrendo a institucionalização do sistema asilar.

Esse fato está intimamente relacionado à emergência do capitalismo, quando, frente a uma mudança estrutural da sociedade, instituições específicas assumem um papel na estratégia de implantação da hegemonia do novo sistema, sendo a psiquiatria uma delas.

LUZ (1981), ao conceituar instituição como um conjunto articulado de saberes e práticas, coloca que "esta rede de instituições viabiliza a hegemonia e portanto a manutenção de toda a imensa infra-estrutura que sobre ela repousa".

Em uma análise de como a loucura e suas instituições se conformaram nessa transição, RESENDE (1992) aponta que nas sociedades pré-capitalistas as formas de organização do trabalho praticamente não discriminavam as pessoas em função das diferenças individuais. O trabalho agrícola de subsistência e o artesanal acomodavam largas variações individuais, respeitando o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador, sendo que, desta forma, aptidão e inaptidão para o trabalho não era um critério importante na determinação do normal e do anormal.

Esse mesmo autor fala de outra diferença desse período em relação àquele que se seguiria: as populações eram reduzidas e a média de vida bastante curta, não permitindo que determinados transtornos, mais incidentes na idade madura e na velhice, aparecessem em proporção significativa. Além disto, o próprio conceito de

doença mental era muito mais restrito, limitando-se a aspectos eminentemente exteriores da loucura e quando os doentes se constituíam um estorvo para a família e comunidade.

O confinamento do louco em instituições, nesse período, era uma exceção, gozando de relativa liberdade, não deixando porém de, contraditoriamente, sofrer rejeição em muitas circunstâncias e, em outras, ser considerado um ser com capacidades premonitórias ou excepcionais.

Podemos considerar a Revolução Industrial e o processo de urbanização como tendo selado a sorte do louco, configurando-se a loucura como um problema social. Estes fatos acarretaram declínio do campesinato como classe e dos ofícios artesanais, quando a atitude segundo a qual se trabalhava para viver deve sofrer inversão, transformando-se na idéia de que se deve viver para trabalhar (RESENDE, 1992).

O fim do século XV na Europa, já na época da transição, com o advento da manufatura inicial, forma rudimentar de divisão social do trabalho, foi marcado pela emergência nas cidades e zona rural de desocupados, mendigos e vagabundos, apesar da escassez de mão-de-obra nas manufaturas. Tratava-se de trabalhadores que não se adaptaram à nova racionalidade, e que tinham

um sentimento ainda profundamente arraigado (...) de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado que até aquele momento só era conhecido nos presídios e casas de correção (...) (RESENDE, 1992:23),

sendo empreendida em toda Europa uma repressão à ociosidade, sendo esta voluntária ou não.

Neste grupo encontravam-se os loucos, que,

confinados nos porões de Santas Casas e hospitais gerais (...) iriam partilhar com os demais deserdados de toda sorte formas de punição e de tortura, sofisticadas algumas, grotescas a maioria, cuja variedade é por demais extensa (RESENDE, 1992:24).

Ocorre, desta forma, o que FOUCAULT (1993) chama de "a grande internação".

A loucura figura aí, claramente, como estigma, isto é, como sinal distintivo e significante da pertinência do louco à categoria das "classes perigosas", ou seja, dessas massas improdutivas que infestavam as cidades e as estradas do reino. (ALBUQUERQUE, 1978:16).

Como pode-se perceber, até esse período os loucos não se apresentam discriminados dos demais "inadaptados" e "perigosos", sofrendo destino semelhante. A função das instituições se apresentava claramente como repressora.

CASTEL (1991), quando analisa a evolução dos sistemas psiquiátricos, sua relação com o aparelho repressivo e a medicina, relata como se deu a transfiguração da loucura em doença mental. Com base neste autor, se fará o retrospecto deste período.

O autor aponta que a legislação relativa aos alienados, além de antecipar em cinquenta anos, ultrapassa em sistematização todas as outras medidas de assistência, e que isto não está associado, como nas demais práticas assistenciais, à recuperação da força de trabalho "no momento que centenas de milhares de indigentes, menos improdutivos, não têm ocupação". O que estava em jogo, segundo esse autor, nos debates em relação ao louco, era quem seriam os "responsáveis" encarregados de controlá-los, ou seja, quem detinha o poder.

Entende-se, desta forma, que a afirmação do poder de determinado segmento estava situada, estrategicamente, nas instituições que organizavam a sociedade, sendo que esse poder era compartilhado por determinadas instâncias, (poder executivo,

poder legislativo, medicina, igreja, família, etc.), tendo, porém, uma delas, em cada momento, a hegemonia. Esta disposição alterou-se em diferentes períodos e em diferentes modos de produção da sociedade.

Retomando CASTEL (1991), pode-se perceber como isto se deu em relação à loucura. Este autor coloca que, na França, a responsabilidade pela seqüestração dos insanos antes da Revolução Francesa era compartilhada pelo poder judiciário e pelo poder executivo, sendo que a maior parte dos enclausuramentos era executada a partir de uma "ordem do rei" ou *lettre de cachet*.

O questionamento da hegemonia da autoridade real faz passar, ainda antes da queda do Antigo Regime, o máximo de práticas de reclusão da jurisprudência real para a autoridade judiciária.

Isto sofre nova modificação no final do século XVIII e início do século XIX, marcados pela Revolução Francesa, quando os princípios em vigor passam a ser a ordem, justiça, administração, finanças, polícia e governo, nos quais a loucura estaria deslocada.

Com o liberalismo avançado, o legalismo arrefeceu, devido ao fato de terem se difundido modalidades mais generalizadas e mais sutis de controle, permitindo, desta forma, economizar o recurso à sanção legal e se "multiplicaram os modos legítimos de tutelarização", apresentando-se a instância médica como "um modelo de exercício do poder alternativo ao da autoridade coercitiva".

As práticas sociais referentes à loucura, medicalizadas, no final do século XVIII, implicam em um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, e a reorganização do seu espaço de enclausuramento.

Paradoxalmente, no momento em que se instaura o asilo, existe também uma tendência à desospitalização, coerente com a idéia que começa a se impor de que também a população faz parte da riqueza das nações, introduzindo a noção de *domicilio de assistência*: a maior parte das práticas assistenciais e médicas devem ser administradas sob um modo não segregativo. Ocorrem duas modalidades opostas de medicalização: a da exclusão, visando absorver a massa de desviantes, e a desospitalização, fixando o trabalhador no seu lugar de origem. A maior parte das atividades da medicina ocorre fora do espaço hospitalar.

De acordo com os princípios liberais, a assistência é descentralizada e implantada diretamente nas comunidades locais, sendo que a iniciativa privada passa a intervir, fazendo com que desestatização, municipalização e privatização caminhem juntas.

Ficam, nesse período, bem delimitadas as categorias que devem ser subtraídas do seu meio: os contagiosos, os venéreos, os pobres sem domicilio, os mendigos e os vagabundos irredutíveis, os menores abandonados e os loucos.

Desta forma, reduz-se a população atingida pela grande internação, já citada anteriormente.

O hospital sofria severas críticas, não deixando, por isto, de ser considerado um "mal necessário". A solução para este dilema encontra-se não na sua extinção, mas sim na organização, tornando-se, desta forma, um problema técnico, com implicações simplesmente morais.

Surge, nesse contexto, como instrumento de adequação do hospital à "nova racionalidade" e para retirá-lo do descrédito, a figura de Philippe Pinel, que introduz o "tratamento moral", através de três medidas: a classificação do espaço institucional, o

arranjo nosográfico das doenças mentais e a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente.

Pinel, através do ordenamento do espaço hospitalar, destaca a categoria da loucura em sua especificidade, e esta, a partir daí, torna-se doença. Nesse momento, o insano aparece excluído como os demais, porém por outra razão: por causa da doença.

O caráter vicioso do hospital não está mais na segregação mas na promiscuidade nele reinante. Não se trata de proceder uma crítica à instituição hospitalar, nem de elegê-lo como a última instância de tratamento (mal necessário). Ao contrário, é introduzido o "isolamento terapêutico", que o elege como local *ideal e privilegiado* de intervenção.

Na substituição do controle realizado pelo judiciário, que vinha gerando revoltas e oposições na população, pelo controle da instituição médica, ocorre a transformação do marginal e delinqüente em doente. "A prisão dos mendigos, vagabundos, maus elementos e até mesmo de criminosos, provocava freqüentemente 'emoções' e mesmo revoltas populares" (CASTEL, 1991:91). A necessidade de enclausuramento deixa de ser uma medida de violência, passando a ser uma medida terapêutica, de caráter humanitário.

O êxito das pequenas instituições regidas pelo tratamento moral, com um ambiente quase familiar, que facilitava as trocas interpessoais, foi abalado com o excesso da demanda, que veio a levar a uma super população nesses locais. O aumento da população dos asilos está relacionado à intensificação dos processos de darwinismo social e conseqüentemente à deterioração das condições de vida nas cidades e ao afluxo maciço de imigrantes estrangeiros para os Estados Unidos (RESENDE, 1992).

RESENDE (1992) relaciona esses fatores com o abandono do tratamento moral na segunda metade do século XIX. Além disto, o referido autor aponta que, naquele período, o progresso da bacteriologia e da anatomia patológica e a introdução do microscópio nas instituições psiquiátricas, o alto conceito vigente da neurologia trouxeram consigo o questionamento das bases pouco científicas do tratamento moral.

A assistência psiquiátrica mergulha novamente no longo sono pré-pineliano, e não considero exagero afirmar que deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda grande guerra (RESENDE, 1992:29).

No Brasil, a emergência do louco e da loucura como problema social nos primeiros anos do século XIX teve semelhanças com este processo na Europa do século XVI. As circunstâncias que determinaram este movimento foram, porém, diversas.

RESENDE (1992), ao referir-se à loucura e suas instituições no Brasil, coloca que as peculiaridades da vida econômica e social do período colonial definiram causas estruturais diversas daquelas que determinaram o modelo asilar na Europa e Estados Unidos. A característica central da vida econômica no final do século XVIII era do trabalho baseado na atividade escrava, sendo, por isto, considerado uma atividade desabonadora. Inexistia a revolução industrial e um processo importante de urbanização.

A loucura durante esse período, chamada por aquele autor de "loucura silenciosa", não era alvo de nenhuma ação específica, sendo socialmente ignorada por quase 300 anos a partir do descobrimento. Os loucos ficavam nas ruas, nos porões das Santas Casas ou em prisões.

A queda do Estado escravista trouxe consigo o agravamento da questão da marginalidade. Começam manifestações de insatisfação da sociedade em relação ao livre trânsito dos loucos nas ruas somando-se às denúncias de maus-tratos, sendo que, a partir de 1830, um grupo de médicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, higienistas na sua maioria, desencadeiam um importante movimento de opinião pública na reivindicação da criação do asilo, nos mesmos moldes dos já existentes na Europa, sendo tratados segundo os princípios do tratamento moral. Esse movimento origina a fundação, em 1852, do Hospício D. Pedro II, considerado o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira (RESENDE, 1992; COSTA 1989).

Das duas funções, segregadora e humanitária, a primeira é claramente a que vigora nos primeiros 40 anos de funcionamento do hospital psiquiátrico. Os hospícios são inaugurados em todo o Brasil, porém a psiquiatria não tem o seu espaço afirmado nestas instituições, onde era pequeno o número de médicos, ficando relegada a um papel secundário. Estes têm pouca influência na seleção da clientela e nas questões administrativas, ficando o poder basicamente na mão de leigos e religiosas (RESENDE, 1992)

O fato mencionado mostra que se na Europa o asilo serviu para a afirmação do poder da psiquiatria, de sua legitimação com um saber próprio, no Brasil, o seu papel limitou-se à exclusão, no primeiro período.

O período imediatamente posterior à proclamação da República figura claramente como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, com a ascensão da classe médica ao controle das instituições, como porta-vozes legítimos do Estado.

O Hospício D. Pedro II, que, desde 1886 encontrava-se pela primeira vez sob a direção de um médico psiquiatra - Teixeira Brandão - passa, em 1890, a chamar-se

Hospital Nacional dos Alienados, sendo separado da administração da Santa Casa, passando da tutela dos religiosos para o Estado (RESENDE, 1992).

Esta transição responde à transformação do capitalismo brasileiro e ao abrupto aumento da população urbana, gerando "novos e graves problemas para os quais, na área da saúde mental, a psiquiatria das freiras, os asilos provisórios despovoados de médicos eram soluções de amadores" (RESENDE, 1992:42).

Em uma sociedade que se modernizava, a exclusão do louco tinha que ser feita de forma menos transparente, sem uma violência tão visível.

A maioria dos estados brasileiros incorpora colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços. Segundo RESENDE (1992), isto não se deu apenas pela eficácia duvidosa de outras medidas terapêuticas, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício. A necessidade do capitalismo brasileiro de alterar as concepções sobre trabalho prevalentes nas colônias era um dos fatores. "Era preciso reverter ao 'normal' a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de indole de certos grupos sociais e étnicos" (RESENDE, 1992:47).

Desta forma, trabalho e não trabalho passam a ser critérios na delimitação da normalidade/anormalidade.

O malogro nas intenções de recuperação do doente para o trabalho, o afastamento geográfico do local de onde provinha a clientela, associados a uma incapacidade de seleção desta, levando à exclusão nem sempre por causas terapêuticas, desencadeia o aumento da população de internados sem retorno, ao que a construção de novos hospitais e a ampliação dos já existentes era mero paliativo,

mantendo-se, desta forma, inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico: a exclusão (RESENDE, 1992).

Este autor relata que superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, são o destino das colônias agrícolas. Reeducação para o trabalho rural tornava-se um anacronismo em uma sociedade que se industrializava e se urbanizava rapidamente, surgindo nestas instituições um arremedo de praxiterapia, com atividades monótonas e repetitivas, nas quais o doente não podia perceber qualquer sentido.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores (RESENDE, 1992:36, grifo no original).

É apenas após a Segunda Guerra Mundial que se descortina um panorama de reforma. A necessidade, no mundo ocidental, de novas respostas aos problemas que se colocaram, exigem uma solução. Estas reformas desencadeiam-se na Europa e Estados Unidos.

SAMPAIO (1988) aponta os seguintes problemas que levaram à necessidade de transformações em uma prática instituída:

a) a reconstrução das nações e a demonstração de competência do sistema capitalista, no embate ideológico com o bloco socialista recém-formado, dependia da utilização plena dos sobreviventes;

b) o clima político do liberalismo e da democracia exigindo uma redefinição global de direitos, deveres, cidadania, relação entre indivíduo e Estado;

c) a emergência do neurótico/psicótico de guerra em alarmante magnitude;

d) o surgimento dos neurolépticos, que fazem parte da "revolução farmacológica" (anestésicos, antibióticos, analgésicos, antitérmicos, vacinas), validando as hipóteses biológicas sobre a etiologia das doenças mentais e substituindo os instrumentos biológicos mais explicitamente violentos, permitindo o desenclausuramento.

A racionalidade terapêutica curativa da medicina começa a sofrer críticas e diz-se que a intervenção na sociedade, antecipando as causas das doenças devem ser articuladas com a promoção da saúde. É criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo definido um novo campo de reflexão: a saúde não é apenas a ausência de patologia, mas muito mais do que isto. "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas em uma ausência de enfermidade"(SILVA FILHO, 1992:84).

Nesta transformação, o Estado é o grande planejador dos processos sociais e tem, novamente, como centro promotor, a medicina.

BEZERRA JR. (1994) coloca que desde a Segunda Guerra Mundial surgiram críticas ao asilo e à instituição psiquiátrica. Propostas reformistas procuraram criar novas bases de sustentação teórica e conceitual para o tratamento das doenças mentais.

A introdução do aparato conceitual psicanalítico, aliada à crítica e à tentativa de superação dos mecanismos patogênicos das próprias instituições terapêuticas (Psicoterapia Institucional e Comunidade Terapêutica), a ampliação da rede de dispositivos assistenciais (Psiquiatria de Setor) e a proposta de desospitalização e promoção da saúde mental (Psiquiatria Preventiva) foram tentativas de responder a essas críticas e de formular alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional (BEZERRA JR., 1994:171).

A seguir será apresentado um breve relato descritivo desses movimentos e agregarei algumas críticas que foram feitas a eles. Isto se justifica nesse trabalho

devido à repercussão que tiveram no Brasil: por um lado, estes movimentos geraram algumas diretrizes na implantação das políticas da assistência psiquiátrica pública; por outro, alguns deles foram incorporados pelo setor privado como uma "modernização" e "humanização" deste, e como um reforço na desqualificação do setor público, colocando-o como retrógrado e resistente a mudanças, servindo como justificativa para manutenção e disseminação da "indústria da loucura", o que será visto adiante com mais detalhes.

A) Psicoterapia Institucional

Surgiu na época da II Guerra Mundial, período em que os hospitais psiquiátricos ficaram abandonados à sua própria sorte, sendo que morreram de fome 40 mil doentes mentais na França. Além disto, refugiados do movimento de resistência francesa, alguns dos quais eram médicos, escondiam-se nessas instituições, tendo atuado na transformação das mesmas, mesmo que simplesmente na organização das pessoas para que não morressem de fome.

A experiência ficou conhecida como "psicoterapia institucional" porque esse grupo acreditava que a organização da instituição tinha influência na cronificação dos pacientes, e que havia necessidade de uma intervenção neste nível para que o hospital se transformasse em um local de tratamento. O trabalho era feito em um clima liberal, através de grupos e cooperativas (SERRANO, 1982; VERTZMAN et al., 1992).

Esse movimento, no Brasil, como a própria Psicanálise, fica restrito à prática liberal e ao meio acadêmico, principalmente nos cursos de Psicologia e nos círculos psicanalíticos, não afetando os serviços em geral.

B) Comunidade Terapêutica

Surge no final da Segunda Guerra Mundial na Inglaterra, paralelamente à implantação da psicoterapia institucional na França, tendo como seu idealizador o psiquiatra Maxwell Jones.

BASAGLIA (1991) define a comunidade terapêutica como um local em que todos os componentes (doentes, enfermeiros e médicos) estão unidos em um total comprometimento e onde as contradições da realidade representam o meio através do qual germina a ação terapêutica recíproca. A proposta é viver dialeticamente as contradições do real.

SERRANO (1982), em sua crítica à comunidade terapêutica, aponta as suas limitações, colocando que, por melhor que seja o ambiente, é sempre artificial, que mantém a lógica da discriminação dos diferentes, não abordando o sofrimento psíquico em seu aspecto coletivo, idealiza a equipe terapêutica ameaçando a democracia interna.

O movimento chega ao Brasil em 1969, através da experiência pioneira da Clínica Pinel (Associação Encarnación Blaya), instituição privada, localizada em Porto Alegre. No serviço público é tentada uma modernização setorial, na Unidade Hospitalar Odilon Galotti, do Centro Psiquiátrico Pedro II.

Segundo SAMPAIO (1988:36),

por todo transcorrer dos anos 60 e 70, a idéia da gestão comunitária da instituição psiquiátrica dialoga, no Brasil, com a prática asilar e com o poder público que mantém o asilo (seus próprios), subsidia o asilo (compra leitos privados) e começa a falar a linguagem da intervenção educacional preventiva na comunidade.

O autor acrescenta ainda que a comunidade terapêutica, além de se tornar um projeto reformista que aceita coexistir com outras práticas, oferece à rede privada um bom marketing, indicador de modernidade teórica, técnica e administrativa, frente ao arcaísmo dos serviços públicos.

C) Psiquiatria de Setor

Originou-se do idealismo dos primeiros psiquiatras sociais franceses, dentro do espírito da medicina comunitária. A França foi dividida em setores, com equipes em cada uma delas, sendo que estas trabalham em contato direto com a comunidade (SERRANO, 1982).

Os fundamentos da Psiquiatria de Setor são econômicos e terapêuticos.

Os econômicos dizem respeito à racionalização de recursos, resultando em princípios organizativos baseados na regionalização e hierarquização de serviços. Os terapêuticos referem-se à prestação extra-hospitalar de cuidados, e resultam em princípios baseados em assistência domiciliar, dispensários de higiene mental para o atendimento a egressos e pronto atendimento, serviços de internação parcial, oficinas terapêuticas, oficinas protegidas. A experiência consolidou-se em 1960 (SAMPAIO, 1988).

Sobre as limitações da Psiquiatria de Setor, SERRANO (1982) refere que a sua criação foi paralela à psiquiatria manicomial e não a influenciou e que as atividades "preventivas" da psiquiatria francesa pouco diminuíram o encaminhamento das pessoas aos hospícios. Acrescenta que em vez de diminuir o movimento de pessoas ao psiquiatra ocorreu a popularização do consumo de

remédios e a vulgarização do aconselhamento psicoterápico, degenerando, além disso, em uma burocracia médico-assistencial.

BASAGLIA (1991) coloca como vantagens de uma organização do tipo setorial o fato de, por ser voltada predominantemente para o exterior, permitir uma ação profilática mais capilar e mais rápida.

Acrescenta, porém, que se não for acompanhada pelo desmantelamento simultâneo do hospital psiquiátrico, sua ação se vê comprometida pela presença do manicômio.

No Brasil, essa discussão começa a ser incorporada pelo Ministério da Saúde na segunda metade da década de 70, transformando-se em prática parcial no Rio de Janeiro como decorrência da co-gestão com o Ministério da Previdência (1982), evoluindo para a prática das Ações Integradas de Saúde (AIS), e para a bandeira da Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde: Sistema Único de Saúde regionalizado, hierarquizado, público, de cobertura universal, baseado na atenção primária e em rede extra-hospitalar de cuidados.

D) Psiquiatria Comunitária

A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva foi lançada nos Estados Unidos em 1963, durante o governo Kennedy, priorizando a assistência dada pelos Centros Comunitários de Saúde Mental, enfatizando a prevenção e o tratamento descentralizados, localizados na comunidade, em oposição ao tratamento institucional. Este movimento trata-se claramente de uma desospitalização, tendo como objetivo reduzir os custos do Estado com os hospitais psiquiátricos, ocorrendo inclusive o fechamento de 70% destas instituições.

O referencial teórico dessa proposta preventivista se delinea no conceito de história natural das doenças, de Leavell & Clark, que propõe a multicausalidade das doenças, onde se inclui como fator causal o "social", vinculado ao hospedeiro e ao meio ambiente. O social é visto como uma entidade inespecífica e indiferenciada, em um meio ambiente visto como natural e agressivo, perdendo, assim, a sua força enquanto elemento de explicação (SILVA FILHO, 1992).

A doença tem, neste referencial, uma evolução natural, através de uma seqüência de fatores consecutivos passíveis de reconhecimento, semelhantes de sujeito a sujeito, onde a intervenção em um determinado nível aborta a seqüência e evita a instalação da doença (prevenção primária), reduz a sua duração (prevenção secundária) e evita a deterioração que poderia resultar do distúrbio (prevenção terciária).

Gerald Caplan, o pioneiro deste enfoque, expressa em sua obra os seus objetivos: "Este enfoque se baseia no suposto de que muitos transtornos mentais resultam da inadequação e de que, alterando o equilíbrio de forças, se fazem possíveis uma adaptação e um ajuste sãos" (CAPLAN, 1966:45).

A Psiquiatria Comunitária, além de não ter conseguido revolucionar a assistência e nem ter feito prevenção primária, estimula o consumo de drogas e de serviços (psiquiatrização da sociedade), e problemas sociais passam a ser vistos como problemas médicos (SERRANO, 1982).

As propostas da Psiquiatria Comunitária chegam ao Brasil em 1971 com o trabalho de Busnello em Porto Alegre, mas é em 1976 que são incorporadas como instrumento modernizador das políticas oficiais para a área, sendo criado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

Estas políticas promovem ações de desospitalização, de relativização da especialidade dos agentes, de participação comunitária, mas através de reducionismos. Cuidados primários de saúde são tomados como cuidados rústicos para populações pobres, desospitalização como alocação de técnicos de nível superior em ambulatórios, sem uma mudança na mentalidade manicomial, relativização da especialidade, tomada como treinamento em psiquiatria do médico generalista, e participação comunitária como consulta eventual de lideranças políticas oficiais ou semi-oficiais. Além disto, a prevenção é tomada como prevenção de reinternação, pois se destina basicamente a egressos. O movimento, porém, propiciou a atualização da discussão do tema, mesmo que em níveis mínimos, e propiciou a modernização física de alguns hospitais (SAMPAIO, 1988).

Além disto, tem grande difusão nos currículos dos cursos ligados à área de saúde mental, a partir dos anos 70, mantendo-se até os dias atuais.

Mas a incorporação da Psiquiatria Comunitária não ocorre apenas a nível das políticas do governo. Os serviços de atenção privada logo incorporam também os seus pressupostos.

Exemplo disto ocorre na Associação Encarnación Blaya (Clínica Pinel) de Porto Alegre, já citada anteriormente como precursora da Comunidade Terapêutica no Brasil. Esta instituição, em 1980, inaugura uma unidade ambulatorial, mantida pelo seu convênio com o INAMPS e implantada diretamente na comunidade a ser servida, através de programas de prevenção primária, secundária e terciária.

A adequação do setor privado às políticas oficiais do estado aparecem claramente nas palavras de Marcelo Blaya, fundador daquele serviço, nos seus comentários finais sobre a proposta de implantação da nova modalidade de atenção:

É uma oportunidade que temos cortejado de longa data e que acreditamos deva representar a segunda contribuição significativa da nossa ASSOCIAÇÃO para o desenvolvimento brasileiro na área da Saúde Mental. Depois de quase 20 anos de comunidade terapêutica é com satisfação que vemos a possibilidade de poder desenvolver um programa de psiquiatria comunitária (BLAYA, 1979:127, grifo do autor).

Percebemos mais uma vez, neste exemplo, que além de não abalar a hegemonia do sistema asilar, a experiência serve também como argumento de modernidade ao setor privado, tutelado pelo Estado, demonstrando a capacidade histórica de adaptação do mesmo às propostas reformistas e até mesmo de sua incorporação.

E) Psiquiatria Democrática

Em meados da década de 60, surge uma experiência na Itália, primeiro em Gorizia e depois em Trieste, que viria, mais tarde, denominar-se Psiquiatria Democrática. Psiquiatras inovadores italianos passam a trabalhar com a hipótese de que "o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da "existência global complexa e concreta" dos pacientes e do corpo social" (ROTELLI, 1990:27).

A maior ênfase na discussão sobre este movimento deve-se ao fato de entender que suas bases teóricas e práticas têm inspirado, de forma inequívoca, a chamada Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na Itália, durante muito tempo, a cultura psiquiátrica permaneceu sob a influência predominante do pensamento alemão. Esta situação institucional transformou-se com anos de atraso em relação à França e Inglaterra. As primeiras transformações tiveram inspiração na Comunidade Terapêutica.

Franco Basaglia, psiquiatra que liderou este movimento, afirma que as referidas transformações se apresentaram como o primeiro passo dado em direção a uma mudança mais abrangente:

(...) no que diz respeito à nossa experiência, parecia-nos ser uma medida urgente adaptar nossos instrumentos à realidade sobre a qual agíamos.(...).Por isso a escolha do modelo anglo-saxão de comunidade terapêutica tinha o sentido de ser um ponto de referência genérico, com condições para justificar os primeiros passos de uma ação de *negação* da realidade do *manicômio* (BASAGLIA, 1991: 112, grifo do autor).

O autor afirma que a partir do momento que o campo de ação e a realidade institucional modificaram, foi se tornando clara a necessidade de um contínuo rompimento das linhas de ação. Considera a Comunidade Terapêutica como tendo sido um passo necessário na evolução do hospital psiquiátrico, não podendo entretanto ser considerada como a meta final.

Existiam duas opções: de propor uma nova realidade institucional (comunidade terapêutica) como um modelo que resolvesse o problema das instituições psiquiátricas, ou de propor a negação como única modalidade possível no interior de um sistema político econômico que absorve para si todas as novas afirmações, utilizando-as como instrumentos para a própria consolidação. No primeiro caso, a comunidade terapêutica seria um aperfeiçoamento técnico no interior do sistema psiquiátrico tradicional e do sistema sócio-político geral, ocorrendo a solução de conflitos sociais através da adaptação de seus membros à violência da sociedade (BASAGLIA, 1991).

Frente a estas questões, a opção em termos de ação do grupo italiano é a segunda: a da negação. O próprio BASAGLIA (1991) coloca que a ação no sentido de uma dimensão negativa é, ao mesmo tempo, destruição e superação. Neste processo dá-se a desinstitucionalização.

Mas a desinstitucionalização proposta pelos italianos diferenciava-se da adotada pela Psiquiatria Comunitária americana: uma mera desospitalização.

TAYLOR (1992:8), ao referir-se à "desinstitucionalização" que supostamente ocorreu nos EUA, conceitua-a como a "prática de se dar alta a certos pacientes com doença mental internados há longo tempo, encaminhando-os para programas de tratamento baseados na comunidade".

A negação da instituição não se restringe a isso. É a negação do paradigma que a fundamenta: o paradigma clínico, e de todos os aparatos institucionais referidos à "doença", para retomar o contato com a existência dos pacientes enquanto "existência doente". Mas frente à demolição das antigas instituições, novas instituições devem estar à altura do objeto, não mais um objeto em equilíbrio, mas um objeto em definição, em estado de não equilíbrio. Esta é a base da Instituição Inventada (e nunca dada) (ROTELLI, 1990).

Basaglia e sua equipe decidiram desenvolver uma verdadeira vida em sociedade com seus pacientes e o que era visto como sintoma da doença passou a ser visto como sintoma do modo como a doença era tratada.

A desalienação asilar da loucura passa a ser um projeto político, passando a ser dada positividade à loucura, de modo que

seria preciso reconhecer a diferença do universo da loucura frente ao universo da não loucura sem que isso implique na retirada da loucura do campo da verdade e na destituição da função sujeito, formas privilegiadas na tradição ocidental para a negativização da experiência da loucura (BIRMAN, 1992:86).

Após a implantação do projeto de comunidade terapêutica no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, que ocorreu de 1961 a 1968, Franco Basaglia parte para os EUA em 1970 como professor visitante em um dos Community Mental

Health Centers, de Nova York. Nessa ocasião, baseado na experiência que vinha sendo desenvolvida nesse país, torna-se claro para ele que os modelos de organização comunitária, baseados no preventivismo de Caplan, não são soluções para a extinção de hospitais psiquiátricos, tal como era esperado. Destrói a ilusão de que com a construção de uma rede de serviços externos o manicômio se tornaria obsoleto. Em outubro de 1971 começa em Trieste "uma verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos 'tratamentos' violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental" (ROTELLI & AMARANTE, 1992:43).

São construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada um abrangendo 24 mil habitantes, 24 horas do dia em funcionamento. Grupos-apartamentos (residências onde moram os usuários), cooperativas de trabalho, serviço de emergência psiquiátrica foram outras modalidades de atenção criadas. Experiências semelhantes começam a ser desenvolvidas em outras cidades da Itália, como Perugia, Arezzo, Regio-Emilia e Parma.

Em 1973, frente à repercussão das experiências de Gorizia e Trieste, que já estão com os manicômios fechados, o Partido Radical propõe a revogação completa da legislação psiquiátrica em vigor.

Não bastava apenas proibir a construção de hospitais psiquiátricos. Era necessário garantir os direitos de cidadania daqueles excluídos do processo de produção. Foi operacionalizada uma articulação da sociedade em geral, através de amplos debates sobre o modelo assistencial predominante, incluindo os sindicatos, setores organizados, partidos políticos, trabalhadores em saúde mental e usuários.

É constituída uma comissão para propor a revisão da legislação italiana, que datava de 1904, sendo incorporadas parcialmente as idéias de Basaglia na nova lei, passando a ser conhecida como "Lei Basaglia"³, e sendo aprovada em 13 de maio de 1978 (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

A Lei 180, que substitui a legislação de 1904, "proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais dos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado" (ROTELLI & AMARANTE, 1992:46).

BEZERRA JR. (1994) assinala que nesse momento de transformação, o debate em torno da psiquiatria foi expandido, integrando novos atores, deixando de ser assunto de profissionais, especialistas. Frente às dúvidas em relação à possibilidade de revoluções macroestruturais, a psiquiatria transforma-se em palco privilegiado de discussões teóricas e lutas políticas. Ou seja,

através da análise de suas origens, seus mecanismos de intervenção, seu aparato conceitual e suas instituições, tornava-se possível não apenas desvendar teoricamente aspectos da natureza e do funcionamento de nossas sociedades geralmente ausentes nos discursos políticos como também abrir espaços de atuação no nível da micropolítica (BEZERRA JR., 1994:172).

1.2.2. A Indústria da Loucura no Brasil

O período que se seguiu ao golpe militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e a extensão da

³Apesar de ele mesmo não ter participado de sua elaboração e ter feito inúmeras críticas a ela (BEZERRA JR, 1994).

cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. A precária rede pública permanecia reservada aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a contratação de leitos da rede privada foi expandida para atender aos demais, em uma clara ideologia privatista, marcando o período com um afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada. Tratava-se de um nítido privilegiamento da função lucrativa da psiquiatria, sendo significativo o fato de que o Ministério da Saúde do governo Costa e Silva foi ocupado por um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica (RESENDE, 1992).

O segmento populacional alijado do processo produtivo, e que, por isso não era contribuinte da Previdência, foi condenado ao atendimento nos asilos públicos, carentes de recursos e submetidos a uma progressiva desativação. Nas clínicas privadas, tal clientela, ainda assim quase exclusivamente provinda das camadas populares, era constituída de trabalhadores rurais desadaptados à vida das cidades, empregados e desempregados do setor de construção civil, desempregados e subempregados das faixas menos qualificadas do setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito 'tradicional' (DELGADO, 1992:178).

No ano de 1966, os psiquiatras criaram a sua entidade nacional - a Associação Brasileira de Psiquiatria. Os proprietários de hospitais privados também se organizam, fundando, em 1967, a Federação Brasileira de Hospitais.

Esse panorama ocorre em consonância com a implantação, nessa época, do modelo médico assistencial privatista como hegemônico na saúde. O entendimento das características e das implicações desse modelo auxiliam na compreensão de seus reflexos na área da saúde mental, levando à consolidação do sistema hospitalocêntrico, com grande incremento do setor privado e gradativo sucateamento do setor público.

O citado modelo tinha as seguintes características: extensão da cobertura previdenciária a quase toda população urbana e rural, criação de um complexo médico industrial através da intervenção estatal, capitalização da medicina e

privilegiamento do produtor privado de serviços. Apesar da ampliação do âmbito da ação da previdência, eram claras as desigualdades do acesso quantitativo e qualitativo das diferentes clientela, desnudando o caráter discriminatório das políticas de saúde, sendo base da consolidação, na década de 80, da *universalização excludente* das políticas de saúde (MENDES, 1994).

Essa desigualdade de acesso vai se conformando da seguinte forma: o setor privado, subsidiado pelo Estado, dirige-se ao trabalhador contribuinte da previdência. Esse subsídio passa a garantir a esse setor capital fixo, reserva de mercado, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade. Dá-se a alavancagem do setor privado, consolidando-se o sistema hospitalocêntrico. O setor estatal fica com as ações não rentáveis, as chamadas ações de saúde pública (MENDES, 1994).

Com relação à assistência psiquiátrica, é criada, no âmbito do Ministério da Saúde, em 1967, a Campanha Nacional de Saúde Mental (Decreto 60.252), com o plano de metas voltado para a promoção de campanhas educativas que afetassem a saúde mental segundo a matriz teórica da Psiquiatria Comunitária norte-americana; para a prevenção das toxicomanias e do alcoolismo; para a injeção de recursos humanos nos hospitais psiquiátricos federais, através da CLT, e não do Estatuto dos Servidores Públicos (gerador de estabilidade para o trabalhador).

Na saúde mental nasce e se firma a indústria da loucura. O setor estatal direciona-se aos marginalizados, inadaptados e aos "loucos", já que no setor privado tratavam-se os doentes mentais trabalhadores contribuintes e a sua família, de preferência com melhor prognóstico social.

SAMPAIO (1988), através da análise do período 1941-1981, oferece dados que permitem visualizar o processo de privatização, estabelecendo inclusive uma

comparação entre hospitais em geral e hospitais psiquiátricos, e o concomitante sucateamento do setor público.

O autor aponta que os hospitais públicos, tanto em geral como os psiquiátricos, reduzem seus tamanhos⁴ em proporções assemelhadas. No caso do público em geral a redução é de 43,4%, enquanto entre os psiquiátricos a redução é de 48,2%. Já os privados, aumentam o seu tamanho, mas de modo claramente desproporcional entre os hospitais privados em geral e os psiquiátricos. No caso do privado em geral, o aumento é de 11,2%, enquanto entre os psiquiátricos é de 80,7%.

Outro dado importante é em relação ao número absoluto de leitos que cresce, tanto no que se refere aos hospitais em geral como nos psiquiátricos, mas com diferenças de magnitude e ritmo. O número de leitos de privados em geral cresce mais rápido que os de públicos em geral (2,23 vezes mais rápido). Porém, os privados psiquiátricos crescem muito mais rápido que os públicos psiquiátricos (10,02 vezes mais rápido). Dentro do próprio setor privado, a expansão dos psiquiátricos é grande (crescem 2,88 vezes mais rápido do que os em geral).

Sampaio afirma que o poder público tem tido possibilidades de condicionar os rumos da assistência psiquiátrica hospitalar. Para comprovar essa afirmação, apresenta a média anual de fundação de estabelecimentos psiquiátricos no Brasil, por regime de propriedade, de 1852 A 1981, estabelecendo a seguinte periodização:

1852-1940: antes da criação do Serviço Nacional de Doentes Mentais (SNDM), período que pode ser considerado a "idade de ouro dos asilos", com hegemonia do setor estatal;

⁴O tamanho médio dos estabelecimentos hospitalares foi calculado a partir da divisão do número de leitos pelo número de estabelecimentos.

1941-1985: após a criação do Serviço Nacional de Doentes Mentais (SNDM). Este período demonstra "substantivos ganhos de organização institucional dos aparelhos de Estado voltados para normatizar e implementar políticas de saúde", através da criação do SNDM (1941), a independização institucional do Ministério da Saúde (1952), unificação dos Institutos e Caixas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, a criação da CNSM (1967), a implantação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) em 1975 e a consolidação do CONASP em 1982 (SAMPAIO, 1988:94).

Ressalta, porém, que esses ganhos não eram para que eles próprios (aparelhos de Estado) administrassem as políticas, mas para administrarem o repasse das funções públicas para a iniciativa privada. Isso é demonstrado pela decisão de privatizar o setor, pela hipertrofia do modelo curativista via compra de cuidados pela Previdência e pela radicalização da oferta classista de serviços (os indigentes ao hospital público, os ricos às clínicas liberais, os trabalhadores urbanos ao hospício privado contratado pela Previdência).

O autor aponta que antes da criação do SNDM, o Brasil via o surgimento de um hospital psiquiátrico a cada dois anos. Depois, sete a cada ano, dos quais cinco lucrativos, sendo que este segundo período tem um desdobramento:

1941-1964: Ministério da Saúde detém o controle da assistência psiquiátrica;

1965-1981: Previdência Social detém o controle da assistência psiquiátrica.

Com a unificação das Previdências Públicas, o poder de definir o rumo da assistência mudou de mãos e a média de sete serviços/ano pôde ser decomposta: força do Ministério da Saúde, nove serviços/ano, dos quais cinco lucrativos; força da Previdência Social, 25 serviços/ano, dos quais 20 lucrativos. Ressalta que excluiu os

filantrópicos do cálculo por crença, provisória, na existência de serviços privados sem fins lucrativos.

Se o setor público está empenhado em repassar função pública para a iniciativa privada, qualquer esforço de renovação estará condicionado por esta perspectiva política. Se o setor privado tem como eixo a escala de lucratividade, qualquer esforço de renovação estará comprometido por sua eventual possibilidade de aumentar a escala de lucros. Os ecos mudancistas que chegaram do mundo externo, a partir dos anos 50, fizeram pequenos bulícios na superfície dos hospitais psiquiátricos brasileiros e foram logo esquecidos ou adulterados (SAMPAIO, 1988:94).

Esta tendência ao privilegiamento da função produtiva da psiquiatria não foi viabilizada sem conflitos. Na saúde mental isso se refletiu através de denúncias de amplos setores de representantes da área da saúde mental de todo país que se manifestaram contra o favorecimento da indústria da loucura e cobravam uma maior eficiência do sistema, considerado dispendioso e cronificador.

As circunstâncias conjunturais dos primeiros anos da década de 70 (escassez de mão de obra frente ao grande aquecimento da economia) levaram a que estas denúncias fossem consideradas pelo governo, sendo que não é mera coincidência que todas as propostas que se seguiram deram ênfase à manutenção do doente na comunidade, sem afastá-lo de seu vínculo com o trabalho. Começou também a ser exercido um maior controle sobre o tempo de permanência no hospital, a cargo dos médicos do próprio INPS (RESENDE, 1992).

Ao invés de abalar o sistema privado, a ênfase à atenção extra-hospitalar o reforça ainda mais. Quando o Estado estabelece como seu limite de ação uma atenção predominantemente ambulatorial, que não interessa ao privado, e reduz o tamanho de sua rede de internação com paralelo sucateamento dessa, remete um determinado segmento da população para o privado conveniado, subsidiando-o e garantindo a clientela.

O Rio Grande do Sul foi pioneiro em algumas mudanças que privilegiavam uma atenção extra-hospitalar. Em 1973, a Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA/RS) iniciou um plano de interiorização do cuidado em saúde mental, através do treinamento de clínicos gerais no interior do Estado, visando reduzir o afluxo de pacientes do interior para a capital, além do já referido trabalho pioneiro de Ellis Busnello, em São José do Murialdo, uma vila de Porto Alegre, que inclusive antecedeu as políticas oficiais (MIRON, 1993).

Essa onda de renovação tem curta duração e repercute em experiências isoladas.

Em seus comentários sobre a assistência ambulatorial no Brasil, SAMPAIO (1988) reforça o fato de que, apesar de diversos documentos na década de 70 preconizarem a integração da assistência psiquiátrica na rede básica de saúde⁵, esta não conseguiu operacionalizar o princípio defendido. Isso é demonstrado pelo fato de que as despesas da Previdência com ambulatórios tiveram um crescimento real de apenas 2% na década de 70.

A ambulatorização, como instrumento de penetração política no social, podia até ser uma necessidade e uma meta, mas não realizava os interesses econômicos dos agentes, portanto não aconteceu. (...) convém assinalar a profunda diferença que separa a história brasileira da ambulatorização psiquiátrica e a mesma história nos países desenvolvidos ocidentais: enquanto neles se realizava o discurso e a prática da desospitalização (...) no Brasil, o asilo psiquiátrico, desta vez como empresa privada, (...) permanecia, se consolidava e crescia como setor de ponta da assistência (SAMPAIO, 1988:43).

Novamente a modificação da conjuntura política e econômica brasileira traça os caminhos e desta vez não tão promissores para a saúde mental, que volta a ficar em segundo plano nas políticas de um governo em crise.

⁵Relatório do Grupo de Trabalho Nacional do INPS, criado em 1971, intitulado "Declaração de Princípios de Saúde mental"; Ordem de Serviço SAM nº 031.60, de 16 de março de 1978; e Ordem de Serviço INAMPS/SMS nº 49.1, de 29 de dezembro de 1978 (SAMPAIO, 1988:42).

O ano de 1974 marca o início do fim do período de prioridade dada à psiquiatria. Os anos do "milagre econômico" deixaram um saldo de deterioração das condições de vida dos trabalhadores, dado o desgaste a que foi submetida a força de trabalho (queda do poder de compra do salário mínimo, aumento nas horas de trabalho e dos acidentes de trabalho). Além disto, nas eleições de 1974 o Governo perdia o seu apoio e legitimidade. Respondeu a esta crise intensificando as ações de assistência médica (não psiquiátrica), e a assistência ao doente mental perde a importância que chegou a ter no início da década de 70 (RESENDE, 1992).

Após anos de uma política de saúde centralizadora, coerente com o regime político autoritário vigente no país, frente à crise deste mesmo regime a nível político e econômico que exigia mudanças, surgem também transformações no âmbito da saúde.

Esta relação entre economia, política e saúde pode ser melhor entendida através da análise de Luz (apud NORONHA & LEVCOVITZ, 1994:74):

as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico para a constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira. Ajudaram mesmo a modelar certos traços estruturais dessa ordem, entre os quais a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país.

O modelo médico, já no decorrer dos anos 70, apresenta graves problemas por excluir parcelas expressivas da população e, com a crise econômica que se desencadeou a partir da metade da década, obrigando uma abertura política lenta e gradual, entraram em cena novos atores sociais, dispostos a lutar pela imensa dívida social acumulada no período autoritário. De outro lado, o modelo concentrador articulava um conjunto de políticas compensatórias dirigidas a grupos não integrados no processo de desenvolvimento econômico e social (MENDES, 1994).

Quanto às políticas compensatórias esse autor afirma:

trata-se, portanto, de reconhecer e legitimar diferentes graus de cidadania e oferecer políticas sociais perpetuadoras das desigualdades, seja no plano espacial, seja no plano dos conjuntos sociais (MENDES, 1994:26).

Diz também que ocorre uma coincidência entre a necessidade de expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo assistencial privatista (e que não interessavam a esse) e a proposta internacional de cuidados primários, desenvolvendo-se no Brasil a proposta de atenção primária. Esta é concebida na concepção estrita de um programa, executada com baixos recursos, dirigida a populações marginalizadas em regiões marginalizadas, usando tecnologia simples e barata.

O mesmo autor chama a atenção para o fato de que não deve ser deduzido dessa afirmativa uma negação da proposta de atenção primária em saúde, quando essa é entendida como uma

concepção ampla de uma estratégia destinada a apropriar, recombina, reorganizar e reorientar todos os recursos de todo o setor saúde para satisfazer às necessidades e representações, na área sanitária, de toda a sociedade (MENDES, 1994:27).

A crítica situa-se no fato de que, no Brasil, prevalece o entendimento reducionista da atenção primária seletiva, através de programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco.

Surgem então, aparentemente opostas ao modelo hegemônico vigente (modelo médico-assistencial privatista), propostas de mudança na saúde oriundas do próprio governo, que buscam solucionar a crise e dar algum tipo de resposta aos protestos e insatisfações que começam a se tornar públicos. Destaca-se o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, criado em 1976 pelo próprio Ministério da Saúde, e que é estendido a outras regiões em 1979, absorvendo

as proposições de "Atenção Primária à Saúde" e de "Saúde para todos até o ano 2000", oriundas da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrendo um incremento na oferta de serviços ambulatoriais básicos (MENDES, 1994).

Esta expansão das políticas sociais na tentativa de o governo autoritário recompor as suas bases políticas demonstra uma das principais contradições do sistema previdenciário brasileiro: amplia a cobertura de benefícios sem a criação de mecanismos que assegurem o necessário suporte financeiro (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Isso fica mais claro na seguinte colocação de SAMPAIO (1988:66) quando fala da interdependência das crises:

arrocho salarial, forma intensiva de exploração da força de trabalho, assistencialismo curativista = crise da saúde; crise da saúde (maior demanda de cuidados), arrocho salarial (queda de receita do SIMPAS, entre 1971 e 1983 a contribuição dos trabalhadores representou de 83,4 a 93,2% da receita do SINPAS) = crise da Previdência; multiplicação das crises internas, falência da liquidez financeira internacional pós-crise do petróleo = perda de sustentação do poder político.

A crise econômica e a ausência de alternativas no interior do regime autoritário alargam a cena política e surgem novos atores no processo de discussão sobre a reorganização do sistema de poder no país, abrindo espaços para o desenvolvimento do movimento do que viria a ser na década de 80 a Reforma Sanitária, e no caso da saúde mental propicia condições para o movimento da Reforma Psiquiátrica. Esta tem como base um total abandono da questão da saúde mental, julgada secundária frente à crise sócio-política instalada.

1.2.3. A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A efervescência dos movimentos populares no final da década de 70, como já foi referido, tem seus correspondentes no contexto da saúde mental.

Bezerra Jr. (1994) aponta dois fatos que ocorreram em 1978 e que articularam os atores desse movimento em torno de uma luta mais ampla: a ação contra o sistema asilar.

O primeiro deles foi a "crise da DINSAM" (Divisão Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde). Esta crise foi um fator de aglutinação de profissionais da área frente à demissão sumária de centenas de profissionais responsáveis pela assistência nos estabelecimentos do Ministério da Saúde, devido às denúncias em relação à situação caótica desses hospitais e reivindicações trabalhistas. O alvo das críticas era o próprio governo central. A crise chega aos meios de comunicação através de denúncias da violência em relação aos pacientes internados, sendo a opinião pública sensibilizada. Entidades corporativas da área da saúde encampam as reivindicações, e aglutinam outras a essas. Surge desse processo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O segundo fato apontado pelo autor ocorreu alguns meses mais tarde: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, SC. Neste evento foram promovidas discussões paralelas por núcleos de saúde mental de vários estados, e que acabam impondo um teor político claro a um congresso tipicamente conservador, apontando para as péssimas condições de trabalho a que estavam submetidos os trabalhadores e sua pouca participação nas políticas públicas e na elaboração dos projetos.

Ainda em 1978 ocorre a vinda para o Brasil de Guattari, Castel, Goffman e do próprio Basaglia, autores internacionais que tinham em comum a crítica à psiquiatrização da loucura, que, após isso, retornam várias vezes, consolidando o engajamento de uma nova geração de profissionais da área na direção da reforma (Bezerra Jr, 1994).

A proposta de Reforma Psiquiátrica não ficou desvinculada da proposta de mudanças na saúde como um todo. Apesar de algumas assintonias e contradições no decorrer da história, as quais não se pretende negar pela via do determinismo mecânico, a compreensão do que vinha ocorrendo a um nível mais amplo é fundamental para a apreensão das transformações na saúde mental, fortemente influenciadas, e até mesmo possibilitadas, por essa totalidade. Mas, como já apontado anteriormente, as transformações concretas mais específicas da saúde mental deram, como contrapartida, força ao movimento de reforma na saúde brasileira e ao seu potencial renovador.

O sistema de saúde brasileiro, frente a uma transição democrática conflituosa e contraditória, sofre transformações profundas.

Em 1981, alguns setores do governo decretam a falência do sistema previdenciário e abrem ao público o debate sobre a necessidade de mudança, tanto na imprensa como no Congresso Nacional. Além disso, na academia, através de seus intelectuais, professores e pesquisadores, surgem propostas alternativas para a construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, com uma postura de crítica radical ao centralismo autoritário, propondo a descentralização, universalização e a unificação. Destaca-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que, em 1979, elaborou o documento que expressava esses princípios,

apresentado no I Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara de Deputados (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Os autores lembram que, com a vitória do partido político MDB em algumas cidades de médio porte, já foi possível, nos primórdios da década de 80, testar essas idéias em espaços institucionais limitados, tais como Campinas, Londrina e Niterói.

Isso não foi diferente na área da saúde mental, sendo que, nesse período, surgiu a oportunidade para que psiquiatras progressistas ocupassem lugares no aparelho do Estado, de modo a influenciar nas políticas do setor. Isso gerou um dilema: de um lado, a dúvida de que essas mudanças pudessem ser realizadas a partir do interior do asilo e, de outro, frente ao contexto político nacional, pois ainda se estava sob o regime militar e existiam dúvidas sobre a possibilidade de manter uma postura contra esse regime ocupando cargos de confiança nos seus órgãos. De qualquer forma, surgiram, nesse contexto, experiências renovadoras em várias cidades e municípios do país (BEZERRA JR., 1994).

A crise da Previdência teve seus reflexos no modelo de saúde vigente até então no país.

No final da década de 70 já se manifesta um esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e surgem no campo da saúde dois grandes projetos político-sanitários: a reforma sanitária (contra-hegemônico) e o projeto neoliberal (hegemônico), esse se apresentando como uma proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista. A crise financeira da Previdência leva à identificação das despesas médicas como um dos focos geradores desta. A Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) encontra-se acuada pelas denúncias de fraudes, e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABMG) colocava-se como alternativa de custo zero para a crise da atenção médica. A partir disso, delineava-se um

processo de mudança da hegemonia no setor privado, através do confronto entre um setor Estado-dependente e um outro, mais dinâmico, que não mantinha relações diretas com a Previdência Social (MENDES, 1994).

Isso vai delineando um dos aspectos do projeto neoliberal na saúde, que se consolida como hegemônico na década de 80: a mudança de qualidade do setor privado, com a criação de um subsistema privado forte e de baixa regulação pelo Estado - o da atenção médica supletiva - estabelecido com base nos convênios-empresa. Este subsistema é incrementado pela universalização excludente, que se consagra com a expansão da universalização do sistema de saúde da Constituição de 1988, e, acompanhada de mecanismos de racionamento e sucateamento dos serviços públicos, vai expulsando do subsistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado, que é absorvido pelo subsistema de medicina supletiva (setor privado mais moderno). Ficam no setor público o setor privado tradicional mais retardado tecnologicamente (como os hospitais psiquiátricos) e os serviços estatais, que absorvem a mão de obra de menor qualificação do setor informal da economia (MENDES, 1994).

Segundo MENDES (1994:80):

(...) na prática, a legislação universalizante, construtora de uma cidadania plena é reinterpretada por uma realidade que estabelece uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica.

O entendimento desses fatos confirmam a capacidade do setor privado de adaptação às mudanças nas políticas públicas, revertendo, inclusive estas a seu favor. Apesar da área da psiquiatria estar vinculada aos setores mais atrasados e ainda se mantendo em uma condição Estado-dependente, podemos perceber, principalmente em pequenos estabelecimentos de algumas regiões e nas capitais, um crescente

número de descredenciamentos e a adoção do modelo contratual liberal desse serviços, principalmente através de convênios-empresa.

Mas o movimento da reforma sanitária, apesar de não ser hegemônico, não deixa de estabelecer algumas tensões na implantação do projeto neoliberal na saúde.

Em 1981 é proposta a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, a partir do qual se desdobraram os documentos legais mais importantes do período: o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (Plano CONASP, 1981) e o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (SAMPAIO, 1988). A partir do CONASP foi implementada a política das Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS se efetivaram através de convênios entre os Ministérios (Saúde, Previdência e Educação), as Secretarias Estaduais de Saúde e com a adesão dos municípios, possibilitando com isso, em vários Estados, o fortalecimento da rede básica ambulatorial, contratação de recursos humanos, articulação dos serviços públicos municipais e a participação popular nas comissões estabelecidas (ALMEIDA, 1991).

NORONHA & LEVCOVITZ (1994) apontam que, apesar das limitações das AIS quando esbarram na descentralização plena, já que a representação federal nos Estados permanece exercendo poder amplo (principalmente no "monopólio" do relacionamento com o setor privado), elas proporcionaram uma base técnica e princípios estratégicos para momentos posteriores da reforma sanitária, através da criação de uma infra-estrutura fundamental de rede física de cuidados básicos de saúde, essencial ao posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização, e dão relevo aos atores a nível local, fundamentais na construção de um sistema descentralizado.

Com as AIS ocorre um certo renascimento do sistema público de cuidados, que se encontrava tão carente que não reage de imediato e, prisioneiro da rotina e do pequeno, não mostra competência para administrar a nova escala de recursos. Mas apesar da pouca resposta, já se produz um novo equilíbrio de forças: velhos hospícios privados fecham ou reduzem o número de leitos e os novos não atingem a capacidade instalada, prevista durante a euforia perversa dos anos 70 (Sampaio, 1988).

No Rio Grande do Sul, através de uma política de unificação na primeira metade da década de 80, o Plano Estadual de Saúde Mental é elaborado conjuntamente pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Superintendência Regional do INAMPS. A proposta de Ações Integradas de Saúde (AIS) gera a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental, regidos pela lógica da programação. São delimitadas prioridades, elaborado um manual de cuidados primários de saúde mental e realizados treinamentos de pessoal na rede pública de serviços estaduais.

A reorganização do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPS) em 1971, com o objetivo de aliviar a demanda e a superlotação e aliviar os custos do Estado, resolve parcialmente os problemas do próprio hospital, mas gera, secundariamente, novos problemas: o estado se descompromete de cuidar dos doentes do interior do Rio Grande do Sul e as comunidades não estão preparadas para isso. As unidades sanitárias que deveriam ser a porta de entrada do sistema de saúde começam a atender os egressos de instituições psiquiátricas, numa prática de perpetuação da prescrição medicamentosa do hospital (FAGUNDES, 1992).

Isso aparece claramente no estudo que MIRON (1993) realizou em Ijuí, município do Rio Grande do Sul. A autora aponta que após um treinamento de clínicos realizado pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (SSMA) no interior do Estado, o fornecimento de psicotrópicos e o encaminhamento de pacientes ao

HPSP eram condutas centrais naquele município de 1973 a 1982. A partir de 1982 passam a atuar profissionais com formação específica na área da saúde mental, o que parece não ter alterado de forma significativa esse perfil, pois o trabalho realizado permanece centrado no ato médico e na distribuição de psicotrópicos.

Em 1986, em Brasília, ocorre a VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), que acaba sendo o principal marco da chamada Reforma Sanitária brasileira, e que tem como mentor o próprio governo, através do Ministério da Saúde, coerente com a tentativa de manutenção de suas bases políticas nesse período de crise e também pela presença no próprio governo de setores mais progressistas, mostrando que esse não se apresentava como um bloco homogêneo.

A VIII CNS teve como objetivo a discussão da reforma sanitária a ser implantada pelo governo, cujos princípios fundamentais foram incluídos na nova Constituição brasileira sancionada em 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Na VIII CNS os temas da universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade civil organizada nas decisões sobre saúde remetem à questão da descentralização, ganhando força o nível local. No Rio Grande do Sul, a questão do questionamento do sistema asilar, antes restrito às grandes cidades, tem solo fértil nesses princípios. Os municípios passam a ser pressionados a assumir o setor por duas questões: pela política emanada a nível central e pelas pressões internas nos próprios municípios oriundas dos profissionais e usuários dos serviços (MIRON, 1993).

Buscando avançar em relação às AIS, foi criado em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), assumindo como diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, implementação de

distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Os municípios foram predominantemente tratados como prestadores/executores de serviços de saúde, apesar de ser observada uma heterogeneidade na relação entre Estados e Municípios (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Os autores resgatam, porém, a importância do SUDS, afirmando que o mesmo, além de não ter "esperado" a nova constituição para implementar estratégias de mudança, interveio no processo político, inclusive como determinante do que a constituição expressou, posteriormente, no SUS.

LUZ (1994) tentando explicitar o que foi a política de saúde na década de 80 em relação à história das políticas de saúde no Brasil, aponta os seguintes elementos novos:

- a entrada em cena do empresário da saúde como ator político, defendendo publicamente os seus interesses;

- a tomada de consciência da sociedade civil do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva, e de que são os próprios trabalhadores que financiam os serviços médicos da Previdência Social e do Ministério da Saúde;

- são dados os primeiros passos rumo à contenção e regulamentação da política de convênios com o setor privado, que chegara a ser financiada em mais de 80% pelo Estado;

- e, por último, mas talvez a questão fundamental, a percepção social da saúde como direito de cidadania e que, no contexto dessa nova definição

a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa - e participativa - do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação na gestão de políticas institucionais, etc. (LUZ, 1994:136).

Na área da Saúde Mental, acontece no Rio de Janeiro, em junho de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), um desdobramento da VIII CNS.

Nessa conferência foi reafirmada a determinação social do processo saúde/doença mental, sendo defendida a implantação da reforma sanitária conforme a VIII CNS. É preconizada a reversão da tendência hospitalocêntrica (desospitalização), priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, referendando a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços alternativos (MIRON, 1993).

A grande preocupação com a cidadania do doente mental aparece através da recomendação de uma série de modificações na legislação civil, trabalhista, sanitária e psiquiátrica.

Os movimentos de oposição à Política Nacional de Saúde Mental conseguiram intervir nos encaminhamentos dessa Conferência, pré-estabelecidos pela Divisão Nacional de Saúde Mental, com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria. Conseguiram, dessa forma, redirecionar a conferência. No entanto "o fato de ser possível 'escrever' a Política Nacional de Saúde Mental não significou a implantação prática dessa política (...)" (ROTELLI e AMARANTE, 1992:49).

Sobre essa conferência, BEZERRA JR. (1994) aponta que foi uma estratégia na tentativa de influir nas políticas oficiais, incorporando a essas as diretrizes e princípios do movimento de reforma psiquiátrica. Apesar da produção de documentos progressistas, pressionada pelos setores reformistas, teve seus resultados

quase anulados em função da resistência de alguns atores presentes, principalmente os vinculados à Federação Brasileira de Hospitais aliados a setores conservadores da psiquiatria, os quais desde 1982 vinham combatendo ponto por ponto as proposições reformistas. Além disso, os obstáculos da burocracia estatal, o imobilismo das macroinstituições manicomiais e o enfrentamento político permanente no interior do aparelho do Estado são também obstáculos para uma mudança.

No final de 1987 foi realizado em Bauru, SP, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde é assumido a lema "por uma sociedade sem manicômios".

Este encontro aponta para uma mudança em termos de estratégia na luta pela reforma psiquiátrica, frente às dificuldades apontadas acima.

Convencidos dos limites da intervenção no nível das macropolíticas e no interior das instituições cronificadas, os membros do encontro apontaram um novo horizonte para a sua ação(...) em vez de procurar a sociedade civil apenas nos momentos de crise, trazê-la para a discussão cotidiana acerca da loucura e suas questões,(...) buscar redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e o louco (BEZERRA JR., 1994:180).

Esses movimentos e outros no cenário nacional levam à formulação e à mobilização pela aprovação do projeto de lei nº 3657, encaminhado ao Congresso Nacional pelo deputado Paulo Delgado, que propõe importantes modificações no quadro da assistência psiquiátrica do país. Esse projeto proíbe a expansão da oferta de leitos manicomiais financiados pela rede pública, redireciona recursos para a instalação e funcionamento de recursos não manicomiais de atendimento e torna obrigatória a comunicação oficial da internação psiquiátrica compulsória. Atualmente encontra-se em tramitação no Senado Federal.

No Rio Grande do Sul, a partir de 1987, com o início do governo Simon (PMDB), assume o Programa de Atenção Integral em Saúde Mental (PAIS Mental)

uma equipe que traça uma nova orientação política para o setor. Esta equipe organiza em maio de 1987 o I Encontro Estadual de Saúde Mental, que congregou trabalhadores, governantes e usuários de todo Estado, da Argentina e do Uruguai. Ao final desse evento, é lançado o desafio a cada participante de repassar a seus municípios o teor das discussões, tentando iniciar nesses um processo de mobilização em torno da Saúde Mental (MIRON, 1993).

Como pode-se perceber, a partir de 1987 começa-se a observar um novo momento nas políticas brasileiras de saúde mental, constatando-se que a estratégia para a implantação de reformas deveria ser repensada. A via de atuação política nos grandes espaços de formulação e as grandes reformas não logram o êxito pretendido e a opção por um caminhar paralelo entre o trabalho de desinstitucionalização e o de implantação de planos preventivo/comunitários (CO-GESTÃO, CONASP, AIS) não alcançaram resultados visíveis no sentido do impacto da transformação da assistência psiquiátrica, por mais que tenham sido supostas estratégias para a superação das políticas assistenciais tradicionais (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Esses autores afirmam que:

Com a nova conjuntura nacional surge em primeiro plano o espaço de trabalho territorial, principalmente no âmbito das cidades, que começam a ser redescobertas como espaço de eleição para a luta política. A prioridade passa a ser construir e consolidar trabalhos voltados para a concepção territorial. (...) são criadas, ou repensadas, novas possibilidades assistenciais extremamente importantes, tanto em hospitais quanto em lugares novos nos demais serviços e municípios (ROTELLI e AMARANTE, 1992:49).

Essa afirmação se confirma no caso desse estudo, pois o trabalho na área da Saúde Mental tem início em São Lourenço do Sul em 1984, sendo que, até então, não era oferecido nenhum serviço específico de atenção ao doente mental no município.

1.3. Uma realidade concreta: o caso de São Lourenço do Sul

1.3.1. Local do Trabalho

O Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul (RS), mais conhecido por Nossa Casa,⁶ é citado e reconhecido como uma das primeiras experiências concretas de uma prática assistencial que vai ao encontro das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, e que inclusive vem inspirando trabalhadores de saúde mental e governantes em todo país no sentido de que é possível mudar, fazer diferente.

A escolha por esse serviço não foi aleatória, mas vincula-se também ao fato da pesquisadora ter sido moradora nesse município e de ser uma profissional da área da saúde mental.

⁶A Nossa Casa é um dos setores de atendimento que o compõe atualmente.

1.3.2. O Município de São Lourenço do Sul

Os dados que serão apresentados foram coletados durante o período de observação através de documentos, conversas informais e entrevistas com as pessoas responsáveis.

São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, localiza-se no extremo sul do Brasil, às margem da Lagoa dos Patos, distante 190 Km da capital, Porto Alegre, e 70 Km do pólo regional, Pelotas.

De colonização basicamente alemã e portuguesa, a topografia do município foi o fator que delimitou nitidamente os espaços entre ambos: a preferência dos primeiros proprietários (portugueses) recaía sobre as terras da planície, que facilitavam a criação de gado e a formação de pastagens. A indiferença pelas terras dobradas, cobertas de matos, propiciou a vinda e o estabelecimento dos primeiros imigrantes alemães, que fundaram a Colônia de São Lourenço, marcando uma região com características completamente diferentes das terras de planície, predominando o homem germânico, a cultura teotônica e o surgimento da pequena propriedade e da diversidade de produção. Essa divisão ainda é bastante nítida nos dias atuais.

A área total do município compreende 2.031,5 Km². A população total de São Lourenço do Sul, segundo dados do IBGE de 1992, é de 50.198 habitantes, dos quais 26.558 residem na zona rural e 23.640 na zona urbana.

A zona urbana divide-se em duas vilas, Santa Terezinha e Nova Esperança, e sete bairros: Avenida, Centro, Lomba, Medianeira, Barrinha, Navegantes e Balneário, tendo a seguinte distribuição da população:

BAIRROS	POPULAÇÃO
Avenida e Vilas Santa Terezinha e Nova Esperança	1.782
Navegantes e Balneário	3.425
Barrinha	3.531
Centro	11.795
Lomba e Medianeira	3.107
TOTAL	23.640

A zona rural subdivide-se em sete distritos, com a seguinte distribuição populacional:

DISTRITO E SUA DISTÂNCIA DA SEDE	POPULAÇÃO
1º - Boqueirão, a 16 Km;	4.723
2º - Taquaral, a 50 Km;	2.574
3º - Pinheiros, a 65 Km;	3.680
4º - Harmonia, a 33 Km;	5.151
5º - Prado Novo, a 25 Km;	1.083
6º - Boa Vista, a 30 Km;	4.556
7º - Canta Galo, a 61 Km.	4.791
TOTAL	26.558

Na zona rural, as vias de acesso entre os distritos são constituídas de estrada estadual e estradas municipais, sendo que nenhuma delas possui, até o presente momento, qualquer tipo de recapagem, o que causa dificuldades aos meios de transporte, principalmente em épocas de chuvas.

A economia do Município está baseada principalmente na agricultura e na pecuária, com uma pequena colaboração do comércio. A produção industrial tem 96% de seu valor nos ramos agro industriais, como beneficiamento de arroz, leite e pesca. Nos meses de verão, o turismo tem uma pequena participação na economia.

A população economicamente ativa, com idade superior a 10 anos, encontra-se distribuída por setor de atividade conforme a tabela a seguir:

SETOR DE ATIVIDADE	PERCENTUAL
Setor primário	67,98%
Setor secundário	9,72%
Setor terciário	20,35%
Outras atividades	1,12%
Procurando trabalho	0,83%

Fonte: Fundação de Economia e Estatística do RS

Como podemos perceber, ocorre uma predominância da produção primária. A estrutura fundiária do município conta com 201.113 hectares utilizados na produção primária, distribuídos entre 5.107 estabelecimentos da seguinte forma:

Nº ha	Nº de estabelecimentos	Porcentagem
00 a 10	1.107	21,7%
10 a 50	3.473	68,0%
50 a 100	340	6,6%
100 a 5000	187	3,7%

Fonte: CEPAI - Centro de Pesquisas de Agro-indústria SLS, maio de 1990.

Pode-se perceber que 96,3% dos estabelecimentos possuem área de até 100 ha.

Especificamente quanto à área, 95.006 ha pertencem a apenas 187 estabelecimentos (3,7%), os quais possuem áreas que variam de 100 a 5.000 ha, havendo uma concentração na faixa de 500 a 2.000 ha.

1.3.3. A Organização do Sistema de Saúde

Antes de 1983 não existia implantada uma rede municipal que prestasse atendimento público à saúde, que era suprido basicamente por um posto sob a gerência do Estado e por dois hospitais conveniados com o antigo INAMPS. Desta forma, o sistema que descreveremos a seguir teve a sua origem neste período, com o advento das políticas descentralizadas de atenção à saúde, que repercutiram neste município na forma de construção de toda uma rede de atenção à saúde.

Caracterização do Setor Público de Saúde

Estruturas Gerenciais:

A) Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social (SMSBES)

Foi criada em 1983, estruturando-se através de dois Núcleos, o de Saúde e o de Bem Estar Social.

O Núcleo de Saúde compreende a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, suplementarmente às ações do Estado e da União (Lei

Orgânica Municipal, capítulo III, artigo 130). Ao Núcleo de Bem-Estar Social compete prestar assistência, em colaboração com o Estado do RS.

B) Conselho Municipal de Saúde (CMS)

O CMS é uma transformação da CIMS/SLS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde que existia no município desde o ano de 1986 com a implantação das AIS - Ações Integradas de Saúde. Foi criado oficialmente em outubro de 1990.

O CMS é composto por 30 membros, sendo 15 representantes dos usuários, cinco dos prestadores de serviços, três dos profissionais de saúde e sete representando as entidades governamentais, os quais reúnem-se em Assembléia Geral mensalmente de forma ordinária e, extraordinariamente, quando necessário.

O CMS possui também um Núcleo de Coordenação formado por sete membros, sendo um representante do Prefeito Municipal, um dos profissionais de saúde, um dos prestadores de serviço e três dos usuários e o presidente do CMS. Os componentes do núcleo são eleitos anualmente pelos componentes do CMS em uma assembléia específica para este fim e reúnem-se semanalmente para discutir assuntos referentes à Saúde do Município, sendo estes encaminhados para a Assembléia Geral para discussão e votação.

A participação dos usuários no CMS/SLS acontece através dos representantes dos Conselhos Comunitários de Saúde, os quais atingem a totalidade dos Distritos Rurais existentes, bem como a sede do Município.

Serviços e ações de saúde

Os serviços e ações em Saúde têm como enfoque tanto a saúde individual como a coletiva. A primeira privilegia o atendimento médico nas áreas básicas: pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia e Programas de Atenção à Saúde Integral, desenvolvidos por uma equipe multiprofissional que atua na Atenção à Criança, à Mulher, ao Idoso, ao Diabético, ao Tuberculoso e é onde também se insere o Programa de Atenção à Saúde Mental, que é operacionalizado através das ações do CCSM.

No enfoque da saúde coletiva a SMSBES, através de profissionais de suas diversas áreas, desenvolve atividades que objetivam ter caráter preventivo, através de campanhas (AIDS, cólera, bicho-do-pé, dermatoses), identificação/controla de surtos epidemiológicos, combate ao mosquito, Serviço de Vigilância Sanitária, e também através das assembléias comunitárias, como um serviço de extensão à zona rural, especialmente em localidades de difícil acesso e carentes, desenvolvendo ações preventivas e curativas.

Serviços e ações no social

Os Serviços e ações de caráter social compõem-se de:

- Creches, que atendem crianças na faixa etária de três meses a seis anos incompletos;
- Unidades de Apoio à Criança (UAC's), que se constituem de núcleos descentralizados para atendimento extra classe, assistindo crianças dos seis aos 14 anos;

- Cursos de iniciação de crianças e adolescentes, que são cursos pré-profissionalizantes;

- Padaria Comunitária Municipal, que além de ter o objetivo de formação profissional dos adolescentes ainda se propõe a melhorar as condições nutricionais da população de baixa renda;

- Projeto Conviver, que objetiva valorizar o idoso, desenvolvendo atividades voltadas ao bem-estar bio psicossocial e cultural;

- Trabalho Comunitário Rural, que busca incentivar a organização das comunidades rurais, sendo atingidos os sete distritos do Município, através de assembléias mensais realizadas por uma equipe multidisciplinar desde 1984. Um dos resultados desse trabalho em termos de participação da comunidade a nível das instâncias decisórias foi a criação dos Conselhos Comunitários de Saúde;

- Programa Bom Menino, que consta da colocação de jovens de baixa renda, na faixa etária de 14 a 17 anos, junto ao mercado de trabalho local;

- Loteamento Habitacional Nova Esperança, destinado à erradicação das sub-habitações das áreas ribeirinhas e/ou irregulares do Município.

Os serviços da área social e da saúde são compostos pelos seguintes recursos:

a) Postos de Saúde com atendimento médico, odontológico e de enfermagem

-zona urbana: Ambulatório Central

Posto de Saúde da Colônia de Pescadores Z-8 (prédio cedido)

Posto de Saúde do Centro Social Urbano (prédio cedido)

Posto de Saúde da Vila Santa Terezinha

Unidade Sanitária (convênio Municipalização da Saúde)

-zona rural: Posto de Saúde do Coqueiro (5º distrito)

Posto de Saúde do Boqueirão (1º distrito)

Posto de Saúde de Santa Galo (7º distrito)

Posto de Saúde de Santa Teresa (3º distrito)

Posto de Saúde de Harmonia (4º distrito)

Posto Avançado e Atendimento Odontológico de Boa Vista (6º distrito)

b) Nossa Casa

c) Nosso Lar

d) Unidades de Apoio à Criança e ao Adolescente - UAC's

UAC Barra - bairro Barra

UAC SASI - bairro Lomba e adjacências

UAC Santa Terezinha - vilas Santa Terezinha e Fiorame

UAC RS 265 - Loteamento Nova Esperança

f) Creches Municipais

Creche Tia Margarida - bairros Lomba e Medianeira

Creche Recanto Feliz - bairro Barra

Creche Bem-me-quer - vilas Santa Terezinha e Nova Esperança

Creche Raio de Sol - bairro Barrinha

g) Padaria Comunitária Municipal

Caracterização do setor privado

A participação dos serviços privados dá-se basicamente a nível hospitalar, através de dois hospitais, estando um deles localizado na zona rural (Hospital Dr.

Walter Thofehn) e outro na sede do Município (Santa Casa de Misericórdia), ambos conveniados com o INAMPS, sendo que apenas o da zona urbana mantém convênio de filantropia.

A) Hospital Geral Santa Casa de Misericórdia

Hospital filantrópico, que presta atendimento universal e gratuito nos níveis primário, secundário e terciário, e encontra-se integrado ao Sistema Municipal de Saúde, com o apoio do Conselho Municipal de Saúde. Atende grande parte da demanda da população tanto da zona rural como urbana e até de municípios vizinhos.

Em relação ao número de atendimentos, os dados estatísticos de 1990 são os seguintes:

- Total ano: 73.960
- Média mês: 6.724
- Pessoas provenientes da zona urbana: 5.160/mês
- Pessoas provenientes da zona rural: 1.150/mês
- Pessoas provenientes de outros municípios: 406/mês
- Capacidade instalada: 92 leitos.

B) Hospital Dr. Walter Thofehn

Localiza-se no 6º distrito de São Lourenço do Sul, de categoria particular, cuja razão social denomina-se "Sociedade Beneficente São João da Reserva", presta assistência a grande parte da população da zona rural.

Pertence à Associação Beneficente São João da Reserva, que há vários anos recebe contribuições de seus sócios. A diretoria atua num período de dois anos.

- Capacidade instalada

Número de leitos: 92

Número de AIHs conveniadas: 64/mês

Número de Atendimento Plantão 24 horas: 260/mês.

1.3.4. O Sistema de Saúde Mental

O Sistema de Saúde Mental está vinculado ao Sistema de Saúde, possuindo porém, inserida nele, uma estrutura bem delimitada, que é o Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM). O CCSM é composto por diversas modalidades de atendimento, sendo que cada uma delas se encontra localizada em diferentes bairros da cidade, de modo que a denominação Centro refere-se mais à integração que existe entre estes trabalhos do que para denominar alguma espécie de centralização em termos de instalação do serviço.

O CCSM de São Lourenço do Sul engloba as modalidades de atendimento abaixo esquematizadas:

NOSSA CASA

Nossa Casa é a principal modalidade de atendimento do CCSM, de onde emanam os demais, tanto em termos de planejamento como de recursos humanos. Praticamente toda a equipe permanece centralizada nesse serviço e, quando necessário, deslocam-se para os outros programas. Além disto, a reunião de equipe

semanal, que é o principal fórum de discussão e deliberação, é realizada neste local. O próprio CCSM é conhecido popularmente como "Nossa Casa".

O prédio onde funciona não possui as características de instituições de saúde tradicionais, muito menos das que atendem à saúde mental. Ao se passar em frente, não há nada que indique que seja uma casa diferente das demais, sendo que a própria localização do prédio contribui para isto: em zona residencial nobre da cidade, próxima à praia, de frente para a rua que lhe dá acesso. A vista é uma das mais privilegiadas da cidade, tendo-se da Nossa Casa a visão de parte do arroio São Lourenço e da Lagoa dos Patos, além do Iate Clube, onde permanecem ancoradas as embarcações que contribuem para a beleza da paisagem.

A Nossa Casa, tendo como principal objetivo resgatar a casa - local onde são realizadas refeições, tarefas, higiene, etc., mantém uma rotina no acompanhamento dos usuários que a freqüentam, de segunda à sexta-feira, das 7h30min às 16h30min.

Conforme BESCKOW (1992:66), a equipe tentou recriar um lugar que falasse de saúde ao invés de doença, onde a interdisciplinariedade fosse o ponto de partida de todas as intervenções. Afirma também que

a Nossa Casa é uma casa de portas abertas, onde pacientes, técnicos e funcionários (equipe) fazem juntos as refeições(...)Todos opinam sobre o funcionamento da casa. No Grupo Operativo os pacientes decidem qual vai ser a sua participação na manutenção da mesma.

A partir das 7h30min, a equipe encontra-se preparada para receber os usuários, que são transportados pelo micro-ônibus da Prefeitura Municipal, que percorre paradas pré estabelecidas, próximas às suas residências.

O número de usuários freqüentadores da Nossa Casa varia muito de acordo com o período e o dia da semana, mas pode-se estabelecer uma média aproximada

entre 20 e 30 usuários. Esta modalidade assistencial dirige-se, na sua maioria, ao atendimento dos psicóticos, além de contar também com alguns alcoolistas com um nível de deterioração elevado.

Nem todos os usuários permanecem o período integral na Nossa Casa. Alguns permanecem metade do período ou freqüentam o serviço um menor número de vezes por semana, e outros ainda participam apenas do grupo terapêutico, das oficinas ou do ambulatório, dependendo da indicação terapêutica e do desejo do próprio usuário.

As atividades e tarefas de rotina, que são comuns em qualquer casa, são realizadas por todos, com diferentes graus de exequibilidade, caracterizando maior ou menor dependência. São também realizados passeios semanais para locais escolhidos pelos usuários e equipe, como por exemplo: a praia, o camping, o ginásio de esportes.

A administração de medicação é realizada nos horários prescritos, quando estes coincidem com o período de permanência no serviço.

Os grupos são recursos muito utilizados, tendo diferentes finalidades e coordenados por diferentes membros da equipe. Para exemplificar alguns deles: grupo operativo, grupo recreativo, grupo cultural, grupo terapêutico, grupo de familiares, grupo de relaxamento, grupo infantil, grupo de orientação aos pais (paralelo ao grupo infantil), grupo informativo, grupo do chimarrão.

As visitas domiciliares são realizadas como rotina pelo menos uma vez por mês a todos os freqüentadores da Nossa Casa e, fora isto, sempre que a equipe julga necessário ou mesmo por solicitação do familiar ou do usuário. As visitas são realizadas tanto na zona urbana como na zona rural, sendo que na última é realizada

também com o objetivo de acompanhamento no pós-alta, necessário devido ao isolamento a que estão sujeitos os usuários que nela residem.

A triagem é o atendimento aos usuários que procuram o serviço pela primeira vez, sendo realizada por todos os técnicos do serviço (quem se encontra disponível atende) e que não necessita de marcação prévia: todos que procuram o serviço são atendidos.

Outros recursos e locais na própria comunidade são bastante explorados pela equipe, e isto faz com que grande parte das atividades com os usuários não seja realizada em espaços vinculados ao atendimento à saúde mental.

AMBULATÓRIO DE PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA

O atendimento ambulatorial é composto por duas modalidades: as psicoterapias individuais ou em grupo, realizadas pelas psicólogas, e as consultas, realizadas pelo psiquiatra. Esta última visa, prioritariamente, a avaliação e acompanhamento medicamentoso. Tem o seu funcionamento nas mesmas instalações que a Nossa Casa.

Definir o tipo de usuários do ambulatório é bastante difícil por tratar-se de uma demanda muito heterogênea e com uma grande diversidade de quadros clínicos.

OFICINAS INTEGRADAS

As oficinas oferecem a possibilidade de atividades que se aproximem de um trabalho, tais como reciclagem de papéis, confecção de embalagens de papel

(envelopes de Raio X para o hospital, sacos de papel para supermercados, etc.), acabamentos de palas, marcenaria, serigrafia. Estas oficinas não são somente para os usuários atendidos no serviço, mas também para os que estão de alta e não conseguiram emprego, adolescentes, usuários da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e pessoas da comunidade que, por alguma razão, encontram-se desempregados. Além disto, formas de trabalho informal são solicitadas aos usuários pela própria comunidade, como pintura e restauração de móveis, limpeza de jardins, entre outros.

As oficinas iniciaram o seu funcionamento na Nossa Casa, como uma atividade desenvolvida neste local. Posteriormente foram transferidas para um prédio próprio, conformando-se como mais uma modalidade de atendimento e integradas à APAE.

UNIDADE DE SAÚDE MENTAL

Esta unidade está situada nas dependências do Hospital Santa Casa de Misericórdia, o hospital geral da cidade. Foi implantada no ano de 1989, após contato com a Provedoria da Santa Casa, sendo utilizado um quarto com dois leitos onde os pacientes eram observados no período de 24 a 72 horas para avaliação e introdução da terapêutica inicial, sendo após integrados ao programa de tratamento junto com a equipe de Saúde Mental, podendo permanecer por maior período na unidade, quando necessário. Os pacientes que anteriormente eram atendidos nos hospitais psiquiátricos das cidades mais próximas passaram a receber este atendimento no município. Isso gerou um aumento da demanda e a necessidade de que esse espaço fosse ampliado, o que ocorreu em fevereiro de 1991, sendo, para

isto, utilizada uma ala desativada. Hoje a unidade conta com 12 leitos psiquiátricos e um posto de enfermagem.

Em alguns casos a unidade é utilizada como hospital-noite, uma vez que os pacientes permanecem durante o dia na Nossa Casa.

Quanto aos recursos humanos, existe um auxiliar de enfermagem em cada turno e o setor é coordenado pela enfermeira, sem horário integral por complementar a sua carga horária com outras atividades no CCSM.

A unidade, apesar de contar com uma estrutura física precária, tem as suas portas abertas, da mesma forma que as demais unidades do hospital.

A atenção médica é prestada pelos médicos clínicos plantonistas do hospital, com supervisão do psiquiatra. O ingresso do paciente acontece através do Pronto Socorro do hospital, onde o médico plantonista o avalia e, caso seja necessário, interna. Posteriormente solicita a avaliação psiquiátrica. O médico clínico ou o psiquiatra continuam acompanhando o caso, contra-referenciando pacientes ao CCSM no momento de sua alta.

A internação se dá primordialmente no caso dos chamados surtos psicóticos, mas também pode ocorrer para desintoxicação alcoólica ou outros quadros orgânicos associados à doença mental.

O tratamento é claramente a remissão de sintomas no menor período possível, sendo que, após, o usuário é inserido em alguma outra modalidade de atendimento. São internados nesta unidade aqueles usuários que em outras épocas teriam como destino certo o hospital psiquiátrico.

Na tabela a seguir é indicado o tempo médio de permanência dos usuários que internaram nesta unidade a partir do início do seu funcionamento, em fevereiro de 1991, até dezembro de 1994.

Tempo médio de internação dos pacientes na Unidade de Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul - RS

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	Nº PACIENTES	%
0 ----- 7 dias	78	9,7
8 ----- 14 dias	711	88,4
15 ou mais dias	15	1,9
TOTAL	804	100

Fonte: Santa Casa de Misericórdia, São Lourenço do Sul, 1995

A grande maioria dos pacientes (88,4%) teve um tempo médio de internação na faixa de oito a 14 dias, enquanto o tempo médio de dias de internação no total da rede hospitalar psiquiátrica do SUS no Brasil ano de 1992 foi de 55,6 dias (Brasil/Ministério da Saúde, 1992).

NOSSO LAR

O Nosso Lar é a casa onde residem os doentes mentais sem família. Fica situada em um Núcleo Habitacional construído pela Prefeitura Municipal, possuindo uma sala e cozinha conjugadas, dois quartos e um banheiro. Moram nesta casa cinco pessoas, sendo três homens e duas mulheres, todos com idade superior a 60 anos. À noite e nos finais de semana são acompanhados nas refeições, cuidados pessoais e da casa por uma moradora da vila que é remunerada para tal tarefa. De segunda a sexta-feira permanecem na Nossa Casa, acompanhando a rotina dos demais usuários. A Assistente Social realiza visitas periódicas ao Nosso Lar.

1.3.5. Técnicas de Investigação

Entrada no campo

Neste estudo, a primeira entrada no campo ocorreu através de um estágio realizado em janeiro de 1994 com a finalidade de estabelecer o primeiro contato com o serviço, o que foi importante por ter propiciado uma primeira aproximação com o objeto de estudo. Sobre isso, MINAYO (1993:105) afirma que "na pesquisa qualitativa a interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados é essencial".

CRUZ NETO (1994), ao falar sobre a entrada no campo, coloca que, em primeiro lugar, deve-se tentar uma aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo, sendo feita a apresentação da proposta de estudo aos grupos envolvidos.

Isso foi facilitado pelo fato de a pesquisadora já ter morado na cidade, de forma que já conhecia anteriormente muitos membros da equipe e alguns usuários.

Após um primeiro contato com a coordenadora, ocorreu uma reunião de equipe onde foi exposto o interesse de realizar este estudo e a necessidade de conhecer melhor o serviço. A seguir, passou-se a acompanhar o trabalho da equipe no seu dia-a-dia durante um mês. O objetivo era não só acompanhar a rotina do serviço, o seu funcionamento, no aspecto mais organizacional, como também estabelecer proximidade com a dinâmica das relações que se estabelecem no interior dessa instituição.

Na procura de um maior nível de objetivação em relação às observações e de uma base teórica mais sólida para a definição do objeto, foi necessário um afastamento posterior.

Coleta de dados

Tendo delineado o objeto de investigação com contornos mais nítidos, retornou-se ao campo em janeiro de 1995, um ano depois do primeiro contato, para entrevistar os sujeitos envolvidos na proposta e realizar observações do trabalho no CCSM que se fizessem necessárias, para complementar as falas dos entrevistados. Portanto as entrevistas e as observações foram as técnicas selecionadas para a coleta dos dados empíricos da investigação.

ENTREVISTAS

HAGUETTE (1992:86) define a entrevista "como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado".

A entrevista torna-se um instrumento privilegiado na coleta de informações na pesquisa qualitativa pelo fato da fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo tempo, transmite as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Na entrevista, pode-se obter dados *concretos*, que se referem a fatos, que o pesquisador poderia inclusive conseguir através de outras fontes, e dados *subjetivos*, que só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais

envolvidos, sendo informações ao nível mais profundo da realidade (MINAYO, 1993).

Existem várias modalidades de entrevistas, que se diferenciam pelo fato de serem mais ou menos dirigidas. MINAYO et al. (1994) dividem-nas em *estruturadas e não-estruturadas*. Esta última é aquela onde o informante aborda livremente o tema proposto, e a primeira pressupõe perguntas previamente formuladas. A forma que articula essas duas modalidades é a entrevista *semi-estruturada*.

A opção para esse estudo é a entrevista semi-estruturada, que TRIVIÑOS (1992) aponta como um dos principais meios que o entrevistador tem para realizar a coleta de dados porque, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece liberdade ao informante, enriquecendo a investigação.

A seleção da amostra para as entrevistas foi intencional e deu-se entre pessoas que mantêm ou mantiveram vínculo com o serviço, ocupando posições em diferentes níveis nesta relação.

1 - Agentes institucionais

Neste trabalho, *agentes* são os atores que trabalham no CCSM. Será feita uma descrição do quadro funcional do Centro Comunitário de Saúde Mental, de modo a identificar quem são os agentes⁷ que o compõem atualmente.

⁷Esta relação foi levantada após as observações e por isso as categorias onde não consta o número de profissionais são aquelas nas quais havia a sua presença no período da observação, mas estes não mais atuavam no momento deste levantamento, não tendo ocorrido a sua reposição.

Quadro funcional do Centro Comunitário de Saúde Mental de**São Lourenço do Sul, 1995**

Funcionários	Número
Médico Psiquiatra	2
Psicóloga	3
Assistente Social	—
Enfermeira	1
Economista Doméstica	1
Terapeuta Ocupacional	—
Acompanhante Terapêutico	6
Auxiliar de Enfermagem	7
Auxiliar de Serviço Social	1
Cozinheira	1
Auxiliar de Serviços Gerais	3
Professora	2
Marceneiro	1

Os funcionários estão vinculados à Prefeitura Municipal mediante concurso público ou através de contratação, caracterizando-se como cargo de confiança. A remuneração é oriunda em parte dos cofres públicos e em parte do convênio que mantém com o SUS.

Mas os agentes não aparecem como uma categoria homogênea. Existe uma divisão neste grupo, sendo que será utilizada a forma como o próprio grupo denomina estes segmentos:

- *os técnicos* - nesta categoria encontram-se todos os profissionais de formação superior (psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeira e terapeuta ocupacional);

- *pessoal de apoio ou funcionários* - são desta forma denominados os auxiliares de enfermagem e os acompanhantes terapêuticos. Também aqui serão incluídos a secretária, cozinheira, auxiliar de serviços gerais e o motorista.

Os agentes que se encontram no quadro acima e que não estão incluídos em nenhum destes grupos foram os que, além de não terem sido alvo de entrevista, não apareceram de forma significativa nos dados da observação. Um dos motivos disto é que esta observação centrou-se mais na Nossa Casa e a observação da prática dos agentes que trabalham nas demais modalidades foi ocasional e algumas vezes não ocorreu.

Apesar desta divisão, é muito comum, como se verá no decorrer do trabalho, encontrar um mesmo agente que ocupou diferentes posições em momentos diversos e que, apesar de ser incluído naquela que se encontrava no momento da entrevista, quando fala das demais, refere-se a sua própria experiência.

Um dos critérios de seleção dos agentes entrevistados foi contemplar os que tiveram participação direta na construção do serviço (psiquiatra, psicóloga, enfermeira e coordenadora), sendo que alguns deles já não estavam mais incluídos no quadro funcional apresentado. Outro critério de seleção foi mais subjetivo: a partir da observação do trabalho realizada anteriormente foram identificadas as categorias que

apresentavam um nível de inserção no serviço que pudesse ir ao encontro das questões colocadas para o desenvolvimento do presente estudo, sendo selecionados os seguintes técnicos: enfermeira, assistente social, psicóloga e psiquiatra. O psiquiatra trata-se do mesmo que foi selecionado de acordo com o critério anterior. Entre os funcionários foi selecionado uma auxiliar de enfermagem e uma acompanhante terapêutica.

2 - Governantes

Neste grupo foram selecionados a secretária da saúde e prefeito que ocupavam estes postos no momento em que o serviço foi criado e as secretárias da saúde e prefeito que atuaram a partir do primeiro contato da pesquisadora com o serviço. A secretária da saúde atual é a mesma psicóloga que aparece como uma das técnicas que participou da construção do serviço, mas optei por inseri-la neste grupo.

3 - Usuários

Os usuários entrevistados foram selecionados entre os que estavam vinculados a alguma modalidade de atendimento oferecida pelo CCSM no momento da entrevista e que tivessem internado anteriormente em algum hospital psiquiátrico. Como o objetivo do trabalho é analisar a constituição do CCSM sob o ângulo dos responsáveis diretos pela criação, as falas dos usuários tiveram a finalidade de complementar aquelas dos grupos anteriores, agentes e governantes.

Os entrevistados aparecem da seguinte forma no decorrer do trabalho:

GRUPO I - Agentes institucionais

1 - Enfermeira I.....	entrev. n°1
2 - Enfermeira II.....	entrev. n°2
3 - Psiquiatra.....	entrev. n°3
4 - Coordenadora I.....	entrev. n°4
5 - Coordenadora II.....	entrev. n°5
6 - Psicóloga.....	entrev. n°6
7 - Auxiliar de enfermagem.....	entrev. n°7
8 - Acompanhante terapêutica.....	entrev. n°8

GRUPO II - Governantes

1 - Secretária da saúde I (1983 a 1992).....	entrev. n°9
2 - Secretária da saúde II (janeiro de 1993 a março de 1994).....	entrev. n°10
3 - Secretária da saúde III (atual).....	entrev. n°11
4 - Prefeito I (1983 a 1989).....	entrev. n°12
5 - Prefeito II (atual).....	entrev. n°13

GRUPO III - Usuários

1 - Usuário.....	entrev. n°14
2 - Usuário.....	entrev. n°15

Os entrevistados foram arrolados por ordem numérica de 1 a 15 e nomeados de acordo com a última posição funcional que ocupam ou ocuparam na sua inserção em algum dos grupos.

Os usuários entrevistados não são identificados pelo nome e sim, pelo número da entrevista. Quando algum deles é citado pelo nome em alguma fala dos entrevistados que consta no trabalho, o nome foi substituído por um pseudônimo. Isso foi feito para preservá-los do possível preconceito que ainda possam vir a sofrer em relação ao fato de serem identificados como usuários de um serviço de saúde mental, preocupação que manifestaram quando entrevistados.

As entrevistas foram marcadas com antecedência com as pessoas selecionadas e realizadas em diferentes locais, de acordo com a conveniência do entrevistado.

As seguintes questões nortearam as entrevistas realizadas com os agentes institucionais e com os governantes:

1. Dados de identificação: tempo de trabalho no serviço, outras atividades exercidas, cursos realizados
2. Qual é a proposta do serviço de saúde mental de São Lourenço do Sul?
3. Qual é (ou foi) a sua inserção nessa proposta?
4. Fale sobre o atendimento em Saúde Mental de São Lourenço do Sul.

Como já referido, os usuários foram selecionados entre aqueles que já tinham tido internações em hospitais psiquiátricos e a questão colocada foi de que falassem desta experiência e sobre o atendimento no CCSM.

As questões foram *norteadoras*, mas não se configuraram em camisas de força, pois na dinâmica da própria entrevista a riqueza dos dados emergiu da *espontaneidade* na comunicação tanto do entrevistador como do entrevistado.

As entrevistas foram gravadas, o que possibilitou que não houvesse a preocupação com o registro durante a mesma e com a memorização para registro posterior, dando uma maior *fluidez* na comunicação. As inibições iniciais em relação

ao uso deste instrumento por parte tanto dos entrevistados como da entrevistadora, foram superadas após os primeiros minutos da entrevista.

OBSERVAÇÕES

A técnica de observação se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto (CRUZ NETO, 1994).

A observação do trabalho do CCSM foi realizada em janeiro de 1995, tendo se estendido durante o período de um mês. O objetivo era observar a prática concreta dos agentes, a relação entre eles e a forma como se articulam com os usuários, família, governantes e comunidade em geral.

Inicialmente, os agentes foram informados e esclarecidos sobre a observação e os seus objetivos para o estudo em uma reunião que conta com a participação de todos (reunião de equipe).

Em função do estágio realizado anteriormente, já referido no item *entrada de campo*, foi possível a delimitação de alguns parâmetros de modo a objetivar melhor estas observações. Em primeiro lugar ela se centrou mais na modalidade de serviço denominada Nossa Casa. Isso ocorreu porque esta foi identificada como o local onde ocorrem e de onde emanam as principais ações do serviço. A atuação dos agentes nas demais modalidades é complementar e foi, eventualmente, acompanhada pela pesquisadora. Além disso, foram delimitadas algumas atividades como centrais no trabalho destes agentes, e foram privilegiadas: triagem, reunião de equipe, reunião do dia, grupo com usuários, reunião com familiares, visita domiciliar, ambiente.

Os registros das observações foram realizados durante ou logo após em um diário de campo, e apenas uma reunião do dia foi gravada. A opção pela forma de registro era realizada pela pesquisadora no próprio momento da observação, dependendo da situação e do tipo de atividade.

A observação, apesar de ter sido feita, não aparece como dados empíricos centrais de análise no decorrer do trabalho, ocorrendo um privilegiamento da análise das falas dos entrevistados. Essa opção se deu na construção do processo de análise, e um dos fatores que determinou este caminho foi o fato de os pressupostos e o referencial teórico estarem voltados para a análise da conformação da proposta de desinstitucionalização e como as entrevistas vinham respondendo de forma satisfatória a esta questão, pode ter sido um dos fatores que determinou o caminho. Isso não implicou na exclusão das informações oriundas das observações na medida em que foram fundamentais na própria leitura e análise das entrevistas, além de terem sido utilizadas esporadicamente para o maior entendimento de um determinado item em interpretação desenvolvido a partir delas.

1.3.6. Análise dos Dados

Essa etapa será baseada nos passos propostos por MINAYO (1993). O primeiro é a *ordenação dos dados*, sendo esta ordenação uma tentativa de estabelecer uma primeira classificação para a análise.

Nesta fase, foi realizada a transcrição cuidadosa das entrevistas, a organização dos dados das observações e a releitura do material coletado.

A partir daí, passou-se para a *classificação dos dados*. Na busca de um conhecimento compreensivo, no primeiro momento, foi realizada leitura exhaustiva e

repetida dos textos das entrevistas e observações, estabelecendo interrogações e identificando o que surgia de relevante. Essa classificação foi baseada em aspectos formulados nos objetivos e pressupostos que nortearam a investigação, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados na fala dos atores sociais envolvidos.

Após, foi realizada uma leitura "transversal", recortando-se cada entrevista sendo que houve a conformação de dois grandes núcleos temáticos: a) a construção do projeto de desinstitucionalização e b) como esta prática vem sendo vivenciada pelos atores que a constituem, o que foi denominado "a vivência da mudança". A seguir foram realizados outros recortes dentro de cada um dos dois núcleos temáticos e novos reagrupamentos surgiram, dando oportunidade de análises e interpretações mais detalhadas.

Apesar do marco teórico estar presente todo o tempo, as duas etapas anteriores fizeram uma inflexão sobre o material empírico. Na *análise dos dados* foram estabelecidas articulações entre estes e os referenciais teóricos da pesquisa já explicitados anteriormente, promovendo relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

É importante salientar que na análise, além dos dados empíricos e do referencial teórico, estará presente também um outro aspecto, que foi fundamental: a *vivência da pesquisadora* como moradora no município de São Lourenço do Sul e enquanto profissional na área de saúde mental.

A pesquisadora morou no município pesquisado até os 22 anos de idade, sendo que parte deste período foi na zona rural.

A atuação profissional se refere a práticas em instituições diversas em psiquiatria em Porto Alegre-RS durante o período de sete anos e mais três em docência no acompanhamento de alunos em estágio em três instituições: um hospital psiquiátrico público nos moldes asilares (São Pedro), uma clínica particular (Álvaro Alvin), e um ambulatório e centro de triagem do INAMPS (Central de Psiquiatria do INAMPS).

Capítulo 2

A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO

Os "novos ventos" que sopravam na área da saúde mental, principalmente a partir da década de 80, foram recebidos de formas diversas nos milhares de municípios do Brasil. Apesar de algumas determinações oriundas do momento político e econômico que atravessava o país terem sido fundamentais para conformar as ações no concreto, elas não se deram de forma homogênea. As especificidades locais, a forma como os sujeitos reagem a essas determinações, as interações e conflitos que ocorrem na sua prática, enfim, uma série de nuances que, se tomadas sob um olhar macroscópico, podem ser interpretadas de forma mecânica e dogmatizada.

Nesse momento, resgata-se a forma como se deu o movimento de construção de um serviço que pretende ir ao encontro de uma atenção à saúde mental não manicomial, o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, tendo como referência central a fala do grupo que participou diretamente da criação deste processo: prefeito (prefeito I) e secretária da saúde e do bem estar social (secretária da saúde I) do período em que o serviço surgiu, psicóloga (secretária da saúde III), enfermeira (enfermeira I) e psiquiatra que participaram do grupo de técnicos que deu início ao trabalho (entrev. 1, 3, 10, 12 e 13) e os usuários (entrev. 15 e 16).

Através das entrevistas, será visto como os diversos atores representam a instituição, sua prática e as dos demais atores.

A importância disto reside no fato de que as representações não são gratuitas, mas representações *da prática*, porque é nela que tem a sua origem e suporte.

ALBUQUERQUE e RIBEIRO (1979:61-62) chamam a atenção para o fato de que não se trata de uma causalidade "interacional" do tipo "as representações são causa e efeito das relações sociais", ou vice-versa. As relações materiais só têm efeitos na ordem das próprias relações materiais e as representações ideológicas só têm efeitos na ordem das representações. Sendo assim, as representações não são causa nem efeito das relações sociais, mas estas duas ordens de relação se articulam uma à outra. "É preciso encarar a si mesmo de modo determinado para que certos comportamentos se mantenham e se reproduzam. Inversamente, para que certas imagens de si ou de outrem se sustentem, certos comportamentos são condição *sine qua non*."

Apesar de apenas os atores internos (agentes) agirem positivamente como suportes da prática institucional, a ação dos atores externos, como se verá, pode ser decisiva, delimitando a autonomia dos agentes institucionais (ALBUQUERQUE, 1978)

Os governantes e os agentes, a sua ação, a articulação entre estes atores e destes com o contexto institucional, a conformação do âmbito institucional na prática destes atores, serão aqui privilegiados na *construção do serviço*.

2.1. As necessidades de assistência ao louco: a pouca resolutividade dos manicômios e a racionalização dos gastos municipais

Os fatores que possibilitaram e desencadearam o processo de construção do serviço apresentam-se a esse sujeitos de duas formas: fatores negativos e fatores positivos.

Os fatores negativos são aqueles que aparecem na forma de carências, de necessidades. Já os fatores positivos são os facilitadores, aqueles que, frente às carências, possibilitaram aos sujeitos realizarem a intervenção.

Apesar desta divisão, eles ocorreram no concreto de forma convergente e dinâmica, fatores positivos e negativos gerando condições propícias para a mudança, ambos sendo fatores mobilizadores.

As primeiras ações na área da Saúde Mental têm início em São Lourenço do Sul em 1984, sendo que, até então, não era oferecido nenhum serviço específico de atenção ao doente mental por parte do município. Estas primeiras ações ainda não se conformavam como um serviço, mas eram condutas isoladas de cunho preventivo e educativo, tais como palestras proferidas pela psicóloga na comunidade, principalmente na zona rural.

A atitude desta comunidade em relação à loucura era, por um lado, a convivência, nem sempre tranqüila, com o diferente, e por outro o encaminhamento desses para hospitais psiquiátricos de Pelotas e Porto Alegre, as cidades mais próximas que dispunham dessa modalidade de atendimento.

Os "loucos da rua", conhecidos por todos, provocavam reações bastante ambivalentes na população: alguns estabeleciam condutas protetoras, alimentando, vestindo e até mesmo abrigando-os. Por outro lado, podia-se ver, freqüentemente, o rechaço, na forma de zombaria e até mesmo agressões, sendo que isso parecia ser fonte de diversão. O "brinquedo" de algumas crianças (as vezes não tão crianças) parecia ser "provocar a loucura no outro".

Os pacientes que ainda tinham uma estrutura familiar sofriam, nesse núcleo social, condutas semelhantes: em alguns casos ocorria a proteção e o cuidado e em outros o rechaço, que aparecia, algumas vezes, na forma de abandono em hospitais psiquiátricos. A falta de instrumentos dessa comunidade levava a um desamparo dessa família, que, frente à impotência em lidar com determinadas situações, acabava usando a exclusão como solução expiatória.

O encaminhamento para o hospital psiquiátrico era a única opção quando necessária uma conduta "terapêutica", e, para isso, a família contava muitas vezes com a ajuda do poder público, através da polícia ou da ambulância da prefeitura.

(...) diariamente, duas vezes ao dia, a ambulância indo para Pelotas levar pacientes em crise. Então, muitas vezes, quando a Santa Casa precisava da ambulância para transportar um paciente grave para qualquer hospital, não tinha, ou porque a ambulância foi para a zona rural buscar um paciente doente mental, ou foi para Pelotas levar esse paciente. Então, nada era resolvido no município, tudo era encaminhado para Pelotas ou para Porto Alegre. A não ser uma consulta que era feita ali na unidade sanitária pelo médico que era responsável pelo setor de doentes mentais. Mas o atendimento que ele fazia ali era dar receitas e era fornecida a medicação. (Entrev. I, enfermeira I)

A proposta inicial que a gente tinha era mais em função de uma dificuldade que a gente vivenciava aqui no município: uma total falta de cuidados na área de saúde mental. Não tínhamos nenhum tipo de serviço que atendesse os doentes mentais além da unidade sanitária, onde o médico clínico prescrevia, mas não fazia um acompanhamento, não havia um trabalho efetivo. (Entrev. II, secretária da saúde III)

(...) porque existia uma necessidade de se resolver os problemas de saúde mental de São Lourenço (...) grande número de psicóticos que eram transferidos, principalmente de uma psicótica que era a Vilma, que até hoje ela anda se cortando pela rua (...) foi o estopim para todo esse processo de discussão. Até então, o que o sistema público dava para eles era uma ambulância, uma ambulância que levava eles toda a vez que precisavam, e eles chegavam a passar a maior parte realmente dentro dos hospitais, tanto em Porto Alegre como em Pelotas. (Entrev. 3, psiquiatra)

Os pacientes crônicos, oriundos de famílias sem condições de manter um membro improdutivo, considerados mais uma boca para alimentar, realizavam, muitas vezes, uma viagem sem retorno.

Outros estabeleciam o mecanismo da "porta giratória", permanecendo internados durante alguns períodos, principalmente na agudização do quadro, e retornando ao convívio familiar em outros, com o suporte dos psicotrópicos.

Estes pacientes, quando não internados, eram atendidos na Unidade Sanitária do Estado, onde existia um programa específico para o atendimento aos doentes mentais com a finalidade de dar receitas e fornecer medicação, sendo realizada uma mera renovação da prescrição feita durante a sua permanência em um hospital psiquiátrico, sem reavaliação. Além disso, o atendimento era centrado no ato médico, sem o envolvimento de outros profissionais e realizado por um médico clínico.

Durante anos essa prática manteve-se aparentemente sem grandes conflitos, até o momento em que ocorreram uma série de mudanças nas políticas de saúde mental do Estado e do país. Com a influência que o setor saúde passa a sofrer do paradigma da medicina comunitária desde a década de 60, que preconizava, na saúde mental, a transferência do centro de atividades do hospital para o próprio meio do indivíduo, desencadeando a chamada interiorização. Com a já citada reformulação do hospital psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre em 1971, quando o governo tentava resolver o problema dos hospitais psiquiátricos, dando resposta, por um lado,

às reivindicações por uma melhor assistência ao doente mental, e por outro, à necessidade de redução de custos, isso desencadeou nos municípios uma problemática para a qual não tinham estrutura. Mesmo nos municípios onde foram implantados ambulatórios, a conduta era prioritariamente medicamentosa, não dando uma resposta efetiva a essa crise.

Algumas instituições conveniadas com a previdência, mantinham o atendimento, mas com uma demanda maior do que a capacidade, tornando-se um problema conseguir vaga nesses locais. Isso gerava pressão nos municípios que tinham como rotina essa forma de intervenção. No caso de São Lourenço do Sul, essa dificuldade se dava em relação aos hospitais psiquiátricos da cidade vizinha - Pelotas - que mantinham este vínculo com a previdência e para onde os pacientes da cidade eram encaminhados.

Estes dois fatores criaram uma crise que repercutiu em todos os setores que se envolviam com essa prática: família, motorista da ambulância, polícia, e comunidade em geral que começou a reclamar dos "loucos soltos na rua", começando a gerar conflitos.

As constantes reinternações em hospitais psiquiátricos, não havia resolutividade nos hospitais, as pessoas voltavam, ficavam um tempo, e iam de volta. (...) E porque a gente entendia que havia um tratamento desumano a essas pessoas, destinado a essas pessoas onde elas ficavam asiladas. Eram atendidas de uma forma que na nossa concepção não era a mais adequada. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Esta falta de resolutividade do hospital psiquiátrico também é percebida claramente pelo usuário que fazia uso deste mecanismo na época quando se refere a esta experiência.

Ai passou-se quatro meses e eu vim para casa. Mas acontece que eu não sabia direito ainda, não conhecia esse processo de psicotrópico, de tomar remédio controlado. Eu cheguei em casa e simplesmente não tomei mais remédio, tomei só o que veio na receita e pronto. Acontece que passou um meio ano depois,

aconteceu que eu não comia mais, não comia nada, nada, e eu vi que estava errado. E por minha vontade eu fui de volta para o Oliver Leite⁸. (...) Passei na mão de neurologista, fiz raios X topográfico, assim, da cabeça, eletroencefalograma, tomografia. (...) Eu tomei um vidro inteirinho de remédio e daí a minha irmã se interessou muito por minha causa e acabamos encontrando um psiquiatra e, surpresa! A receita dele foi baixar no Hospital Espírita de Pelotas⁹. (...) Ai eu estive no Espírita de novo, mas aí eu só estive um mês. Aí se passou uns tempos e eu nunca curava. Cada vez mais magro, tomando remédio que parece que estavam fazendo experiência: 'Toma esse agora, toma aquele outro depois, experimenta qual é o melhor...', coisa que, se eu tivesse uma farmácia, poderia fazer sozinho. Essa história de experiência eu faço. Eu faço experiência nos meus rádios, boto uma peça, não dá, boto outra... (Entrev. 14, usuário)

Um ponto salientado é a questão do tratamento desumano que os doentes vivenciavam nestas instituições, já ocorrendo um questionamento, não só do ponto de vista do acesso ao hospital psiquiátrico e da resolatividade deste, mas do hospital psiquiátrico em si. É possível pensar que isto aparece nesta fala porque as denúncias em relação às condições destas instituições vinham se intensificando cada vez mais no Brasil e no mundo, estando esta crítica já incorporada na sociedade em geral. No caso dos profissionais da saúde mental, frente ao questionamento de seu papel como agente e possibilitador da manutenção desta prática, isso interfere diretamente na sua ação, na busca de novos papéis e novos instrumentos.

Mas o tratamento desumano toma realmente formas dramáticas quando descrito por alguém que o vivenciou, concretamente, como paciente.

E aí eu andava pelos corredores lá do hospital em pânico. E olha, pode ser o que for na vida, podem me pagar o dinheiro que for, mas eu não conto o que eu via lá, assim da minha doença, entende? As coisas pavorosas que eu imaginava que via. É delírio mesmo, entende? Horror, de ficar tremendo assim na cama, de medo. Acontece que naquele hospital a surpresa era maior porque passava lá todo o tempo, acho que um terço do tempo que ficava acordado, passava em fila. Era fila para o banheiro, fila para a água, fila para tomar remédio de novo, fila para almoçar, fila para o café, fila para ir para o saguão, fila para... Era só fila durante o dia inteiro, dentro do hospital. E uma

⁸Clínica Psiquiátrica Privada de Pelotas.

⁹Hospital Psiquiátrico Filantrópico de Pelotas.

enfermeira lá perguntou para mim, na primeira vez que ela me dirigiu a palavra lá, perguntou para mim se eu sabia ler e escrever. Isso me deixou muito indignado.(...) As pessoas eram muito mal vestidas, muito maltrapilhas, pessoas jogadas no chão. Era como se fosse um depósito de gente, sucata humana. Era terrível! E eu ali parecia que eu estava nadando, desesperado para... não sei, parecia que iam tirar alguma coisa de mim. Isso era forte mesmo sabe? Me sentia perdido lá. (...) E os médicos eram tão frios, tão frios, tão frios, que eu não confiava neles. Eu até nem disse para ninguém que eu estava ouvindo vozes, coisa parecida assim. Não contei para ninguém porque eu não confiava. Eu sentia que, quanto mais eu me queixasse, uma coisinha que fosse, eu estava enterrado por mais quinze, vinte dias lá dentro daquele hospital. Então eu chorava, suplicava para ele para mim ir embora, ir para casa, e eu estava vendo que não adiantava. (Entrev. 14, usuário)

O gasto elevado que o município tinha com o transporte dos doentes para os hospitais psiquiátricos das cidades vizinhas também é um ponto que levou à que esta prática fosse questionada.

Ai se fez um levantamento do custo de combustível que essa ambulância gastava se deslocando para o transporte desses pacientes. No momento não me lembro, mas o custo foi bem elevado. (Entrev. 1, enfermeira I)

Então, esse foi um motivo forte, junto com o que a gente sabia da falta da resolutividade do hospital, dos gastos que o município tinha com esse transporte, que era um transporte inútil porque as pessoas iam e vinham... (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Não foi só a falta de resolutividade do atendimento hospitalar o fator desencadeador da organização de um serviço para a assistência ao doente mental em São Lourenço do Sul, mas também os altos custos financeiros com o transporte dos pacientes, como aparece nas falas acima.

2.2. A convergência dos poderes político, técnico e administrativo e a ação dos sujeitos sociais

O conflito da comunidade com os "loucos da rua" aparece como "o estopim para todo este processo de discussão". O tensionamento oriundo desse conflito é dirigido à secretária da saúde, gerando o confronto comunidade versus poder público, como aparece na fala a seguir:

Eu considero até hoje, passados todos estes anos, que o grande impulso que foi dado, pelo menos para mim enquanto gerente do sistema (...) foi uma paciente que tem na comunidade (...) não havia aceitação da comunidade em relação à ela, porque ela tinha as crises em público. E um dia eu estava na minha casa, depois de muita agitação, uma pessoa da comunidade me ligou e exigiu, em nome dela, da família, dos vizinhos, dos colegas de trabalho, que a municipalidade resolvesse os problemas dessa paciente. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

O louco gera, com a sua conduta "inadequada", a reação da comunidade, que cobra do poder público uma solução, e a secretária da saúde identifica nessa pressão o impulso fundamental para que desencadeasse o processo de discussão e construção do serviço.

Com o processo de municipalização da saúde os governantes locais passaram a ter uma responsabilidade e poder de decisão e intervenção que antes cabia exclusivamente a outras instâncias, ocorrendo uma aproximação entre a instância governamental, que passa a ser local, e a comunidade, o que faz com que os conflitos ocorram de forma muito mais próxima e direta e as reivindicações desta comunidade adquirem um poder de pressão muito maior. Nesse jogo de pressões, barganhas e articulações, percebe-se um poder mais circulante entre estas duas instâncias.

Uma outra questão que pode ser introduzida a este respeito é o que TESTA (1992) coloca sobre o poder cotidiano, que implica em "o que fazer e o como fazer

cotidianos". O autor coloca que este poder gera disputas no nível das diferentes organizações, na qual os aliados naturais são os que compartilham de uma mesma divisão social do trabalho (aliado de classe). Mas acrescenta que muitas vezes esta linha se rompe por circunstâncias particulares, gerando outras alianças conjunturais.

Na situação referida, a aliança que se estabeleceu entre a secretária da saúde e a comunidade, além de ter sido propiciada por uma maior proximidade entre estas instâncias no momento em que a saúde passou a ter gerenciamento local, teve sua origem em um conflito com a loucura. Mas não qualquer loucura, como se nela própria estivesse a causa do conflito, mas a loucura do pobre, que andava solto pela rua, que não tinha acesso aos serviços privados e que, com a crise do sistema público, fica fora de controle.

As dificuldades deste cotidiano mobilizaram, como primeira tentativa de intervenção da secretária de saúde, a busca de uma espécie de aliança com um dos hospitais psiquiátricos da cidade vizinha que recebia os pacientes do município, como vemos na seguinte fala:

Muitas vezes nós até chegamos a oferecer, eu oferecia a assistente social que trabalhava conosco, que era uma profissional que já tinha atuado em um dos hospitais, para que ela pudesse ir ao hospital, pudesse trabalhar a família, mas não havia resposta da área hospitalar. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Este silêncio e falta de resposta não causa surpresa, pois retrata o próprio conflito entre um sistema privado hospitalocêntrico, que vem mantendo uma demanda garantida pela própria falta de recursos dos municípios, e o movimento da Reforma Psiquiátrica, da desospitalização, da intervenção no âmbito comunitário, no locus dos municípios. Uma aliança entre estas duas instâncias seria até mesmo um paradoxo.

A seguinte fala em relação ao custo com o transporte introduz uma outra questão sobre este fato: esse fator racionalizador aparece também como argumento e forma de mobilizar o apoio das autoridades.

Alegou-se na época o alto custo que isso representava para o município. Era uma forma de mobilizar quem tinha poder político para fazer. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

O alto custo para transportar o doente mental para a internação psiquiátrica em Pelotas parece ter sido um fator "criado" por esse grupo como estratégia mobilizadora para ganhar o apoio e adesão de determinado segmento (as autoridades). O que entrou em jogo foi o poder político deste grupo, quando identifica que o fator racionalizador tem grande peso nas decisões de muitos governantes e quando o usa como argumento para mobilizar o poder administrativo.

Entende-se como poder político a capacidade de gerar mobilização e como poder administrativo a capacidade de se apropriar e atribuir recursos (TESTA, 1992). Como foi um argumento racionalizador que mobilizou estes governantes - o alto custo do transporte para o hospital psiquiátrico - isto reflete o que este autor coloca como sendo o papel produtivo do Estado, onde é necessário reduzir os custos chamados de sociais por serem improdutivos através de um reordenamento organizacional.

TESTA (1992) afirma também que a capacidade de gerar mobilização (poder político) vai depender de um saber (visão da realidade). Este saber pode ser gerado de diversas formas e pode ser agrupado em duas grandes categorias: conhecimento empírico e conhecimento científico. O saber empírico tem como base experiências de situações concretas, sendo, em geral, a sustentação de um poder individual ou de grupos reduzidos e definidos por algum interesse circunstancial, não existindo contradições nesse grupo em relação a esse interesse particular,

respondendo a uma lógica formal. Já o saber científico decorre de uma maneira formalizada de aquisição do conhecimento, mas essa formalização não é única, respondendo tanto à lógica formal como à lógica dialética.

O autor coloca ainda que o poder político pode ser considerado uma prática que impacta os atores sociais que fazem parte desta prática, tanto do lado dos mobilizadores como do lado dos mobilizados, sendo que as práticas do poder podem assumir a forma de dominação ou como prática hegemônica, essa última sendo usada no sentido da realização de um projeto político.

Estes dois aspectos (saber e prática) é que ele define como ideologia.

Estes fatores geradores de poder político (saber e prática) assumiram diversas formas no processo que ocorreu em São Lourenço do Sul, como se verá a seguir.

2.3. As articulações da proposta local com o movimento da Reforma Psiquiátrica

A secretária da saúde e do bem estar social estava inserida e comprometida com todo o movimento que vinha se instalando na saúde em geral e na saúde mental no Brasil:

Com o advento das discussões das Ações Integradas de Saúde e depois do SUDS, a gente começou a se dar conta que havia uma nova proposta em discussão no país, e que no município nós também precisaríamos discutir essa descentralização dos serviços, onde os municípios teriam um papel muito importante na organização de seu sistema local de saúde. Então começamos a evoluir, e a medida que evoluíamos, que íamos criando toda uma rede, não só

de serviços mas como também o desenvolvimento de vários projetos, nos demos conta que o usuário do sistema não teria um atendimento completo se não se agregasse também, nesse atendimento, se não se desse ênfase à atenção à saúde mental. (Entrev. 10, secretária da saúde I)

A articulação do poder público municipal, na pessoa da secretária de saúde, com os outros níveis do governo, a sua inserção e militância na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e da municipalização, também podem ser percebidos na seguinte fala:

Como eu sempre participei diretamente no Movimento dos Secretários Municipais de Saúde, e com isso, essa entidade sempre teve contato direto com o gestor estadual, nós sempre atuamos, não só no sentido da cobrança de que o Estado também assumisse uma posição de implantar esse processo todo de municipalização da saúde, como tínhamos que, em contrapartida, mostrar que era viável esse caminho. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Todo um saber vinha se impondo no Brasil em relação às Políticas de Saúde e de Saúde Mental, através de diversos fóruns e em vários níveis de discussão.

No caso de São Lourenço do Sul, esta adesão em relação à saúde mental parece ter se estabelecido tendo como intermediária a secretária de saúde, que, já inserida nas propostas da Reforma Sanitária, também estende isso para a área mais específica.

(...) em 1987 eu assisti ao I Encontro Estadual de Saúde Mental em Porto Alegre e nesse encontro estava presente uma enfermeira, que eu posso colocar o nome porque ela é uma sumidade nessa área, que é Eunice de Pelotas. Então a Eunice, junto com o secretário municipal de Braga, na ocasião, relataram o que estavam fazendo. Ai isso também foi uma das coisas que me tocou enquanto gestora, porque o que eles estavam fazendo eram coisas muito simples. Ai eu me questionei também se Braga, que é um município pequeníssimo, consegue fazer alguma coisa, porque nós em São Lourenço, que já temos uma equipe relativamente boa, não podemos fazer? E ai eu vi que saúde mental não era uma coisa que estivesse fora do nosso alcance para intervir. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Esta prática mais ampla foi construtora de sujeitos que, frente à necessidade de construção de um projeto político (hegemonia) e sustentação do poder político a nível local, constroem a experiência no concreto.

A política governamental de um sistema descentralizado de atenção leva à criação da Secretaria da Saúde e do Bem Estar Social (1982), não só possibilitando, como também exigindo que o município assumira uma responsabilidade que até então não vinha tendo.

Mas a forma como os governantes se comprometeram com isso é muito diversa, estando em jogo diversos fatores e interesses.

MENDES (1994:14) coloca a esse respeito que, onde a vontade política de mudança não está presente e onde "a inércia institucional é que governa os governantes", o processo não se instala.

Como visto, a integração destes governantes às propostas mudancistas é fundamental para que eles estabeleçam um vínculo de comprometimento com elas, para que se percebam como sujeitos, e dentro de determinado grau de liberdade como decisores, possam operacionalizá-las no concreto.

Nas entrevistas com os técnicos aparece com muita força a questão da vontade política, do papel que a secretária da saúde da época teve na implantação do trabalho. A unanimidade em relação a esse aspecto leva a repensar afirmações de que mudanças nos serviços de atenção à saúde mental tem o seu fórum único através da participação dos técnicos, no momento em que estas questões apareceram sendo inclusive determinadas por questões políticas, como se verá mais adiante.

Isso começou com a Arita, com a secretária da saúde. Ela foi participar, se não me engano, do I Encontro Estadual de Saúde Mental em Porto Alegre, (...) e aí ela foi lá e viu as pessoas colocarem como as coisas poderiam ser feitas a

nível de município (...) E a Arita até então, ela sempre vinha com vontade de fazer alguma coisa. (Entrev. 1, enfermeira I)

Bem no início a nossa insegurança era tanta! A vontade de fazer alguma coisa existia, mas ali, para efetivamente começar, foi decisiva a atuação da Arita no processo, a secretária de saúde na época, pois ela meio que prensou no sentido de ter que elaborar um plano, um plano de ação para eliminar o problema, ou para minimizar o problema que se tinha aqui no município. Então foi uma pessoa que efetivamente cobrava de nós no sentido de resolvermos fazer alguma coisa, de implantarmos algum serviço de assistência a essas pessoas. E acredito até que, se não tivesse havido essa pressão, talvez tivesse demorado mais para ser implantado. Eu vejo a participação dela, sem dúvida, efetiva no sentido de se implantar o serviço. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

(...) Eu fui apresentado para a psicóloga (...) e nós começamos a conversar e em seguida eu fui convidado para conhecer a secretária de saúde, que na época era a Arita, onde ela me colocou da imensa dificuldade que eles tinham nessa área e o quanto eles estavam pensando em desenvolver algum trabalho. (...) Daí, essa situação de nós termos desenvolvido esse trabalho naquele momento, eu acho que realmente a gente tem que tirar o chapéu para uma coisa: foi a coragem de quem estava na frente naquela época da administração topar fazer alguma coisa sem estar no livro! (Entrev. 3, psiquiatra)

Apesar do poder político ser importante e desencadeador, a relação entre ele e o poder técnico é dialética. Neste caso, o poder técnico foi necessário para dar sustentação ao poder político, introduzindo no cenário novos sujeitos.

O poder técnico se refere à capacidade de informação de um indivíduo, grupo social ou instituição. As informações podem ser médicas (habitualmente referentes à clínica), sanitárias (distribuição da enfermidade na população), administrativas (indicadores de uso de recursos) e marco teórico (como desenvolver, entender e relacionar os outros tipos de conhecimento).

A informação também circula em diferentes âmbitos, sendo que o autor citado (TESTA, 1992) considera cinco: docência, serviços, administração superior e a população. Coloca também que a identificação correta das características do poder técnico em uma situação real é fundamental no traçado da estratégia.

Então, frente às tensões provocadas por um sistema de atenção que não mais atendia as suas finalidades, gerando problemas no município que exigiam alguma espécie de intervenção, frente ao movimento que se instalava no país, de mudanças nas políticas de saúde e de saúde mental, frente à inserção da secretária de saúde a esse movimento, torna-se necessário que entrem em cena os profissionais da saúde. Com a entrada destes no processo, ampliam-se os aspectos da informação e os âmbitos da sua circulação, ampliando o poder técnico, que deu sustentação ao poder político. Na seguinte fala da secretária de saúde vê-se como isso se deu:

Como não se tinha nenhuma experiência no Estado e eu mesma nunca tinha atuado nesta área, como secretária eu convidei um grupo, eu como gestora, um grupo de profissionais, para que começassem a estudar e pensar alguma alternativa para essa área. (...) Ai questionei muito forte a equipe. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Até aqui viu-se a importância do papel destes sujeitos nos seus vários níveis de atuação, do seu comprometimento com as mudanças e a forma como reagem aos conflitos do seu cotidiano estabelecendo-os como "motor" para a ação. Tenta-se salientar com isso a possibilidade de intervenção destes sujeitos, já que muitas vezes, em análises mais macro sobre o caos da atenção ao doente mental no Brasil, eles aparecem como meros receptáculos de determinações, e reagindo a elas sem nenhum grau de autonomia.

A adesão do prefeito à proposta foi fundamental, não como executor direto, mas como possibilitador, o que é muitas vezes uma grande dificuldade de quem ocupa este cargo, quando interesses corporativos ou político-partidários intermediam esta ação.

Uma contradição, neste sentido, é que o Movimento da Luta Anti-Manicomial no Brasil está ligado, historicamente, a partidos políticos de esquerda, o PT, PCB, PMDB e PDT, e o trabalho desenvolvido em São Lourenço do Sul, citado

como exemplo de uma experiência concreta por esse Movimento, surgiu em uma prefeitura do PDS, partido tradicionalmente associado aos interesses dos donos de hospitais psiquiátricos privados. A seguinte fala da secretária de saúde introduz estas questões:

(...) até muitas pessoas que estiveram aqui diziam que era o oposto do discurso, que na prática se fazia um trabalho que talvez fosse o ideal de um partido político, digamos assim, como era a linha do PT. Mas eu tenho claro o seguinte: o trabalho da primeira administração, na qual se começou toda esta história que a gente falou aqui, era um trabalho onde o prefeito tinha um compromisso com a comunidade (...) independente de achar que teriam outras pessoas que não concordariam com isso dentro do partido. Tanto isso que eu estou dizendo é verdade, que houve uma reunião dos médicos, porque aí o corporativismo é muito forte, com o partido que estava no governo, para criticar o trabalho que nós vínhamos desenvolvendo, que com isso a gente estava esvaziando os consultórios particulares (...) Então também, em função da sensibilidade que eu falei que o prefeito tinha, o prefeito da época, foi possível o trabalho. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Apesar da secretária da saúde aparecer mais claramente na representação dos profissionais como tendo sido a pessoa-chave no desencadeamento do processo de construção da proposta, percebe-se que ele poderia não ter ocorrido se o prefeito não "abraçasse" a proposta. Nas entrevistas como um todo, a única referência à participação do prefeito foi feita por parte da própria secretária, sendo que nas demais entrevistas ele parece ser uma pessoa que permaneceu à margem. A não referência a ele por parte dos demais profissionais pode ser pelo fato de que as relações entre esta instância e a governamental se dava através da secretária da saúde, mas na construção deste poder político, o poder administrativo gerado pelo prefeito foi fundamental, e se ele sucumbisse às pressões existentes, a proposta teria sido impossibilitada.

Quando se reporta à fala do próprio prefeito do período, ele coloca como tendo sido uma idéia de lideranças e que dependia só da vontade política.

Foi uma idéia de lideranças, da Arita, minha, e demais pessoas que lidavam quase que diariamente com esse doentes, os médicos... Nós chegamos à conclusão que só dependia da vontade política (...). (Entrev. 12, prefeito 1)

Mas a questão política não se dá apenas no nível da vontade política ou do poder político dos governantes, onde têm a sua manifestação mais visível. Não se pode perder de vista o cunho político da ação, neste cotidiano, dos sujeitos que não se encontram e nem têm acesso a instâncias que parecem ser o fórum formal deste nível de atuação, destes sujeito anônimos, que, com a sua prática cotidiana, têm um nível de intervenção e de atuação que não é percebido neste "fazer".

Aqui não teve isso, a gente não teve essa impregnação ideológica, de cunho político, o que eu acho que proporcionou que a casa se alastrasse, ela não teve ataque desta forma, ela nunca foi vista como uma manifestação política. (Entrev. 3, psiquiatra)

Percebe-se que o cunho político da ação e o significado deste político não é consciente nos sujeitos do processo, apesar de ser bastante presente na sua prática e até mesmo no seu discurso, quando se vê as negociações que se estabelecem entre os vários níveis e dentro de um determinado nível, os enfrentamentos, as articulações, os recuos e os avanços. Em cada ação descrita e observada podemos identificar o caráter político, tanto com o fim de transformação como de manutenção.

2.4. A singularidade contribuindo para a construção da proposta

Quando nos damos conta de que a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira não se instalou de forma homogênea nos municípios, sendo que em alguns nem sequer chegou a se instalar, e que ainda permanece no cenário um grupo de

conservadores com muito poder, se faz necessário também reportar-se às especificidades locais.

São Lourenço do Sul é um município pequeno, com a maior parte de sua população residindo na zona rural, com sua economia baseada prioritariamente na agropecuária e com fortes traços de cultura européia, principalmente alemã. A música, a dança, a comida e os costumes mantêm traços desta culturas. Existem ainda, na atualidade, regiões da zona rural onde o idioma falado é o alemão, ou o dialeto pomberano.

Na área da atenção à saúde, as necessidades eram supridas basicamente por dois hospitais gerais, um na zona rural e outro na cidade, e um posto de saúde do Estado na zona urbana. Além disso, uma infinidade de consultórios médicos particulares imperavam na zona urbana, tendo esse grupo características corporativistas muito fortes e com representação em várias áreas de poder. A atuação de outros profissionais praticamente inexistia, ficando restrito quase que somente a um enfermeiro contratado pelos hospitais frente à exigência legal.

Na saúde mental, como já referido anteriormente, a conduta era a transferência dos doentes mentais para os hospitais psiquiátricos de cidades vizinhas ou, em alguns casos, a prescrição de medicação feita por médicos clínicos.

Dentro deste contexto, a forma como instalou-se a atenção à saúde mental pode ser melhor entendida. Um serviço pequeno, não centrado no ato médico, com a atuação de uma equipe multi-profissional e com alto nível de integração com essa comunidade, e até mesmo com as relações dando-se de forma mais informal entre os trabalhadores da saúde mental e usuários, uma relação que se estabelece não só internamente no serviço, mas também na comunidade: todos se conhecem,

compartilham de problemas semelhantes, freqüentam os mesmos lugares, fazem compras no mesmo supermercado.

A inexistência de hospital psiquiátrico no município também pode ter sido um fator que possibilitou a implantação deste serviço, não gerando um confronto direto entre um sistema que se instalou no Brasil com fins claramente lucrativos e os interesses da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.5. As propostas mais gerais contribuindo para mudanças singulares

A opção pela forma de atenção extra-hospitalar indica ter sofrido também determinações que não foram percebidas pelos envolvidos na proposta.

(...) É claro que aquele foi um momento muito oportuno, porque existia vontade política, e acho que se nós tivéssemos decidido naquela época até mesmo fazer um hospital psiquiátrico, nós teríamos feito, porque existia uma necessidade de resolver os problemas de saúde mental de São Lourenço. (Entrev. 3, psiquiatra)

Questiona-se esta afirmação devido a dois fatores. O primeiro mais interno: a construção de uma estrutura hospitalar demandava um investimento que um município como São Lourenço não tinha condições de realizar. Os gastos, os recursos humanos, enfim, inexistia uma infra-estrutura para tal fim. Outro ponto é que a construção de um hospital psiquiátrico iria ser inviabilizada porque o movimento anti manicomial já tinha conquistado um poder de intervenção relativo que, se não gerou o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, como almejava, devido à hegemonia deste sistema estar calcada em um sistema privado com muito poder e à

presença de um grupo de conservadores no sistema público, pelo menos pôde intervir impossibilitando a sua ampliação.

Então, além do fato de a construção de um hospital psiquiátrico não ser uma solução viável para os municípios devido ao seu alto custo, já havia se instalado toda uma crítica a esse sistema de atenção, levando à busca de uma modalidade alternativa.

A vontade política referida na fala apresentada está relacionada apenas àquela que era percebida em relação aos governantes locais, sendo negado todo o contexto mais amplo que, se por um lado possibilita as mudanças executadas na prática pelos sujeitos, por outro estabelece algumas limitações.

As determinações que aparecem como mais presentes nas falas a seguir são as que foram vivenciadas pelas pessoas, em diversos níveis, na sua prática cotidiana. As mudanças em um nível conjuntural não são percebidas por elas de forma imediata.

Na época em que nós começamos, ninguém nunca tinha ouvido falar de Itália, Trieste, do trabalho que existia lá (...) (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Porque aí tu vais criando essa história, e para tu teres uma idéia, a gente nunca ouviu falar em Franco Basaglia, eu nunca tinha escutado falar (...) Até aí foi uma fase desconhecida para nós do processo evolutivo das políticas de saúde mental a nível de Brasil e de mundo. Não sabíamos nada disso. Isso aí aconteceu tudo por acaso. Não foi assim um por acaso 'ah, estourou aqui', não, mas não tinha, vamos dizer assim, um estímulo externo. (Entrev. 3, psiquiatra)

A grande ênfase dada ao fato de não terem tido "um estímulo externo" demonstra que, na percepção imediata das pessoas que estavam à frente da proposta, existia um grande grau de autonomia e que a criação e a invenção tiveram um papel

fundamental, sem modelos pré-fabricados, que até podem servir como fonte inspiradora, mas podem tornar-se também, por outro lado, "camisas de força".

No momento seguinte, esse grupo passa a conhecer outras experiências semelhantes, tal como a citada, em Trieste, na Itália, que tinha grande repercussão em todo o mundo, sendo inclusive inspiradora da Reforma Psiquiátrica brasileira:

Pessoas que faziam o que nós fazíamos aqui, com conteúdo teórico, político, de longos tempos. Aí tu ficas numa dúvida idêica: tu ficas com vergonha por tu teres pouca cultura a respeito das coisas que tu fazes, ou tu ficas orgulhoso por estar fazendo uma coisa que as pessoas pensaram tanto, teorizaram tanto em cima e tu estás conseguindo realizar. Então, essa mescla de satisfação e frustração, ela ocorreu. (Entrev. 3, psiquiatra)

As mudanças no contexto econômico, político e social que geram toda uma mudança na própria racionalidade vigente, não são percebidas como tendo influência sobre o pensar e fazer. O fato destas determinações não serem conscientes geram a "surpresa" quando percebe-se práticas semelhantes, sem que houvesse tido alguma espécie de intercâmbio entre elas.

2.6. Os primeiros passos do projeto: a equipe de trabalho e a comunidade

Frente a uma série de fatores possibilitadores, as ações concretas foram ocorrendo. Como será visto a seguir, não havia um modelo pré-estabelecido e os primeiros passos ainda nem se aproximavam do que seria mais tarde o serviço citado

e referenciado pelo Movimento de Luta Anti Manicomial. Foi um processo de construção/desconstrução/reconstrução.

Em 1987, iniciaram as discussões, desencadeadas pela secretária de saúde, tendo seu início ainda muito restrito, envolvendo apenas duas pessoas: uma enfermeira e uma estagiária de psicologia, que tinham como tarefa a elaboração de um projeto de saúde mental.

Nós tínhamos que escrever um projeto, e como fazer um projeto de uma coisa que a gente não conhecia e de uma coisa que a gente não sabia como ia funcionar. (...) Eu e a Elza sentávamos ali, até em cima de uns sacos, umas coisas, nós sentávamos ali: 'Vamos escrever o projeto agora!' Mas não saía nada. (Entrev. 1, enfermeira I)

O próprio local onde eram realizadas as discussões era improvisado, pois estas pessoas não tinham salas disponíveis para este fim.

Então nos reuníamos... Até não tínhamos um local. Muitas vezes as pessoas dizem que as coisas não podem funcionar porque não tem um local adequado. Nós nos reuníamos onde era uma espécie de almoxarifado e nos sentávamos sobre sacos de arroz, de feijão... (Entrev. 11, secretária da saúde III)

A falta de uma infra-estrutura, tanto em termos materiais como humanos, não impediu que o grupo trabalhasse, mas também permitiu o estabelecimento de um princípio que o nortearia na continuidade deste trabalho: a necessidade da invenção. As condições não foram "dadas", e sim, construídas/desconstruídas.

O psiquiatra é inserido em um segundo momento no grupo, sendo convidado a participar das discussões.

E aí foi quando o Flávio também estava atendendo pela marinha aqui, se descobriu que o Flávio era psiquiatra, e aí ele também começou a fazer parte e nos ajudar. E a coisa foi saindo, foi saindo (Entrev. 1, enfermeira I)

Eu estava, na época, com uma moça esquizofrênica em uma sala, não sabendo o que fazer com ela, porque ela vinha de uma internação e mal chegava em São Lourenço e reinternava outra vez, e não tinha um acompanhamento a

essas pessoas, e eu fui aqui na secretaria e me disseram que havia um psiquiatra aqui, e eu até brinquei: 'De carne e osso? Não é possível!' E a partir daí a gente se conheceu e ele já atendeu essa pessoa, e a partir daí ele começou a vir toda semana pela marinha, durante um ano. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Frente à exigência da elaboração de um projeto, o grupo elabora, em 1987, o que denominaram de Plano de Saúde Mental do Município.

Eu me lembro assim que eu trouxe um esboço de um projeto, de um programa de saúde mental, que era um programa que tratava do tratamento do doente em si, tratamento ambulatorial, ele se preocupava com a reabilitação, mas a reabilitação... Eu não sabia o que era reabilitação! Nunca me ensinaram o que era reabilitação do doente mental. (...) E também se preocupava com os fármaco-dependentes, e um programa de treinamento de pessoal e estatística. Então seria aquele programa inicial, assim a coisa básica, o bê-a-bá para a gente fazer alguma coisa, mas um bê-a-bá um tanto tradicional. (Entrev. 3, psiquiatra)

O Plano foi dividido em quatro programas:

- Programa de prevenção e promoção em saúde mental;
- Programa de assistência e reabilitação;
- Programa de investigação, estatística e preparação de pessoal;
- Programa de prevenção e controle de alcoolismo.

Paralelamente à elaboração do Plano, já estava sendo prestado atendimento ambulatorial por este psiquiatra.

E foi quando ele ficou, contratado por algumas horas, para fazer este tipo de atendimento. Então a gente fez esse projeto e, paralelo, já começou o atendimento psiquiátrico aqui no ambulatório da secretaria. Então eram agendadas as pessoas e onde era feito só o atendimento médico. (Entrev. 1, enfermeira I)

Naquela época era uma coisa assim: por onde começar? E a coisa ficou calcada em cima do ambulatório. Então eu comecei a atender. Eu vinha, atendia uma demanda (...) Então eu atendia uma demanda X de pacientes de ambulatório (...) E naquele momento nós testamos pelo ambulatório, nós... era inviável, era só atendimento, atendimento, atendimento... (Entrev. 3, psiquiatra)

Este atendimento ambulatorial era centrado no ato médico. Como era um atendimento que até então inexistia no município, foi divulgado nas Assembléias Comunitárias Rurais, onde a psicóloga já vinha atuando.

(...) depois a gente começou a divulgar esse trabalho nas Assembléia Comunitárias Rurais, a Elza ia nas assembléias, falava também das coisas principais sobre o que é doença mental, do encaminhar essas pessoas para a consulta aqui, já que estava tendo este tipo de atendimento no município, e aí começou com isto aí. (Entrev. 1, enfermeira I)

Eu já trabalhava com promoção nas Assembléias Comunitárias Rurais, que eram grupos de pessoas que se reuniam em locais distantes da cidade, e realizava um trabalho em saúde mental desde zero anos até a velhice, e comecei a conversar com as pessoas: quem eram os doentes que moravam naquela localidade, onde estavam, o que faziam, como eram tratados, quem reinternava, quem era problema para aquela comunidade... (Entrev. 11, secretária da saúde III)

O trabalho nas Assembléias Comunitárias Rurais não teve somente o objetivo de divulgar o atendimento psiquiátrico ambulatorial que começou a ser realizado. Possibilitou também a integração desta equipe inicial, a qual já estava inserida uma assistente social, com a comunidade da zona rural, através da psicóloga que já tinha vínculo com este segmento da população. Através disto também foi possível que a equipe realizasse um diagnóstico mais concreto daquela realidade.

As Assembléias Comunitárias Rurais eram, neste período, um trabalho já consolidado, tendo tido o seu início em uma das áreas mais carentes do município, sendo mais tarde estendido para outras localidades.

(...) nós dividimos o município em várias áreas, acompanhando mais ou menos a divisão dos subdistritos do município. Então nós elegemos uma área em conjunto com outras entidades que trabalhavam na zona rural, a EMATER, o Sindicato Rural e os subprefeitos, nós elegíamos uma área que era a área mais carente da zona rural. Então se fez todo um estudo nessa área: as dificuldades, as necessidades, os problemas, e se começou um processo de mobilização, isso foi em 83 - 84, por aí. Quando se viu que era possível esse trabalho, que era um trabalho não centrado no atendimento, mas um trabalho centrado na discussão das dificuldades e aí tentando ver junto com a própria população que

alternativas tinha de ação em relação aos problemas tanto da área agrícola como da área de comercialização de produtos agrícolas, da área da saúde, da área da educação... (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Ocorre a integração dos técnicos a todo um trabalho que já vinha sendo realizado na comunidade através destas assembléias, e o trabalho da saúde mental nasce vinculado a uma proposta de participação comunitária mais ampla.

2.7. Criando uma nova maneira de conceber e atender o louco - quebrando as quatro paredes e construindo a Nossa Casa

A primeira forma de atendimento se centrou no tradicional ambulatório, que já vinha sofrendo críticas em todo mundo, e no atendimento médico, não sendo muito diferente do que era realizado até então no município, apenas com a diferença de que pela primeira vez era realizado por um especialista. Mas a conformação inicial desta equipe, tendo como integrantes outras categorias (enfermeira, psicóloga, assistente social), não ficando a proposta calcada em bases do modelo médico, o enfoque comunitário do trabalho que já vinha sendo realizado no município, e a própria falta de resposta deste ambulatório na resolução dos problemas, gerando toda uma crítica interna, possibilitou que este não se cristalizasse como forma única de intervenção.

(...)como tinha atendimento e eu não tinha estrutura aqui para ficar com o doente em crise, tinha que encaminhar. E eu era a porta de entrada do hospital, porque eu era o médico assistente do hospital da cidade vizinha. Então era a coisa mais simples, eu pegava, ligava para o hospital e dizia: 'Olha, está indo uma ambulância para aí!' E o paciente no outro dia já estava internado. Mas aquilo não me satisfazia (...) porque eu comecei a ver a

história do outro lado: eu estava aqui, via um caso agitadíssimo na minha frente, no outro dia eu chegava no hospital, o caso que eu encaminhei aqui já estava bem, estava calmo, estava tranquilo. Muita vezes a gente se dava conta que ele tinha parado a medicação, tinha tido uma briga em casa, não precisava ter tido todo aquele esquema. (Entrev. 3, psiquiatra)

O psiquiatra que atendia no ambulatório também trabalhava no hospital psiquiátrico da cidade vizinha para onde eram encaminhados muitos dos pacientes do município, e ele mesmo passou a ser a principal fonte destes encaminhamentos. Quando manifesta que começou "a ver a história do outro lado" isso se refere, ao nosso ver, ao fato de que em uma prática meramente hospitalar, onde o paciente fica "depositado" durante um tempo indeterminado, fazendo um tratamento indeterminado, com funcionários indeterminados, tornando-se uma pessoa indeterminada, sem nome, sem história, sem vínculos, o técnico, no caso o psiquiatra, não tem condições de identificar o contexto da pessoa, a situação que originou a "necessidade de internação", aceitando acriticamente o seu papel "terapêutico". O encaminhamento, na maior parte das vezes, é feito por um colega desconhecido, mas cujo poder na determinação da conduta também não pode ser questionado, entrando em jogo algumas regras do corporativismo.

No momento em que este profissional passa a atuar em todas as instâncias do círculo comunidade - hospital psiquiátrico - comunidade, isto gera uma visão mais ampla da sua prática, possibilitando uma crítica não só do hospital psiquiátrico como também do próprio atendimento ambulatorial, e percebe que ambos se complementam na perpetuação de uma forma de atenção que estava sofrendo críticas nesta comunidade.

Então se fez, inicialmente, um trabalho como eu acho que a maioria dos municípios até começa, que é pensando: 'O que é problema no nosso município? Ah, é o alcoolismo! Então vamos tentar ver o que dá para fazer, vamos estudar isso, vamos tentar ver...' Mas tudo fica muito diluído, porque não se atua nas causas. Se vê o problema mas não se faz uma pesquisa, um estudo mais profundo. (...) Isso tudo ficava muito vago em termos de resultados

porque na realidade a comunidade convivia com alguns doentes mentais crônicos. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Mas de início a nossa idéia foi realmente só o ambulatório e para a nossa surpresa este ambulatório não funcionava. Não funcionava porque a gente tinha um fator de que estes doentes tinham as suas características, dentro da doença deles, que impediam deles serem bem aceitos, de eles conseguirem até mesmo viver junto com a família deles. Porque eles precisavam de um processo de reabilitação, eles precisavam ser trabalhados. (...) Mas aí a gente vê que muitos destes pacientes, que andam para cima e para baixo na internação, eram paciente que não sabiam nem comer. Já tinham ficado tanto tempo em hospitalizações, tão regredidos, tão... vamos dizer assim, com sintomas residuais de psicose, que eles já estavam atirados. Pacientes com uma história de São Pedro de muito tempo. E aí a gente viu assim: 'Mas quem é a família que vai querer ficar?' A gente tinha aquela mania de dizer: 'A família não medica, a família não faz isso...' Mas também, a família não vai querer ficar com um cara neste estado... (Entrev. 3, psiquiatra)

Por um lado, o argumento em relação à não resolutividade do ambulatório está centrado nas características da doença, nos "sintomas residuais de psicose", e esta crítica é baseada na equação problema-solução. Com a definição do problema - a doença - basta encontrar uma solução que dê resposta a ele.

ROTELLI et al. (1990:26) colocam que esta interpretação tem como base o paradigma racionalista, sendo "um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura)." Afirmam que a psiquiatria foi a desconfirmação do paradigma racionalista, quando lida com uma doença indefinida e indeterminada, e com a cronicidade, que continua a ser o problema e o sinal mais evidente da impotência da psiquiatria em alcançar a solução-cura.

Mas já aparece algum questionamento a esse paradigma racionalista no momento em que as longas internações em hospitais psiquiátricos são questionadas, ocorrendo um questionamento à solução institucional vigente. Não é apenas visto um indivíduo doente, mas uma pessoa com problemas concretos.

A "nova solução institucional" - o ambulatório - não alterou em nada o destino que os doentes mentais crônicos até então vinham tendo. Isso não poderia ser diferente, pois esta forma de atendimento tem como base o mesmo paradigma racionalista, onde é identificado o problema através de um diagnóstico, é estabelecido um prognóstico e uma ação baseada em um sistema de teorias e normas que deveria levar a uma determinada resposta, o mais aproximada possível da cura. A crítica a isso se estabeleceu internamente à própria prática.

A gente começou a discutir e querer mais coisas. (...) Em seguida a gente fez o projeto de se fazer um local onde as pessoas pudessem ficar aqui no município. (Entrev. 1, enfermeira I)

Com esse diagnóstico a gente viu que a coisa teria que ser diferente, que ia necessitar realmente fazer um centro, uma coisa diferente. (...) Então precisaria ter um ambiente em que a gente pudesse proporcionar esse aprendizado de vivência familiar, de vivência em casa. E aí foi que saiu, em final de 87, começo de 88, o projeto de um centro de reabilitação, e um centro de reabilitação realmente para trabalhar com esses doentes que estavam sempre fazendo este vai-e-vem de internações. (Entrev. 3, psiquiatra)

Aí a equipe, inicialmente era um médico psiquiatra, uma assistente social, uma enfermeira e uma... no início eu não me lembro se tinha psicóloga, começaram a pensar na proposta que se transformou enfim na Nossa Casa, que foi um projeto alternativo que se encontrou de começar a pensar, porque não havia nada definido, não se sabia exatamente onde chegaria. Eu diria até, olhando isso hoje, e eu já dizia isso em outros tempos, que eu acho que da prática nós construímos talvez um referencial, que possa até ser um referencial teórico, eu não sei, é um questionamento que eu deixo. Mas o nosso trabalho não tinha um referencial teórico definido, de dizer: 'Olha, vamos seguir fulano, ciclano, experiência a ou b. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Frente à ineficácia do ambulatório, em maio de 1988 começa a se delinear a idéia de um local, sendo elaborado um projeto de implantação de um centro de reabilitação do doente mental. Apesar deste grupo não ter, de forma acabada, o que seria este local, o objeto não era a doença e os instrumentos não eram os da psiquiatria tradicional e seus aparatos. A necessidade de um serviço no município foi

gerada pelos psicóticos crônicos, aos quais estes mecanismos não geraram nenhuma resposta.

Neste processo de construção pode-se identificar quatro níveis de ação destes sujeitos, que foram fundamentais tanto em termos de direcionamento da proposta como em termos estratégicos para que ela fosse viável, buscando a adesão de outras instâncias à proposta. Pode-se dividi-los em relação aos usuários, à família, à comunidade e aos governantes. Este recorte é realizado para fins de análise, pois eles não ocorreram de forma estanque e nem em um momento delimitado.

No primeiro nível - os usuários - foi realizada uma espécie de localização destes, conhecendo quem eram, onde viviam, quais eram os seus problemas.

Então se fez visitas domiciliares através dos arquivos que tinham lá na unidade sanitária (...) E outros que andavam perambulando aí pelas ruas, outras pessoas. Então a gente procurou ver lá nos arquivos da unidade sanitária e alguns que já passaram aqui pelo ambulatório com atendimento do Flávio, e visitamos essas pessoas, fizemos visitas para todos eles, eu, a Elza e a Nilza também, que era assistente social na época das visitas. (Entrev. 1, enfermeira I)

A importância desta conduta está no fato de que muitos serviços são estruturados para "usuários imaginários". Estes não existem concretamente para os agentes. Mais tarde, estas pessoas chegam até este serviço como pacientes, com as normas e papéis já estabelecidos, onde recebem um diagnóstico e são submetidos a determinada conduta terapêutica.

É desmontando estes aparatos institucionais em relação à doença que será possível retomar o contato com a existência dos pacientes enquanto existência doente (ROTELLI et al., 1990).

O segundo nível refere-se à família.

E tanto que fizemos que foi feita uma reunião com todos estes familiares e foi colocado, dada a idéia, de se fazer esse tipo de serviço aqui, para que as pessoas pudessem ficar aqui na comunidade. (Entrev. 1, enfermeira I)

Se fez vários grupos com familiares, onde se colocou essa proposta. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Na medida em que a proposta visava superar uma prática que não respondia às necessidades, a adesão da família era fundamental. As instituições que até então vinham atendendo os pacientes não exigiam uma participação efetiva dos familiares, sendo que, muitas vezes, até a proibia. Ao mesmo tempo, não davam nenhuma espécie de suporte quando o paciente não estava "entre os seus muros", no caso do hospital psiquiátrico, ou "no horário da consulta" no caso do ambulatório. Mas a participação e inserção do familiar não se concretiza através de mecanismos coercitivos ou normativos, sendo necessário que se estabeleça um outro tipo vínculo entre a equipe e familiares, e isso foi construído e negociado na própria relação.

O terceiro nível da ação - a comunidade - foi o primeiro em termos de intervenção mais concreta, ocorrendo muito antes até de ser pensada a possibilidade de um atendimento em saúde mental no município e continuou no decorrer de todo processo. O trabalho de saúde mental já nasceu no interior de uma proposta de participação comunitária mais ampla. A maioria dos profissionais já vinha realizando algum trabalho junto à comunidade, conhecia a sua realidade e pôde determinar que segmentos era necessário e estratégico mobilizar inicialmente.

Mas como começar, como mobilizar, como falar isso para a comunidade? Então a Arita pediu para a gente entrar em contato com a enfermeira Eunice, que era uma pessoa que trabalhava com isso aí, que tinha uma boa vivência nisso aí. Entramos em contato com ela e fizemos uma reunião onde foram mobilizadas as pessoas, as associações de bairro, o hospital, o hospital da Reserva, a Brigada Militar, médicos, muitas pessoas ligadas na área da saúde, e foi colocado o problema para as pessoas. A Eunice colocou a experiência dela, o que ela achava que poderia ser feito. Isso também foi um início, toda essa discussão partiu desta reunião. (Entrev. 1, enfermeira I)

E houve uma ampla discussão com a comunidade concomitante a isso, onde se trouxe uma enfermeira de Pelotas, a Eunice, que veio conversar com diversos segmentos da comunidade, se fez reuniões com associações, se fez reuniões com o pessoal do hospital, se fez reuniões com diversas pessoas da comunidade, sempre discutindo a questão da saúde mental, da doença mental: como nossos doentes eram tratados, onde ficavam, onde estavam, se era isso que nós queríamos para a nossa comunidade e que nós tínhamos uma proposta bem diferente, muito mais humana, muito mais coerente, eu acho, do que a gente entende por saúde. E essa discussão levou alguns meses, algum tempo, e foi crescendo a idéia de se fazer um serviço diferente. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Em relação à comunidade, eu acho que a dificuldade também surgiu porque toda a visão que se tem nessa área, de doente mental, historicamente, é de que doente mental tem que estar entre quatro paredes, ele tem que estar cercado por muros (...) Então teve que se fazer todo um trabalho com as principais entidades, grupos de serviços, até com profissionais, brigada militar, polícia civil. Digo Brigada Militar porque geralmente esses eram chamados. Isso não é só aqui, porque eu trabalhei em Pelotas, quando tinha uma ocorrência em que a ambulância era chamada para buscar um doente mental, a Brigada Militar sempre ia junto. Então a loucura passa a ser caso de polícia e não de saúde pública, dentro desse conceito. Então, para se mudar isso, teve que se fazer várias reuniões dizendo o que se queria, o que se pensava. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

A participação da comunidade não era uma "concessão" feita por governantes democráticos, que viam por bem transferir um poder que era seu para a população. As próprias mudanças que ocorreram nas políticas de um modo geral e nas políticas de saúde em particular exigem que, para que os governantes possam viabilizar as suas propostas, tenham o apoio da comunidade. Então, não é um poder "dado" e sim um poder construído no decorrer de anos de luta pela democratização, em todas as instâncias, no Brasil. No caso da saúde mental, a própria proposta de desospitalização exigia que a comunidade assumisse um papel que até então não vinha tendo.

Por último, vemos a ação em relação aos governantes. Esta ação foi direcionada para o prefeito e para os vereadores. No caso do prefeito, foi necessária

uma negociação, porque a nova proposta exigia um investimento que até então não tinha sido necessário: o aluguel de uma casa.

Então foi feito um acerto assim; a prefeitura tinha um prédio alugado aqui no outro lado, onde ficava uma espécie de rouparia e o pessoal que trabalhava com os mosquitos, então eles ficavam todos aqui neste prédio. Então, na época, o prefeito disse o seguinte: 'É uma casa grande, o preço do aluguel vai ser elevado. A gente aluga desde que estas coisas que estão nessa casa alugada aqui possam passar todas para lá!' Que aí ele ia encerrar o contrato dessa casa aqui e ele pagaria o aluguel só de lá. Foi onde se alugou aquela casa e passou todas essas coisas para lá, os mosquitos, a rouparia, tudo ficou lá, tudo junto. (Entrev. 1, enfermeira I)

Em relação aos vereadores, o apoio político conquistado neste período deu inclusive algumas garantias na forma de lei.

E aquele apoio político que se tinha necessidade junto ao legislativo também foi possível porque a equipe também passou a sensibilizar os vereadores. Tanto é que se conseguiu incluir na Lei Orgânica Municipal, que em 87, 88, eu não me lembro bem o ano, foi quando se montou na Lei Orgânica Municipal um capítulo específico para a área de saúde mental. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

(...) a câmara de vereadores votou uma verba específica para o atendimento dos doentes mentais, para o funcionamento da Nossa Casa (...) Nós assinamos a municipalização da saúde em 1987, por aí, quando começou a entrar algum dinheiro do Ministério da Saúde, mas antes a verba era do município, para a saúde em geral nos dois primeiros anos. Depois parece que se votou uma verba específica para o funcionamento da Nossa Casa. (Entrev. 12, prefeito I)

A atuação deste grupo junto ao usuário, família, comunidade e poder público colocou em jogo a revisão da relação entre estas instâncias e do papel de cada uma delas.

Como resultado deste movimento, é inaugurada em 16 de agosto de 1988 a Nossa Casa. Posteriormente, na própria prática dos atores, foram surgindo outras necessidades que levaram à ampliação do âmbito institucional além da integração

dos diferentes trabalhos que vinham sendo desenvolvidos no município na área da saúde mental, surgindo o Centro Comunitário de Saúde Mental.

O estudo dessa experiência singular aponta para alguns fatores que foram decisivos para a construção da mudança na saúde mental. As políticas de saúde mental mais amplas trouxeram, sem dúvida, repercussões em todos os espaços sociais onde a internação em manicômios era o mecanismo utilizado para atender e controlar a loucura. Os óbices para sua utilização, os gastos que envolvia e a repercussão disso, obrigando a uma convivência com a loucura, que não tem mais no seu tradicional mecanismo de exclusão a resolutividade anterior, geraram uma crise nos municípios que leva à necessidade de criação de outras formas, outros caminhos para o atendimento do doente mental. Além disso, já vinha ocorrendo uma crítica por parte de diversos segmentos da sociedade em relação a esta forma de atenção e à sua utilização. A Reforma Sanitária e a transferência aos municípios da responsabilidade de implantação de sistemas locais de saúde também fez com que os governantes locais tivessem que assumir questões que, até então, cabiam a outros níveis de gerência.

A repercussão de todo este movimento mais amplo da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no município, e as ações oriundas em resposta a ele, tiveram grande relação com a vinculação e o compromisso dos gestores locais com o mesmo, com a consciência de que as mudanças concretas na saúde dependem de sua adesão e que isso torna necessário, muitas vezes, a superação de interesses corporativistas. Apesar da participação dos governantes ter sido fundamental, o envolvimento de outros atores sociais foi a única forma de garantir que esse processo se tornasse construtor de sujeitos de transformação e não de dominação. A convergência do poder estratégico entre equipe de trabalho, instituições, instâncias governamentais e grupos organizados da comunidade foram fundamentais para que a mudança fosse

construída no caminho da democracia. Isso ainda é mais importante quando se fala na construção de uma forma de atender a loucura com menos exclusão e com maior liberdade e emancipação, considerando-se que isso não é possível somente através de "soluções técnicas". A possibilidade de convivência com a diferença precisa ser construída em todos os espaços da comunidade, através da sua própria possibilidade de participação, negada durante tantos anos neste país, revendo conceitos e preconceitos cristalizados que têm como resultado a discriminação, a exclusão e a violência.

Estas questões, além de confirmarem os pressupostos deste trabalho, demonstram que a convergência dos poderes é fator estratégico para a mudança.

Capítulo 3

A VIVÊNCIA DA MUDANÇA

Neste capítulo, será feita uma aproximação de como aparecem os agentes, os usuários e a família nesta prática inovadora, as relações que se estabelecem entre estes atores e a forma como percebem o seu trabalho e o dos demais.

Para esta apreensão analisar-se-á como eles próprios percebem esta prática e como é percebida pelos demais atores entrevistados, sendo, em alguns momentos, utilizados alguns dados da observação direta das atividades desenvolvidas no CCSM como suporte para a melhor compreensão de algum item desenvolvido a partir das entrevistas.

Os aspectos referentes à família terão como base de análise o que os demais atores falaram sobre ela. Não foi entrevistado nenhum familiar, o que se configurará como um dos limites deste capítulo.

3.1. Os agentes

3.1.1. Os agentes trabalhando em equipe

Tanto os próprios agentes como os demais atores usam com bastante frequência o termo *equipe* para indicar este grupo. O termo é utilizado de forma a

englobar todos os agentes (a equipe), ou como predicado de uma determinada forma de trabalho (em equipe).

Os entrevistados, sem exceção, falam que a equipe é boa, tanto aqueles que nela se incluem como os demais. Apesar de, em alguns momentos, isto aparecer relacionado a algum profissional, principalmente ao psiquiatra e à psicóloga que participaram da criação do serviço, é mais freqüente esta visão ser associada à equipe como um todo - *a equipe é boa*.

Mas se esta visão positiva aparece em relação à equipe de uma forma indiferenciada, é identificado claramente *por que* ela é boa, quais características que a fazem assim, levando a uma maior compreensão do que querem dizer e de como isto se relaciona com a sua prática.

Uma delas é a *coesão*. Esta coesão aparece através de termos como união, afeto, amizade, afinidade.

Eu acho que aquilo tudo anda e funciona como funciona porque sempre existia uma boa equipe. (Entrev. 1, enfermeira I)

E a equipe sempre fechou muito. Nós formamos um grupo em que pensávamos parecido, se queria tudo muito parecido (...) que eu acho que é fundamental para qualquer projeto de saúde mental dar certo é o afeto entre a equipe, e isso transbordava na Nossa Casa, as pessoas se gostavam muito, a equipe se queria muito, partilhava muitas coisas boas em termos de gratificações profissionais, em termos de amizade (...) Quem não gosta de viver com pessoas que se gostem, onde a equipe compactua, a equipe tem uma afinidade, uma amizade tão grande. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Aquela casa tem o nome de Nossa Casa porque a equipe era uma equipe coesa, unida. (Entrev. 12, prefeito I)

Frente a estas características que são identificadas na equipe, a imagem que aparece com freqüência é de uma família, afastando-se do que seria um grupo de trabalho tradicional, e que se aproxima mais de um grupo familiar. Esta

representação pode significar que as relações hierárquicas entre os profissionais não é tão assimétrica

A gente acabou sendo uma família lá dentro. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Íamos conseguir formar uma família. E aí conseguimos. (Entrev. 12, prefeito I)

Esta coesão depende de uma outra característica: a capacidade de *gerenciamento de conflitos*.

Claro que várias pessoas trabalhando em uma mesma casa, com linhas de pensamento totalmente diferentes, dava conflitos (...) Então eu acho que os conflitos eram bem gerenciados neste sentido (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Portanto, existem conflitos, tornando-se necessário que a equipe tenha capacidade de gerenciá-los. Mas eles existem em função da *heterogeneidade* da equipe. As pessoas pensam diferente, e essa diferença precisa ser explicitada na forma de conflito e este deve ser gerenciado. O conflito aparece neste caso como propulsor de uma ação - o gerenciamento - sendo que este gerenciamento se dá através da própria explicitação do conflito.

(...) cada vez que a gente entendia que isto estava balançando, que de alguma forma tinham coisas não resolvidas, a gente sempre tinha liberdade de se dizer isto, de resolver isto, para que não ficasse em nenhum momento duplas mensagens. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Mais adiante, será visto que a diferença mencionada entre os membros da equipe não se estabelece apenas ao nível das idéias, como se estas pairassem "sobre" a prática, mas também em função da posição que cada agente ocupa na instituição e na sociedade, e das relações que se estabelecem entre eles.

Das características mencionadas (coesão e gerenciamento dos conflitos) depende inclusive o caráter terapêutico desta equipe.

(...) para que não ficasse em nenhum momento duplas mensagens, porque essas pessoas (pacientes) viveram com duplas mensagens a vida inteira. (Entrev. 11, secretária de saúde III)

A *responsabilidade* da equipe também aparece como sendo um ponto importante: ela *precisa ser responsável e é responsável*.

(...)esperava bastante responsabilidade. (Entrev. 5, coordenadora II)

Por toda esta responsabilidade, por toda esta união da equipe como um todo, é que as coisas funcionam, talvez funcionem bem, mesmo a gente tendo recursos precários. (...) Então, talvez por essas coisas todas, a gente consiga levar o serviço adiante, por isso não tenha desmoronado. E também por uma proposta maior de não deixar o trabalho acabar. (Entrev. 2, enfermeira II)

Esta responsabilidade não é percebida apenas como sendo em relação ao usuário ou em relação à execução do trabalho, mas à própria *manutenção* do serviço e sua continuidade (para não desmoronar). Os "recursos precários" precisam ser superados, e esta responsabilidade é assumida pela equipe porque existe uma "proposta maior", que transcende a tudo isto.

Esta característica (responsabilidade) é percebida pelos representantes do poder público de duas formas: como "força de vontade" e como "organização e auto-suficiência", e estas diferenças de percepção têm relação com os momentos em que estas pessoas se relacionaram com a equipe.

Quando o cargo de prefeito foi ocupado no período de criação do serviço (prefeito I), são usados os termos "força de vontade", "suar a camiseta", para referir a adesão da equipe à proposta, sendo que o governante se inclui na realização de uma "proposta maior": a *implantação do serviço*.

E todos pegaram juntos, todos estavam dispostos a trabalhar, lutar e atender, sem medir sacrifícios. (...) A turma se fardou para entrar em campo e suar a camiseta. (...) Com bastante força de vontade nós iam conseguir. (Entrev 12, prefeito I)

Já a secretária da saúde que assumiu o cargo quando ocorreu a troca de governo e quando o trabalho já estava estruturado, coloca que a equipe é "organizada e auto-suficiente", assumindo um papel mais externo, se excluindo do processo mais direto de *manutenção do serviço*.

A equipe era uma equipe muito organizada e auto-suficiente (...) Na área da saúde mental tem pessoas ótimas, que conseguem levar. (Entrev. 10, secretária da saúde II)

Talvez esta relação de exclusão faça com que os agentes percebam como sendo sua responsabilidade a continuidade do trabalho. Na criação do serviço, esta construção aparece como sendo conjunta (poder público e agentes). A coesão aparece também em relação a estas duas instâncias como dando caráter positivo ao processo. Em um segundo momento, com o serviço estruturado e a troca de governo, a coesão aparece como interna da equipe, no sentido de "defender o trabalho" apesar da falta de recursos. Neste momento, o poder público parece assumir um papel mais distante em relação a essa equipe, por achá-la auto-suficiente.

Uma questão que aparece e que, apesar de estar relacionada com a anterior, indica uma outra nuance da responsabilidade da equipe, é o *compromisso dos profissionais com o serviço público*.

(...) vendo o sucesso da Nossa Casa, eu acho que isto se deve ao comprometimento dos profissionais que lá atuam, que fazem daquilo a sua casa e vestem a camiseta como se fosse seu. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

O "vestir a camiseta como se fosse seu" mostra uma visão da relação agentes/serviço diferente daquela tradicional, onde o serviço aparece como sendo "da prefeitura", "do governo" ou até mesmo "público", ficando a responsabilidade direcionada a uma abstração e onde os agentes preservam a sua "pureza" e sua "neutralidade".

Uma outra característica, a *flexibilidade* da equipe, é referida como sendo um dos fatores que gerou mudanças *através da e na prática*.

A proposta vinha acontecendo e nós achávamos que talvez pudesse ser diferente, de outra forma, ou assim não daria e aí se mudava. Enfim, houve sempre uma flexibilidade muito grande quanto ao trabalho. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Quando falam do *trabalho em equipe*, os agentes mostram uma representação positiva deste.

Uma coisa que eu vou levar sempre da Nossa Casa é o trabalho em equipe. Eu aprendi muito a dividir as coisas (...) e o trabalho em equipe é maravilhoso, porque tu vais estudar, tu vais chegar a um diagnóstico, e aquilo vai poder ser transformado, e partindo daquelas respostas que a equipe vai te dando tu vais formando um perfil, e tu vais chegar a um resultado de um trabalho em conjunto, que não foi só teu, mas que tu vais detectar exatamente os pontos em que tu atuastes (...) um trabalho de continuidade. Eu venho de um trabalho que cada dia é uma avaliação, cada dia é um caminho, é um passo que eu vou dando. (Entrev. 5, coordenadora II)

Esta forma de trabalho ou intervenção aparece como possibilitador de uma ação coletiva, mas sem impedir que o agente se perceba neste processo. A não fragmentação, o domínio de uma maior totalidade das etapas do processo de trabalho também aparecem como importantes.

3.1.2. Os papéis flexíveis assumidos pelos agentes

Em relação aos papéis que os agentes ocupam na instituição, serão analisados dois aspectos: o formal, que confere ao agente um determinado status,

como por exemplo psicólogo, acompanhante terapêutico, coordenador, e aquele que é assumido no interior do próprio trabalho, podendo estar ou não ligado ao anterior.

Em relação ao primeiro aspecto pode-se perceber que a maior parte dos agentes entrevistados ocupou diversas posições na instituição. Dos nove entrevistados, seis ocuparam mais de uma posição.

AGENTE INSTITUCIONAL	POSIÇÕES
1. Secretária da saúde III	estagiária, psicóloga, coordenadora, secretária da saúde
2. Auxiliar de enfermagem	estagiária, auxiliar de enfermagem
3. Enfermeira II	estagiária, acompanhante terapêutica, enfermeira
4. Psicóloga	estagiária, psicóloga
5. Coordenadora I	acompanhante terapêutica e coordenadora
6. Coordenadora II	acompanhante terapêutica, estagiária, assistente social e coordenadora

Estas posições estão relacionadas à função profissional desempenhada (psicóloga, enfermeira, assistente social, acompanhante terapêutica, auxiliar de enfermagem e estagiária) ou aos cargos (secretária da saúde, coordenadora), tendo sido ocupadas pelo mesmo agente em diferentes momentos ou em um mesmo momento.

Apesar da mudança destas posições ter ocorrido ou em função da formação ou através do convite do governante (cargos de confiança), este movimento demonstra que a hierarquização não é rígida, estática.

Essas diferentes possibilidades de inserção de mesmos agentes na instituição também ocasionam um maior domínio da prática coletiva institucional. Isso se percebe nas próprias entrevistas pois, quando falam sobre a sua prática e a dos demais atores, referem-se às experiências que tiveram nas diferentes posições que assumiram na instituição e de como estabeleceram-se as relações frente a isso.

O segundo aspecto refere-se a como são percebidos e como ocorrem cada um dos papéis assumidos na prática cotidiana.

E tu acabas não sendo mais um trabalhador de saúde mental com horário determinado, porque, inevitavelmente, em uma cidade do tamanho da nossa, o paciente vai saber onde tu estás, quem vive contigo, quem são teus filhos (...) Então, não existe aquela coisa de 'eu tenho um horário determinado até as cinco da tarde e depois disso não sou mais psicóloga, não coordeno mais nada'. Existe um trabalho de saúde mental em que eu viro um cidadão que quer ajudar outro cidadão a melhorar, e para isso não tem hora. E isso é um pouco difícil para as pessoas que iniciam, porque elas misturam muito a vida profissional com a vida afetiva, e a família tem que ser muito compreensiva e entender isso. Claro que a gente não alimenta isso, não alimenta das pessoas irem na tua casa no fim de semana ou te procurarem. Não é por eu ver um usuário da Nossa Casa, como eu já encontrei, no meio da rua, as calcinhas da mulher tinham caído no chão, ela não atinava em levantar as calcinhas para seguir adiante, que eu vou desviar e seguir porque está fora do meu horário. Não, pelo contrário! paro o carro, a ajudo a se vestir outra vez e sigo com ela para algum lugar que ela possa ficar. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Uma coisa que se vê é que o nosso papel é completamente diferente daquela coisa do hospital psiquiátrico (...) Tu estás integrada com várias outras pessoas, tu não vais saber só de enfermagem, mas tu vais saber um pouco de tudo. Isso na questão da interdisciplinariedade mas também na questão da responsabilidade que a gente tem junto aos pacientes. No hospital psiquiátrico tu chegas, trabalha, sai e vai embora. Já aqui, talvez por ser uma comunidade pequena (...) tu vais encontrar essas pessoas fora daqui.(...) Por exemplo, eu sou enfermeira, tenho as minhas atividades específicas, mas ninguém é só enfermeira, ninguém é só assistente social, cada um faz um pouco de tudo. (...) Então, as coisas tem que funcionar de uma forma muito dinâmica. E eu acho que esta forma dinâmica que tem ajudado a resolver muitas coisas. Então, a pessoa chega aqui, está em surto, se vai na casa, busca a pessoa, leva para o hospital, se faz o contato com o hospital, leva e se interna, nesse meio tempo já se faz a visita domiciliar. É aquilo de uma pessoa só não ser específica para cada coisa. Nós temos as funções específicas, por exemplo, eu não vou

medicar, um outro não entende das minhas escalas chatésimas, mas cada um de nós vai fazer as coisas que tem para fazer... (Entrev. 2, enfermeira II)

As atividades exercidas pelo agente e o seu âmbito de atuação são os dois aspectos que aparecem nestas falas.

Em relação ao primeiro, as necessidades oriundas da prática é que determinam a atuação deste agente e a dinamicidade desta não possibilita que ela seja fixa, determinada a priori na sua totalidade. Ainda mantêm-se algumas das atividades que são tradicionalmente exercidas por determinado profissional, tal como a do médico em relação à prescrição de medicações e da enfermeira em relação a sua função de administração do trabalho de enfermagem. Mas existe um outro nível de atuação que é percebido como não sendo passível de uma institucionalização, que precisa ser construído no dia-a-dia.

Quanto ao âmbito de atuação, este não é restrito aos limites internos do serviço e, por isso, exige que as pessoas realizem um "trabalho diferente" ou que sejam um "trabalhador de saúde mental diferente". Isto implica um vínculo diferente com o usuário, devido às especificidades locais (cidade pequena), e também pela própria característica do trabalho destes agentes (trabalho comunitário). O que é visto como trabalho não se restringe ao tradicional papel terapêutico do profissional da saúde mental, asséptico, restrito aos muros do hospital psiquiátrico ou às paredes de um ambulatório. Se as condutas "terapêuticas" modificavam muito pouco a vida concreta dos pacientes, o profissional se isentava de qualquer tipo de responsabilidade de intervenção através de generalizações do tipo "a sociedade exclui o louco", que eram suficientes para explicar e justificar o fato, e os limites de seu papel o isentavam de qualquer espécie de compromisso em relação a isso.

Além do tipo de serviço e das especificidades locais, um outro fator que surge exigindo uma maior dinamicidade nos papéis desempenhados por estes agentes é a necessidade gerada pela *carência de pessoal*.

(...) eu fui convidada para assumir o cargo de coordenação da Nossa Casa e aí a Rosa Lúcia saiu, e acabava também exercendo a função de psicóloga, pela necessidade que a instituição tinha, mas também assumia a parte de coordenação técnica. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Só que cada vez mais começou esse enxugamento de pessoal, e falta, e um subia e outro descia, e reduzia a carga horária, então eu acabava me envolvendo muito no trabalho do serviço social. (Entrev. 5, coordenadora II)

(...) nesse momento nós estamos com dificuldades de pessoal, falta de pessoal, falta de alguns profissionais: não temos uma terapeuta ocupacional, neste momento a gente está sem uma assistente social, e a gente tenta vencer estas dificuldades. É óbvio que são algumas funções específicas, tu não vais conseguir fazer tão bem como aquela pessoa faria, mas que se consegue fazer. (Entrev. 2, enfermeira II)

Se em um momento esta flexibilidade de papéis surge positivando o trabalho, como uma característica da instituição que propicia a interdisciplinaridade, o trabalho comunitário, em outro surge no seu aspecto negativo, suprimindo uma carência.

Um conflito que surge em função desta "polivalência" necessária devido à carência, e que reflete a própria divisão dos agentes em técnicos e funcionários, é quando um agente que está inserido no serviço como funcionário (acompanhante terapêutico), em função de já estar em um processo de formação em um curso de nível superior (serviço social) acaba assumindo, pela necessidade do serviço, funções que caberiam aos técnicos.

(...) porque as minhas colegas me cobravam que eu era acompanhante e não era do serviço social ainda. Então elas me cobravam muito. (...) E foi um período difícil, porque eu não tinha respaldo, faltava um pouco daquele respaldo de ser ou não ser assistente social. (...) e aí eu sobrecarreguei os acompanhantes terapêuticos. (...) Uma hora eu era assistente social, outra hora eu era acompanhante. Então, até os próprios técnicos até então não

conseguiam me perceber. E os próprios colegas de trabalho viam outra colega de trabalho crescer e não aceitavam isso.(...) Então eu ficava dividida, muito dividida, além da sobrecarga de trabalho. (Entrev. 5, coordenadora II)

Os conflitos surgem em relação às duas instâncias: por parte dos funcionários, nos quais ainda se encontra formalmente inserida, aparece a queixa de sobrecarga e a competição. Por parte dos técnicos, é percebido um não reconhecimento e respaldo, pois apesar de executar atividades que tradicionalmente se referem a estes, ainda não é reconhecida como *sendo técnica*. Os reflexos disto no próprio agente são a *divisão e sobrecarga*.

Em relação ao poder público, a falta de reconhecimento tem relação com a questão salarial, no momento em que o salário pago é o de acompanhante terapêutica.

(...) não tem porque eu seguir trabalhando e não sendo compensada, de uma forma, monetariamente, e também assumindo duas funções, desempenhando um excesso de carga horária violenta. (Entrev. 5, coordenadora II)

Mas, apesar destes conflitos, este agente percebe este período como tendo sido de muita renovação e construção.

Neste período também eu organizei como proposta de intervenção a oficina de reciclar papéis (...) assumi a reunião de familiares (...) fizemos um estudo de descentralização das reuniões, que até aí nós não sentíamos uma boa participação dos familiares, e foi nesse período que nós subdividimos os grupos e que hoje funciona bem. Então foi nesse período que a gente elaborou tudo isso, construiu tudo isso. (Entrev. 5, coordenadora II)

3.1.3. O novo saber a ser construído

A questão do saber aparece para estes atores de duas formas: o saber científico e o empírico. O movimento que se estabeleceu em relação a essa questão tem relação com a própria institucionalização do serviço.

O saber científico, acadêmico, surge, inicialmente, como uma carência e depois como um algo a ser negado.

(...) quando a Arita chegou e me colocou que eu deveria trabalhar, eu tinha medo porque eu não sabia muito de saúde mental. E no momento que a gente começou a gente procurou um conversar com o outro, um ajudar o outro. (Entrev. 1, enfermeira I)

Por mais insegurança que isto gerou em mim, mais choro posterior que houve, eu como contratada vim aqui saber onde era a minha sala para trabalhar. Na minha concepção eu ia ter uma sala bonitinha, onde eu ia atender o paciente, onde ia fazer uma boa psicoterapia, ludoterapia, um psicodiagnóstico...E ela me olhou e disse assim: 'Sala para que?', 'Para atender!' E ela disse assim: 'A cidade tem cinquenta mil habitantes e vários grupos, várias equipes atuando. Acha um lugar para ti!' Isso me mobilizou totalmente. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Nenhum de nós tinha experiência neste sentido, te confesso que nunca havia lido sobre isso. Tinha coisas empíricas. E o que a gente teve foi a coragem de botar o nosso empirismo em jogo, sem medo deste empirismo. Nós não fomos científicos em nenhum momento. A coisa foi empírica mesmo. Até então eu tinha feito a minha formação, eu tinha estudado em escolas, que mesmo com psicóticos internados em hospital psiquiátrico, o que eles faziam era psicanálise, psicoterapia... (Entrev. 3, psiquiatra)

A gente sente que os profissionais têm um bom preparo para atuar atrás de uma mesa, numa relação direta com o usuário, porque aí a relação de poder é muito maior. Mas no momento em que ele tem que diluir isso ou em uma reunião grupal, em uma visita domiciliar, ou em uma assembleia, ele se sente enfraquecido, porque aí ele questiona os seus próprios conhecimentos. (...) Mas para superar isso a gente se socorreu de uma moça que eu não sei bem o título dela, mas ela é titulada, que tinha vivência na área hospitalar, ela nos deu uma auxílio inicial. Uma assistente social que tinha trabalhado algum tempo também na área, mais a área de enfermagem que foi fundamental para este projeto, o médico psiquiatra e a psicologia, que foi a equipe inicial do trabalho. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

A carência, neste caso, refere-se a um saber que desse conta das necessidades que se apresentavam a estes atores. Os técnicos identificam aquele saber do qual são portadores, no caso aquele que teve a sua origem em sua formação universitária, como não respondendo à estas necessidades.

Apesar deste primeiro movimento de negação e superação deste saber ter partido da secretária da saúde, que tinha o poder de determinar os agentes, com isso limitando a sua autonomia na determinação da sua prática profissional, contraditoriamente, esta coloca a importância deste saber negado na construção do serviço, quando se refere à "pessoa com vivência na área hospitalar" e aos profissionais (assistente social, enfermeira, psiquiatra, psicólogo) como fundamentais para o projeto.

Mas o "auxílio inicial" dado por uma pessoa com "vivência na área hospitalar" é percebido de forma diferente pelos técnicos. Um dos pontos que a secretária da saúde vê como tendo sido "fundamental para o projeto", é visto por eles como tendo dado origem a um conflito entre a proposta que já estava sendo construída e o "saber tradicional".

Tanto a pessoa que veio, ela veio com outra proposta. (...) Ela veio com uma visão bastante diferente do que era equipe na época. Ela vinha com a idéia de que tinha que ter um médico clínico na equipe, que tinha que ter medicação na Nossa Casa, que tinha que ter várias coisas que nós entendíamos que não era bom. (...) Isso provocou diversas dificuldades no início, porque essa pessoa se sentiu quase no direito de ditar as normas e regras de como deveria funcionar. E a equipe sempre fechou muito. Nós formamos um grupo em que se pensava parecido, se queria tudo muito parecido. E essa pessoa não era daqui, não conhecia a comunidade como a gente conhecia. E houve uma reunião, bastante tumultuada, que se colocou que não iria continuar desta forma, e a gente dispensou este treinamento de uma forma elegante (risos)... (...) E nós começamos a nós mesmos fazer grupos de formação. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Como pode-se perceber, a "neutralidade" do conhecimento não é tão neutra assim. Outros fatores são importantes e encaminham este aspecto, fatores que provêm da própria prática, das relações entre os diversos atores e de seus interesses.

Os agentes já estavam em um processo de construção/desconstrução de um "novo" saber, que identificam como não sendo científico, além de já terem se estruturado como um grupo de trabalho definido, com interesses em comum, com identidade própria. O "treinamento" foi percebido como uma violência em relação à isso, ocasionando uma reação de resistência no grupo.

Mais outro aspecto aparece em relação ao treinamento: ele visava os funcionários que iriam atuar no serviço, e foi visto pelos técnicos entrevistados como uma espécie de "contaminação" destes.

Na fase da implantação houve uma pessoa que realizou um tipo de treinamento com acompanhantes terapêuticos, onde se levou noções sobre o que é esquizofrenia, o que é doença mental, porque ninguém tinha idéia de nada (...) nós propositadamente fizemos isto, porque nós pretendíamos recriar um ambiente familiar, nós queríamos ver como pessoas comuns reagem a pessoas doentes. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

A coisa mais linda do projeto foi que os funcionários foram voluntários. Era datilógrafa, recepcionista, pessoal que nunca viu doido na frente deles. E esses caras, quando eu cheguei aqui, estavam sendo treinados por uma pessoa preconceituosa, que queria que fosse um médico o diretor da casa, queria que tivesse coisas fechadas, nos bailes queria que homem dançasse com homem e mulher com mulher para evitar o interesse sexual. Isso foi um horror! (Entrev. 3, psiquiatra)

Neste caso, como os técnicos já tinham construído um determinado saber, inclusive definindo algumas características que os funcionários que iriam atuar no serviço deveriam ter (pessoas comuns), o treinamento passa a ser uma contaminação da pureza destes com um "saber errado". Um outro ponto é que a instituição deste saber construído dependia da sua incorporação por parte de todos agentes. No caso, uma estratégia de poder.

Então, se para os técnicos a ausência de um determinado tipo de saber, que denominam científico, aparece como uma carência, para os funcionários ele passa a ser característica necessária.

Já os funcionários entrevistados percebem a questão do saber de duas formas: como tendo sido fator propulsor para a inserção no trabalho e como tendo tido origem no próprio trabalho.

O primeiro caso mostra que o interesse em se inserir no trabalho não foi uma mera curiosidade ou um "voluntariado para um projeto nobre", mas teve relação com o acesso a um determinado saber, no qual identificou a possibilidade de trabalho.

(...) saiu esse curso de auxiliar e eu disse para o meu marido: 'Eu vou fazer este curso. Talvez eu vá fazer só para conhecimento, porque eu acho que eu não vou gostar de trabalhar dentro de um hospital.' E aí, quando eu vim fazer este curso a parte da psicologia me atraiu, foi uma paixão. (...) Não sei, parece que estava me encontrando, coisa que eu nem sabia, eu morava aqui e nem sabia do serviço, já que ele estava iniciando, mas conforme a gente começou a ter aquelas aulas, eu coloquei na minha cabeça: é lá que eu quero trabalhar. (Entrev. 7, auxiliar de enfermagem)

Mas, a partir da própria prática, estes agentes também percebem que se originou um saber que foi construído.

(...) eu participava muito das visitas. Isso também foi muito importante, porque até então eu nunca soubera o que era uma visita domiciliar, eu ouvia falar mas eu nunca tinha convivido. (Entrev. 7, auxiliar de enfermagem)

A princípio, quando eu fiz o concurso, não conhecia a Nossa Casa, não sabia o que era um acompanhante terapêutico e qual a sua função. (...) Hoje realmente me sinto uma acompanhante terapêutica, sei da minha função. (Entrev. 8, acompanhante terapêutica)

Em relação ao saber científico, apesar de ser colocado pelos técnicos como um conhecimento não necessário para a prática destes funcionários, isto é percebido por este grupo e por um técnico que não teve em sua formação conteúdos referentes à

psiquiatria clínica (assistente social), como sendo um fator limitante. Percebem que não têm o domínio de um aspecto da prática que fica restrito a alguns profissionais que detêm este saber.

Isto aparece em três situações observadas: quando falam que o horário que tinham para o grupo de estudos foi tomado para outra atividade (reunião dos técnicos) e que precisam organizar um novo horário para este fim. Em outro momento, alguns acompanhantes terapêuticos e auxiliares de enfermagem comentam que muitas vezes o psiquiatra usa termos que não sabem o que é e que teriam que estudar mais para que pudessem ter uma maior compreensão do problema do usuário. Uma outra situação é quando o técnico que não teve na sua formação um enfoque destes conteúdos, ao realizar uma triagem, comenta dos limites que percebe devido a esta carência.

Um fator que surge como importante para a atividade destes agentes com os usuários da zona rural está relacionado ao domínio de dois saberes que não se incluem entre os referidos.

Um deles é o *domínio de determinados idiomas* (alemão e o dialeto pomberano), pois na zona rural do município existem regiões colonizadas predominantemente por alemães, em que os idiomas utilizados são o alemão e o dialeto pomberano.

Eu às vezes recorro à Alice porque tem alguns que só falam alemão. (Entrev. 1, enfermeira I)

(...) e eu tinha uma vantagem sobre a equipe, que eu falava alemão, pomberano. (...) Nós íamos a regiões onde não se falava português, ou que oitenta por cento das pessoas não entendiam português. Então eu me lembro de um médico falando sobre a preparação do soro caseiro, e as pessoas continuavam com a mesma fisionomia, olhando para a frente e observando aquilo. E aí, no fim, eu perguntei em alemão: 'Vocês entenderam alguma coisa?' Todo mundo sacudiu a cabeça, ninguém tinha entendido nada. Ai a

equipe percebeu que por aí não dava mais. E eu comecei então a traduzir para as pessoas em pomerano, alemão, na língua que falavam na região, o que os profissionais diziam. Foi bem interessante, até aí eu nunca tinha feito uma terapia em alemão nem em pomerano. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

(...) porque muitas vezes nas consultas psiquiátricas as pessoas não falam português, então tem aquela pessoa assim... tem uma senhora, enquanto eu não disser para ela que eu realmente vou entrar com ela na consulta ela fica numa ansiedade! Então, na maioria das vezes, as pessoas que falam alemão tu tens que entrar junto para traduzir. (...) Tem pessoas que chegam aqui e que não falam uma palavra de português. Por incrível que pareça, não falam absolutamente nada. (Entrev. 2, enfermeira II)

Outro aspecto refere-se ao conhecimento da comunidade. Este conhecimento não aparece como algo passível de aprendizado pela informação ou mesmo pela convivência. Para isso é necessário *ser da comunidade*.

E a outra vantagem que eu tive era que meio mundo me conhecia, porque eu cresci no interior. Então para eles era um pouco difícil porque eu era a Elzinha, que tinha crescido no meio deles, que tinha se afastado para estudar e que tinha voltado. Mas eu tenho certeza que isso ajudou muito, dá credibilidade. Porque eu conhecia a população, sabia como viviam, eu tinha um diagnóstico pronto já na minha cabeça porque eu tinha convivido com eles. Eu sabia das necessidades, das dificuldades, preconceitos, as coisas que lhes eram difíceis e que quem está fora exige muitas vezes, quer que seja assim, sem se dar conta que a realidade é totalmente diferente. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

3.1.4. Os técnicos e as atividades que realizam

O grupo denominado "os técnicos" são os agentes que têm formação em um curso universitário, o que, além de estabelecê-los como um grupo definido, lhes confere a execução de determinadas atividades específicas.

Mas, se a formação os estabelece enquanto um grupo definido, verifica-se que na execução das atividades pode-se encontrar uma divisão neste grupo.

Um aspecto que delimita esta divisão no âmbito de ação destes agentes ocorre em relação ao ambulatório: *os que realizam atendimento ambulatorial e os que não realizam*. Apesar de existirem outras atividades que poderiam ser atribuídas a um ou outro agente, tais como o atendimento à família por parte do serviço social, estas delimitações não se apresentam de forma tão fixa quanto o atendimento ambulatorial. O ambulatório se caracteriza como sendo de *psiquiatria e psicologia*, ficando a cargo do psiquiatra e das psicólogas.

Esta divisão leva a que os agentes percebam esta instância de atendimento de formas diversas, dependendo de sua inserção ou não na mesma.

O ambulatório funciona no espaço físico da Nossa Casa. (...) Na verdade é um serviço à parte. À parte no seguinte sentido: ele é um serviço voltado para as pessoas externas, não para as pessoas que freqüentam a casa. A partir daí a pessoa é integrada no serviço, seja no ambulatório de psicologia ou de psiquiatria, ou seja no serviço da Nossa Casa. (Entrev. 2, enfermeira II)

Duas modalidades de atendimento: ambulatório e Nossa Casa. Se no atendimento ambulatorial alguns técnicos, devido ao tipo de formação, ficam excluídos, o inverso não é verdadeiro, pois no atendimento da Nossa Casa todos se incluem.

Nesta exclusão o ambulatório deixa de ser uma das modalidades de atendimento do serviço e passa a ser um "serviço à parte, voltado para pessoas externas".

Para os agentes que atuam no ambulatório, esta prática também é percebida de forma diferente.

Uma destas formas é a percepção de que o ambulatório é um peso que o profissional carrega e que o impede de dedicar-se a sua "verdadeira prática" e a separação do ambulatório é inclusive desejada, de modo a preservá-la.

Isso acabou tomando grande parte dos nossos técnicos do serviço para atender a demanda externa, e isso fez cair a qualidade da demanda interna, ou seja, aquelas pessoas que freqüentam o serviço de reabilitação, as pessoas que precisam ser visitadas, aquelas pessoas que precisam ser acompanhadas em um pós-alta. Mas a gente não pode desconsiderar que existe também essa outra demanda, de casos ditos leves. Mas para isso deveria ter o que? Pessoas contratadas para este tipo de trabalho. (Entrev. 3, psiquiatra)

Quando fala que os técnicos do serviço que se dedicam ao ambulatório foram "tomados", pode-se entender que a "função verdadeira" destes não era essa, e a contratação de técnicos para suprir isto faria com que pudessem retornar a sua atividade verdadeira: a demanda interna.

Mas esta percepção não é unânime. A psicóloga percebe o atendimento ambulatorial como sendo interno ao serviço e como sua prática principal, e os problemas que a atividade tem (demanda hipertrofiada) podem ser resolvidos internamente, através da redirecionamento da técnica (atendimento em grupo) e reorganização do espaço físico (mais salas). A contratação de mais técnicos também é citada, mas no sentido de uma ampliação do atendimento ambulatorial de psicologia (mais psicólogos).

E o trabalho aqui da Nossa Casa, a gente priorizou os grupos devido à demanda, são poucas pessoas para atender um número muito grande. (...) Tu vê que nós estamos com os grupos montados, tem poucos técnicos. (...) e a gente, no caso, precisaria de mais espaço físico, de mais psicólogos para atender (...) e a própria questão do ambiente físico, que nos falta salas. A gente podia até ter montado mais grupos se tivesse mais salas. (Entrev. 6, psicóloga)

O atendimento ambulatorial é voltado, em grande parte, para os casos mais leves e a conduta, no caso do psiquiátrico, é a prescrição e acompanhamento medicamentoso, e no caso do ambulatório de psicologia, o atendimento

psicoterápico. Uma das características que o difere das demais modalidades do Centro Comunitário de Saúde Mental é que se conforma como um atendimento realizado por um único profissional (psiquiatra ou psicólogo), desvinculado do restante da equipe.

Apesar de serem técnicas tradicionalmente restritas a esses profissionais (medicação e psicoterapia), parece não ser apenas isto o que determina esta separação, pois quando estes profissionais utilizam estas condutas em relação aos usuários da Nossa Casa ou das demais modalidades do serviço, os chamados casos mais graves, aparecem como condutas de um determinado profissional, porém inseridas dentro de um contexto de trabalho multiprofissional.

O ambulatório é um trabalho isolado deste contexto, e, no caso do tratamento psicológico ou psicoterápico, isto se torna necessário até mesmo como forma de "preservar a técnica", na exigência de um "setting adequado" para que a relação terapêutica se estabeleça. Inclusive, por este motivo, para este estudo, esta atividade não era passível de observação como as demais do serviço.

Nesta prática psicoterápica observa-se a permanência de uma relação tradicional entre o profissional e o usuário, delimitando esta ação de uma forma paralela à dos demais agentes. Isto mostra que, como visto quando abordada a questão do saber, apesar de aparecer um movimento de negação da prática restrita em salas, dissociada do trabalho em equipe, ainda permanece, na forma do ambulatório, um trabalho que se aproxima mais desta forma de intervenção.

Em relação à opção pelo atendimento grupal, não são os critérios técnicos que aparecem na justificativa de ser esta a técnica terapêutica mais adequada, mas sim, a maximização da capacidade de atendimento do ambulatório de psicologia.

Além disso, as carências relacionadas à precariedade deste atendimento ambulatorial (falta de salas adequadas e de psicólogos) aparecem como sendo devido ao serviço ser pobre, mas a responsabilidade dessa situação não está relacionada a ninguém, parece ser um estado natural do serviço, e é contornada pelos técnicos e pela administração.

Então eu sempre acho que esta questão da coisa muito pobre mesmo, eu acho que a situação deste método, deste sistema, foi feito só na vontade de técnicos de que a coisa saísse, de técnicos e da administração, é claro, mas com o mínimo de estrutura possível. (...) Então essas pequenas coisas eu acho que meio entravam o desenvolvimento do trabalho, fica meio parado assim. E as vezes a gente se sente até meio desmotivada para fazer as coisas. (Entrev. 6, psicóloga)

As conseqüências percebidas são, em relação ao agente, a desmotivação, e em relação ao trabalho, a paralisação. Existe, desta forma, uma característica do serviço (pobreza) que dá um caráter de negatividade ao trabalho, mas que não é responsabilidade de ninguém, que é inerente ao próprio serviço.

Apesar do grupo "técnicos" aparecer de forma a englobar todos os agentes com formação universitária, em alguns momentos o médico aparece claramente como um agente diferenciado dentro deste grupo, tanto na representação dos diversos atores como na delimitação da prática.

Eu acho que o atendimento médico precisa ser feito. Após o atendimento é que ele vai passar ... às vezes ele nem precisa continuar o atendimento médico, ele é drenado para ir para o psicólogo, para algum tipo de grupo, ele recebe medicação e é encaminhado para a zona rural onde faz acompanhamento com os agentes de saúde. Mas naquele primeiro momento ele passa por uma consulta. (Entrev. 1, enfermeira I)

Então, se é o caso de um surto, e não era o dia do psiquiatra, a gente encaminhava para o hospital geral. Então os médicos clínicos, já tinha sido feito todo um trabalho na implantação do serviço com os médicos clínicos, eles já estavam mais ou menos preparados para fazer este tipo de atendimento, então faziam a internação, solicitando a avaliação do psiquiatra. Então depois a gente via, na reunião de equipe, qual era a melhor conduta, como agir com

essa pessoa, o que seria melhor para ela. Depois de todos os dados disponíveis a gente fazia esta avaliação de como é que a gente vai agir com ela, quais os grupos que ela vai participar. (Entrev. 4, coordenadora I)

Mas o único médico que jamais deixa de ver paciente, jamais deixa de entrar no quarto, conversar, é o dr. Flávio. (Entrev. 7, auxiliar de enfermagem)

Mas felizmente hoje a medicina está abrindo mais os horizontes para o doente mental. (Entrev. 12, prefeito I)

Nas duas primeiras falas, o atendimento médico aparece como sendo indispensável para a inserção do usuário no tratamento. Este atendimento se dá de duas formas: no ambulatório psiquiátrico, realizado pelo psiquiatra do serviço, ou então no hospital geral, realizado por um médico clínico ou pelo mesmo psiquiatra.

O primeiro caso ocorre normalmente na forma de consultas ou grupos previamente agendados. No segundo caso são normalmente atendidos os pacientes em surtos psicóticos, que não poderiam aguardar esta avaliação. Como o psiquiatra não reside na cidade, quando este não se encontra ou está realizando alguma outra atividade, o médico clínico plantonista do hospital atende, com posterior acompanhamento do psiquiatra. Por um lado, o que determina a necessidade deste atendimento ser realizado por um médico é a necessidade de prescrição medicamentosa. Outro motivo é que quando o usuário necessita de internação, a instituição hospitalar exige um médico responsável. A integração dos médicos clínicos a este trabalho foi necessária devido ao fato de a equipe contar apenas com um psiquiatra que não teria condições de estar disponível 24 horas para este fim.

Apesar do atendimento médico *precisar ser feito*, o tratamento não está centrado nele. Pode até ser, diversas vezes, a porta de entrada do serviço, mas não delimita nem restringe as ações posteriores, quando ocorre a inserção em um leque muito mais amplo, criativo e heterogêneo de opções e em um atendimento multiprofissional.

A terceira fala aponta para um outro aspecto: a qualidade do atendimento de determinado médico (o psiquiatra), diferenciando-o dos demais. Assim, o atendimento médico é necessário, mas o atendimento do psiquiatra é bom. E é bom porque estabelece contato com o usuário, conversa com este. Desta forma, se é a avaliação clínica e a prescrição medicamentosa, atividades mais restritas a este técnico, que exigem que o usuário passe por um atendimento médico, não é por estes motivos que este profissional é visto como bom. É o acolhimento, a escuta e a disponibilidade que aparecem como sendo importantes.

A última fala já nos transporta para a medicina como tendo ocasionado grandes avanços para o tratamento do doente mental. A realidade, porém, nos aproxima mais da questão anterior: os parâmetros exclusivamente centrados no saber médico contribuíram menos para a melhora na qualidade de vida dos chamados doentes mentais do que para dar um status à própria instituição médica. A desinstitucionalização deste saber como hegemônico, a desconstrução/reconstrução das práticas exclusivamente nele centradas parecem aproximar mais de uma melhora na vida concreta deste usuários.

3.1.5. Funcionários ou pessoal de apoio e as atividades que realizam

Neste grupo encontram-se incluídos todos os agentes que não têm formação universitária, ou seja, que não são técnicos.

Este grupo, apesar de possuir uma menor autonomia em relação ao objeto institucional, é mais autônomo em relação à prática institucional efetiva, sendo nela que se delimita o âmbito da ação institucional (ALBUQUERQUE, 1978).

Os auxiliares de enfermagem e os acompanhantes terapêuticos são aqueles mais diretamente ligados à ação institucional. Apesar de terem algumas atividades que se configuram como rotineiras, tais como medicação, acompanhamento na higiene e alimentação, organização das atividades diárias, visita domiciliar, a riqueza do cotidiano destes agentes impede que seja feita uma descrição definitiva desta prática. São agentes que lidam, no seu dia-a-dia, com o imprevisto. Esta imprevisibilidade ocorre em dois sentidos.

Um deles se refere à própria forma como esta prática se conforma: descentralizada, dinâmica, onde a ação se institui/desinstitui na riqueza deste cotidiano, onde nenhuma forma de normatização pode englobar todas as possibilidades. São necessárias a criatividade, a utilização de todos os recursos possíveis na busca de resolução dos problemas que se apresentam neste cotidiano e a capacidade de trabalhar em um local onde nem tudo se encontra pré-estabelecido, o que ocasiona muito mais conflitos. Lidar com esta imprevisibilidade leva a uma possibilidade: *ser* agente de transformação na vida de pessoas com um tipo de sofrimento que todos os avanços teóricos e técnicos da ciência pouco conseguiram intervir concretamente.

Um outro fator que gera uma prática não previsível refere-se à carência de recursos. Esta carência de recursos também atinge, sem dúvida, o grupo dos técnicos, como já vimos anteriormente, mas na observação do serviço, ela se mostra muito mais dramática para os funcionários. A situação a seguir, transcrita do diário de campo, ilustra esta questão.

O acompanhante terapêutico e auxiliar de enfermagem organizam-se para as visitas domiciliares que serão realizadas naquela manhã. Em uma reunião no início da manhã discutem com os demais acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem, secretária e assistente social os usuários que serão visitados. Todos opinam em relação às condutas e complementam as informações das visitadoras. Esta reunião dura mais ou menos vinte minutos e, ao final, a assistente social fala que combinou que a prefeitura mandaria um carro para aquele horário. O carro só chega duas horas depois, quase na hora do almoço, sendo que as visitadoras ficaram todo este tempo esperando. A espera gera os mais diversos sentimentos, que se alternam à medida que o tempo passa, indo de uma irritação inicial até a impotência. Comentam comigo que acabam fazendo "visita de médico" e que isto é muito ruim pois não podem conversar direito com as pessoas, além de correrem o risco de que isto interfira em um vínculo que já estabeleceram com os familiares, e que julgam que foi uma conquista fundamental para que o trabalho fosse como é. Falam que acabam tendo que fazer as coisas do jeito que dá, não como deveria ser. Que, se for preciso, como já fizeram, fazem visitas de ônibus, de bicicleta e até a pé, mas que tem hora que cansa. O final da história, que não foi final porque se repetiu em muitos dias seguintes, foi que no momento em que o motorista chega com o prometido carro avisa as visitadoras que às 11h30min terá que estar em outro local, para outro compromisso. Um mero detalhe: quando isto ocorre são 11h da manhã.

A imprevisibilidade oriunda de uma carência parece gerar uma necessidade que se aproxima mais de uma adaptação do que da criação. Esta adaptação aparece como uma aproximação do que *deveria ser*, mas não é possível.

Na inserção dos funcionários ao serviço é apontada uma dificuldade que não foi mencionada em relação aos técnicos: o preconceito em relação ao doente mental.

Uma das grande dificuldades que se teve na época é que ninguém queria trabalhar na unidade, ninguém queria saber de trabalhar com o dito cujo louco. Então, a dificuldade na época era identificar pessoas que quisessem trabalhar na unidade. Depois que se conseguiu isso se fez um treinamento com os auxiliares de enfermagem. Só que este treinamento não abrangeu só os auxiliares de enfermagem, mas sim, a cozinheira que levava a comida lá, a faxineira que trabalhava lá, porque eram pessoas que iam que ter que lidar, que iam ter que entrar em contato. Se a pessoa da copa tivesse medo, como é que ela ia entrar lá dentro para levar comida? (Entrev. 2, enfermeira II)

Uma outra situação em que o preconceito em relação à loucura aparece como um impeditivo da inserção destes agentes é quando discutem em uma reunião de equipe o fato de não estarem conseguindo uma funcionária para trabalhar nos finais de semana no Nosso Lar. Nesta discussão, junto com o preconceito, falam também da baixa remuneração: ganhar pouco para trabalhar com pessoas tão difíceis.

Estes agentes têm uma proximidade com o usuário que é diferente daquela estabelecida pelos técnicos.

Na época, como eu era acompanhante terapêutica, eu estava sempre em contato com os pacientes. (Entrev. 4, coordenadora I)

Neste contato é que identificam a sua ação terapêutica.

E eu acho que por tudo isto aí, todos nós participamos um pouco, um pouco cada um ajudou nesta melhora. Porque a gente sempre conversa, e eu acho isso muito importante, não é só a medicação. Se fosse só a medicação eu acredito que eles não estariam curados. Eu acho que aquele acompanhamento que a gente faz com eles, no dia-a-dia, é que ajudou muito para esta melhora. E eles têm o tratamento deles aqui dentro e ficam nas suas casas, nos seus lares. Então, a gente convive aqui... (Entrev. 7, auxiliar de enfermagem)

Além de identificarem a sua ação como terapêutica, não se reconhecem como agentes de exclusão, pois as pessoas ficam nos seus lares.

Também realizam uma crítica interna a esta ação. O questionamento deste trabalho tem a sua origem na própria prática destes agentes.

E aí a gente foi criando em cima daquilo e produzindo. Mas eu me perguntava se era produção que a gente queria, isso foi sempre um questionamento: era produção que nós queríamos ou era um trabalho junto com o paciente, que ele iria em cima desta produção melhorar. Será que era costurar que estava fazendo bem para ele, ou de repente ele estava com vontade de se espetar com aquela agulha. Então eu me questionava. Nós, na época, os acompanhantes terapêuticos, nos questionávamos muito.(...) Então, nós questionávamos o nosso trabalho. A gente criava muito mas não sabia se aquilo beneficiava o paciente, de acordo com a doença. (Entrev. 5, coordenadora II)

A existência destes questionamentos faz com que esta prática não se torne estática e automatizada. Além disto, mostra o baixo nível de alienação destes agentes em relação a ela. Estas questões são mais importantes ainda quando se percebe que, em instituições que se conformam no modelo manicomial, o que se observa é o conformismo, a estagnação e a robotização dos agentes em todos os níveis, e mais ainda dos funcionários que atuam de forma mais direta com o paciente. A crítica a sua prática é praticamente inexistente ou ocorre na forma de queixas ou insatisfações e a função "terapêutica" é a exclusão.

No grupo dos funcionários também encontram-se trabalhadores que não têm na sua prática uma ação direta no atendimento do usuário, mas são suporte para que esta se estabeleça: a secretária, a cozinheira e o motorista.

Estes agentes, em instituições que têm uma hierarquia mais rígida, mantêm um contato eventual (quando mantêm) com os usuários, e quando estes estão acompanhados de algum outro agente que tem como função o atendimento direto.

Isto difere totalmente neste serviço. Na Nossa Casa a secretária fica realizando a sua função em uma espécie de recepção, onde a presença de usuários é freqüente. Como não existe nada que separe esta recepção das demais dependências,

isso não parece ser visto como um problema. Além disso, em algumas situações, na própria recepção foram realizados atendimentos, com a participação desta funcionária.

A cozinheira conta com o auxílio dos usuários na realização das suas tarefas e todos entram e saem da cozinha livremente, de forma que este local não se conforma como um setor "à parte" no serviço. Além disso, tanto a cozinheira como a secretária participam da reunião de equipe semanal.

Quanto ao motorista, este tem a função de transportar os usuários de suas residências até o serviço e vice-versa e em passeios.

O maior contato destes agentes com os usuários e com os demais agentes gera uma diversidade maior nas relações que se estabelecem no serviço, ampliando as possibilidades dos usuários neste sentido. Isto é importante porque o que se percebe é que na maior parte das vezes, nos atendimentos tradicionais, tanto em hospitais psiquiátricos como no ambulatório, estas possibilidades se encontram limitadas. No caso de hospitais psiquiátricos, essa limitação pode ocorrer na forma de internações prolongadas, visitas proibidas, relações impessoais com os agentes, que não sabem nem o nome do usuário. Já no ambulatório, a relação terapeuta-paciente é interpretada e vivida meramente como uma série de transferências e contra-transferências, sem que nenhum dos dois atores tenha oportunidade ou mesmo permissão de vivê-la como pessoas concretas.

Claro que esta proximidade maior destes agentes com os usuários também gera mais conflitos, tais como a cozinheira que reclama que determinado usuário está sempre entrando na cozinha e mexendo nas panelas que estão no fogão e o motorista que estaciona em frente à Nossa Casa vinte minutos antes do horário, mesmo que já tenha sido orientado dos problemas que isto causa, pois alguns usuários associam a

sua chegada com a hora de irem embora e não conseguem, a partir daí, desenvolver mais nenhuma atividade.

Mas mesmo os conflitos se dão *na* relação, e nesta relação concreta se encontra a possibilidade para estes atores de construção de outras formas de viver a vida, com menos preconceitos, com a diferença gerando conflitos, mas estes, em um movimento dialético, gerando uma maior tolerância *através da relação*, e não da exclusão.

3.1.6. Técnicos e funcionários procurando se integrarem

Apesar desta divisão entre os agentes, que não difere muito da existente na maior parte das instituições de saúde mental, faz-se necessária uma aproximação de como isto aparece para estes agentes e também como se dá esta relação na sua prática.

A integração dos técnicos com os funcionários aparece como uma questão muito importante.

Eu acho que aqui a gente tem esta integração, mais do que nos outros locais que eu trabalho aqui em São Lourenço, aqui na Nossa Casa a gente tem, tanto com os técnicos como com os funcionários. Principalmente com os funcionários eu tenho uma abertura muito grande. E com os técnicos também. É que técnico já é do nível da gente, a gente já considera tudo acertado. Agora com os funcionários eu tenho uma abertura boa e eu acho que funciona bem essa questão. Talvez por eu ser psicóloga eu me dê tão bem com os funcionários, além de me dar com a equipe. (...) Eu fiz um grupo com os funcionários e eles fizeram uma série de reivindicações (...) Então, eu acho que

esta abertura que eles têm de dizerem as coisas, em fazerem reivindicações, é muito boa para o andamento do serviço todo. (Entrev. 6, psicóloga)

Mas a manifestação da necessidade de integração parte de um reconhecimento da divisão entre os dois grupos (técnicos e funcionários) e é vista como uma "abertura" concedida pelos técnicos. Além disso, o fato de ser *um determinado técnico* (psicólogo) é um fator que contribui para que ocorra esta integração.

Mas esta inclusão/exclusão dos funcionários aparece na prática em um constante movimento, permeado de tensionamentos.

Essa questão é muito importante, acho que é uma das coisas assim que eu jamais pensei, no caso, quando eu vim trabalhar aqui, que as coisas se decidiam desta forma: sentava todo mundo junto, médico psiquiatra, psicólogo, funcionário, acompanhante, todo mundo junto para decidir as coisas da casa, o funcionamento, os pacientes, como está. Essa parte aí é muito importante. Todo mundo pode falar, dar a sua opinião, e, a partir daí, dar uma resposta, um resultado, uma decisão. (Entrev. 8, acompanhante terapêutica)

A possibilidade de acesso às decisões sobre a sua prática é considerada muito importante e garante o acesso deste agente a todas as instâncias do processo de trabalho. Apesar desta possibilidade aparecer para este agente como uma *permissão*, no concreto isto se dá através de uma construção/desconstrução, onde os funcionários não aparecem como passivos e os técnicos como bondosos por permitirem uma maior participação daqueles.

Um exemplo disto é a reunião de equipe, principal fórum destas discussões e decisões, que tinha, inicialmente, a participação apenas dos técnicos, e os funcionários tinham uma reunião separada com a coordenadora do serviço. Em fim de 1989, após um processo de discussão desencadeada por uma pessoa que estava visitando o serviço e que sugeriu que todos participassem da mesma reunião, a reunião passou a ser conjunta, como consta nas atas da mesma.

Os funcionários, apesar de estabelecerem uma relação de subordinação com os técnicos, não aparecem como um grupo conformista e passivo. Além disso, reivindicações implicam um reconhecimento de direitos.

Com a reunião de equipe tendo a participação também dos funcionários, o direcionamento desta prática passa então a ter origem no diálogo e confronto entre todos os agentes, sem ficar rigidamente associado a uma determinada categoria. Esta reunião, que em instituições tradicionais, quando existe, conta com a participação apenas dos técnicos, é realizada neste serviço semanalmente, passando a ter a presença de todos agentes. O acesso de todos agentes não é apenas permitido, como também garantido pela própria organização do trabalho, pois nos dias da reunião não é realizado atendimento aos usuários, levando a que toda equipe possa participar. Isto é importante porque as vivências demonstraram que às vezes ocorre uma pseudo-abertura, pois os funcionários, principalmente o pessoal de enfermagem de nível médio, não pode participar porque a própria estrutura organizacional impossibilita que estejam presentes (agitação na unidade, horário de medicação, etc).

Mas, em um momento posterior a esta integração da reunião de equipe, foi criada uma "nova" reunião, realizada após a reunião de equipe: a reunião dos técnicos.

Como se vê, esta relação não ocorre de forma harmoniosa, como se a posição social dos agentes passasse a ser um mero detalhe. O que acontece é que isto se dá em um constante movimento, onde a abertura prevalece, mas, em alguns momentos, cede lugar à rigidez. Mas isto não ocorre sem conflitos, o que garante que esta rigidez não se naturalize.

3.1.7. Coordenação - função de intermediação

A coordenação se divide em duas: técnica e administrativa.

A coordenação administrativa é um cargo de confiança do poder público pelo fato da pessoa que o ocupa ser por ele determinada, sendo, desta forma, vista como um cargo político.

Nós dividíamos assim na época: tinha a coordenação técnica e administrativa. Então, como o cargo de coordenação administrativa é um cargo político, eu fiquei na coordenação técnica. Ela não é remunerada de forma especial, mas tinha um pacto nosso: tudo que fosse decisão sobre mudanças de tratamento, inovações quanto ao serviço, mudanças estruturais, a coordenação técnica era responsável. E administrativamente se fazia as coisas funcionar: as coisas burocráticas, o prédio em si, a manutenção do prédio, a manutenção dos veículos, tudo enfim que dava suporte para a Nossa casa funcionar. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

Neste caso, a coordenação técnica estabelece os limites de poder da coordenação administrativa. Desta forma, apesar deste cargo ser determinado pelo poder público, isto não garante um poder total, no momento em que os agentes delimitam de que forma estas funções serão operacionalizadas na prática concreta.

Se a coordenação administrativa competia a um determinado agente, o mesmo não parece se dar com a técnica.

Esta coordenação técnica caía mais em cima de mim porque eu tinha um maior número de horas lá. Efetivamente, ela competia para um grupo, com o Flávio, com a Naira, comigo. Nenhuma grande decisão foi tomada na coordenação técnica sem que se discutisse isso. Apenas, eu era a pessoa mais próxima, mais presente ali, que ficava mais horas e que morava do lado da Nossa Casa, então, por estas circunstâncias, é que caía mais em cima de mim. Mas isso era muito assim na teoria, porque na prática a coordenação técnica foi sempre exercida pelo Flávio, por mim, pela pessoas do grupo técnico. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

A coordenação técnica surge como sendo responsabilidade de um grupo - os técnicos - e em especial os técnicos que atuaram na implantação do serviço, que são salientados na fala.

A coordenadora administrativa é vista como tendo uma função conciliadora, harmonizadora.

Depois eu fui convidada para assumir a coordenação, e eu devo ter assim um milhão de defeitos, mas eu sou uma pessoa conciliadora, e tenho certeza que muitos conflitos foram minimizados em função deste meu aspecto de personalidade. Tanto que foi sempre uma coordenação muito democrática, onde eu nunca procurei centralizar em mim as decisões, eu procurava muito mais resolver o problema e juntos acharmos uma solução. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

A gente tinha uma certa dificuldade de recursos financeiros, qualquer governo tem, e a gente precisa de muito material para a terapia ocupacional, então eu fazia este intercâmbio com a secretária de saúde. (...) Então, às vezes o material, eu tinha que providenciar, tinha que chorar para a secretária de saúde para reivindicar. Depois, a gente nas reuniões de equipe... às vezes os objetivos que a equipe queria atingir eram um pouco acima daquilo que a gente podia fazer, então eu me colocava naquele papel de advogada do diabo, começar a colocar empecilhos, para a gente fazer as coisas bem com os pés no chão. (...) As reivindicações da... porque eu tinha reuniões com os acompanhantes terapêuticos, com a auxiliar de cozinha, eu fazia reuniões com eles, então, a reivindicações deles em termos de dia-a-dia eu tinha que levar para a equipe. Mesmo tendo a reunião geral, às vezes eu ficava como porta-voz da equipe de apoio. Então tu tinhas que fazer aquele jogo de aproximar um e outro e sempre aquela coisa assim: para conseguir material, às vezes equipamentos, coisas assim, contatos com firmas para fazer algum tipo de serviço, isso tudo era comigo também. (Entrev. 4, coordenadora I)

Podemos identificar que este papel conciliador é direcionado à relação entre diferentes segmentos.

Entre a equipe técnica e os funcionários, a coordenadora aparece como sendo de uma espécie de porta-voz das reivindicações dos últimos em relação aos primeiros.

Outro nível de relação que a coordenação intermedia é entre a equipe e a secretária da saúde no sentido de reivindicação de recursos. O poder público aparece como a fonte geradora destes recursos, mas isto não ocorre automaticamente. É necessária uma negociação, onde a coordenadora, até pelo vínculo que tem com este (cargo de confiança), aparece como a pessoa ideal para este fim. No sentido inverso, a coordenação estabelece os limites à equipe oriundos do poder público em relação a estes recursos, quando faz o papel de "advogado do diabo".

Em relação à intermediação entre o serviço e a comunidade, a coordenação estabelece as relações que se tornarem necessárias com outras instituições para possibilitar o trabalho.

Mas, se é que o fato da coordenação administrativa ser um cargo de confiança do governante local possibilita que a pessoa que ocupa este cargo tenha poder político na execução da sua função conciliadora e harmonizadora, isto também aparece como gerador de conflitos e crises.

O primeiro deles foi quando ocorreu a troca de governo e, em função disto, como ocorre tradicionalmente, foram trocados os cargos de confiança. A coordenadora que é retirada do cargo tem, na representação dos agentes, até hoje, a imagem da coordenadora ideal.

(...)foi em 94 que mudou o governo, houve eleições municipais e houve esta passagem partidária. E aí houve muitas mudanças. Nossa coordenadora de quatro anos saiu, a coordenadora administrativa. (...) então essa era uma chefe maravilhosa, ela era chefe, te transmitia um respeito, uma serenidade, dava um direcionamento de harmonia na equipe, e ela era uma amiga sem deixar de ser chefe. Então os funcionários sabiam exatamente o seu papel diante do trabalho e da chefe naquele contexto. Então a gente sabia a hora de parar, de ouvir e de trabalhar.(...)até hoje eu não trabalhei com uma pessoa assim como ela, foi a única por enquanto, uma pessoa maravilhosa. (Entrev. 5, coordenadora II)

Uma outra situação de crise se deu em uma posterior troca de coordenadora, quando a pessoa que exercia a função foi convidada para ocupar o cargo de secretária de saúde. A pessoa que a equipe esperava fosse ocupar esta vaga, e que inclusive foi indicada pela secretária de saúde que estava assumindo para este fim, foi rejeitada pelo partido que se encontrava no poder municipal, sendo indicada outra pessoa da equipe.

(...) porque então a coordenadora assumiu a secretaria (...) e eu pensei comigo: é a Alice que vai ser a nova coordenadora. o pessoal já tinha até cogitado (...) E a Alice chegou a coordenar um período de março, chegou a coordenar um curto período, umas duas ou três semanas. (...) Ai, nesse meio tempo, houve o convite para a Alice, a Alice aceitou, mas como o cargo administrativo é cargo de confiança, segundo o que eu fiquei sabendo, a Alice não foi aceita pelo partido. (Entrev. 5, coordenadora II)

A partir disto, o que deveria ser um cargo harmonizador, passa a ser conflituoso, como é percebido pela própria pessoa que assumiu a coordenação neste momento.

Então, eu não podia deixar nenhuma pontinha que a malhação vinha em cima de mim. (...) Então eu fiquei muito envolvida e eu acredito que eu conseguiria fazer se não houvesse tanta pressão por parte da equipe, tenho certeza absoluta. Isso gerou em mim uma insegurança muito grande. (...) Foi difícil para mim este período de administração? Foi! Porque eu acho que eu não consegui efetuar tudo que até eu tinha como proposta. Por eu ter sido pressionada eu não consegui realmente colocar as minhas propostas, operacionalizar. Eu não consegui nem mostrar, eu não consegui. Até porque eu não tive respaldo. Porque em outras épocas, pensa bem, uma estagiária do serviço social montar uma oficina (...) tu, junto com outros profissionais, montar uma associação de familiares que está funcionando até hoje. Quer dizer, são dois projetos concretos. (Entrev. 5, coordenadora II)

Apesar da equipe estar subordinada a outras instâncias em relação à coordenação administrativa, os mecanismos de resistência são imediatamente desencadeados no momento em que esta determinação não vai ao encontro dos interesses da própria equipe. E este poder de resistência da equipe se dá em um âmbito onde o poder público tem a sua ação restrita: na prática cotidiana de seus

agentes. O governante, apesar de ser quem tem poder de determinar o coordenador, não tem poder de determinar que ele possa realmente coordenar. O cargo em si não garante este poder de intervenção, mas é necessário uma espécie de acordo entre todas as instâncias para que isto se efetive.

3.2. Os Usuários

3.2.1. A demanda atendida: a legítima e a falsa?

Como já visto, os usuários que motivaram a criação do serviço foram psicóticos e neuróticos graves, que anteriormente eram alvo de internações em hospitais psiquiátricos das cidades vizinhas.

Atualmente, o serviço atende a uma demanda bastante diversificada e heterogênea, principalmente através do seu ambulatório, onde são atendidas crianças com dificuldade de aprendizado, adolescentes com abuso de drogas, mulheres em crise no casamento, idosos com quadros depressivos leves, enfim, qualquer pessoa que identifique na escuta terapêutica a possibilidade de ajuda.

Esta demanda é percebida pelos agentes de duas formas: como uma *falsa demanda* e como uma *demanda legítima*.

A demanda do serviço está enorme, principalmente porque, cada dia que passa, está sendo introjetado na população que existe um lugar onde pode buscar atenção para as suas mazelas mentais, seus problemas de pequenos agravos, vamos dizer assim(...) Hoje o ambulatório está funcionando muito, eu acho que nós vendemos uma imagem de resolução de problemas emocionais. E o serviço começou em cima de problemas graves. (...) Mas a gente não pode

desconsiderar que existe esta outra demanda de casos ditos leves.(...) Eu acho que esta demanda está estourada, mas é uma falsa demanda. Não sei se posso chamar assim: falsa demanda. Eu tenho visto muitos casos mal encaminhados, eu tenho visto muitos casos que 'vai consultar porque ouviu falar que...', porque a vizinha foi e se sentiu bem, tá embutido nessa demanda. Tu queres ver um exemplo? Havia um neurologista que era contratado até a mudança do governo. Quando assumiu esse governo a secretária da saúde quebrou o convênio com o neurologista. A demanda de epiléticos foi para mim. Então essa era uma demanda que não era minha. Então ela está tirando gente que poderia estar consultando por depressão, por uma patologia que justificava uma consulta psiquiátrica. (...) Outra coisa, eu não sei se tu ouviste falar que aqui na cidade tem um sistema que a prefeitura criou que são caravanas rurais. Essas caravanas rurais eu tive que dar uma freada, porque o pessoal começou a levar equipes e foi o pessoal da Nossa Casa. E lá o que dizia? 'Está com problema de nervos, não sei o que, vai consultar na Nossa Casa'. Em agosto. Ai, setembro, outubro e novembro me lotaram o ambulatório de uma demanda que não precisava. Uma demanda por divulgação, não é aquela demanda espontânea. (Entrev. 3, psiquiatra)

E eu acho que essa procura pelo serviço cada vez mais quer dizer que as pessoas estão sendo informadas, esclarecidas, que aqui existe este tipo de serviço, que eles podem procurar este serviço. (Entrev. 1, enfermeira 1)

A falsa demanda aparece como tendo origem diversa: casos mal encaminhados, equívoco da demanda no diagnóstico da necessidade de procurar atendimento, carência de profissionais em outras áreas da atenção à saúde no município e a divulgação do serviço "criando" uma demanda.

Mas junto com esta percepção de falsidade existe a visão de que ela não pode ser desconsiderada, que é *legítima*. Esta visão permeia toda a prática destes agentes, pois o *acolhimento* tem sido uma das "marcas registradas" do serviço. Se a falta de esclarecimento, de *conhecimento* é identificada como sendo um fator que gera uma demanda falsa, isso entra em contradição com o princípio de que o que justifica esta procura, como aparece na segunda fala, é o *reconhecimento* de que tem, neste local, o *acolhimento* para as suas necessidades e interesses, mesmo que não estejam vinculados a um diagnóstico psiquiátrico.

Mas este conflito tem origem em um problema concreto vivido por estes atores, que está relacionado à ampliação do âmbito deste atendimento sem uma correspondente ampliação dos chamados recursos humanos.

Esta preocupação aparece na fala da secretária da saúde em relação ao período em que o serviço foi criado.

(...) começar com um grupo de pacientes reduzido para que se pudesse dar conta daquilo que se pretendia. (Entrev. 6, secretária da saúde I)

Mas, apesar disso, o que aconteceu efetivamente foi que novas necessidades foram gerando a ampliação do âmbito institucional, o que ALBUQUERQUE (1978) refere como sendo uma tendência de toda instituição.

(...) bem no início era mais fácil. Matematicamente, fazendo a divisão, eram poucos pacientes para cada acompanhante terapêutico. E no fim já tinham vários grupos, várias atividades (...) Então se tornou difícil, tinham que se virar em dois, três, porque tinha que fazer. A gente precisando de mais pessoal, mas... (Entrev. 4, coordenadora I)

Uma outra questão é que o serviço tinha como proposta inicial o atendimento dos *problemas graves*, estruturando-se para isso. Esta "falsa demanda", os "problemas de pequenos agravos", foi toda direcionada para o ambulatório como única possibilidade de intervenção, "estourando" a capacidade desta modalidade de atendimento.

O reconhecimento/desconhecimento desta demanda se dá de uma forma dinâmica, pois apesar dela aparecer como um equívoco, um engano, ao mesmo tempo existe a idéia de *responsabilidade* por ela.

(...) a gente trabalhar com essa demanda de pessoas que estão sem uma possibilidade melhor (...) fazer estas oficinas virarem uma cooperativa social, não de loucos somente, mas de debilitados físicos, visuais. São pessoas que não tem condições de disputar o mercado. (...) É aquele cara que não consegue emprego em lugar nenhum, é aquele cara que está vivendo mal para caramba, é aquela mulher que o marido deixou ela empenhada (...) esse é outro

problema, essa pessoa tem tendência a rolar, e entrar em depressão, entrar em contradições. Então eu acho que essa é a direção, seria uma direção de reabilitação e de promoção também. (Entrev. 3, psiquiatra)

3.2.2. Os usuários: os doentes mentais pobres

À parte estes conflitos acima mencionados, esta demanda ambulatorial é pouco referida pelos entrevistados quando falam dos usuários. Isso pode ser devido ao fato já mencionado de que apenas alguns agentes atuam junto ao ambulatório. Até mesmo os entrevistados do poder público pouco reconhecem no seu discurso esta demanda. É possível argumentar que no imaginário destes, os usuários ainda estão fixados naqueles que deram origem ao serviço: os doentes mentais.

Por este motivo, é em relação aos doentes mentais que estaremos nos referindo a partir de agora.

Uma característica destes usuários é a *pobreza*, o que não difere da maior parte da clientela dos serviços públicos de saúde no Brasil.

As pessoas que procuram o serviço são pessoas... se formos ver em termos de renda, de condições sócio-econômicas, as pessoas ganham até um salário mínimo, de um até três salários mínimos.(...)Até porque é feita uma triagem, se a renda do paciente é alta se procura até ver com esse paciente se ele não tem condições de procurar um serviço privado na consulta, para dar vez para uma outra pessoa com menos condições de pagar. (Entrev. 1, enfermeira I)

(...) é a proposta do trabalho, a gente se propôs a isso: atender o maior número de pessoas possível, principalmente os com muita pouca renda, ou alguns até com nenhuma. (Entrev. 6, psicóloga)

(...) é uma pena a gente não poder ter um serviço que abranja todos eles. Eu tive a experiência lá na Itália. Lá na Itália, como o nível cultural da população

é muito alto, não tem essa diferença social do pobre e do rico, porque o pobre e o rico têm o mesmo nível cultural. Então eles são atendidos todos no mesmo serviço. Aqui o pobre é muito pobre, e muito pobre culturalmente, não tem educação. Então eles não conseguem se misturar. A pessoa com mais posses não aceita estar no mesmo lugar que pessoas mais pobres. (...) Olha, a gente vê muito pessoas que têm uma característica já de "Gérson". A gente vê muitas pessoas consultarem no consultório privado e querer buscar exame na prefeitura, tu vê a pessoa buscar remédio. Pagou no privado mas quis ir lá buscar o remédio de graça, mas consultar lá não(...) Mas eu acredito que o serviço público no Brasil não atende uma pessoa com melhores posses porque causa um certo mal estar no profissional. Um trabalhador de saúde pública no Brasil esta ganhando muito mal...(...) Mas também dá um roncar de tripas, porque a estrutura do serviço público brasileiro te faz sentir mal atendendo pessoas de posse. Tu atende, mas desde a secretária, o porteiro, eles dizem: 'viu, veio consultar aqui cheio de jóias, anéis brilhantes'. E geralmente quando chegam pessoas assim, eu acho que são pessoas tão comprometidas que elas querem passar na frente de todo mundo, porque elas também se sentem superiores no serviço. Eu já atendi várias pessoas de posses aqui na Nossa casa, mas é incrível, como elas ostentam perante as outras. Mas o louco pobre, ele já tem um caminho rápido de evolução para o preconceito, hospício, estas coisas. Geralmente o lugar onde ele é atendido é ruim. É difícil ter um lugar bom para atender o pobre. Então o caminho é muito árduo. (Entrev. 3, psiquiatra)

Quando falam que o serviço dá preferência aos pobres, àqueles que têm menos condições de pagar, a inclusão/exclusão no atendimento tem relação com as condições sócio-econômicas. O rico, quando se torna usuário do serviço público, está "tirando vantagem".

Mas o fato dos usuários serem pobres também aparece devido a uma *diferença* entre pobres e ricos, que ocasiona uma separação entre eles e que impede que os últimos (ricos) aceitem serem atendidos no mesmo local que os primeiros (pobres), de modo que, em relação ao acesso ao atendimento, eles próprios se excluem por não "conseguirem se misturar". Mas, neste caso, o que é apontado não é a diferença econômica ocasionando esta separação, como se essa fosse um mero detalhe, mas a diferença cultural e de educação.

A diferença de classe social do agente também é abordada como determinando que os ricos não sejam atendidos no serviço público, no sentido de que os agentes se sentiriam mal atendendo alguém "de posses". Isto reforça a manutenção de uma relação perversa de poder entre agente e usuário nos serviços públicos no Brasil, determinada pelas condições econômicas destes: o usuário é pobre e carente, tornando-se o agente magnânimo e bondoso ao *dar* o atendimento. Mas quem *recebe* deve ser grato, e quem é grato não pode fazer exigências, mas sim, deve contentar-se com o pouco que lhe é dado.

(...) porque se doaram tanto e de repente nem ela nem a mãe... nós temos alguns que reconhecem, outros nunca vão reconhecer. (Entrev. 6, psicóloga)

A "preferência aos pobres" é, na prática, na maior parte das vezes, a única opção dos agentes nos serviços públicos sucateados e com a demanda muito além da capacidade, pois se trata do privilegiamento de uma parte desta demanda para a qual este serviço é a única possibilidade de algum tipo de assistência. O que ocorre concretamente nestes serviços é que as pessoas que são atendidas são as *muito pobres*, não sendo só o rico que se encontra excluído, mas o próprio trabalhador que possui o mínimo de condições de ter acesso ao atendimento privado ou mesmo conveniado. Observa-se que a forma como isto se reproduz no concreto é uma forma em que os "serviços para pobres" são também "serviços pobres", de baixa qualidade, e onde o usuário passa a ter um cerceamento na sua autonomia em relação a esta atenção. Através de um privilegiamento, ou concomitantemente com ele, é reforçada uma desigualdade.

Apesar da assistência em saúde mental na nova proposta em relação às diferenças de grupos sociais (pobres e ricos) não ter sido apontada nos pressupostos, esta questão apareceu nos dados empíricos e apontá-la neste estudo tem como objetivo enriquecer a reflexão sobre esta questão, que acredito que se estende a toda a

rede pública de saúde no Brasil, e dá origem a diferenças que necessitam serem repensadas no momento em que, ao se falar em romper com o manicômio, isso não se refere apenas ao hospital psiquiátrico, mas a todas as práticas que sustentam preconceitos e desigualdades de direitos.

3.2.3. A reintegração do doente mental

A *reinserção e reintegração* do doente mental na família/comunidade/sociedade aparecem como sendo o cerne da atuação dos agentes.

(...) de que as pessoas possam viver dentro de um quadro de normalidade entre aspas e as pessoas poderem conviver em um grupo, seja familiar ou um grupo social, de que as pessoas teriam que ter, no caso os doentes, uma oportunidade de reaprender a convivência, de reaprender a viver em grupo e de reaprender até hábitos e atitudes e tentar então com isso resgatar um pouco aquilo que todos, de alguma forma, pela patologia, tinham perdido. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

(...) esses doentes tinham as suas características, dentro da doença deles que impediam deles serem bem aceitos, de eles conseguirem até mesmo viver junto com a família deles. Porque eles precisavam de um processo de reabilitação, eles precisavam ser trabalhados. (Entrev. 3, psiquiatra)

As pessoas que procuram o serviço, os loucos entre aspas, eles são rejeitados na própria comunidade.(...) Por exemplo, uma festa, alguma coisa, ele é discriminado, ele é apontado: 'aquele paciente é louco'. Então, eu acho que não deveria ser assim. Porque eu acho que por ele ter algum desequilíbrio de conduta, ele ter algum tipo de problema, ele é uma pessoa que poderia participar normalmente, como a gente tenta com eles, que eles participem das assembleias, que eles participem do convívio familiar. Nós tentamos fazer com que estes pacientes vivam bem dentro da loucura deles. (Entrev. 1, enfermeira I)

A discriminação, não aceitação deste doente é relacionada a dois aspectos, cada um ligado a um dos pólos da relação doente - família/comunidade/sociedade.

Um deles refere-se a algumas características que são desenvolvidas pelo próprio doente, devido à *doença*, e que levam a que esta pessoa desenvolva hábitos e atitudes que causam dificuldades no seu convívio social.

O outro aspecto está relacionado à própria sociedade, que devido ao seu *preconceito* em relação à loucura, afasta estas pessoas do seu convívio.

Através desta visão pode-se identificar dois movimentos concomitantes, que se dirigem a cada um destes pólos.

A proposta do serviço, em primeira instância, seria reintegrar o doente mental à comunidade, desmistificar a loucura, a figura do louco. Eu acho assim, se conseguir essas duas coisas já cumpriu com todas as outras coisas que viriam antes, porque tem um longo caminho antes disso para chegar nisso, só que assim, a reintegração do doente mental, a desmistificação da loucura, passa por tudo isso, eu acho que se tu conseguires chegar nisso já vai ser... (Entrev. 2, enfermeira II)

Em relação ao doente, para reintegrar é preciso *reabilitar* de forma que reaprenda a *convivência*, resgatar características que perdeu em função da doença e que são importantes para que possa conviver com os demais.

Mas uma outra questão que aparece é que *apesar da diferença* ele tem o direito de *participar* na comunidade. Para que isto seja possível é necessária a desmistificação da loucura, ou seja, um trabalho de *educação* desta mesma comunidade.

Esta participação começa internamente, no próprio serviço, onde o usuário é percebido como portador de uma história de vida e de desejos, e onde isto pode e deve emergir de forma autêntica, verdadeira.

Se tenta ver assim: a pessoa está interessada em participar desta oficina? De repente a gente pode achar, se a terapeuta ocupacional estivesse aqui, achar que aquela pessoa se adequaria àquele tipo de trabalho, mas de repente tu vais ver... Eu nunca me esqueço, que sempre me contaram, que um dia colocaram, logo quando a casa abriu, colocaram que era perigoso trabalhar com enxada e colocaram um agricultor para cortar figurinhas. Então tu imagina! O cara ficou louco! Então tu imagina ele cortando figurinhas. Hoje em dia não tem mais disso. (Entrev. 2, enfermeira II)

Mas o que é essa doença, o que é reinserir, reabilitar e o que é o tão falado preconceito da comunidade para quem vive estas questões, não como coadjuvante, mas como ator principal? Termos como discriminação, fracasso, falta de confiança e tortura referem-se à vida concreta, a problemas concretos e a limites concretos.

A doença que eu tenho é uma tortura, uma tortura. Agora, isso comigo mesmo pois com os outros é discriminação. Porque eu sou um fracassado no meu serviço? (...) Basta dizer que quando eu procurei uma peça para alugar ninguém quis ser meu fiador, ninguém. Nem as pessoas que eu sabia que confiavam em mim não quiseram ser. (...) A loucura hoje é discriminada. Fulano é problemático, então, até os rádios anunciam: evite pessoas problemáticas. Isso em qualquer revista que dá bom conselho já dizem. Discriminação para os outros e tortura para mim. (Entrev. 14, usuário)

Mas sabe-se que, entre os usuários, existem aqueles que precisam de um cuidado permanente, durante toda a vida, que precisam que sejam reconhecidos e assumidos determinados graus de dependência. Deste modo, aparece um outro aspecto na atuação dos agentes e na sua relação com os usuários que não tem relação com reinserção, mas sim com *carinho, cuidado e afeto*.

(...) que bom que aquela pessoa que está padecendo provavelmente vai morrer junto de uma equipe que gosta muito deles. Paciente que está com uma sintomatologia de câncer e que já era psicótico e que não consegue sair desta agitação, eles estão no meio de pessoas que conhecem eles. (Entrev. 3, psiquiatra)

(...)e é uma experiência que também ao mesmo tempo te deixa ...muitas vezes triste, muitas vezes revoltada com a situação ... Hoje mesmo, a gente estava numa situação assim que a Vânia (...) é uma situação que te deixa muito triste, que é uma coisa que tu não gostaria de ver, uma pessoa que tu acompanhou três anos, no caso, a gente tirou ela da rua, uma pessoa que vivia fazendo

sujeira na rua, uma pessoa que vivia sendo apedrejada na rua pelas crianças ... Hoje ela é uma pessoa que a gente ensinou ela a ser uma pessoa praticamente normal, e hoje ela está doente em fase terminal, porque ela está que nem uma vela que está se apagando. Então esse tipo de experiência eu acho muito triste, embora tu te prepares, tu não consegues superar. Tu estás perto da pessoa que tu viu muitas vezes rindo, transbordando de felicidade que nem a Vânia, cheia de alegria, sempre pintada, sempre pedindo pra gente pintar a boca, sempre pedindo pra gente arrumar ela, dar banho, então a gente fazia tudo com prazer pra ver ela arrumada, dava banho nela e então é uma coisa que eu mesma ... me choca ver ela assim no leito, dando aquelas convulsões nela, que tu sabes que tu podes fazer pouco, o pouco que tu fazes tu sabes que aquilo ali não ... ela não vai ter ... a perspectiva de vida não é muito grande. O quadro dela ... Outra paciente também, a D.Eduarda. Fazem praticamente sessenta dias que a gente está ali com ela. Três anos a gente acompanhando ela, ela dando alta, tendo melhoras, vindo pra cá, pedindo pra vir só uma vez por semana, a gente respeitava a vontade, ela ficava ... quando via ela estava entrando pela porta e aí entrando em crise, havendo problemas. Íamos na própria casa, nós chegávamos e a gente levava para o hospital. Em seguidinha ela saía daquelas crises, voltava ao normal dela, voltava pra cá. Em seguida voltava para casa e hoje ela não... não se consegue mais. Ela está no hospital. (...) E tu estás vendo também que ela está se terminando e tu não... o que tu pode fazer é auxiliar, é dar tua mão, é sentar para confortar e... o que a gente... pelo menos me leva muito...(Chora) Tu queres fazer mais e não podes. O que podes fazer é tratar com carinho, dar bastante carinho pra eles e tentar minorar dessa maneira o sofrimento. (Entrev. 7, auxiliar de enfermagem)

Isso pode parecer muito simples, mas não é bem assim. Implica em aceitar os limites desta reinserção, em aceitar uma dependência destes usuários, que pode durar toda a vida, e, principalmente, ousar *sentir* afeto por eles e se permitir *dar carinho*, o que provavelmente vai contra muitos dos preceitos "terapêuticos".

Uma melhor *qualidade de vida*, com mais possibilidades e menos sofrimento, onde andar de barco, dormir em uma cama, sair das ruas, alimentar-se, ter uma moradia decente, são conquistas que realmente têm um impacto não na doença, mas na vida concreta destas pessoas.

A dona Ester, quando ela chegou lá na Nossa Casa, não conversava com a gente, ela só caminhava de um lado para o outro. Tinha um salão comprido, então por ali ela caminhava. Tirava o sapato, o chinelo, e caminhava de um lado para o outro. Não conversava com ninguém. Tinha uma resistência muito

grande, se alguém chegava perto, ela tirava o corpo fora. Quando ela queria dormir, simplesmente deitava no chão. Se via aquele comportamento crônico do hospital psiquiátrico. E aquilo foi indo, aos poucos a gente foi conquistando ela. Quando ela foi para lá eram poucos os pacientes que nós tínhamos, então nós fazíamos um passeio: tinha um supermercado ali perto, eles tinham um barquinho para fazer a travessia dos fregueses do camping, e um rapaz que trabalhava lá, ele tinha sido pescador, então ele conhecia o pessoal dali, então eles nos emprestavam o barquinho para a gente dar um passeio, atravessar para o camping de barco. E um dia nós conseguimos levar a Ester. A gente achava que não estava conseguindo nada com ela. Nós levamos e ela foi sem conversar, sem falar. A gente passeou, caminhou pelo camping, fez uma série de coisas, jogou bola, aquela coisa toda, e voltamos. No outro dia nós tínhamos grupo e ela sentada na janela, o tempo todo olhando pela janela. Até que ela começou a dizer algumas palavras, a comentar, e aí a gente se deu conta que ela estava se referindo ao passeio. A partir daí a gente foi conseguindo ter uma comunicação com ela(...) a gente tem um pouco de dificuldade de entender o que ela fala, ela fala mais em alemão, mas com o tempo a equipe também começou a acostumar o ouvido com a maneira dela falar e, enfim, a gente conversava. Ela ainda tem aquele hábito de caminhar, mas é muito menos. E quando ela quer dormir, ela procura a cama. E ajuda na cozinha. Quando a gente viu que a Ester estava entrando na cozinha para ajudar a secar louça, aquilo foi algo assim do outro mundo, foi maravilhoso. Uma pessoa que não fazia absolutamente nada, só caminhava. Não conversava, não dizia coisa nenhuma. Aquilo foi uma vitória para a gente. Tinha a Vânia também, ela faleceu agora, ela era uma daquelas pessoas que a gente chama de louco de rua. Ela passava o dia inteiro caminhando pela cidade e a molecada mexia com ela só para ver ela ficar braba, e ela dizia mil e quinhentos palavrões. E a casa dela eram quatro paredes e uma porta, não tinha nada. Então, seguido ela estava assim... ela era muito magrinha, seguido tinha problemas clínicos, diarreia. Na Nossa Casa ela só passava o dia. Enquanto ela estava lá ela se alimentava, mas ela precisava de mais uma refeição antes de dormir, e ela não tinha nada disso. Então as pessoas davam, às vezes, comida estragada para ela. Era terrível! Mas quando ela começou a frequentar o Nosso Lar, que aí ela saía da Nossa Casa e passava a noite no Nosso Lar, ela tinha todo um atendimento. Engordou, ficou outra pessoa também. Palavrões nunca mais. Ela se socializou muito mais do que a gente podia imaginar. A gente vê assim, tem algumas pessoas que a gente vê que o progresso delas é difícil, é um trabalho que muitas vezes é frustrante, mas quando tu consegues uma coisa positiva para um, aquilo supera dez frustrações de outros pacientes, porque é super gratificante. (Entrev. 4, coordenadora I)

As falas abaixo também introduzem um outro aspecto: a *responsabilização* pelos usuários aparece de uma forma diferente. É uma responsabilização ativa, não implicando apenas no acolhimento, mas transcendendo este.

Inclusive uma dessas pessoas que passou pelo serviço na época e foi o primeiro a se beneficiar com esse tratamento, ele hoje é jardineiro. Ele faz o jardim da minha casa, e cada vez que ele chega perto da minha casa ele diz para quem está perto: 'essa moça salvou a minha vida porque ela correu uma quadra atrás de mim, no meio da rua'. E eu realmente corri. Eu me lembro que ele fugiu, ele queria morrer, e a esposa dele veio atrás de mim me procurar, e eu cheguei na casa dele, ele disparou, e eu não pensei duas vezes, eu fui atrás, segurei ele pelo braço, me apresentei, eu disse que não queria fazer mal, só queria conversar com ele. E assim ele entrou no serviço. E hoje ele lembra sempre disso como uma coisa cômica. E hoje ele está bem reintegrado, faz tratamento ambulatorial e corta jardim da metade da população daqui. Como também teve na zona rural casos que a gente chegou e que pacientes, por medo de serem de novo levados para Pelotas ou Porto Alegre ou outros hospitais de referência, fugiam. A gente ia atrás em lavouras de milho, para procurar estas pessoas e trazer de volta. E assim nós fomos buscando estas pessoas todas para o serviço(...) Então teve casos como o de uma senhora que nos procurou, de um paciente que fazia meses, um ano que não saia da cama. Um rapaz jovem, de vinte e poucos anos. Talvez se fosse em um serviço tradicional, a gente pegaria e visitaria uma vez ou duas e não deu certo, vamos fazer o que! O médico fez uma avaliação, foi na casa dele, e eu fiz acompanhamento durante meses, eu ia diariamente na casa dele. E ele começou a se habituar com a minha voz, e eu fazia brincadeiras com ele: 'tu não tens curiosidade de saber como eu sou? Se sou loira ou morena, se sou gorda, baixinha ou alta e magra? Quem sabe tu espia para ver!' E aí ele começou a espiar, a gente conseguiu tirar o cobertor dele e levar ele junto para a Nossa Casa. E hoje ele está muito bem, faz algum biscate. Não é uma pessoa que talvez tenha uma vida normal como a gente tem, mas certamente tem uma qualidade de vida melhor do que a que tinha. Assim como encontramos pessoas que viviam em galinheiro, trancafiadas, outras que comiam lixo na rua, outras que perturbavam o ambiente todo, enfim, pessoas que a gente conseguiu, de alguma forma, dar uma qualidade de vida melhor. (Entrev. 11 secretária da saúde III)

Porque naquela localidade existiam paciente crônicos que passavam às vezes dois, três meses, nos hospitais internados. A professora daquela localidade, daquela escola onde nós fazíamos as assembleias, muitas vezes ela chegou para nós e dizia: 'gurias, não dá para agüentar o paciente fulano de tal, porque ele simplesmente passa o dia caminhando na rua, ele ataca as crianças, a gente não sabe mais o que fazer'.(...) Então se fez todo um trabalho, eu visitei esse paciente. Um episódio que eu jamais vou me esquecer na minha vida: eu estava na assembleia e a mãe desse paciente chegou para

mim e disse: 'Naira, tu não podes fazer uma visita para ele, que ele não está muito bem?' E eu disse assim: 'Tá, eu vou lá conversar com ele. Onde ele está?' 'Ah, ele está na lavoura, mas a gente vai atalhando por aqui que nós chegamos lá.' E eu fui, na minha santa inocência, eu fui. E 'falta muito fulana?' 'Não, é logo ali!' Sabe como é para fora 'logo ali'. Na lavoura eu andava, andava: 'logo ali'. Lá pelas tantas começou a me dar um pânico e eu pensei assim: eu não conheço ele, eu não sei quem eu vou encontrar, se ele está na lavoura provavelmente ele está lidando com uma enxada ou com qualquer tipo de ferramenta, eu posso chegar lá, ele nem querer me ver e me dá uma enxadada. Eu disse: 'Meu deus do céu, seja o que deus quiser...'. Eu cheguei lá e ele estava numa boa, capinando, trabalhando. Me recebeu super bem. (...) Depois que ele consultou, que começou a fazer parte da Nossa Casa, que ele começou a fazer o tratamento, ele teve uma história de internação psiquiátrica e teve, eu acho, duas internações aqui no hospital geral. E esse mesmo paciente, que até então era colocado pela professora que todo mundo tinha medo dele, que ele atacava as pessoas nas ruas, ele começou a freqüentar a escola junto com as crianças e com as pessoas na assembleia comunitária. (Entrev. 1, enfermeira I)

Não são apenas os usuários que identificam neste serviço a possibilidade de acolhimento para os seus problemas. Os próprios agentes identificam, nos problemas que aparecem, a sua responsabilidade de intervenção, mesmo que os usuários não os tenham procurado para este fim. Eles não permanecem à disposição para quem procura o serviço, mas vão em busca de quem precisa de ajuda, e isto faz parte do seu trabalho.

Mas este acolhimento e responsabilização que o serviço assumiu em relação aos seus usuários não aparece sem conflitos, principalmente quando existe um grau de dependência maior. Pode-se identificar dois conflitos.

Um deles refere-se a quando acolhimento/responsabilização são encarados como paternalismo.

(...) o sistema oferece um local, alimentação. Se tu fores ver mesmo, muitos vão para casa no fim de semana e voltam sem ter feito a barba nem ter tomado banho, porque o sistema está todo habituado a trabalhar de uma maneira paternalista com isso. E isso aí eu acho que a gente está pensando em dar uma mudada, nesse paternalismo, colocá-los com mais responsabilidade de tomar conta de si.(...) Então, se pensa assim, que esse paciente que vem diariamente,

que nunca toma banho em casa quando deixa de vir, que fim de semana e feriado fica sem tomar banho, eles vão vir em horários alternados, poucos virão para almoçar. (Entrev. 6, psicóloga)

Neste caso, o serviço aparece como estimulando a dependência e a forma de atuar em relação a isso é *forçando uma autonomia* que de fato não existe, pois é essa dependência que leva à necessidade que exista um serviço com estas características e não vice-versa. Já foi visto as condições de vida que muitos desses usuários tinham antes da existência do atendimento e, para alguns deles, a frequência ao serviço é a única possibilidade de saírem de suas casas, conviverem com outras pessoas, passearem, quando não de serem cuidados ou mesmo receberem uma refeição decente.

A gente passeia aqui. Tempo de carnaval eles fazem carnaval para a gente. A gente sai a viajar, as gurias são muito boas para a gente. Tenho uma vida muito boa aqui. A gente ajuda, a gente se diverte. (...) Eu vou ser bem sincera para te falar, eu não gosto de ficar em casa. Eu moro com a minha mãe, aí foi quando arrumaram para eu vir para cá e aí eu vim,. O seu Valmir ia todo o dia me buscar. Vinha de manhã para cá, passava o dia aqui. Hoje eu vim de tarde porque quarta-feira é o dia deles se reunirem. Eu gosto de me divertir aqui, eu me divirto, passeio. Eu gosto de estar sempre assim, ou trabalhando fora ou saindo. (Entrev. 15, usuária)

O segundo conflito aparece quando o serviço é visto como instrumento de re inserção, mas esta re inserção está relacionada a um determinado parâmetro, onde "condições de produzir, ser útil a si mesmo e à comunidade" são as expectativas em relação a este usuário.

(...) através deste tipo de instrumento, como de outros também importantes, é que nós vamos poder frear e até reconduzir este doente mental para encontrar nele mesmo, na família e na comunidade, razões para se sociabilizar, para realmente reencontrar os valores adequados para conviver com outras pessoas e superar este problema e com isso poder voltar a ser um cidadão com condição de produzir, de ser útil a si mesmo e à sua comunidade. (Entrev. 13, prefeito II)

O que mais preocupa é quando este discurso de um governante encontra-se associado a outro questionamento feito por este ator: o investimento em pessoas que muitas vezes não dão este tipo de resposta, e essa utilização de recursos aparece como "desvio de outras áreas".

O grande conflito é que, se este projeto funciona bem, ele também demanda um recurso significativo, e a consciência de que, se nós tivéssemos o mesmo dispêndio de recursos que nós temos per capita nesse trabalho para atender outras necessidades, outras doenças na área da saúde, outras tantas necessidades na área da administração pública, nós teríamos condições de atender muito melhor as outras demandas. Se o que nós estamos investindo em saúde mental em São Lourenço, dividido pelo número de pessoas que estão sendo atendidas primariamente, se este mesmo recurso nós pudéssemos ter para atender essas doenças pulmonares e infecciosas das crianças, as diarreias, a desnutrição, todos estes problemas carenciais. Nós tivemos diversos programas que, por falta de recursos, não atendem os seus objetivos. Se nós também tivéssemos a condição política de fazer isso e de onde tirar recursos, nós certamente poderíamos avançar muito em saúde pública em outro sentido. (Entrev. 13, prefeito II)

O exemplo citado também é muito significativo, porque o grupo que seria "prejudicado" por este investimento em alguns poucos loucos são as crianças. Nessa lógica, quem ousaria questionar isso?

GOLDBERG (1994), quando fala da desvitalização da rede extra-hospitalar em São Paulo entre o final de 1985 e os primeiros meses do ano seguinte, coloca uma questão que se apresenta como um risco (ou até uma realidade) no caso de São Lourenço do Sul: a redução dos investimentos, a lentidão na reposição de pessoal e o abandono do enfoque prioritário da área de saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde oriunda da estrutura burocrática dos serviços públicos no país, que atua segundo cálculos quantitativos, imediatamente reversíveis em estatísticas que possam ser apropriadas como "realizações". O incremento de qualidade alcançado por alguns serviços é incapaz de alcançar expressividade estatística, sendo pulverizado em função dos controles quantitativos de larga escala.

Agora, todas estas questões aparecem na fala do usuário de uma forma dinâmica, onde dependência/independência, acolhimento, participação e direitos são coisas concretas, onde ele consegue identificar claramente as suas próprias necessidades e a resposta dos agentes em relação a todos estes aspectos.

E conheci a Nossa Casa. De início fui meio a contragosto, que mesmo sendo ruim lá no Oliver Leite, sabe que o visual é grandioso, né? Eu achava o Hospital Oliver Leite muito grandioso em relação à Nossa Casa. Eu achava a Nossa Casa pequeninha, não tinha ping-pong, por exemplo. Mas não estava entendendo direito o que era, não estava entendendo. Até hoje talvez eu não saiba bem ainda o que é a Nossa Casa. Mas eu notava que todo mundo ficava contente quando me via, parecia que eu era gente, eu me sentia gente. Sentia gente porque é uma simpatia de todos, tanto dos pacientes como das enfermeiras. E não tinha discriminação nenhuma, nem homem, nem mulher. Nem de banheiro tinha discriminação. Eu comecei a querer ajudar, no que fosse possível eu ajudava. E conheci a dr. Elza, uma simpatia também, e ela começou a dar atenção aos meus problemas. E o dr. Flávio se interessava, me deu remédio, já de imediato resolveu o problema quase que total, que bem mesmo eu não estou até hoje, sempre com remédio. Dai eles me levavam e me traziam. Nessa época eu estava sozinho, só com a mãe aqui em casa. (...) Quando foi em 92 eu senti a necessidade de novo de baixar lá. Baixei, eu estava casado de novo, e foi quando eu recebi mais atenção ainda, porque até a minha mulher estava junto. Deram um quarto só para mim, a minha mulher ia junto e ficava o dia todo lá comigo. Sei que foi rápido, rápido eu estava bom de novo. Dai eu comecei a descobrir, eu percebi que o dr. Flávio dava margem de dosagem: "olha, se sentir um pouquinho ruinzinho, toma um pouco mais". Dava margem assim quanto à quantidade de remédio. Foi quando eu comecei a me interessar, junto à dr. Elza, junto ao dr. Flávio e junto à biblioteca pública também, eu lia muito, eu começava a ler e perceber: "tal remédio eu não posso deixar de tomar não. Esse aqui bate em cheio comigo, tem que tomar". (...) Um ano depois da minha última crise, que eu senti que ia dar aquilo de novo, foi na hora, eu já dobrei a medicação, eu fui falar com o dr. Flávio e nós dobramos a medicação, e em questão de uma semana eu já estava normal de novo. (Entrev. 14, usuário)

Como vemos, o fato do usuário não ter uma definição para "o que é a Nossa Casa" é porque sentiu que foram acolhidas diferentes necessidades em diferentes momentos de sua vida, algumas até opostas.

Ser tratado como gente, ser ouvido, receber medicação, não ser discriminado, ter transporte à disposição, não ser isolado de seus familiares, participar ativamente de seu tratamento, ter à disposição diferentes modalidades de atendimento, tudo isso mostra porque o serviço não pode ser definido, mas deve se definir em função deste movimento que não pode ser pré-estabelecido.

3.2.4. A constante comunicação entre usuários e funcionários

Um aspecto que foi observado em relação aos usuários do serviço refere-se à *comunicação* que eles estabelecem entre si e com os agentes. A seguir, a transcrição de algumas cenas observadas pode dar uma visão de como isto ocorre.

Cena 1

Em uma mesa do refeitório estão sentados cinco usuários escolhendo feijão (Jaime, Murilo, Jairo, Silvia e Zilda). Jaime e Silvia falam sobre o baile que houve na Z8, um clube da cidade, e comentam que o conjunto musical era muito bom. Renata, acompanhante terapêutica, chega de uma visita domiciliar e se junta ao grupo, perguntando com quem os demais usuários foram para à praia. Jaime responde que foram com Dornélio (auxiliar de enfermagem). Renata pergunta como passaram o fim de semana e Jaime responde que foi à praia. Renata fala que também foi e ela, Jaime e Silvia comentam a quantidade de ônibus de excursão que tinha lá no domingo. Silvia fala que dormiu mal durante

a noite por causa dos mosquitos e diz que para ela "não tem como o inverno, que aí não tem essa coisa de mosquito." Zilda diz que na casa da irmã "tem esses bichos inverno e verão". Quando os demais perguntam onde ela mora fala que é na Vila Nova Esperança, mas que do lado da casa tem um terreno baldio, o que cria um foco de mosquitos. Murilo, que tinha saído para fumar, retorna e senta em uma cadeira próxima, pois a sua foi ocupada por Renata, e fica observando. Renata pergunta se ele quer ajudar e ele fala que ela está sentada no lugar dele. Renata não entende e Murilo responde em tom de brincadeira: "A boneca está sentada no meu lugar." Todos riem e Renata levanta para que ele sente. Jairo comenta que pegou uma gripe e que acha que é porque ficou com o corpo suado na frente do ventilador. Sílvia fala dos seus filhos, que três moram em Porto Alegre e não escrevem nem uma carta para ela, que "estão criados" e que tem uma filha que mora com ela e que trabalha, "botando rancho dentro de casa". Fala que "se não fosse ela...". Pergunta onde eu moro e quando respondo que, no momento, estou morando em Ribeirão Preto para fazer o curso pergunta se em Ribeirão Preto não existe Nossa Casa. Quando falo que não questiona onde ficam os doentes de lá. Respondo que a maioria ainda é internada em hospitais psiquiátricos. Comenta que deve ser horrível, que a Nossa Casa é muito boa pois pode ficar em sua casa e realizar o tratamento. Sílvia fala para Renata que conhecia o seu pai que morreu e que ele era muito bom. Os demais falam que os bons é que sofrem e que os maus ficam "numa boa". Citam o exemplo de um morador da cidade que enriqueceu ganhando na loteria e que "não dava nem um pedaço de pão para uma criança pobre".

Cena 2

Os usuários e alguns funcionários estão reunidos no pátio, tomando chimarrão, sentados à sombra das árvores. Comentam sobre o passeio que haviam realizado no dia anterior quando alguns deles falaram do telefone público da praia com a Nossa Casa. Márcia (usuária) fala que falou também. Agnaldo (acompanhante terapêutico) pergunta se já tinha falado antes no telefone e ela diz que não, que foi a primeira vez. Eslaine (acompanhante terapêutica) pergunta como se sentiu e ela fala que "ficou com vergonha". Roberto (usuário) diz que também falou mas que já tinha falado antes. Riem muito quando lembram que na Nossa Casa quem atendeu achou que era um trote e desligou, e tiveram que ligar de novo.

As cenas apresentadas, aparentemente, não têm nada de especial. São pessoas conversando assuntos triviais referentes ao seu cotidiano: lazer, problemas e até algumas "fofocas". Mas quando identificamos que se trata de usuários *de* um serviço de saúde mental, *em* um serviço de saúde mental, isso surpreende exatamente por isso. A comparação com os pacientes de hospital psiquiátrico acaba sendo inevitável.

Quando se entra em um hospital psiquiátrico uma coisa que chama a atenção é a pobreza da comunicação entre os pacientes e destes com as demais pessoas: eles pouco conversam e, quando o fazem, os diálogos são pobres e repetitivos. Os trabalhadores destes locais acabam se acostumando com isso e relacionando essa pobreza na comunicação com a patologia do paciente. Os visitantes são assediados com uma série de pedidos, desde cigarro até alguma coisa que a pessoa esteja usando, tal como uma bijuteria. A única forma de contato que parece possível é através de objetos, "coisas", e as outras formas parecem ter se perdido em uma história que já não é mais nem contada. Ocorreu uma situação em que a enfermeira

de unidade de um hospital psiquiátrico (onde me encontrava acompanhando o estágio de alunas do curso de enfermagem) alertou as estagiárias que não adiantava fazer perguntas para uma determinada paciente porque ela não falava. Uma estagiária descobre que, realmente, a paciente não falava... português. A paciente só falava em alemão, idioma que a estagiária dominava. Esta paciente já se encontrava nesta instituição há mais de 20 anos.

Em contraste com essa situação, os usuários da Nossa Casa falam sobre assuntos de pessoas que vivem e convivem em uma comunidade, onde o serviço é apenas uma das partes desta vida, e que, além de não restringir as possibilidades destas pessoas, cria algumas, tais como falar em um telefone público. O riso, o senso de humor e até as brigas fazem parte de uma rede de relações e comunicações que não intervêm só na doença, mas na existência destas pessoas.

3.3. A família do doente mental

Em um serviço onde o enfoque prioriza a atenção extra-hospitalar e que desenvolve um trabalho inserido na comunidade tem-se também uma maior proximidade da família com os agentes.

Palavras como responsabilização, inserção no trabalho, envolvimento, participação, compromisso, aparecem como expectativa dos agentes em relação aos familiares. Apesar disso, todos percebem estes objetivos como se contrapondo ao desejo da família, que é ver o doente mental afastado do seu convívio.

Mas esta representação dos agentes de que os familiares desejam o afastamento do doente apresenta nuances, merecendo um olhar mais cuidadoso.

(...) e sempre responsabilizando a família, a família atuando junto com a equipe. Na internação hospitalar psiquiátrica a família fica aliviada, até porque as visitas são proibidas por algum tempo, então o paciente fica única e exclusivamente nas mãos da equipe técnica do hospital e a família não toma conhecimento. No momento da alta é que vai: 'bom, agora é comigo'. Então há uma divergência na conduta, porque a equipe técnica tomava uma conduta enquanto estava lá e a família acaba tomando outra. O trabalho que a gente fazia não, era em conjunto. Então a gente fazia toda uma mesma orientação: nós vamos agir desta maneira com a pessoa e a família vai colaborar, agindo da mesma maneira, para ter todo o mundo o mesmo discurso, todo mundo agir da mesma forma, de uma maneira coerente. (...) E também acompanhamento com a família, se fazia visita domiciliar. Porque às vezes o comportamento dela na Nossa Casa é um e tu vais ver, em casa é diferente. Então a gente chamava a família, fazia entrevistas, fazia grupos com familiares. Mas ao mesmo tempo se vai até a casa, até para conhecer o ambiente, como são as condições de moradia, essas coisas todas, para que a gente possa saber o que pode exigir, o que pode solicitar da família, e o que a família não tem condições de fazer. (Entrev. 4, coordenadora I)

Se esta família, nos hospitais psiquiátricos tradicionais, permanece à margem, os limites de sua participação são claramente delimitados pelos próprios agentes e pelas normas da instituição. Quando ocorre a internação, as visitas de familiares podem ser feitas somente se liberadas, normalmente pelo psiquiatra, e em horários pré-estabelecidos. O contato desta família com os agentes se dá no momento da internação, quando delega a eles e à instituição a guarda do doente, algumas vezes sem a concordância deste. A partir daí, o afastamento desta família é até desejado e, às vezes, ela é vista como a responsável por todos os males deste doente. Na melhor das hipóteses, são realizadas entrevistas ou reuniões com familiares que, muitas vezes, têm o objetivo de colher informações complementares ou mesmo mais fidedignas sobre o próprio doente, pois este é percebido como tendo limites para fornecê-las, ou pelo próprio quadro, onde o delírio é um sintoma que o torna pouco confiável, ou porque "não colabora com o tratamento".

Um atendimento na comunidade, sem uma estrutura institucional que propicie esta separação, exige que estes dois atores - família e agentes - estabeleçam uma espécie de acordo com vistas a um trabalho conjunto. Na busca da coesão e coerência, a família deve colaborar, aceitando aderir a determinadas condutas propostas pelos agentes. Mas, para que isto ocorra, torna-se necessário que estes agentes deixem de ver esta família como um mero acessório, e passem a inseri-la em um posto privilegiado na sua ação. Além disso, estabelecer uma ação conjunta com a família implica em conhecê-la e reconhecê-la, onde o direcionamento e os limites da ação dos agentes passa a ser determinado também por ela.

A fala seguinte mostra um aspecto importantíssimo, que vai além da inserção da família no tratamento do doente: o atendimento começa quando o doente está com o seu familiar. Se no hospital psiquiátrico este atendimento começava quando ocorria a separação destes atores, no caso de São Lourenço do Sul foi feita uma inversão. A presença do familiar passa, desta forma, de *importante* a *necessária*, e essa necessidade determina o próprio âmbito de ação da instituição.

(...) porque o familiar, ele prefere que o seu doente fique distante. Então, a gente começou a trabalhar, a fazer o inverso dessa questão. Porque para o paciente melhorar ela precisa do apoio da família, então se começou esse trabalho dessa forma: a gente criou uma unidade no hospital geral, a Nossa Casa onde o paciente passa o dia aqui e à noite retorna para a sua família. Então, eu acho que a partir desse momento, quando o paciente está com o seu familiar, acho que ali começa todo o atendimento, o tratamento para ele melhorar. (Entrev. 8, acompanhante terapêutica)

A maior proximidade dos agentes e da família também gera mais conflitos entre estas duas instâncias. Apesar da participação da família ser reconhecida como necessária para o tratamento, como o "verdadeiro desejo" desta família é ter este doente longe, ela resiste em assumir isto, o que exige que os agentes tenham uma conduta ativa "tentando buscar o familiar".

(...) cada vez que eu saio para uma visita eu fico pensando: só em São Lourenço mesmo o tipo de atendimento que a gente dá. Vai na casa do paciente, ouve o familiar, ouve as queixas do familiar. Nas visitas a gente tem uma visão maior de como o familiar vê o paciente, porque aqui, às vezes, é diferente. Acho muito interessante: tem familiares que a gente se sente mais à vontade em falar de seu paciente, até porque eles têm uma expectativa maior. Outros que têm... familiar que tem paciente crônico, já se torna rotina. No caso o Leopoldo mesmo, da Maria de Fátima, que a gente visitou, é rotina tu ires lá: é a mesma medicação... Ele é uma paciente crônico e tu não tens muito o que passar para o familiar, porque as expectativas são... o problema vai ser esse, não tem muito... só um alívio de tensão, de repente, ouvir como o familiar está se sentindo. Mas já é diferente de pacientes que entraram em surto e melhoraram. Mas que acho muito importante, eu imagino o que o familiar sente quando a gente chega para ouvir, para dizer como está o paciente, que a gente está tentando resolver o problema dele, que está freqüentando a casa, que a gente está observando. Eu acho que o familiar deve se sentir muito bem com as nossas visitas.(...) Eu acho importante e a Nossa Casa deve continuar trabalhando nessa forma, tentando buscar o familiar. A gente sente que é difícil, muito difícil. A gente já tem seis anos, a Nossa Casa existe há seis anos, e a gente ainda sente esta dificuldade. Já é trabalhado desde o início que o familiar tem que participar no tratamento, acompanhar o paciente, e continua sendo difícil. E acho que vai ser muito difícil porque eles querem mesmo é que o seu familiar fique longe, e a gente tenta sempre trazer isso de volta, fazer com que o familiar assuma realmente o paciente. (Entrev. 8, acompanhante terapêutica)

A qualidade desta relação aparece relacionada a maior ou menor expectativa que este familiar tem quanto à melhora do doente. Esta expectativa refere-se às possibilidades e limites da resposta do usuário em face da atuação do agente, ou seja, se essa atuação gera uma resposta positiva no quadro do usuário, ocorre uma maior facilidade na relação e comunicação deste agente com o familiar, mas se ocorre o contrário, o contato com o familiar torna-se mais difícil.

Com os familiares dos crônicos, é percebido o estabelecimento de uma relação rotineira, mais difícil, onde o agente sente que "não tem muito o que passar para este familiar".

Se o agente percebe os limites e possibilidades de produzir mudanças no quadro do usuário como influenciando a sua relação com o familiar, considera,

mesmo assim, importante manter esse relacionamento com os familiares, enfrentando estas dificuldades. Escutar o familiar, ouvir as suas queixas, mostrar que está tentando resolver o seu problema, que está presente, que está observando, são as condutas que o agente percebe como sendo sua função: o familiar deve participar mas o agente deve dar suporte para este familiar.

O agente percebe que assume uma posição mais ativa nesta relação através das visitas domiciliares, quando vai à casa do familiar. Esta inserção do familiar não é um "favor" ou mesmo uma abertura "concedida" pelos agentes, mas é um elemento sem o qual o seu próprio trabalho não é viável, e essa posição ativa é ação estratégica a fim de viabilizar o trabalho.

Na maior parte dos locais que prestam este tipo de atenção, tanto hospitais psiquiátricos como outras modalidades de atendimento, tais como unidades de internação em hospitais gerais e ambulatórios, o familiar é quem deve ir até o serviço em dia e horário estabelecido pelos agentes e a periodicidade dos atendimentos também é delimitada pelas necessidades destes. É o familiar que deve organizar-se para atender a estas exigências e, quando não consegue, é interpretado, no mínimo, como um familiar relapso, isso quando não é incluído também em um dos muitos diagnósticos à disposição para estas situações. São encontradas explicações para a não inserção dos familiares, mas que não chegam a gerar algum tipo de ação.

No trabalho desenvolvido em São Lourenço do Sul o que se observa não é apenas um maior ou mais freqüente contato entre família e agentes em termos quantitativos, mas também a forma como este contato se estabelece é diferente e foi sendo modificada no decorrer do próprio trabalho na busca de uma maior participação do familiar.

(...) nós tínhamos quatro grupos de reuniões subdivididas nos bairros. Foi nesse período que nós fizemos o estudo de descentralização das reuniões, que até então nós não tínhamos uma boa participação dos familiares, e foi nesse período que nós subdividimos os grupos e a gente teve uma boa resposta (...) Era uma reunião mensal, uma reunião semanal, visitas quando havia necessidade, em caso de urgência e quando a assistente social estava lá. Então parece assim, que o serviço, de uma certa forma, ele não estava integrado no interior do próprio trabalho. Então, com uma assistente social efetiva e uma auxiliar, ingressando os acompanhantes terapêuticos e subdividindo estas visitas e as reuniões nos grupos, o trabalho ficou mais efetivo. (Entrev. 5, coordenadora II)

A pouca participação dos familiares gerou uma ação - a reorganização do trabalho - e, mais especificamente, a descentralização das reuniões. As reuniões de familiares passaram a ser realizadas uma vez por mês, existindo três grupos de familiares da zona urbana, que são divididos por bairros, e um de familiares da zona rural. Os grupos da cidade são organizados e determinados em função do bairro onde as pessoas moram, sendo as reuniões realizadas em um local no próprio bairro, tal como o salão de uma comunidade religiosa, ou seja, em vez dos familiares se deslocarem para o serviço, os agentes vão até o bairro.

O sistema de transporte coletivo da cidade, que não privilegia algumas zonas e, quando o faz, é em intervalos de tempo consideráveis, e as condições sócio-econômicas precárias destas famílias, que não só não dispõem de transporte próprio na sua maioria como, muitas vezes, têm no gasto com uma passagem de ônibus uma despesa que é um peso considerável no orçamento mensal, são alguns pontos que demonstram com maior clareza a importância desta descentralização. Uma outra questão é que os participantes dos grupos acabam sendo pessoas que, por morarem próximas umas das outras, convivem com problemas semelhantes no seu cotidiano, se conhecem, o que provavelmente propicia e facilita a articulação entre os membros destes grupos. Além disso, o fato desta reunião ser realizada em um local que é

fórum de outras atividades desta comunidade, auxilia para que o peso de um rótulo não torne ainda mais penosa a participação deste familiar.

Um outro tipo de percepção em relação à dificuldade no relacionamento agente-família é a de que a doença do usuário e da família delimita esta relação. Assim, não são mais os limites da atuação dos agentes em termos de impacto e mudança na doença do usuário que causam a dificuldade, mas os limites passam a ser do usuário e da família, relacionados ao tipo de patologia que estes possuem.

Tem certos casos que a gente não consegue fazer bem esse trabalho envolvendo a família. A gente teve vários casos aqui. Eu acho que 70, 75% dos casos a gente consegue resolver, de uma maneira ou de outra se consegue. Agora tem aqueles casos que, como esse da Pilar mesmo, que é muito difícil, eu acho que pela patologia mesmo dela, eu não sei se também pelo envolvimento da mãe, que tem a sua parte patológica também, pela história toda de vida dela, eu tenho a impressão de que ela não sabe nem a sua origem paterna. Então é muito difícil realmente. Eu acho que o profissional tem que saber muito bem lidar com a frustração para poder levar. No caso hoje mesmo, na visita que se fez, tu vai ver, daqui a pouco ela vem atrás de nós pedindo auxílio, e a gente foi oferecer e ela não quis, foi até grosseira em dizer isso. E daqui a pouco ela vem, porque já aconteceram outras situações. E a gente nunca abandonou nenhum caso. Vai lá, nem que seja para manter o contato, que o sistema existe e que até não é o ideal, o que ela idealizou, porque para ela o bom seria afastar a filha do convívio familiar, e até para eles verem que a gente está vendo o que realmente está sendo feito ou não. (...) Não se pode tirar a razão desta mãe estar revoltada. Embora ela tenha a maior responsabilidade, a gente também tem a nossa, independente da maneira do familiar ver o problema, a gente pode levar de uma maneira melhor ou não. Essa é muito difícil realmente, acho que ela já está em tratamento a uns quatro anos, eu acompanhei ela desde o início. Em compensação, eu tive outros casos em que era difícil, a família... talvez uma outra patologia, e no início foi tão difícil quando está sendo esta e no fim se encaixou as coisas. Então eu acho que a gente tem que apostar sempre. (...) Eu acho que isso é um trabalho comunitário: tu vais, traz ou não algum saldo positivo. E eu acho que em um trabalho comunitário não são só as glórias que a gente vai querer, tem o outro lado também. Frustra um pouquinho, mas eu acho que, com o tempo, tu consegues conviver. Eu consigo conviver mas eu vejo que os funcionários tem uma certa raiva, porque se doaram tanto e, de repente, nem ela nem a mãe... porque paciente nós temos até alguns que reconhecem, outros nunca vão reconhecer. (...) E tentar fazer a visita para a família e mostrar que a gente está tentando fazer diferente. (Entrev. 6, psicóloga)

Nesta fala, nos casos em que não conseguem fazer bem o trabalho envolvendo a família não é a ação dos agentes que é colocada em questão pois, se é que ela tem limites, eles são determinados pelo próprio usuário e familiar. A maior responsabilidade é do familiar e o que deve ser reconhecido por ele não é a resposta que teve em sua vida concreta a ação dos agentes, como aparece na fala anterior, mas o fato de que estes se doaram. O agente deixa de ver na sua ação um trabalho e passa percebê-la como uma concessão, uma favor.

A visita domiciliar, que na fala anterior aparece como um suporte à família, passa também a ter o objetivo de controle deste familiar, no momento em que estão "vendo o que realmente está sendo feito ou não". Relacionado com isso, e talvez até em consequência disto, aparece também um conflito entre a ação deste agente e a ação do familiar, onde o agente faz a visita para mostrar que "está tentando fazer diferente".

3.3.1. Ampliando a participação da família: Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Nossa Casa - AFAU-NC

Mas é na Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Nossa Casa - AFAU-NC, - que a inserção dos familiares transcende o aspecto mais individualizado, relacionado ao tratamento de um determinado usuário, e passa a fazer parte de um movimento coletivo, onde os diversos atores buscam, na união de esforços, uma mudança mais abrangente.

(...) e nos grupos é que surgiu a proposta da associação de familiares, com o propósito de buscar mais a participação dos familiares, os comprometendo com o trabalho da Nossa Casa, até de eles saberem o que a Nossa Casa fazia, porque muitos não tinham aquele conhecimento. Até hoje ainda tem um ou dois familiares que ainda acham assim: quanto mais o paciente estiver longe, é ótimo para eles, entende? Então faltava também aquele entendimento da proposta, do porquê do paciente ser tratado na própria comunidade, junto com a família, que conseqüências benéficas iria trazer para ele. Então faltava também isto aí, e só na reunião de familiares não seria possível trabalhar. E também tinha que ter um órgão organizado que pudesse reivindicar melhorias para os pacientes, e até, de certa forma, não nos tirar este trabalho. Seria uma organização de luta. (Entrev. 5, coordenadora II)

Surgiram outras necessidades, não apenas de inserção deste familiar no tratamento do usuário, mas de participação e comprometimento com o trabalho desenvolvido pelo serviço e com a sua manutenção. Para que o familiar estabelecesse este nível de relação com o serviço, o conhecimento e entendimento da proposta do trabalho é percebido como fundamental. Neste caso, *participação* implica *conhecimento*.

Mas este conhecimento não é visto como um movimento espontâneo que foi ocorrendo no desenvolvimento do trabalho mas como uma construção, onde os agentes tiveram que assumir uma posição ativa.

(...) então a gente tem que trabalhar muito: tem que explicar, tem que orientar, com vistas a um bom entendimento. Mas a coisa tem que ser um processo gradativo. Então, no momento em que tu abres um papel e colocas: 'Vamos formar uma associação!', 'Mas o que é uma associação, esta palavra associação?'. E aí tu começa a falar nos termos, nos objetivos, nas propostas. Então quer dizer, aquilo ali parecia grego para eles, então a gente tinha que retomar, então tu não podias começar... Desde o processo de legalização da Associação até hoje... ela tem mais ou menos o que? Três anos de existência? Nós levamos um ano para legalizar ela no papel. E depois de duas diretorias, agora, na terceira diretoria, um familiar assumiu... não, já tinha outros familiares assumindo, mas este familiar que assumiu agora, depois que nós vínhamos trabalhando, que ele realmente entende a proposta do trabalho da Nossa Casa e os objetivos da Associação. Quer dizer que levaram nesse período três anos. (...) Então hoje a Nossa casa tem um órgão, que é a Associação, que pode dar legitimidade a todos estes casos. Então, às vezes, eu penso que os familiares não sabem todo o poder que têm e que podem atuar.

(...) é uma associação aberta a qualquer pessoa, pode participar qualquer cidadão da comunidade. Então, fica uma coisa bem paritária, fica uma coisa bem diversificada, não fica restrito só a familiares. Então, amigos e usuários têm uma representação. (...) Tem muito que andar, porque até os familiares terem consciência. E pela própria dificuldade: alguns não sabem escrever. Então, para a ata mesmo, a gente tinha que saber quem escrevia, quem iria fazer a ata, quem soubesse escrever. Então a gente tentava, tenta até hoje: 'Olha, é assim que se faz uma ata, leva para casa, treina, dessa forma aí tu vais aprender!'. Ou então, no caso, a auxiliar, a própria secretária, a tesoureira fica ali dizendo: 'Ah, vamos fazendo assim, ela disse isso, vai escrevendo', dá um apoio. É que fica muito difícil, porque a gente, no dia-a-dia, até chegar nas reuniões, é uma vez por mês, tem uma série de questões que têm que ser abordadas. Então o familiar não está diariamente na Nossa Casa, então eu faço uma listagem, eu faço uma agenda para a reunião. Então, eu solicito que a presidente venha um dia, dois dias antes, para nós discutirmos aqueles assuntos, para ela poder repassar essa agenda. Eu acho que a atual presidente está começando... ela tem condições de coordenar uma reunião, porque não pode só ficar direcionada ao técnico, porque aí deixa de ser uma reunião, no caso, ativamente participativa dos familiares. Eles também não podem ter uma dependência, eles também têm que se tornar independentes. (...) mas eu acho que ainda tem muito que aprender, muito que andar, até para o próprio familiar. Acho que fica muito difícil, tem uns que não têm condições de falar, são inibidos. Até as próprias reuniões, os eventos, tudo isso faz com que eles se soltem mais, eles comecem a se relacionar melhor entre eles, sentirem melhor como é que funciona para eles terem uma liberdade para poderem... uma compreensão... (Entrev. 5, coordenadora II)

Se é que é que são identificados os limites e a dependência destes familiares, isso não aparece como estático ou cristalizado, pois o reconhecimento da dependência leva a uma ação, e nesta ação é reconhecida a possibilidade de independência. E é na própria ação e relação que se dá o movimento.

A participação ativa dos agentes na construção de uma associação, inicialmente até maior do que a dos próprios familiares, deve-se ao fato de que identificaram nesta ação também uma estratégia de poder: a execução e manutenção de um trabalho como o que desenvolvem exige que ocorra a articulação entre os diversos atores que compõem o cenário institucional com o objetivo de mobilizar o grupo em torno de um objetivo comum.

A implantação de um trabalho de atenção à saúde mental comunitário é um movimento contra-hegemônico e o modelo manicomial, com o atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos, ainda permanece com muita força e poder no Brasil. Para garantir a continuidade de um trabalho como o de São Lourenço, um trabalho que solidifica as bases do movimento de reforma no momento em que mostra concretamente que é possível mudar, torna-se necessário uma articulação entre os diversos segmentos envolvidos na mudança nesta luta.

Uma outra questão é que esta forma de trabalho, no momento em que questiona a exclusão do louco, envolve neste questionamento todo um segmento da comunidade para o qual a exclusão social é uma realidade. Aprender que podem participar, falar, além de "terem consciência do poder que têm" gera, através da intervenção no específico, uma mudança que se estende para outras instâncias.

A fala abaixo coloca a "baixa renda e a baixa intelectualidade destas famílias" gerando a resistência desta em ficar com o doente mental.

Para a família de baixa renda, para a família de baixa intelectualidade é um peso, é um peso. Até eles entenderem que a médio e logo prazo eles vão estar fazendo uma coisa melhor para si e para o doente tendo ele todo o dia em casa, tendo também a sua atenção, a sua parcela de trabalho, existe muita resistência. Ontem mesmo eu atendi aqui uma mãe de usuário da Nossa Casa que veio me procurar preocupada em saber se esta situação de não se encontrar baixa no hospital em Pelotas, Oliver Leite, iria continuar por muito tempo, ou se tinha alguma tendência de mudar, porque ela estava com muitas dificuldades de manter em casa o filho, que tem seguidamente momentos de agressividade e que cria toda uma situação de descontrole dentro do seio familiar, e que está de alguma forma atingindo o outro filho. Esse tem 35 anos, o outro de 25 anos também já está mostrando alguns problemas que ela atribui ao exemplo do outro, e que isso está desagregando a família, e que ela precisava, pelo menos, de tanto em tanto tempo que ele passasse um período internado para ela descansar um pouco. E, por outro lado, a medicação... que agora, nos últimos dias, o rapaz estava um pouco melhor, mas fruto de uma medicação que o doutor tinha prescrito a última vez, que realmente era muito cara para ela fazer em casa. Então vem todo um problema econômico por trás, ela está fugindo da responsabilidade. Então, esse é o trabalho que eu coloco,

de que precisa todo um processo de educação, e que as pessoas entendam, e talvez não sejam as famílias desses que hoje já estão em atendimento, mas que vá ficar um processo para se continuar, para daqui a cinco, daqui a dez anos nós termos todo um conjunto de condições adequadas, para então reexaminar a questão legal e realmente, naquele momento, se for o caso, fechar os hospitais psiquiátricos. (Entrev. 13, prefeito II)

Mas a necessidade de que continuem existindo hospitais psiquiátricos não se deve ao fato desse mecanismo ser a terapêutica mais adequada em determinadas situações ou mesmo por que exista alguma possibilidade de resgatar neste esta possibilidade, mas por que as famílias são "pobres e de baixa intelectualidade", ou seja, por uma desqualificação destas famílias, no momento em que pobreza passa a ser relacionada com baixa intelectualidade, ou então por que o louco vai contaminar o resto da família com a sua doença. e que, até que estas famílias entendam que isso é melhor, "daqui a cinco, daqui a dez anos", enfim, quando tiver "um conjunto de condições adequadas", é necessário que os hospitais psiquiátricos continuem existindo, a exclusão continuaria a ser "necessária".

O "conjunto de condições adequadas", que na fala anterior é visto como uma mudança que vem sendo construída no próprio trabalho, não aparece relacionado com nenhuma ação, mas acontecerá ou não naturalmente, com a passagem do tempo.

As mudanças na atenção ao doente mental não são fáceis de serem implantadas no concreto. Ninguém questiona as críticas à forma como a atenção a este segmento da população se instalou no Brasil, ao tratamento desumano, maus-tratos, exclusão e uma série de outras atrocidades tão conhecidas pela sociedade brasileira. Mas no momento em que são propostas mudanças, uma série de "senãos" podem ser ouvidos, postergando-as para um futuro, quando o mundo e as pessoas serão diferentes.

As dificuldades existem e provavelmente existirão por muito tempo, como aparece na fala a seguir, da secretária da saúde do período da implantação do serviço e que teve um papel fundamental como sujeito de mudança, e elas não podem ser negadas até para que os projetos de mudança tenham suas bases calcadas em análises corretas da realidade.

Com relação à família também se teve algumas dificuldades, e eu acredito que algumas até persistam, porque eu não estou mais envolvida no trabalho e só essa semana um familiar me procurou para ver se eu intercedia na internação de um doente em Pelotas. Então, em relação à família, eu acho que isso é um aspecto que é muito difícil, eu acho que não se consegue totalmente. Não que eu vá dizer que se tem um doente mental todo o grupo familiar está doente, mas na realidade, com a crise financeira que as famílias vivem, com os problemas da área da habitação, da alimentação... A maioria não tem, às vezes, nem emprego. Então, imagina qualquer um de nós que estivesse vivendo em uma situação dessas! Mesmo não tendo um doente mental na família é muito difícil as pessoas conseguirem sobreviver. Então, eu sempre dizia e continuo achando que as famílias, por mais que tenham apoio, essas famílias sofrem muitas pressões, de vários lados. Então eu acho que essa dificuldade vai persistir, independente de ter esse trabalho, independente de ter uma associação de familiares do doente mental, independente de ter uma apoio lá na vila, no posto, independente de ter um atendimento individualizado, de ter uma visita domiciliar. Porque não é só o doente mental no contexto da família, é toda uma problemática social. Porque a gente sabe que essas pessoas não têm os mínimos sociais garantidos. Então fica muito difícil. Então eu acho que essa é uma dificuldade que eu não sei como é que o grupo atual que atua está convivendo, mas que eu observo que ela deve continuar existindo, e eu acho que ela vai continuar existindo sempre. Então por isso, aquilo que eu já disse antes, por isso que é muito mais fácil para a família em determinado períodos estar com o doente fora de casa, porque aí ela consegue dar conta das outras dificuldades sem ter que conviver ainda com mais essa situação. Não é que ela não ame o seu doente, que ela goste menos dele: eu vejo mães e pais super-afetivos, da mesma forma que são com os outros filhos, mas acontece que é uma sobrecarga, junto com outras cargas que ela tem no seu dia-a-dia. (Entrev. 9, secretária da saúde I)

Mas uma coisa é a utilização da análise de dificuldades como instrumento de operacionalização para fins de mudança, e outra, que é muito comum, como justificativa de manutenção.

A inclusão da família no trabalho com o doente mental não é fácil, muito pelo contrário. Em um trabalho comunitário, as relações entre agentes e família ocorrem com grande proximidade, o que é novo para ambos atores e sem dúvida se dá com muito mais conflitos. Mas estes conflitos precisam ser gerenciados na relação, no próprio trabalho.

Uma outra questão é que se precisa descobrir nos micro-espços as possibilidades e as "brechas", que, como se viu, existem. Precisa-se descobrir formas de mudar a vida concreta destas pessoas que convivem com a discriminação, a exclusão, mas isso precisa acontecer agora, e não daqui a cinco, dez anos.

Transformações no campo da saúde mental dependem de políticas sociais mais amplas que reduzam as desigualdades sociais, mas um serviço de saúde mental que ouse questionar, abrir espaços de convivência, troca e discussão envolvendo diferentes segmentos de uma determinada comunidade e os "diferentes" da comunidade, pode vir a ser um espaço onde se desenvolva a consciência em relação a questões mais amplas, onde trabalhadores, usuários, família e comunidade, nestes encontros e confrontos entre cidadãos concretos, possam construir espaços de constituição de subjetividades e de resgate de cidadania.

3.4. As resistências da comunidade

A comunidade de São Lourenço do Sul e a importância de sua participação vem sendo referida no decorrer deste estudo sem que, contudo, seja explicitado como

ela respondeu a isso. Pode parecer que a inclusão desta instância foi harmoniosa, o que não foi verdade pois ocorreram resistências.

(...) seguido se ouviu que lá era o balneário, era a praia, é o ponto nobre de São Lourenço pelo turismo, em frente ao Iate Clube, os barcos, aquela coisa toda, se colocar uma casa, entre aspas, as pessoas comentavam, de louco. (...) uma época uma pessoa ouviu gritos, que eles estavam à noite gritando lá, vieram nos cobrar isso aí, que tinha gente lá que não estava deixando as pessoas dormirem porque eles estavam gritando, enquanto que à noite não fica ninguém lá dentro. Um vizinho (...) levantou o muro e colocou aqueles cacos de vidro no muro (...). Uma outra coisa, no início: o pessoal ali da Japesca, os trabalhadores da Japesca (...) parecia um circo, as pessoas, os pacientes, os palhaços lá dentro enquanto existia toda uma platéia na volta. Porque eles iam para cima do muro olhar os pacientes lá dentro. A mesma coisa ali na frente, os pescadores ali na frente, no início, eles iam todos ali para olhar. Eu não sei o que se passava pela cabeça deles. (Entrev. I, enfermeira I)

Houve todos os tipos de dificuldades no início, desde moradores da região dizendo que não podiam dormir com os gritos que aconteciam na casa à noite, quando na verdade nunca ninguém ficou lá, ou de nós sairmos para um passeio e os moradores saírem para outra calçada para não se misturarem. A Nossa Casa não tem muro, então tem uma tela que separa a calçada do pátio. Aquela tela, no início, tinham pessoas ali penduradas, olhando, crianças. Tem uma fábrica de beneficiamento de peixes, enlatados, no lado, e os funcionários ficavam todos em cima do muro olhando. (...) ainda no início, a Nossa Casa aparecia com uns letreiros escritos: 'Esta é a casa dos loucos'. (Entrev. II, secretária da saúde III)

Vê-se que a reação inicial da comunidade não foi diferente do que usualmente acontece quando se dá uma proximidade maior com a loucura - a curiosidade e a discriminação. A implantação de um serviço que não tinha a exclusão da loucura como proposta levou ao confronto valores e imagens que se criaram em torno e a partir desta forma de intervenção, acionando as resistências da comunidade. Mas estas resistências levaram à necessidade de uma ação dos agentes, onde a comunidade passou também a ser objeto de sua intervenção.

Então, teve que se ir lá, conversar com esse morador (...) Não teve problema, ele tirou (os cacos de vidro) e mais nenhuma dificuldade. (...) Mas não tivemos problemas, a gente ia lá, eu muitas vezes fui lá e conversei com eles (...) convidei eles para conhecer a casa: 'Quem sabe vocês vão lá dentro, a gente

mostra como funciona por dentro, conheçam os pacientes, podem conversar com eles...'. (...) Mas aí as pessoas, com o tempo, deixaram e passaram a encarar aquilo com muita naturalidade. (Entrev. 1, enfermeira I)

E nós convidávamos eles para entrar, para conhecer, convidamos eles para jogar bocha com a gente, convidamos para tomar café. Então, na verdade, às vezes, não se sabia quem era quem: quem era morador, quem freqüentava, quem era equipe, porque era uma mistura tão grande! E as crianças e adolescentes vieram aqui, as pessoas que estavam na rua acabaram também se aproximando. (Entrev. 11, Secretária da saúde III)

Esta ação leva à aproximação dos agentes desta comunidade e este movimento faz com que as resistências tornem-se instrumento de desmistificação, onde os agentes desenvolvem um papel educativo fundamental para a viabilidade do trabalho. A abertura do serviço para a comunidade também é importante, pois os muros são derrubados nos dois sentidos, onde o serviço se insere na vida da comunidade e esta tem acesso à vida do serviço não apenas como usuária. O envolvimento e compromisso dos agentes em relação à educação da comunidade exigiu estratégias para tal fim.

Nós usávamos todos os espaços que aconteciam, o jornal, a rádio, para ir aos lugares para mostrar para a população que a proposta não era essa, não era discriminar, que estavam sendo discriminados outra vez. (...) E com isso a gente continuou indo, tanto em missas, cultos e festas. Cansei de ir para o interior, para uma festa, e encontrar familiares de usuário da Nossa Casa, perguntar como ele vai, e essa pessoa trazer o seu vizinho para dizer que era alguém da equipe que trabalhava, e aí já vinham outros vizinhos e dez, doze senhoras na minha volta, onde eu aproveitava aquele espaço para falar de doença mental. Todo espaço era espaço, na minha ótica. Não existia o lugar ideal, onde congregavam pessoas para falar sobre saúde, nós usávamos os espaços que existiam. (...) Uma das coisas mais gratificantes que eu vivi em termos de comunidade foi uma vez que eu falei em saúde mental em um culto da igreja evangélica e o pastor na época achava que devia nos auxiliar de alguma forma, e a igreja estava cheia de gente. Ele ensaiou uma peça com os auxiliares dele sobre o bom samaritano e eles fizeram lá, no altar, uma encenação da parábola do bom samaritano. Depois que a pessoa foi ajudada, o samaritano levantou e olhou para a comunidade e colocou assim: 'Quem são hoje os nossos marginalizados, quem hoje está deitado na beira da estrada e agente passa e faz de conta que não vê, e de que forma nós, a comunidade, podemos auxiliar essas pessoas?' E aí ele chamou: 'Está conosco a Elza para falar para a gente do trabalho da Nossa Casa.'. Foi uma coisa muito bonita,

foi muito gratificante isso. Nós tivemos a sorte, ou talvez a gente tenha conseguido saber como fazer, de conseguir bastante adesão da comunidade. (Entrev. 11, secretária da saúde III)

A possibilidade de participação da comunidade foi construída a partir de uma ação educativa, com a utilização de todos os espaços possíveis para este fim, envolvendo neste processo outros atores e, principalmente, através da criatividade e da busca de formas que não estão dadas, ou seja, da invenção.

Através dos itens analisados - agentes, usuários, família e comunidade - pode-se depreender que a reconstrução do saber em saúde mental em direção à desinstitucionalização, sendo um saber oriundo de uma prática que deve atender novas necessidades, não se deu na exclusão do velho, pois não surgiu a partir do nada, mas da tensão estabelecida entre o novo e o velho, entre o tradicional e o alternativo, que é o que originou o movimento. O trabalho em equipe exigiu que trabalhadores superassem corporativismos e hierarquizações estabelecidas, em busca da coesão, da união, embora isso não significasse a ausência de conflitos. Muito pelo contrário, a explicitação das diferenças e dos conflitos é que permitiu o seu gerenciamento. A responsabilidade dos agentes não se restringiu à sua função técnica, mas a incluiu em uma responsabilidade mais ampla, como trabalhadores de um serviço público, na implantação de um sistema público de atenção à saúde mental de qualidade, estando incluídos nesse processo governantes, usuários, familiares e comunidade em geral.

A reintegração do doente mental, portanto, tem o significado não somente de adequar a sua conduta a padrões estabelecidos, mas também de superá-los, na aceitação da diferença. A busca de uma maior autonomia do doente levou a ações que exerceram impacto sobre sua qualidade de vida, ou seja, que ampliaram suas possibilidades, limitadas não só pela própria doença mas, principalmente, pelo

preconceito. Ao mesmo tempo, o acolhimento e aceitação da dependência não foram esquecidos em prol do princípio anterior. A plasticidade das ações e da própria estrutura do serviço, levando em conta as necessidades do doente, exigiu uma prática com pouca normatização e muita invenção.

A participação do familiar e comunidade, aqui vista não como uma opção destes ou como uma concessão dos agentes de saúde, constituiu-se em requisito fundamental para que o trabalho fosse desenvolvido, o que exigiu um aprendizado de ambas as partes, certamente com muitos confrontos. Entretanto, a partir da própria relação foi construída essa possibilidade. Além disso, a inserção do familiar transcendeu uma mera colaboração no tratamento do usuário, transformando-o em ator privilegiado no trabalho desenvolvido, através da sua organização como um grupo de luta e participação em uma proposta mais ampla - a Reforma Psiquiátrica -, o que se configurou como um trabalho educativo, construtor de cidadania.

Quanto aos governantes, fundamentais para a manutenção do serviço, torna-se necessário que estes superem a lógica meramente quantitativa, onde as "realizações" são o termômetro dos investimentos, pois esse critério jamais terá espaço para uma camada da população que pouco responde neste sentido. É fundamental que cidadania e democracia possam ser construídas a partir de uma sociedade que acredite e aposte que vale a pena acolher a loucura.

Reportando ao capítulo anterior, a construção do projeto de saúde mental - Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul - RS está tendo na vivência a possibilidade de re-construção de uma prática voltada para a não-exclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Freqüentemente tem-se escutado a seguinte frase proferida por trabalhadores da área da saúde mental quando se referem à Reforma Psiquiátrica: "É muito interessante, mas aqui não é possível." Trabalhadores que não conseguem identificar a possibilidade de implantar, na sua prática, as mudanças apregoadas e, quando são citados outros serviços que se aproximam destas mudanças, não conseguem identificar a possibilidade desta aproximação no espaço onde atuam, onde saberes e práticas cristalizados parecem se sobrepor a qualquer desejo de transformação.

O estudo de um serviço onde ocorreram transformações na assistência ao doente mental, onde a exclusão social passa a sofrer um tensionamento que leva a mudanças em uma prática, não tem como objetivo propor fórmulas ou modelos que possam ser seguidos em outros espaços. Muito pelo contrário. A proposta é de que possa ser retomada a ação. Não uma ação pré-estabelecida, mas a ser construída a partir da problematização de uma prática determinada, onde os caminhos possam ser encontrados na própria emergência dos conflitos, com o envolvimento de todos os atores possíveis.

As mudanças nas políticas de saúde no Brasil geram possibilidades de construção e intervenção a nível local e de inserção de atores que não tinham acesso a determinados fóruns, antes restritos aos governantes. Mas exigem também que confrontos e conflitos que antes não existiam sejam administrados, desde uma comunidade que vai direto ao gabinete do prefeito reclamar sua insatisfação em

relação ao atendimento prestado em algum serviço até a presença da loucura em um espaço onde a igualdade é o que embasa as relações.

As estratégias de mudança não estão dadas, apesar de existirem alguns estudos que já se voltam para este aspecto e este trabalho aponta para algumas questões neste sentido, identificadas na experiência estudada, mas precisam ser encontradas nas possibilidades/impossibilidades de uma realidade específica, na relação entre atores concretos, em um determinado momento histórico.

O estudo do Centro Comunitário de Saúde Mental mostra que não há mudança sem conflitos e contradições, mas estes devem ser tomados no sentido de "deixar em aberto" o movimento, a transformação.

Esta pesquisa mostra que o enfrentamento destas questões exige a retomada de alguns aspectos aparentemente simples mas muitas vezes esquecidos, tais como a solidariedade, o acolhimento e, por que não, em alguns momentos, a conciliação. Mas exige também a retomada da responsabilização por parte de todos atores envolvidos: governantes, trabalhadores de saúde, usuários, família e comunidade, na construção de sistema público de atenção à saúde com um atendimento de qualidade, voltado às necessidades dos seus usuários. No caso do doente mental, isto se refere principalmente a um atendimento que possa causar algum impacto na vida destas pessoas, onde questões como direitos, trabalho, cidadania possam acompanhar uma técnica terapêutica competente; onde não sejam as necessidades do usuário que devam se adequar ao atendimento, mas onde o acolhimento a elas seja o princípio fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J. A. G. **Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- ALBUQUERQUE, J. A. G.; RIBEIRO, A. E. **Relações institucionais em agências de saúde: da assistência à disciplina.** São Paulo, Departamento de Ciências Sociais, FFLCH USP, 1979. (Mimeografado)
- ALESSI, N. P. **Marginalidade social e doença mental.** São Paulo, 1985. 257 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 1991. 297 p. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- AMARANTE, P. D. C. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde,** São Paulo, HUCITEC, 1992.

- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1991.
- BESCKOW, E. São Lourenço do Sul: "Nossa Casa". **Saúde Mental Coletiva**, v. I, n. 1, p. 65-67, dez. 1992.
- BEZERRA JR., B. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- _____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
- BLAYA, M. Potencialidades e vicissitudes nas alternativas para a internação hospitalar do paciente previdenciário psiquiátrico. **Arquivos da Clínica Pinel**. Porto Alegre, v.5, n. 2, junh. 1979.
- CAMPOS, G. W. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, n. 37, p. 16-9, 1992.

CAMPOS, G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W.; CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Buenos Aires, Paidós, 1966.

CECÍLIO, L. C. O. /Prólogo/. In: MERHY, E. E., CAMPOS, G. W. e CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1991.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4 ed. Rio de Janeiro, Xenon, 1989.

COSTA, J. F. Os interstícios da lei. In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde mental e cidadania**. 2ª ed. São Paulo, Mandacaru, s/d.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

FAGUNDES, S. A saúde mental nos silos: propostas operacionais. In: KALIL, M. E. X. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1992.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 10ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1992.

_____. **História da loucura.** 3ª ed. São Paulo, Perspectiva, 1993.

FRAGA, M. N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência.** São Paulo, Cortez, 1993.

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

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo.** 3ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1987.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

IANNI, O. (org.) **Marx.** 7ª ed. São Paulo, Ática, 1992.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

- _____. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2 ed. São Paulo, HUCITEC, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo, HUCITEC, 1993.
- MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.
- MIRON, V. L. **Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde**. Ribeirão Preto, 1993. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MERHY, E. E. **A saúde pública como política**. São Paulo, HUCITEC, 1992.
- NORONHA, J. C. e LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

PROJETO DE LEI nº 3657, 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS S. A.; COSTA N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3 ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁRIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo, HUCITEC, 1990.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

SAMPAIO, J. J. C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Rio de Janeiro, 1988. 211 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo, HUCITEC, 1993.

SERRANO, A. I. **O que é psiquiatria alternativa**. São Paulo, Brasiliense, 1982.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3 ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1984.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. Porto alegre, Artes Médicas, 1992.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1992.

VERTZMAN, J. et al. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.