

SUZANA CAMPOS ROBORTELLA

*RELATOS DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL
EM LIBERDADE:
O DIREITO DE EXISTIR*

CAMPINAS

2000

SUZANA CAMPOS ROBORTELLA

***RELATOS DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL
EM LIBERDADE:
O DIREITO DE EXISTIR***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

CAMPINAS

2000

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

R575r

Robortella, Suzana Campos

Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir
/ Suzana Campos Robortella. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

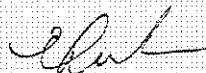
1. Saúde mental. 2. História ^{oral} ~~oria~~. I. Elizabeth de Leone Monteiro
Smeke. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

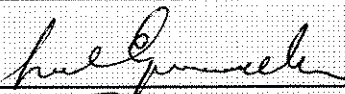
Orientador: Profa. Dra. Elizabeth De Leone Monteiro Smeke

Membros:

1. Profa. Dra. Elizabeth De Leone M. Smeke



2. Profa. Dra. Sueli Epstein Oliva



3. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 14/09/2000

677912002

DEDICATÓRIA

Essa dissertação é dedicada a todos os pacientes psiquiátricos que ainda povoam os nossos hospícios à espera de uma nova “ética da vida”.

AGRADECIMENTOS

À Telma de Souza, David Capistrano Filho e a Roberto Tikanori que usaram seu poder para mudar o curso de tantas histórias;

À Fernanda Nicácio, por tornar o cotidiano do NAPS da Zona Noroeste, um laboratório de múltiplas experiências desinstitucionalizantes, pelo incentivo e pelas agudas observações;

À Iana, irmã de tantas vivências compartilhadas, com quem aprendi a trabalhar em equipe;

À tribo antimanicomial constituída por tantos companheiros de tantos lugares pelos quais passei nessa minha busca do conhecimento: São Vicente, Campinas, Cosmópolis, Sumaré e, atualmente, Santo André;

A todos os que tiveram a coragem para sonhar juntos e construir o Programa de Saúde Mental de Santos;

Aos amigos do NAPS II: Fátima, Milene, Stela, Maria Helena, Cibele, jacaré, Jorge, Fernanda, Lúcia, Marlene, Lumena, Adilson, Wellington, Ana Lúcia, Sidnei, Regina, Tina. Por vocês existirem e me apoiarem na pesquisa;

À Solange L'Abbate e à Elizabeth Smeke pela amizade e pela orientação dedicada e paciente;

À Capes e ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Unicamp;

À minha família original, pai, mãe e irmãos por me ensinarem a amar e a me indignar com a injustiça;

Ao companheiro Osvaldo e às filhas Carolina e Mariana, o agradecimento especial pela compreensão, torcida e cumplicidade.

*“... eu prefiro ser esta metamorfose ambulante do
que ter aquela opinião formada sobre tudo...”*

Raul Seixas

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xvii</i>
1. INTRODUÇÃO	21
1.1. O paradigma psiquiátrico.....	24
1.1.1. O nascimento do asilo.....	25
1.1.2. O núcleo fundamental da psiquiatria – Tratamento moral 8.....	27
1.1.3. As tentativas de ruptura do paradigma psiquiátrico.....	31
1.1.4. Da crítica à construção de um novo paradigma.....	34
1.2. Alguns aspectos da reforma psiquiátrica no Brasil.....	35
1.3. A saúde mental em Santos.....	38
1.3.1. A cidade de Santos.....	38
1.3.2. A saúde mental em Santos.....	42
1.3.3. A saúde mental cronificada.....	45
1.3.4. A reforma psiquiátrica e Santos.....	47
1.3.4.1. A intervenção na casa de saúde Anchieta.....	47
1.3.4.2. O processo de transformação do Hospital.....	51
1.3.4.3. Criando os NAPS.....	54
1.3.4.4. A inserção pelo trabalho.....	60
1.3.4.5. A intervenção cultural.....	62
1.3.4.6. Uma casa para habitar.....	63
1.3.5. A saúde mental em Santos após 19997.....	63
2. OBJETIVOS	65

3. METODOLOGIA.....	69
3.1. O uso dos relatos orais.....	71
3.1.1. Os relatos orais.....	73
3.2. O espaço e as pessoas.....	74
3.2.1. O espaço.....	74
3.2.2. As pessoas.....	78
4. RESULTADOS.....	81
4.1. A aproximação dos sujeitos.....	83
4.2. Pontos de referências e marcha das narrativas.....	83
4.3. Os temas.....	87
4.3.1. Modelos de reabilitação psocissocial.....	88
4.4. A importância dos serviços.....	93
5. DISCUSSÃO.....	95
5.1. O manicômio – Lugar de violência e opressão.....	97
5.2. O NAPS – Aumentando o poder de troca.....	104
5.2.1. Um lugar para viver.....	105
5.2.2. A assistência vivendo a loucura com afeto e liberdade.....	107
5.2.3. A família – a consciência das perdas.....	109
5.2.4. Reabilitação – co-geração de sentido.....	113
5.3. Relação com a mudança da administração.....	115
6. CONCLUSÃO.....	119
7. SUMMARY.....	127
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
9. ANEXOS.....	139



RESUMO

Em 1989 o único hospital psiquiátrico da Baixada Santista - SP sofria intervenção municipal, após denúncias de maus-tratos e violência. Nos anos seguintes governo, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade operaram uma grande transformação no modelo de assistência. Criaram-se diversos serviços abertos no território que substituíram o manicômio que foi, então, fechado em 1994 e os pacientes puderam ser tratados perto de suas casas e de sua família de uma forma integral, isto é, considerando os seus momentos de crise e os de reconstrução de sua cidadania.

O objetivo deste trabalho foi investigar qual a compreensão que os usuários tiveram dessas duas experiências.

A contextualização foi feita considerando-se o asilo como o lugar onde nasceu e se consolidou a psiquiatria, devendo então a realidade do doente ser referida às suas duas faces: a psicopatológica e a da exclusão.

O processo de desinstitucionalização ocorrido em Santos foi descrito em seus aspectos teóricos e práticos e localizado dentro de um cenário maior, a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A metodologia utilizada foi dos relatos orais de sete pacientes egressos da Casa de Saúde Anchieta e freqüentadores de um dos novos serviços na comunidade e através da qual foi possível identificar principais acontecimentos e valores que marcaram suas trajetórias de reabilitação.



INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo investigar a compreensão que usuários de um serviço de saúde mental tiveram a respeito do processo de reforma psiquiátrica acontecido no município de Santos, SP, no período de 1989 a 1999 utilizando a metodologia dos relatos orais.

O interesse pelo tema foi decorrência de uma convivência ao longo destes dez anos, período em que muitas histórias foram contadas e algumas registradas nos atendimentos do dia a dia, nos grupos, nos encontros de usuários, nas conferências. São relatos emocionados, que encontram um significado especial na medida em que são compartilhados por outros usuários, familiares e funcionários. Por ter ouvido muitos relatos desse tipo, por entender que é possível dar voz a esses tão experientes narradores e pela importância que tem a transmissão dessas experiências é que nos decidimos a optar pela coleta de um conjunto de depoimentos e analisá-los na perspectiva de construir um novo documento, organizado de maneira a evidenciar conceitos, dúvidas, suscitar novas questões. Pretende-se assim trazer informações que contribuam para o entendimento das questões que envolvem a atenção à saúde mental sob novo prisma, desta vez o do próprio usuário.

Do ponto de vista assistencial a investigação realizada tentará contribuir para o processo de produção teórica, ainda emergente e insuficiente e para reflexão de algumas dimensões das inovadoras práticas desenvolvidas nos serviços que estão sendo implantados em muitas regiões do Brasil em substituição ao modelo manicomial.

O trabalho está dividido em seis blocos. O primeiro contém o desenho do campo teórico que tem fundamentado os processos de reformas da assistência psiquiátrica no mundo, a partir da concepção do asilo enquanto cidadela da psiquiatria e de sua prática, o tratamento moral. Escolhemos Foucault, Castel e Birman para abrir as discussões que serão feitas neste trabalho para pensar a psiquiatria e as suas instituições. As diferentes experiências críticas ao modelo asilar são referidas, no entanto à desinstitucionalização italiana, na figura de seus autores. Serve como marco referencial pela importância e pela participação dos mesmos no processo de reforma psiquiátrica acontecido no Brasil e especialmente no município de Santos, SP.

O trabalho continua detalhando a implantação de um modelo assistencial em Saúde Mental naquela cidade onde, a partir da intervenção municipal em um hospital psiquiátrico privado e de sua desativação, construiu-se uma rede de assistência na comunidade.

O segundo bloco está dedicado à definição dos objetivos.

No terceiro é descrito o percurso metodológico utilizado como pesquisa qualitativa, onde explicita-se o universo e a seleção dos sujeitos.

A seguir, no quarto, desenvolve-se a exposição dos dados fornecidos pelos prontuários e pelos funcionários. As entrevistas dos usuários serão dispostas como anexo.

No quinto procuraremos fazer a discussão dos resultados levantando os temas e relacionando-os às características dos serviços de Saúde Mental.

Finalmente, no sexto e último bloco, fazendo uma síntese de todo o trabalho, tentaremos identificar momentos significativos, principais contradições, transformações e interpretações do processo de desinstitucionalização, assim como as dimensões e estratégias que mais propiciaram a reinserção das pessoas portadoras de transtorno mental.

1.1. O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

A experiência de Santos será compreendida neste trabalho dentro de um ponto de vista teórico que considera o manicômio como "locus" institucional da psiquiatria, com os seus discursos e os seus aparatos, configurando o seu paradigma. Para Morin paradigma é:

um princípio de distinções/ ligações/ oposições fundamentais entre algumas noções mestras que comandam e controlam o pensamento, isto é, a constituição das teorias e a produção dos discursos (...) e dentro das ciências, o paradigma dominante provocou a redução do complexo ao simples, do global ao elementar, da organização à ordem, da qualidade à quantidade, do multidimensional ao formal, do destacar fenômenos em objetos isolados de seu contexto e separados do sujeito que os percebe/ concebe. (MORIN, 1986, p.76)

A partir dos estudos de Foucault é possível identificar que o autor busca produzir uma história dos diferentes modos de subjetivação dos seres humanos em nossa cultura e considera que a produção do sujeito individual para fins políticos sob a égide da divisão normal/ patológico passa por objetivá-lo nas práticas que o dividem dos outros, a partilha entre o louco e o homem ajuizado

1.1.1. O nascimento do asilo

A partir do racionalismo moderno, sabedoria e loucura separam-se. Excluída da razão a loucura é a impossibilidade do pensamento: é essa a visão cartesiana que domina o período de 1560 a 1650. A partir do século XVI a Consciência Crítica vai se tornando mais forte. A loucura começa a ser confiscada por uma razão dominadora.

No século XVII a pobreza passa a ter um novo lugar: o Hospital Geral, e é vista como castigo divino, punição pela falta e como pecado contra o Estado. A preguiça é condenada, o trabalho passa a ser moralmente obrigatório, as casas de internamento são também casas de trabalho forçado e este trabalho é voltado mais para a repressão e menos para a produção. Ele tem um sentido moral. A partir desses espaços, a loucura passa a ser relacionada a um erro ético, à falta de vontade, como manifestação não humana, natural, animal e nessa ótica, empobrecida de humanidade, civilidade, é portanto carência, tendo uma conotação não afirmativa. Assim, tem, então, um sentido moral. O senso comum decide a internação dos loucos e não a razão médica.

É a partir do século XVIII que se inicia a concepção positiva do internamento: ele pode organizar a liberdade do louco, ter um papel pedagógico. É nesse século que o internamento ganha valor terapêutico, se torna asilo. A loucura passa a ser objeto médico, ganha valor de doença. Justiça e Medicina vão definir o direito de seqüestrar o louco, que passa a ser diferenciado do criminoso comum: o louco não pode ser responsabilizado pelos seus atos, não pode ser sujeito de direito, não é apto para o trabalho.

No século XIX há duas tendências da consciência crítica: a loucura ligada à anormalidade de conduta, com valor psicológico individual e como doença sendo vista como coisa médica. A loucura passa a ser apreensível por aquele que detém uma consciência da não loucura: entre o homem e a loucura passa a se interpor a figura do especialista.

A psiquiatria nascente, ao incorporar e resignificar as práticas de isolamento articula um sistema teórico e prático que vai dar corpo e justificativa ao isolamento asilar e à concepção de loucura no contexto de sua medicalização e transformação em doença mental.

Castel coloca que o ato fundador de Pinel foi o ordenamento do espaço hospitalar através da exclusão, do isolamento e do afastamento: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas:

A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas cumplicidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, seqüestrado como os outros, porém por outras razões. Por causa da doença...(CASTEL, 1978, p.83)

Qual doença? Ao mesmo tempo em que se conduz ao isolamento, as ‘doenças’ são reagrupadas de acordo com os seus sintomas,

inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quantos são os grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. A distribuição metódica dos insanos introduziu, por si própria, uma racionalidade da doença. O saber que irá constituir a psiquiatria alienista deve ser lido na disposição espacial do hospital, como nas páginas de um livro (CASTEL, 1978, p.83)

1.1.2. O núcleo fundamental da psiquiatria – Tratamento moral

Para Pelbart a psiquiatria nascente:

articulará o conceito de sociabilidade e o de afeto. São os afetos que possibilitam as trocas sociais (instinto sexual, amor maternal, sentimento de piedade), e só o fazem quando funcionam na intensidade ideal, isto é, quando são regulados pela vontade. Quando esta definha, os afetos viram paixões violentas, egoístas, buscando apenas o prazer e escapando aos preceitos básicos da convivência e da sociabilidade. A vontade teria função de autoridade, de regulação de intensidade, de legislação moral, e seria socialmente determinada, tanto pela educação e família, quanto pela cultura.(PELBART, 1988, p.229)

O trabalho de Birman ganhou importância na medida em que conseguiu demonstrar que a psiquiatria resolveu o conflito entre a visão somaticista e a visão psicológica estabelecendo como estratégia de cura e prevenção a pedagogia moral das paixões, que pode assim ser descrita por Machado:

Deslocando a questão da loucura, de suas manifestações delirantes para conduta anormal, a medicina psiquiátrica privilegia o nível do afeto da paixão: enquanto desregrada, excessiva, desviada, esta é a causa e sintoma da doença mental; enquanto regulada, disciplinada, moralizada é a principal arma da terapêutica. A psiquiatria porém, não limita ao hospital sua estratégia de controle moral dos indivíduos. Projeta-se, não sem lutas e resistências, nos espaços institucionais da sociedade, oferecendo novas alternativas à justiça, à prisão, à escola, à família, solidificando assim um processo de medicalização da vida social que tem na prevenção seu mais eficaz instrumento político.(MACHADO, 1978, prefácio)

Os psiquiatras do século XIX descreveram minuciosamente as funções morais, suas alterações concretas e possíveis, os comportamentos e os gestos dos alienados, compondo quadros nosológicos em função de sua combinatória. Essa ‘mania classificatória’, no entender de Birman foi decorrência da irreduzibilidade da loucura à Anatomia Patológica, levando a um aprimoramento descritivo cada vez maior. Entretanto, para o autor, o critério para a internação se definia apesar desta nosologia, sem o seu concurso:

o louco permanece, neste nível, ainda ligado ao 'Jardim das espécies', mas a sua terapêutica definia-se com base em outros critérios: qual a sua periculosidade ? Trata-se de um indivíduo furioso? Qual a sua aceitação das regras institucionais?(BIRMAN, 1978, p. 346)

A característica central da Medicina Mental era a prática da cura. Todos propalam a necessidade de que os loucos sejam objeto de um tratamento devendo-se ter em relação a eles sempre uma atitude ativa, transformadora de seus sintomas e alterações morais:

Assim, a separação entre pacientes agudos e crônicos voltava-se para a tentativa de equacionar diferentes táticas terapêuticas, de acordo com o tempo de instalação da doença moral. Da mesma forma, a tentativa de separação dos curáveis e dos incuráveis, se fundamentava numa necessidade curativa: concentrar-se naquele grupo de pacientes que mostrasse maior possibilidade de êxito. A perspectiva seria de investir nos indivíduos que pudessem ser modificados. (BIRMAN, 1978, p.348)

Hierarquia, ordem vigilância e dominação são os pilares da pedagogia da ordem, tudo isso num sistema isolado, pois o isolamento funcionava como estabilizador das tensões sociais. A dominação ocupava um lugar importante nesta estrutura, já que a idéia básica era a da submissão do alienado, estabelecendo limites para o seu comportamento:

Ora, dever-se-ia submeter o alienado para inseri-lo num sistema hierárquico, para fazê-lo experimentar o peso de um poder que se localiza fora dele e a ele se contrapõe, para ensiná-lo que há lugares e posições no espaço social, que há poderes superiores e poderes delegados. (BIRMAN, 1978, p.378)

Os alienados foram considerados crianças grandes, que nunca se confrontaram com uma vontade potente que as submetesse, portanto, retirá-los do seu espaço na família, onde ele tinha força, pois isto

corresponderia a colocar limites à sua onipotência e significaria dizer que ele não dominava, mas era efetivamente dominado(...) Essa relação de submissão era importante pois seria a condição de possibilidade para que o ensinamento das regras se realizasse(...) O isolamento asilar despossuía o alienado de tal maneira de seu valor, ferindo-o tão profundamente na sua autoestima, que a assimetria criada com os técnicos asilares era caricatural. (BIRMAN, 1978, p.380)

Como muitos não se submetiam e mobilizavam forças para manter o lugar em que se encontravam antes do internamento, o guarda deveria obrigá-los através da força, mas também o médico e outros da equipe

Também o médico, diretamente adotaria o mesmo tipo de atitude para com o alienado. Segundo a submissão deste seu grau de resistência à ocupação do lugar que lhe foi designado, o médico lhe consolava ou lhe punia(...)Esta relação de submissão, estabelecida segundo o eixo caracterizado pela oposição dominar/ obedecer, se veria ainda multiplicada pela noção de hierarquia(...) Seria o alienista que impregnaria de poder os seus auxiliares, assegurando o seu lugar no espaço asilar. (BIRMAN, 1978,p.384)

Os auxiliares, por sua vez não tinham discurso próprio , eram representantes do discurso psiquiátrico. Estabelecia-se desta maneira um sistema hierárquico, e a sua funcionalidade introduziu a dimensão da ordem nesta estrutura. Esta, a ordem, se realizaria de muitas formas, como o controle do tempo e do espaço dos internados. Neste sistema hierarquizado, as visitas dos familiares eram abolidas uma vez que acreditava-se que a introdução de um novo discurso iria contrariar o discurso psiquiátrico e quebrar o núcleo de toda a organização.

Quanto à vigilância, era exercida através de dispositivos explícitos ou secretos, que captavam a intimidade do paciente com a finalidade de confirmar ou não a adaptação ao discurso instituído pelo psiquiatra que recebia informações de seus auxiliares, seja referente aos alienados, seja referente aos seus colegas de trabalho.

O objetivo do tratamento moral era converter o louco em não louco, ou, em outras palavras, o louco considerado ser da natureza precisava ser transformado em ser da cultura. Para tanto os temas de aprendizagem eram a ordem, a sociabilidade, o trabalho e a realidade. A cura seria a incorporação desse controle espaço-tempo, vivido através da ordem asilar, para o campo do mundo interno de cada indivíduo.

Em relação ao ensino da ordem, este se fazia necessário para se opor à desordem estabelecida e à ameaça de sua concretização.

Nestes termos, o asilo se transformava no modelo da ordem absoluta, no qual seria disciplinado o uso do tempo e do espaço dos internados. Será preciso demarcar todos os espaços físicos e sociais do hospício, fixar-lhes nos seus usos, regular cada minuto do tempo de vida do internado, não deixando para este qualquer tempo livre para que vivesse a realidade interior.(BIRMAN, 1978, p.402)

O princípio de sociabilidade permeava todo o tratamento moral. No asilo os alienados viviam em espaços comuns, e o exercício da vida em comum devia ser estimulado. Essa convivência forçada teria o papel de tirar o alienado de seu mundo interno obrigando-o a relacionar-se com os outros. Nesse relacionamento o louco deveria aprender a conhecer e respeitar limites, não podendo jamais manifestar a sua loucura.

Em relação ao trabalho, é ele que passou a ser a base de todo o funcionamento asilar, devendo assim dirigir-se a toda a população internada, tornando-se o núcleo da ordem.

O trabalho se transformou na base do funcionamento asilar. Tornou-se o mais poderoso instrumento de cura, de manutenção da saúde, da ordem e dos bons costumes. Essa virtude mágica do trabalho, seria válida tanto para as prisões como para os asilos de loucos...(BIRMAN, 1978, p.410-11)

Na experiência psiquiátrica que sucedeu Pinel, encontra-se uma tentativa de sistematizar formas de trabalhos específicos para cada tipo de alienação, passando a adquirir estatuto de indicador de cura, a tal ponto que se poderia fazer previsões quanto à perspectiva de recuperação dos alienados, baseando-se única e exclusivamente no critério de inclinar-se para o trabalho ou repeli-lo:

__ Por todos os lados reencontramos a mesma ética do trabalho: cura, prognóstico, evolução e tratamento. A sua realização contínua é índice de saúde, o seu não cumprimento de enfermidade, uma menor resistência ao seu exercício representaria uma cura mais rápida e eficaz como obstáculo às recaídas. Portanto, saúde, bons costumes e trabalho, são três termos essencialmente articulados desta imagem-normal do indivíduo que caberia à Psiquiatria restituir. (BIRMAN, 1978, p.418)

1.1.3. As tentativas de ruptura do paradigma psiquiátrico

Este paradigma, baseado na ordem, na hierarquia e na exclusão ganha força de mudança a partir das denúncias vindas da literatura, dos movimentos libertários, da arte, e das experiências contraditórias advindas dos campos de concentração, das discussões da neuropsiquiatria com Freud e a Psicanálise e das experiências do stalinismo soviético nas quais o manicômio foi utilizado a serviço do Estado.

Após a Segunda Guerra Mundial, o asilo como espaço de tratamento dos doentes mentais passou a ser criticado em vários países europeus pois ainda estavam presentes os horrores dos campos de concentração. A possibilidade de reabilitação do corpo expropriado é pensada através da assistência e da intervenção técnica. No final dos anos 50 e início dos anos 60, surge, na Inglaterra o princípio segundo o qual a doença mental poderia ser tratada mais eficazmente em serviços na comunidade e então o hospital psiquiátrico enfraqueceria como uma decorrência natural.

As Comunidades Terapêuticas na Inglaterra basearam-se na recusa da relação exclusivamente dual médico-paciente e tinham algumas características em comum: a liberdade de comunicação, a tendência à destruição da tradicional relação de autoridade, a análise de tudo o que acontecia na comunidade em termos de dinâmica individual e interpessoal, possibilidade de vivenciar ocasiões de reaprendizagem social e a presença de uma reunião de toda a Comunidade. A contribuição importante para a desinstitucionalização italiana deste modelo foi a exploração, com fins terapêuticos de todos os recursos da instituição, num plano terapêutico não hierarquizado que inclui médicos, pacientes e pessoal auxiliar.

Também na França, psiquiatras e enfermeiros saídos dos campos de concentração, críticos das situações concentracionárias, começaram a transformar os serviços, em especial o hospital de Saint Alban, que havia sido refúgio de resistentes, e o trabalho passou a ser realizado também no território.

Assim, continua Barros:

Uma nova atitude, um novo modo de abordagem militante da doença mental tinham nascido e iriam sacudir os estereótipos habituais e chocar os meios reacionários da administração tanto quanto os meios de 'esquerda'. A palavra de ordem proposta era a de que antes de empreender qualquer cura individual era preciso 'tratar o bairro'. "(BARROS, 1994, p.48)

Nos EUA surgiu a Psiquiatria Preventiva que mudou o objeto da psiquiatria que passou a ser então a saúde mental. Seu objetivo foi reduzir as doenças mentais na comunidade através de sua prevenção (e todas as doenças poderiam ser prevenidas, senão detectadas precocemente). Este movimento influenciou de forma determinante a reforma psiquiátrica brasileira.

Na Itália, a experiência de Basaglia e seus colaboradores, levada a cabo em Gorizia e depois em Trieste, parte do princípio de que é preciso enfrentar o manicômio com todas as suas contradições, que não é possível se falar do louco e da loucura sem falar da instituição que por tantos anos foi o seu espaço de reclusão. Franco Basaglia em 1961 foi diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, transformando-o em comunidade terapêutica. Por problemas políticos precisou deixar a cidade, sendo convidado a trabalhar em Trieste. Era importante para essa equipe que se desencadeasse um processo crítico que abrisse espaço para que a loucura pudesse ser vista de outra maneira, enquanto sofrimento existencial e social.

É neste ponto que a reforma italiana se diferencia da psiquiatria de setor francesa, e da comunidade terapêutica inglesa. Estas últimas apresentam o modelo que mantêm a necessidade do hospital psiquiátrico, apenas modificando-o para torná-lo mais humano.

O fato é que a internação psiquiátrica continua a existir na Europa e nos EUA. Os serviços extra-hospitalares apenas complementam o modelo hospitalar, sempre havendo a necessidade de um espaço para a coação. Em Trieste o manicômio de S. Giovanni foi palco de uma enorme transformação institucional que culminou com o fechamento deste e a criação dos Serviços de Saúde Mental.

Segundo AMARANTE, 1996, "...a produção de Basaglia pode ser entendida como um importante marco de referimento de uma fase de transição do paradigma psiquiátrico moderno, que se situa numa transição maior, que é a ciência da modernidade", tanto do ponto de vista teórico como prático, sendo a 'primazia da prática' um dos principais nós do pensamento daquele autor.

Franca Basaglia comenta que a obra de Basaglia deve ser lida

não somente como mero fazer, mas como produtora de uma outra realidade e de uma outra cultura, tendo que lidar seja com o preconceito social para com o doente mental, seja com o preconceito científico para com a doença. Não se tratou de uma simples mudança de teoria, substituível com uma nova ideologia de recâmbio, mas da demolição concreta de uma cultura, possível somente se, contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura.(BASAGLIA, O, 1996, prefácio)

Basaglia, vai utilizar os elementos constituintes do paradigma da psiquiatria para questioná-los de uma forma radical: este, o paradigma é que precisa ser negado, esta é a instituição a ser negada.

É a negação da instituição manicomial: da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental enquanto resultado de uma doença paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição. (BASAGLIA, 1994, p.16)

Assim, é preciso repensar o objeto da psiquiatria, qual seja a doença mental com os seus atributos inseparáveis que são a irrecuperabilidade, a periculosidade, a incompreensibilidade e para a qual foram erigidos os hospitais psiquiátricos e se desenvolveu a psiquiatria.

O autor desenvolve o seu conceito a respeito da necessidade de mudar o objeto da psiquiatria e colocar a doença mental entre parênteses. Vascon, ao coordenar a introdução documentária de "A Instituição Negada" (Basaglia, 1991) considera:

para estabelecer uma relação com um indivíduo é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define. Relaciono-me com uma pessoa não pelo nome que tem mas por aquilo que é. Assim, quando digo: este indivíduo é um esquizofrênico (com tudo quanto o termo implica, por razões culturais), relaciono-me com ele de modo particular, sabendo que a esquizofrenia é uma doença contra a qual nada se pode fazer: minha relação não irá além daquilo que se espera diante da "esquizofrenicidade" do meu interlocutor. (VASCON, 1991, p.28)

Para Basaglia, o verdadeiro problema é o da relação que se estabelece com a doença e não a doença em si, relação de objetivação entre o médico e a sociedade frente ao doente e a doença.

1.1.4. Da crítica à construção de um novo paradigma

Segundo Rotelli e os psiquiatras inovadores italianos,

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. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, todos referidos à doença. É esse conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes enquanto existência doente. (ROTELLI, 1990, p.27)

Mas se o objeto ao invés de ser a doença

passa a ser a "existência-sofrimento" dos pacientes, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (...) A ruptura do paradigma (fundante dessas instituições) se refere à passagem da pesquisa causal à reconstrução de uma concatenação possibilidade-probabilidade; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de doença (ROTELLI, 1990, p. 30)

Para o autor, o problema não mais seria a cura e a reparação do dano e sim a emancipação e a reprodução social das pessoas. Uma nova postura do profissional seria necessária, evitando-se as estreitas vias do olhar clínico e da investigação psicológica e da compreensão fenomenológica e ele deveria

fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se , de identificação de situações de sofrimento e opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro(ROTELLI, 1990,p. 93)

1.2. ALGUNS ASPECTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Segundo Costa, é possível examinar a trajetória da agenda da Reforma Psiquiátrica no Brasil como “uma reflexão a inovação da noção assistencial, ao enfrentar a discussão sobre a eficácia do modelo médico clássico para responder à complexidade de causas e determinantes do estado de saúde”. (COSTA, 1998)

Um dos marcos importantes para contextualizar o estado atual da Reforma, é a questão da privatização da atenção em saúde mental após a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ocorrido na década de 60. A consequência imediata é o aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, especialmente nos grandes centros urbanos, com o repasse de 97% do orçamento da saúde mental para os empresários.

Os anos 70 foram palco de grandes Movimentos Sociais. A reorganização dos setores populares em movimentos reivindicatórios, em conjunto com o movimento sindical e de trabalhadores da saúde, objetivou uma série de denúncias quanto às mazelas, ineficácia e exclusão do modelo hospitalocêntrico e privatizante. Ao mesmo tempo fortaleceu-se como um movimento reivindicatório que foi elaborando e definido as diretrizes para uma reestruturação de todo o setor. Foi o Movimento Sanitário, um dos chamados Movimentos Sociais Urbanos, articulação entre técnicos da saúde e movimentos populares que criou as condições necessárias para a introdução da saúde como direito constitucional, na perspectiva da Reforma Sanitária como referem SMEKE(1989) e L'ABBATE(1990). Nessa cultura de reorganização ganhou força o movimento crítico dirigido à Saúde Mental que denunciava as péssimas condições de trabalho e de assistência na rede conveniada ao INPS e nos hospícios públicos.(Juquery, Colônia Juliano Moreira, Barbacena, São Pedro)

A partir de então, vem sendo construído hoje no país um conjunto de práticas e estratégias que apontam para um novo modelo de assistência em Saúde Mental que tem como pano de fundo a crítica aos manicômios.

Um dos marcos importantes foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro de 1979 que contou com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel, no qual foram feitas denúncias importantes da situação da assistência psiquiátrica no Brasil. Em 1980, em Salvador, por ocasião do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, apareceu a questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos por intermédio de porta-vozes ou grupos defensores dos direitos humanos. Assim, foi constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil do doente mental.

Em junho de 1987 aconteceu a 1ª Conferencia Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se avaliou a necessidade de criação de um Fórum Independente que possa criticar livremente as políticas oficiais. Assim se criou uma comissão para organizar o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, SP.

Os três eixos de discussão do Congresso foram: Por uma sociedade sem manicômios, organização dos trabalhadores de Saúde Mental, análise e reflexão das práticas concretas do Movimento.

Esse Congresso, que contou com a participação e ocupação das ruas da cidade por 350 trabalhadores, familiares e usuários significou uma ruptura com a mera transformação institucional, com a simples modernização da psiquiatria e suas instituições e a retomada das teses iniciais do Movimento que denunciava a psiquiatrização, a institucionalização.

No campo teórico ressurgiu o projeto de Franco Basaglia e Franco Rotelli, sendo que o conceito de desinstitucionalização proposto por este último, passou a ser o contexto básico, determinante da reorganização do sistema de serviços e das ações de saúde mental. Surgiram novos protagonistas: os usuários e os familiares e o movimento deixou de ser apenas dos trabalhadores e passou a se denominar Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Torna-se de fundamental importância conhecer toda a potência desse movimento que arregimentou setores do governo, dos trabalhadores, dos usuários e da comunidade em geral dentro do processo de construção do SUS (Sistema Único de Saúde) e do fortalecimento do poder local, ambos referendados pela Constituição de 1988.

Em 1990, realizou-se a Conferência de Caracas sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina que propôs a reorientação da assistência do hospital psiquiátrico para os serviços na comunidade. Tal conferência transformou-se, hoje, em referência fundamental para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental que se desenvolve em nosso país, sendo o Brasil considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o país onde se está realizando o mais importante passo à frente desse quadro de mudanças.

Em agosto de 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde aprovou o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais".

A II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, realizada pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1992

representou a culminação de um amplo processo de participação e debate, obtido através dos trabalhos de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais e com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços ...estima-se que, nas três etapas (municipal, estadual e federal), 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas.(MINISTÉRIO DA SAÚDE ,1993, p.8)

Para fortalecer ainda mais as teses do movimento, surgiram diversas experiências bem sucedidas em nível dos municípios caracterizadas por serviços verdadeiramente substitutivos do hospital psiquiátrico que contavam com grande participação daqueles quatro segmentos sociais demonstraram a viabilidade dos propósitos antimanicomiais. Tais experiências passaram a servir de modelos para inúmeras iniciativas em grandes e pequenos municípios brasileiros que se mobilizaram em torno de três eixos:

- a rede de atenção à Saúde Mental;
- transformação e cumprimento de leis;
- direito à atenção e direito à cidadania

A primeira cidade brasileira que construiu uma rede de serviços de atenção à Saúde Mental a partir da desconstrução de um manicômio foi Santos. Daí a importância de conhecer como se deu este processo e em que contexto.

1.3. A SAÚDE MENTAL EM SANTOS

A implantação de uma Política de Saúde Mental em Santos, caracterizada pela desconstrução do único hospital psiquiátrico da Baixada Santista que mantinha atendimento aos pacientes do SUS e pela criação de serviços substitutivos no território, necessita ser lida dentro de um contexto histórico e social da própria cidade.

1.3.1. A cidade de Santos

O município de Santos localiza-se na Ilha de São Vicente na porção central do litoral do Estado de S. Paulo e faz parte de uma micro-região conhecida por Baixada Santista. Sua localização é privilegiada, determinando que Santos tivesse o papel de porta de entrada e saída de uma rica e vasta área do território nacional, especialmente do Estado de S. Paulo. Destaca-se por funções ligadas ao porto, comércio, habitação, educação,

cultura e turismo. Com origem vinculada ao comércio do café, transformou-se no maior porto exportador de café do mundo e num dos mais importantes centros comerciais da América do Sul. No período de destaque,

A riqueza do café foi responsável pelo grande desenvolvimento da cidade. Houve aumento da população, melhoria dos transportes, expansão da cidade e o aparecimento de muitos problemas graves, como as epidemias de febre amarela, varíola, peste bubônica e outras, cujas soluções só foram aplicadas no século XX. (FRIGÉRIO, ANDRADE E OLIVEIRA, 1992, p. 56)

Até o final do sec. XIX, as epidemias foram muito difíceis de controlar, impedindo o desenvolvimento desejado:

a febre amarela continuou a aparecer quase todos os anos e surgiram outras como a peste bubônica transmitida pelos ratos. Havia epidemias de varíola, difteria e outras enfermidades. A tuberculose era a que mais fazia vítimas, principalmente entre as camadas pobres da população. A situação era apavorante e o governo proibiu a atracação de navios nas pontes e o café era levado em pequenos barcos até os navios...Tudo isso trazia graves prejuízos à cidade.(FRIGÉRIO, ANDRADE E OLIVEIRA 1992, p.62)

No início do século atual, numa ação conjunta de Saturnino de Brito, engenheiro chefe da Comissão de Saneamento e do médico Dr. Guilherme Álvaro, quando foram construídos canais de drenagem das áreas alagadiças, além das obras de saneamento e efetuado o combate à proliferação de ratos, as epidemias foram superadas.

A partir do final da II Grande Guerra Mundial e com a inauguração da Via Anchieta e a implantação do polo industrial de Cubatão, a cidade viveu uma explosão demográfica, turística e urbanística, gerando expansão imobiliária, transformando-se em dormitório para milhares de trabalhadores das indústrias. Sua vitalidade econômica foi crescente, sendo que em 1965 Santos era a principal praça bancária do Estado, após a Capital. Famílias mais abastadas e tradicionais da cidade passaram a se concentrar nos bairros de Vila Rica e Ponta da Praia, a classe média ocupou todos os bairros do Marapé, Gonzaga, Campo Grande, Embaré e Aparecida. As famílias de menor renda se concentraram na Zona Noroeste e nos morros e também no Centro, aumentando os cortiços que existiam desde o século anterior.

A principal atividade para essa população que veio de várias regiões do país era a construção civil, que, a partir dos anos 1970 começou a decair, crescendo a miséria da população, levando-as a ocupar morros e mangues assim como a aumentar o número de moradias coletivas . Sendo assim, Santos apresenta ainda hoje, problemas urbanísticos a serem solucionados, pela forma desorganizada de seu crescimento e pela falta de planejamento. Problemas como a existência de esgotos clandestinos assim como as agressões ao estuário feita pelo resíduo das indústrias contaminam ar, água e conseqüentemente o solo de toda a região. O resultado é a não balneabilidade das praias, e o risco de doenças veiculadas pela água, solo e ar. A construção da Rodovia dos Imigrantes aumentou a atividade portuária e iniciou um período de reativação do turismo da cidade, condição esta que vem progressivamente cedendo lugar ao desemprego e à piora da qualidade de vida já que as privatizações especialmente a do porto vem trazendo dificuldades para a cidade e para todos os trabalhadores que estão envolvidos com essas atividades em geral. (THOMAZ,1999)

O fato de ser importante cidade portuária, a proximidade com a Capital e, mais recentemente com o pólo industrial de Cubatão fizeram de Santos uma cidade estratégica do ponto de vista das lutas políticas. Foi nesta cidade que nasceu o patriarca da Independência, José Bonifácio de Andrada e Silva e também foi aqui o lugar escolhido pelos negros para fundar um dos maiores quilombos do país: o do Jabaquara.

GONÇALVES (1995) defende que a presença e a continuidade de uma admirável persistência do peso histórico dos valores culturais e políticos surgidos e sedimentados ao longo do desenvolvimento, determinou a trajetória política da cidade:

A Cidade Vermelha, o Porto Vermelho, o Núcleo da Resistência têm existência real. O imaginário nasce da realidade, adquire força e interfere na realidade. Esse é o mecanismo básico do processo de construção e reforço da cultura política santista, onde a hegemonia é quase sempre progressista e popular(...)as idéias de liberdade, autonomia, transformação social e inconformismo constituem a base da cultura política local, a alma da cidade, construída ao longo do tempo e jamais destruída(...)cada luta, greve, passeata, morte; cada organização sindical, jornal, associação de classe ou entidade estudantil; cada eleição, partido, comício ou campanha significou a reafirmação histórica de seu passado de lutas e resistência, garantindo a permanência, nas crises e tensões dos ideais

de liberdade e transformação social. Os resultados eleitorais ali acontecidos traduzem, entretanto, com extrema nitidez, a vontade política da comunidade, onde a opção progressista resulta constante e persistente".(GONÇALVES, 1995, p.190)

Para situar, o autor divide o campo entre progressistas e conservadores e explica que

aos progressistas caberia relacionar a esquerda política (e os partidos englobados neste campo) o predomínio do social e do coletivo, a idéia de fraternidade e solidariedade, a busca de igualdade, a valorização do associativismo, o espírito voltado a mudanças e transformações. Enquanto isso, aos conservadores caberia mais a relação com os partidos à direita do espectro político, a valorização do indivíduo..., a manutenção da ordem e do "status quo" existente, o conformismo, a importância da tradição e dos valores religiosos. (GONÇALVES, 1995, p.18)

Embora pouco espaço tenha restado sempre aos setores conservadores, estes sempre foram presentes e atuantes em especial quando a cidade, por várias vezes, perdeu a sua autonomia política:

FRIGERIO, ANDRADE, OLIVEIRA(1992) comentam:

De todas as pessoas que governaram Santos desde 1908 (incluindo os presidentes das Câmaras), interventores, prefeitos nomeados, Santos teve poucos eleitos. Tendo o Município perdido a autonomia em 1930, Antonio Feliciano conseguiu sua restauração e foi eleito, pelo voto direto à Prefeitura em 1953. Em 1968, a autonomia de Santos foi retirada pela Revolução de 1964 e o prefeito eleito, Esmeraldo Tarquinio foi cassado e durante 16 anos, a cidade foi governada por interventores ou prefeitos nomeados.(FRIGÉRIO, ANDRADE, OLIVEIRA, 1992, p.70)

Por ser considerada área de segurança nacional, em 1976, enquanto a maioria das cidades brasileiras realizava suas eleições diretas e a população demonstrava sua insatisfação votando na oposição, Santos era refém da intervenção federal que se prolongou até 1984, quando foi eleito Oswaldo Justo, que era o vice de Tarquinio em 1968, do PMDB. Este prefeito realizou um governo voltado para o interesse dos conservadores, levando a que em 1988, diante da insatisfação popular com o governo anterior fosse eleita Telma de Souza, do PT, apoiada por uma união entre os partidos progressistas da União Democrática Popular (UDP) com o compromisso de priorizar a saúde ,a educação, o

transporte coletivo, a habitação. Com um índice de aprovação de 85% ao fim do seu mandato foi possível a continuação dos projetos sociais e de recuperação da vocação econômica da cidade com a eleição do médico sanitарista David Capistrano da Costa Filho.

Como diz THOMAZ (1999), ao final de oito anos

sem sombras de dúvida, a cidade havia progredido, se forem considerados os aspectos de investimentos e melhoria de qualidade de vida da população. Proporcionalmente falando, o que foi feito em oito anos poderia Ter sido realizado nos vinte anos que já haviam passado, como em muitas cidades que conhecemos/ para a história de Santos chegou mais tarde, porém com muito mais vigor. Em 1989, a gestão partiu praticamente do nada, reformulando o mínimo que existia, construindo muitos novos serviços, mas principalmente estabelecendo uma interlocução com a cidade, que pareceu despertar, reagindo positivamente aqueles que de fato estavam a serviço da coletividade...Em 1993, havia a preocupação com a consolidação dessas propostas, havia o atropelamento constante de novas demandas que inevitavelmente se impunham diante da conjuntura nacional.(THOMAZ, 1999, p.84)

1.3.2. A saúde mental em Santos

Não obstante a cidade apresentar índices satisfatórios no que tocava à infraestrutura urbana, eram grandes os desafios: as temporadas de verão, quando praticamente dobrava a população, a alta incidência de AIDS, confinamento e exclusão da população mais carente nos morros ou em locais desassistidos pelo poder público, a poluição das praias que comprometia o principal lazer do santista e uma das principais fontes de renda da cidade.

A cidade tinha falta de equipamentos para atenção às necessidades sociais básicas, e, a administração ancorada na nova Constituição que conferia maior poder aos municípios, com mais autonomia, responsabilidades, competências e mais recursos optou por intervir em questões fundamentais relacionadas ao cotidiano e às estruturas de poder vigentes.

CAPISTRANO(1996) valoriza a importância da municipalização que abre possibilidades antes consideradas impossíveis devido à centralização dos recursos no Governo Federal:

Tais transformações permitiram, por exemplo, que Santos tivesse uma política de finanças que fez saltar a receita municipal de cerca de 90 milhões de dólares, em 1988 para 270 milhões de dólares em 1996...É fundamental perceber que remamos na contramão da política econômica federal e de quase todos os estados brasileiros, cuja fórmula baseia-se no estado mínimo, no enxugamento da máquina e no corte de serviços e direitos públicos (CAPISTRANO, 1996, p.15)

Como nas demais áreas sociais, assim também na Saúde CAMPOS (1996) diz que

em Santos, até 1988, os serviços de saúde tinham quase a mesma abrangência que a dos anos 40. A Reforma Sanitária não passara por lá. A insensibilidade da elite local, apoiada no autoritarismo político estava destruindo o município. Projetos democráticos eram todos desviados da baixada. Pois bem, de 1989 em diante inventou-se um sistema local de saúde que se transformou em referência nacional e internacional.(CAMPOS, 1996, p.9)

Para PIMENTA(1996), o objetivo da administração santista, desde o início foi o de implantar o SUS na cidade, a partir do texto da Constituição que através de leis define a organização e as formas de controle desse sistema pela sociedade:

A implantação do SUS em Santos teve início no ano de 1989, quando assumiu o governo local a primeira gestão democrático-popular no município. A Constituição havia sido promulgada há menos de três meses, as leis que iriam detalhar o funcionamento do Sistema de Saúde ainda não haviam sido sancionadas e havia ampla discussão sobre o seu conteúdo entre as forças progressistas interessadas na implantação do SUS. (PIMENTA, 1996, p.27)

Já neste ano foram municipalizados diversos serviços, houve a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e em 1990 municipalizou-se o PAM Centro (do extinto INAMPS). O orçamento municipal para a Saúde, que em 1989 era de 6% do orçamento municipal, em 1990 passou para 11%. A intensidade do processo de implantação do novo modelo pode ser avaliada a partir do trecho seguinte do mesmo documento:

Em dezembro de 1990, a SEHIG (Secretaria de Higiene e Saúde) contava com 19 Unidades Básicas de Saúde, um Ambulatório de Especialidades Médicas, o Hospital Distrital de Bertioga, a Casa da Gestante, dois Núcleos de Atenção Psicossocial (Zona Noroeste e Centro), a Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente com AIDS, o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e a Unidade de Reabilitação e Fisioterapia. (PIMENTA, 1996, p. 29)

Um amplo trabalho de regularizar a situação funcional dos trabalhadores foi realizada pela Administração e em especial na Saúde. Não havia informações sobre o quadro de pessoal da SEHIG, visto que não havia nenhum controle da Secretaria.

Também foi necessário chamar de volta todos os funcionários, particularmente médicos e dentistas que prestavam serviços em entidades assistenciais e escolares, para então estruturar os serviços, colocá-los em funcionamento, ganhar credibilidade e apoio social.

No final de 1990 realizou-se a primeira Conferência Municipal de Saúde, que elaborou a 'Carta de Santos' e elegeu o Conselho Municipal de Saúde. Esta Conferência referendou a política de Saúde adotada pelo Governo Municipal.

Os anos de 1991 e 1992 foram de implantação de novos serviços e consolidação das unidades já em funcionamento, com aumento do número de profissionais. Já no ano de 1992 era grande a crise hospitalar devido à falta de leitos, uma vez que alguns hospitais desativaram leitos SUS, o que gerou um aumento da demanda nos Pronto Socorros e motivou a criação do PID (Programa de Internação Domiciliar).

Ao final de 1992 o quadro de funcionários da Secretaria era de 2500, duas vezes o encontrado no início da gestão. Para mantê-los, eram gastos mais da metade da despesa anual. Nesta época também, os serviços eram não só bastante numerosos mas também diversificados e complexos. Todas as áreas da assistência à saúde de Santos eram prestadas pela SEHIG, com ações de prevenção, tratamento, reabilitação e educação sanitária, menos a hospitalar.

Os efeitos da recessão se fazem sentir com repercussões significativas no orçamento da Prefeitura que começou a apresentar queda. As prioridades do segundo governo da UDP em Santos foram a questão da Habitação e o Combate à Fome e à Miséria. Na SEHIG, os efeitos da crise financeira da Prefeitura se fizeram sentir com queda drástica das receitas, a situação do SUS a nível nacional continuou agravando e o governo estadual continuava omissivo. Os efeitos dessa situação extremamente desfavorável fizeram se sentir na Saúde, tanto pelo descontentamento do funcionalismo com os baixos salários como pelo desabastecimento da rede de serviços.

Os rearranjos necessários para diminuir a despesa com o pessoal tiveram impacto negativo nos serviços de limpeza, na informática, na segurança e na manutenção. Outro problema enfrentado foi a greve dos médicos e dentistas que durou um mês, sendo o motivo principal o achatamento salarial que atingiu o conjunto dos servidores municipais, e particularmente os médicos que estavam com seus vencimentos abaixo do que estava sendo pago pelo mercado de trabalho regional. O ano de 1994 marcou a inclusão do município na gestão semi-plena. Nesse ano aconteceu a III Conferência Municipal de Saúde, ocasião de muitas denúncias da crise da saúde provocada pela política desastrosa dos governos federal e estadual. Também houve uma maior participação do Conselho Municipal de Saúde que passou a funcionar de maneira sistemática e a acompanhar as políticas e os gastos da SEHIG. Mais alguns serviços foram inaugurados nos anos de 1995 e 1996. O mais importante foi o Hospital e Maternidade Municipal Silvério Fontes.

1.3.3. A saúde mental cronicada

Até 1982 ainda existia o ‘chiqueirinho’, uma cela insalubre onde permaneciam trancafiados os loucos que não tinham família nem vaga para se internar. Não faz muito tempo, doentes mentais e criminosos ainda dividiam celas na cadeia pública. O único hospital psiquiátrico da região, a Casa de Saúde Anchieta, era privado e conveniado com o SUS. Todas as cidades possuíam apenas equipes mínimas de Saúde Mental em Unidades Básicas; apenas Santos tinha um Ambulatório de Saúde Mental que atendia a todos os municípios e dava atendimento sintomático de manutenção medicamentosa e promovia alguma atenção em psicoterapia, terapia ocupacional e visitas domiciliares.

Já no ano de 1986, em reportagem no único jornal local denominada. 'Este o panorama da Saúde Mental na Baixada -Estrutura insuficiente, superlotação em Santos', o grupo de técnicos da Saúde Mental entrevistado propõe como solução para as deficiências apontadas a priorização dos ambulatórios e o aumento do número de leitos de curta permanência, além de um hospital-dia. O hospital psiquiátrico é mencionado apenas de passagem, mesmo fazendo parte da rede, recebendo pacientes encaminhados pelos mesmos profissionais. Por ser o Anchieta de caráter privado, não houve nenhuma proposta no sentido de transformá-lo, a idéia era de esvaziá-lo aumentando o poder de fogo do ambulatório.

Inaugurado em março de 1986, o Pronto Socorro Psiquiátrico do Hospital Guilherme Álvaro passou a atender às crises e a centralizar as vagas para os hospitais psiquiátricos, referências para a região contava com seis leitos femininos e oito masculinos. Os doentes em crise circulavam num espaço muito restrito, completamente fechado e tinham como única resposta à crise a contenção e a sedação durante praticamente todo o tempo em que aguardavam vaga para um hospital psiquiátrico.

A análise que os técnicos da Saúde Mental da Prefeitura de Santos fizeram a respeito do funcionamento dos equipamentos existentes e das necessidades da atenção em Saúde Mental quando assumiram em 1989 foi a de que os dois ambulatórios trabalhavam quase que exclusivamente como dispensários de medicamentos e o pronto socorro tinha uma baixa resolutividade.

Quanto ao hospital, o mesmo não apresentava as mínimas condições de cuidados básicos: o Anchieta tinha vida própria e bastava ser internado para ninguém do lado de fora saber o que acontecia. Assim descreve CAPISTRANO(1995):

seus muros são muito altos e sua arquitetura interna é um tanto labiríntica, com corredores estreitos e grande quantidade de quartos. Situado próximo à zona central da cidade e existente há mais de quarenta anos, o Anchieta é conhecido por todos os santistas...A decadência daquela instituição se manifestava de várias formas e pouco a pouco a Casa de Saúde converteu-se numa casa de horrores. (CAPISTRANO, 1995, p.99)

O conjunto de serviços não tinha uma coordenação única no sentido de otimizar os recursos ou melhorar a sua eficácia ou eficiência.

1.3.4. A reforma psiquiátrica em Santos

1.3.4.1. A intervenção na casa de saúde Anchieta

Fundada há aproximadamente 50 anos, o único hospital psiquiátrico da região estava presente na cultura da cidade como o local emblemático da exclusão e do castigo, um local inacessível inclusive para as autoridades governamentais, foi sofrendo um processo de deterioração crescente.

A decisão da intervenção municipal veio depois da denúncia de três mortes violentas em um período inferior a três meses e após um debate público com a população através da imprensa local.

No entanto a Prefeitura não possuía muitos recursos legais para controlar a Casa de Saúde Anchieta e a justiça ainda não havia sido chamada para opinar à luz da nova Constituição, que era bem mais descentralizadora e havia incorporado muitos dispositivos de fortalecimento da autonomia do poder local. (CAPISTRANO,1995)

Tal amparo legal só foi possível a partir do relatório elaborado pelo Estado sobre a instituição que, embora minucioso na sua análise, não fez nenhuma denúncia. O então Secretário de Saúde, David Capistrano Filho, recebendo uma cópia deste relatório determinou o prazo de uma semana para que se corrigissem as irregularidades. Como as mesmas permanecessem, a Prefeitura Municipal assumiu a administração e o seu gerenciamento, intervindo por tempo indeterminado para, a partir de dentro do manicômio e da sua desconstrução, dar origem a outro modelo, isto é, enfrentar o hospital com os seus aparatos de coerção e de controle como forma de compreender a vivência de loucura das pessoas que lá estavam internadas.

O dia 28 de abril amanheceu com o jornal oficial do Município de Santos, o DO URGENTE, trazendo uma reportagem denominada 'Ofensa à dignidade humana no Anchieta'. Seu primeiro parágrafo nos dá uma idéia dos motivos que levaram à intervenção:

Superlotação, pacientes acamados no chão, falta de profissionais habilitados, falta de medicação, de cuidados de higiene e uso de celas fortes são algumas das irregularidades apontadas no relatório distribuído à imprensa, ontem em entrevista coletiva pelo secretário de Higiene e Saúde, David Capistrano Filho. O documento foi feito pelo Suda/52...Em março havia 531 internados, atendidos somente por uma enfermeira, uma psicóloga, três auxiliares de enfermagem e uma assistente social. Em alguns plantões constatou-se que não havia médico responsável pelos doentes. Como não há camas suficientes, 128 doentes se acomodam no que o hospital chama de leitos-chão. Há ainda 12 celas fortes, com pequena metragem quadrada, cuja única abertura consiste num orifício de 5cm X 20 cm na porta; elas não dispõem de camas e os pacientes ficam confinados e muitas vezes despidos ali. Nos quartos são proibidos de repousar das 7 às 20h, permanecendo amontoados no pátio, sem qualquer atividade de terapia ocupacional, com pequena pausa para as refeições.(D.O.URGENTE, 28/4/1989)

Segundo CAPISTRANO(1995) a equipe da intervenção chegou à conclusão de que deveriam desospitalizar e humanizar o atendimento intervindo no manicômio "...a partir dessa cidadela destruir sua cultura e suas relações, formando pessoas para atender o doente mental e aí construir a rede ambulatorial. Seria um processo simultâneo de desconstrução do hospício e de construção de rede ambulatorial". (CAPISTRANO, 1995, p.104)

No dia 3 de maio de 89,entraram no hospital tendo à frente a Prefeita e o Secretário de Saúde diversas entidades de defesa de direitos humanos, do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, líderes sindicais, representantes da OAB, da Comissão Teotônio Vilela, da Comissão Justiça e Paz, TVs, rádios, jornais.

Todos ficaram impressionadíssimos com o que viram. A degradação surpreendia até os mais pessimistas. Direto do manicômio eram transmitidos relatos apaixonados, sobretudo dos próprios pacientes. As condições lamentáveis dos doentes, em andrajos ou completamente nus, de maneira maciça e inopinada foram levadas ao conhecimento da cidade.(CAPISTRANO, 1995, p. 106)

Os diversos setores da comunidade santista acompanharam e participaram ativamente dos momentos durante e depois da intervenção. Foram muitas as doações, algumas pessoas se ofereciam para ajudar no cuidado aos pacientes, outras no trabalho administrativo. Após três meses dentro do hospital, houve uma grande festa na praça em frente à Prefeitura em que a maioria dos internados participou. Foram expostas fotos dos momentos da intervenção que falavam por si só de violência, tristeza e dor. As denúncias das condições encontradas e os resultados do programa de reabilitação implantado ganhavam confiança, inclusive de vereadores da oposição.

No ano de 1994, após a criação dos serviços substitutivos, os NAPS, o Anchieta foi desativado enquanto hospital psiquiátrico.

Para NICACIO (1994):

A transformação da Saúde Mental em Santos tem se configurado como processo social complexo ancorado na desconstrução do paradigma psiquiátrico; partindo da desmontagem do manicômio, como síntese da "instituição a ser negada", projeta a construção da Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social. Desconstruir e desmontar a instituição psiquiátrica implica estender esses processos às instituições, aos saberes e à cultura que a sustentam e legitimam. Não se trata de um processo específico, que ocorre no interior da disciplina psiquiátrica, mas atravessa diferentes dimensões: da política, das leis, do sanitário, da organização social, das normatividades, das instituições disciplinares, do imaginário. (NICACIO, 1994, p.20)

As principais diretrizes do Programa de Saúde Mental de Santos foram a atenção integral ao usuário, compreendendo as múltiplas dimensões de sua existência e a complexidade das relações da vida e a recuperação/ afirmação dos direitos humanos e de cidadania dos usuários. Os objetivos gerais foram:

- reformular a assistência psiquiátrica através da superação do modelo assistencial que se centrava no hospital psiquiátrico, substituindo-o por uma rede de serviços descentralizados, regionalizados e integrados com os demais serviços de saúde e outros equipamentos sociais;

- promover uma profunda transformação nos procedimentos clínicos, nas representações epistemológicas da doença mental e na relação da população com a loucura (plano da cultura).

Para a realização deste projeto adotou-se a seguinte estratégia:

- iniciar o processo a partir do interior do hospital psiquiátrico, assumindo-o como local de treinamento e experimentação de novas práticas e de novas atitudes pautadas na noção de cidadania e respeito aos direitos humanos e, concomitantemente
- desconstruir o hospital visando sua substituição por outro tipo de serviços.

A idéia de conjugar as noções de saúde mental e cidadania teve como corolário a escolha de uma estratégia de construção de um sistema de saúde que partisse da situação mais problemática, ou seja, o hospital psiquiátrico. Entendemos que poderia se iniciar a implantação de um novo modo de atenção aos problemas de saúde mental enfatizando-se a contradição existente entre as necessidades de cuidados e tratamento que os pacientes psiquiátricos requerem entendidos como DIREITOS, e os métodos de tratamento no hospital psiquiátrico que anulam esses mesmos direitos. (PMS, 1996, p.2)

Sinteticamente foram seguidos os seguintes passos:

- modificaram-se os mecanismos institucionais que reproduziram e mantinham a antiga estrutura
- dividiu-se a cidade em regiões geográficas a partir de levantamentos sociodemográficos
- dividiu-se o hospital em setores correspondentes à divisão da cidade, tornando-os sua referência
- deslocou-se cada um dos setores para a região de referência, criando as unidades descentralizadas e desativando cada parte do hospital que se esvaziou
- reconverteram-se os recursos humanos e materiais de cada setor desativado para implementar os serviços regionais (Núcleos de Atenção Psicossocial-NAPS)

1.3.4.2. O processo de transformação do hospital

Para KINOSHITA (1996), o aspecto primordial a ser observado na transformação do hospital foi no que diz respeito à cidadania, isto é

às relações éticas, os direitos e deveres, o respeito pelos pacientes para mudar a situação de violência e opressão a que eles eram submetidos...A intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou a adequação a padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade. (KINOSHITA, 1996, p 40)

O mesmo autor, interventor do Anchieta, didaticamente descreve os primeiros passos após a intervenção:

- a- proibição de qualquer ato de violência contra os pacientes, incluindo a utilização das celas fortes e a utilização do eletrochoque;
- b- abertura de todas as áreas do hospital na sua parte interna, permitindo a livre circulação, inclusive com acesso aos quartos
- c- levantamento das patologias clínicas
- d- estabelecimento de um novo padrão de relacionamento entre todas as pessoas, incluindo pacientes, funcionários, técnicos e equipe dirigente
- e- implantação de um processo intenso de grupalização (assembléias, grupos de discussão)
- f- reconstrução das identidades dos pacientes: uso do nome, fixação nos leitos, liberação dos horários de visitas, reconstituição das histórias de vida.

E continua:

Todo o período inicial foi marcado por um intenso clima de reativação de subjetividades, de todos aqueles que participavam do processo, incluindo os próprios técnicos. O confronto com a situação de miséria e violência, através de ações concretas e práticas, permitiu que se liberasse uma grande quantidade de energia criando um ambiente de contágio e de grande responsabilização coletiva, fosse por parte dos pacientes, fosse pelas equipes (KINOSHITA, 1996, p.42)

Foram muitos e diversificados os trabalhos realizados no sentido de dar algum sentido à vida de pessoas que se confundiam com meros vegetais. Havia muito a ser feito no sentido de resgatar a história de muitas pessoas, cujos nomes, inclusive, estavam trocados. Era preciso tentar de todas as maneiras localizar suas famílias. Dar-lhes o direito de ter sempre a mesma cama e o mesmo quarto para dormir, de escolher com quem dividir este espaço.

Além disso, era preciso alegria e esperança, sendo assim, havia muitas atividades dentro, mas principalmente fora do Hospital que aos poucos venciam a inércia e a apatia que tanto conhecíamos dos pátios de manicômio. Os trabalhadores tiveram a oportunidade de rever suas práticas profissionais e muita liberdade para criar novas e eficazes estratégias para resgatar os pacientes para a vida novamente. Afinal, o que se tinha aprendido na Universidade nem sempre se constituía em instrumento adequado para lidar com tantas situações imprevisíveis e caóticas. Na maioria das vezes era a implicação de cada um enquanto sujeito o que operava as transformações, era a relação de igual para igual, de partilha de sofrimento e de impotência o que produzia uma relação de enorme confiança entre técnico e usuário, confiança esta que denominamos vínculo.

Havia uma grande energia que impulsionava os trabalhadores que então promoviam inúmeras oportunidades de convívio, tais como bailes, passeios, jogos, atividades que elevavam a autoestima, como idas ao cabeleireiro e realização de grupos que despertavam novamente o desejo e a vontade de viver, além de substituir o isolamento por uma intensa circulação de ‘dentro para fora’ e também da cidade para dentro do manicômio.

O primeiro de todos e talvez um dos trabalhos mais significativos foi a transformação das celas fortes femininas em uma ‘casinha’, um espaço ainda dentro do hospital mas que significava a primeira experiência de singularizar um pouco a vivência totalizante do hospício. Cinco mulheres consideradas ‘muito graves’, orientadas por alguns profissionais, aprendiam a fazer café, cozinhar, arrumavam suas camas, podiam guardar suas roupas, saíam para fazer compras; tinham passagem livre, não eram mais internadas e sim hóspedes. Estes eram sinais evidentes, embora pequenos, de um processo de aumento da independência. Sobre esta questão assim se expressa NICACIO(1994)

Paralelamente, as novas e diferentes relações que se desenhavam pautadas na construção da cidadania trouxeram novas questões e problemas estranhos ao modelo clínico: necessidades de moradia, afeto, espaços sociais, transformação das relações familiares, encontrar novos caminhos na cidade. Ao mesmo tempo em que se desmontava o manicômio se remontavam, se agenciavam, se teciam os vínculos entre os problemas da loucura e os da vida cotidiana, aproximando-se, em movimento, loucura e existência, exclusão e liberdade.(NICACIO, 1994,p 68)

Dentro do Hospital, as pessoas de Santos foram divididas de acordo com a região de referência de domicílio familiar para começarem um intercâmbio com a comunidade, preparando a ida definitiva para o território.

A nova divisão das enfermarias possibilitava a compreensão da região não como simples espaço geográfico foco administrativo, mas como território, como espaço onde as relações se estabelecem, onde se entrecruzam diferentes alternativas. Nesta perspectiva, buscava-se que as trocas e relações pudessem ser sempre menos mediadas pela proteção do manicômio, ao mesmo tempo em que sua desmontagem era o seu maior propulsor. (NICACIO, 1994, p.72)

A cidade de Santos foi dividida em 5 regiões e para cada uma haveria uma enfermaria no Anchieta que daria origem a um NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), que seria a referência para a atenção em Saúde Mental para seus moradores, independente da gravidade ou não do seu quadro clínico. Haveria ainda um Pronto Socorro Psiquiátrico para dar retaguarda aos casos novos que aparecessem no período da noite e nos finais de semana.

A primeira ala do Hospital a ser desativada foi a da Zona Noroeste por ter o maior número de pacientes graves. Reuníamos os pacientes que moravam na ZN e discutíamos a implantação de um serviço de saúde mental perto da casa deles, que seria o primeiro NAPS com sede no Centro de Saúde da Areia Branca. Após um ano, a enfermaria correspondente aos usuários da região do Centro também foi desconstruída, dando origem ao NAPS II. Até o ano de 1994 foram criados os cinco NAPS, sendo um para cada cem mil habitantes e distribuídos pelas cinco regiões: Zona Noroeste, Centro, Orla, Vila Belmir e adjacências e José Menino e adjacências. Além disso, constituíram-se a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência Tamtam e o Pronto Socorro Psiquiátrico, além de um lar abrigado, a República Manequinho.

1.3.4.3.Criando os NAPS

Por ter sido uma das fundadoras do primeiro NAPS, e porque as questões que lá surgiam eram de interesse para todo o Programa, optei por sistematizar aquelas experiências nos apontamentos que se seguem que de certa forma refletem a minha própria trajetória .

O primeiro NAPS, o da Zona Noroeste nasceu no bojo da efervescência dos primeiros meses da intervenção, quando esta ainda vivia ameaçada pela indefinição da batalha jurídica que, por final, deu ganho de causa à Prefeitura. Neste contexto, pareceu estratégico criar um laboratório, um serviço territorial ‘forte’, que de fato substituísse as internações e realizasse a ‘utopia’ de viver sem o manicômio, conforme nos diz NICÁCIO(1990):

O NAPS não é simples de ser definido como as instituições totais; sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo e belo...A complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento...não é algo dado, pronto, definido, mas a possibilidade de uma construção que pressupõe, podemos dizer simbolicamente, a nossa capacidade de manter e produzir a porta aberta.(NICACIO, 1990, p.2)

As características deste núcleo piloto foram:

a)-Regionalização:

Conhecer a comunidade, os recursos, o ‘itinerário de exclusão’ dos atendimentos em saúde e da psiquiatria. Assim, a comunidade era convidada a debater sobre a loucura e o hospital psiquiátrico através de sessões de vídeo acontecidas em praças públicas, igrejas, escolas, sociedades de melhoramentos e também participava dos eventos da Saúde Mental, como a festa em comemoração do primeiro aniversário da intervenção, quando grupos de dança local, corpo de bombeiros, artesãos da região se uniram para dizer um basta à violência e à exclusão. Com o tempo e a implantação das oficinas eram muitas as pessoas dos bairros próximos que queriam aprender e ensinar no NAPS. Este trabalho extra-muros foi fundamental para a mudança cultural em relação à loucura para diminuir o preconceito.

b)-Luta pelos direitos de todos os atores implicados no processo: usuários, familiares, trabalhadores, comunidade:

A partir das reuniões com familiares a questão dos direitos dos usuários começou a ganhar espaço. Tanto para os familiares como para os usuários, o regresso ao lar trazia grandes dificuldades que eram então trabalhadas nestes encontros. Orientações, explicações sobre as condutas do serviço e sobre o projeto que estava sendo implantado possibilitavam que a vivência da exclusão fosse compartilhada e o grupo fortalecido. Por outro lado, as discussões eram coordenadas no sentido de explicitar os mecanismos históricos e sociais da exclusão de outras minorias. Dentro deste contexto e a partir deste grupo foi fundada em Outubro de 1991 a Associação Franco Rotelli de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental.

Também os grupos de mulheres, com um viés de discussão de gênero conseguiam reunir ao mesmo tempo a faxineira, a assistente social, a psiquiatra, as auxiliares de enfermagem, a cozinheira do NAPS, as mães, as usuárias e outras mulheres do bairro. Tais grupos não eram direcionados somente às doentes mentais e sim às mulheres que sofriam pelo fato de serem mais oprimidas, estarem menos preparadas para seguirem sozinhas, não possuírem qualificação profissional, não conseguirem obter sua independência financeira.

É claro que as mulheres egressas dos hospitais psiquiátricos estavam em séria desvantagem. Passaram talvez os anos mais produtivos de sua vida longe de seus familiares, da sua casa, anos de estudo desperdiçados em internações e tratamentos repetitivos e ineficazes. Muitas não sabiam onde estavam seus filhos ou maridos, haviam perdido a sua identidade. Nestes grupos era possível ouvi-las no seu processo de enlouquecimento como tendo sido o único refúgio que ficou. Delirar, alucinar, agredir, chorar, eram expressões de um profundo sentimento de não- ser. No entanto, em ponto menor, essa falta de identidade aparecia nas mulheres ditas normais. Algumas chegaram a referir quantas vezes acharam que iam enlouquecer.

Esse bravo grupo passou a frequentar outros espaços na cidade como a Casa de Cultura da Mulher Negra e a Central de Atendimento à Mulher vítima de violência. Passou a fazer parte do Movimento de Mulheres da cidade. As mulheres participantes saíram nas passeatas, assistiram a julgamentos, participaram das comemorações do Dia Internacional da Mulher. Por outro lado, o Movimento de Mulheres aprovou e encaminhou várias representantes para defender as teses antimanicomiais na II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília em 1992.

c) Responsabilização pela demanda da região:

É o cuidar de uma pessoa, não apenas de sua doença, é construir com ela um projeto terapêutico que:

não se faz com objetivos pré-constituídos, categorias pré-estabelecidas de análise, mas a reconstrução e apropriação constante da história de vida de cada um; é centralizado no paciente, ao mesmo tempo constituído de estratégias até óbvias, artesanais e de estratégias complexas de longo percurso, que trazem à tona as diferentes dimensões de cada sujeito, de suas relações familiares, sociais, de vizinhança, sua subjetividade, a questão do trabalho, dos recursos materiais, da habitação, das necessidades primárias, da relação com as outras instituições, do lazer. (NICACIO, 1990, p.2)

Assim é a atenção que não fragmenta: o indivíduo é visto como um todo, podendo expressar-se na forma de uma emergência psiquiátrica e necessitar de proteção e de um distanciamento da família, ou precisando de ajuda para reconstruir algum projeto de vida que o torne mais autônomo.

O atendimento à crise pela equipe multidisciplinar era mais uma das características do novo modelo que estava sendo implantado. A própria crise em si era compreendida como um momento de grande complexidade, no qual estavam presentes diversos fatores: as dificuldades da própria doença, a relação com a família, demais problemas de contexto. Neste sentido não apenas o médico e a enfermagem entravam com o seu conhecimento específico, medicando, cuidando, mas também os demais profissionais eram contínuos e conseguiam dar respostas tranquilizadoras, estabelecendo novas relações e oportunidades de crescimento conjunto, desenvolvendo então uma profissionalização diferenciada:

equipe é aqui compreendida como o trabalhar junto, como o espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das crises e do pensar e repensar o próprio serviço. Isto implica em confrontar e superar a equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem no tratamento da doença tendo a cura como ideal.(NICACIO, 1990, p. 2)

KINOSHITA (1996), fala das indicações para a construção de um modelo de atenção em saúde mental como alternativa à cronificação hospitalar. Tais diretrizes significaram os pilares do Programa de Saúde Mental de Santos, sendo que "a primeira ressalva, diz, é que as características que apontamos abaixo sejam entendidas no âmbito de um sistema, isto é, referentes a um conjunto de serviços que compõem a assistência em saúde mental de uma área determinada (município, região)

São as seguintes características:

1-Garantia do direito de asilo –

O sistema deve garantir espaços que proporcionem um distanciamento das situações geradoras de conflitos aos pacientes que necessitem de proteção e/ ou continência. Não é isolamento ou reclusão, sinal disso é que as portas do serviço permanecem abertas.

2-Disponibilidade-

Capacidade do sistema responder ao pedido de auxílio do paciente ou família com agilidade e prontidão. É o que se pretende quando se implanta serviços que acolhem os pacientes nas 24 horas, sete dias na semana, com visitas no domicílio, serviços de resgate, e atendimento de emergência no Pronto Socorro, evitando a burocracia e muitas vezes, interceptando uma crise antes dela eclodir de uma forma destrutiva.

3-Inserção no território-

É preciso conhecer a região , a comunidade, os recursos comunitários existentes para possibilitar a implicação junto à comunidade de origem do paciente, significando assim que "... uma equipe deve atuar não apenas dentro de sua unidade, mas ir em busca de conhecer e atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõe a vida cotidiana dos pacientes, visando enriquecê-lo e expandi-lo". (KINOSHITA, 1996)

4-Prioridade aos projetos de vida-

É necessário inverter as prioridades, dedicando tempo, inteligência e energias para o desenvolvimento de "projetos de vida capazes de prover a reprodução social e promover a qualidade de vida". É preciso dar maior atenção aos cuidados e prestações de serviços voltados para a manutenção e suporte dos pacientes nos períodos intercríticos. (KINOSHITA, 1996)

5-Processo de valorização-

É o aumento do poder contratual dos pacientes conferido pelos técnicos que emprestam o seu poder através das inúmeras mediações que um profissional pode desenvolver em função de projetos conjuntos com os pacientes, e a “afirmação destes projetos permite a criação e ampliação de margens de tolerância e solidariedade, através do prestígio e autoridade que os profissionais detêm frente à sociedade.”(KINOSHITA, 1996, p. 43)

Na prática, embora houvesse uma coordenação única e um modo de operacionalizar muito semelhante em todos os serviços, os NAPS tornaram-se bastante diferentes entre si, na medida em que precisavam ser instituições vivas, com gestão pouco centralizada, flexíveis, permeáveis às transformações internas e às demandas externas. Assim nos fala NICACIO (1994)

Os NAPS se constroem no processo de negação do manicômio, da miséria das relações institucionalizadas e das regras, códigos e saberes que as determinam; tem como exigência técnico política serem totalmente substitutivos ao manicômio e nessa trajetória se potencializam ao assumir progressivamente essa competência.(NICACIO, 1994, p. 89)

Os folhetos educativos da Prefeitura de Santos orientam sobre os objetivos e o uso dos equipamentos (anexo 1)

Para que o acesso do usuário fosse realmente garantido, foi criado um sistema de plantões diários que incluía também o fim de semana realizado por qualquer membro da equipe técnica. As entrevistas de primeira vez eram então realizadas sem agendamento e no

momento em que eram solicitadas, uma história era colhida, um primeiro diagnóstico sindrômico atribuído e feito um contrato provisório de atendimento. Em seguida havia a discussão do caso na reunião de equipe quando se avaliava a necessidade ou não do acompanhamento da pessoa dentro do NAPS e, caso afirmativo, quem seria o seu técnico de referência.(planilha 1)

Para manter o usuário no serviço e facilitar a adesão, uma das estratégias mais eficazes utilizada foi a de se definir para cada usuário um técnico de referência, profissional de qualquer especialidade da unidade com quem o paciente melhor se vinculasse. Esse profissional funcionava como um catalizador e investia fundamentalmente na relação com o paciente para juntos construírem o PTI (Projeto Terapêutico Individual), que contemplava as diversas modalidades de atenção, desde a sintomática (medicação, terapia de apoio) passando pela socialização (oficinas para recuperação de autoestima, da capacidade de relacionar-se) e pela reabilitação que consistia em projetos de inserção na sociedade (escola, frentes de trabalho, recuperação de direitos civis). Além disso, o técnico de referência, oferecendo o seu poder contratual encarregava-se de intermediar as diversas situações surgidas entre o paciente e outros usuários e profissionais do serviço e também junto à família e à comunidade. A escolha do técnico de referência era por afinidade, nunca pela categoria profissional. Sendo assim, um mesmo técnico poderia ter uma ação social, psicológica, de cuidados de enfermagem, sendo um terapeuta ocupacional, ou um auxiliar de enfermagem ou ainda um médico.

Tratava-se, na verdade, de um trabalho de acompanhamento terapêutico em inúmeras situações do dia a dia, com uma função inclusive pedagógica: era necessário que, como técnicos, e através do nosso posicionamento emprestássemos o nosso poder para que o louco pudesse ser aceito tal qual é, na sua diferença e na sua necessidade. É importante que se diga que os profissionais tinham duas inserções: uma, que era no seu papel específico como enfermeira, ou assistente social, ou médica. A outra inserção era como ativador de recursos do próprio paciente e da comunidade.

As reuniões diárias com toda a equipe serviam então para trocas de saberes a respeito de dificuldades concretas em relação aos pacientes. atendimentos feitos em conjunto tornaram-se prática de escolha nas situações mais delicadas e de difícil manejo.

Toda a discussão, assim como o contrato de cada caso era anotado num livro de plantão: o respeito ao que foi discutido, mesmo na ausência do plantonista era uma das chaves para o crescimento do grupo e para a coesão da equipe.

Sair dos muros da instituição e realizar o atendimento no domicílio era uma prática freqüente, já que toda a ação era desenvolvida no território. Pacientes muito difíceis de vincular e de aceitar ajuda foram lentamente convencidos ao tratamento mediante uma prática de visitas freqüentes, de atenção à crise no domicílio, de medicação assistida.

As reuniões com as famílias realizadas semanalmente esclareciam as dúvidas quanto ao tratamento e também funcionavam como espaços de socialização e de acolhimento, com a finalidade de não culpabilizá-las pelo adoecimento do parente e sim para torná-las mais confiantes, autônomas e parceiras no tratamento.

1.3.4.4. A inserção pelo trabalho

Conforme NICACIO e KINKER (1996)

A inserção pelo trabalho, no processo de Santos foi um dos dispositivos capazes de concentrar um grande conjunto de articulações, ativação de recursos, de trocas sociais e materiais, pois "particularmente este período de restrição do mercado de trabalho para sujeitos mais frágeis na relação de contratualidade social coloca em evidência a necessidade da criação de novos instrumentos de ação(NICACIO & KINKER, 1996,p.130)

Através do trabalho da equipe que buscou alternativas na própria comunidade, junto a empresários, à própria prefeitura, os pacientes recebiam treinamento, eram acompanhados na realização de suas tarefas do dia a dia e discutiam a respeito do uso do dinheiro para ampliar o seu mundo vivencial.

Para os usuários participarem ou não dos projetos, não era importante serem mais ou menos graves, do ponto de vista psicopatológico, isto é, a reabilitação e a assistência caminhavam juntas porque o trabalho era sempre um grande estímulo para promover a recuperação de um paciente em crise.

Até 1996, os projetos que existiam eram:

Projeto Lixo Limpo-Trabalho de separação de lixo na usina de reciclagem. Abrigava 36 usuários e treze "homens de rua" que tinham bolsa de trabalho.

Projeto Terra-As empresas privadas adotavam praças públicas e contratavam 20 usuários, com orientação técnica do Jardim Botânico

Projeto Vendas-Barracas que comercializavam mel e derivados-sete usuários

Projeto Cantina Paratodos-Oficina de cozinha que comercializava doces e salgados. Ganho por vendas

Projeto Marcenaria-Confeccionava objetos e móveis de madeira, sob encomenda, prestava serviços particulares. Servia também como espaço para aprendizagem do ofício de marcenaria.

Projeto de Limpeza e de Desinfecção de Caixas D'agua-Grupo treinado pela Vigilância Sanitária da Secretaria. Tinha sete participantes que recebiam por prestação de serviço.

Projeto Dique-Projeto de construção civil dentro do programa de urbanização das favelas da Zona Noroeste. Grupo de 10 usuários que recebiam através de bolsa de trabalho.

Projeto Serigrafia-Produzia camisetas promocionais. cinco usuários e um instrutor. Recebiam por trabalho realizado

Projeto Consertando-seis usuários que realizavam manutenção predial da CSTC (Companhia Santista de Transportes Coletivos) executando reparos, pequenas reformas e limpeza de escritórios.

Se de um lado os projetos de reabilitação pelo trabalho, realizados pelo Programa de Saúde Mental de Santos, no período de 1989 a 1996 foram capazes de fortalecer a equipe e os usuários, havia, por outro lado uma grande preocupação com as suas perspectivas e limitações.

O projeto de fundar a Cooperativa Mista Paratodos constituiu-se num " processo de incorporação de valor para o usuário que passa de trabalhador a sócio-cooperado, desmontando a lógica custodial no qual o usuário não pertence a, não se reconhece em , não tem a responsabilidade de, em última instância, não tem lugar de valor".(NICACIO & KINKER, 1996,p.130)

1.3.4.5. A intervenção cultural - O centro de convivência Tamtam

Este Centro iniciou-se a partir dos laboratórios de dramatização que ocorriam ali mesmo no pátio do Anchieta que introduziam música, ritmo, e recriavam cenas que levavam a novas falas, dando um novo sentido a toda a loucura que as pessoas podiam expressar.

Para muitos funcionários, a irreverência e, ao mesmo tempo, o cuidado que os técnicos daquele projeto tinham com os usuários, mostraram que o louco tinha algo de belo, de possível mesmo que diferente. Ultrapassaram os muros do manicômio e se espalharam pela cidade. Tinham o compromisso de dar um som à sua loucura. Era como se fosse um batuque ao longe que comunicava que eles existiam, estavam presentes e pulsavam vida, não mais silenciariam.

Em maio de 1990 foi criada a Radio Tamtam ainda dentro do Anchieta em um estúdio improvisado em uma das antigas alas. Diariamente colocava no ar músicas, notícias, declarações de amor; enfim, diminuía a distância entre o mundo de fora e o de dentro. Como se não bastasse seis meses depois faziam um programa numa rádio da cidade que era apresentado pelo 'loucotor' Marcelo Bruno, que também era Carlos Alberto: 'Radio Tamtam, um programa do tamanho da sua loucura'.

O sucesso foi tanto que logo foram para uma rádio mais potente, tiveram novos contratos, viagens, entrevistas, viraram notícia de jornal até nos EUA. Estudantes do segundo grau de algumas das escolas mais elitizadas de Santos disputavam o espaço de convivência com aqueles radicais que ousavam dizer que eram loucos e felizes.

Para os responsáveis pelo Centro, as diversas atividades acontecidas mas especialmente a Radio Tamtam, levavam as pessoas da comunidade a repensar o lugar do louco e da loucura, reavaliando os rótulos que criou para indivíduos tidos como diferentes..

Além da rádio, foram criadas oficinas com a grife Tamtam, cujos produtos disputavam espaço nas melhores butiques da cidade.

Eram várias as oficinas: bijuterias, estamparia, papelaria, marcenaria, oficina de texto, poesia, teatro, jornal. O rendimento financeiro era dividido entre a nova compra de materiais e os pacientes que trabalharam.

Este é um dos projetos que foram extintos a partir de 1997.

1.3.4.6. Uma casa para habitar

Foi um equipamento pensado para acolher dezessete usuários graves, ex-moradores da Casa de Saúde Anchieta que não possuíam vínculos familiares. Destas 17, uma foi recebida de volta pela família, outra foi para a sua cidade de origem e três foram a óbito por razões clínicas. Atualmente estas pessoas estão num outro equipamento com propostas diferentes da inicial.

1.3.5. A saúde mental em Santos após 1997

São grandes e importantes as transformações ocorridas a partir da

Mudança de administração na cidade.

Nos NAPS, a ausência de uma coordenação atuante , de discussões de caso, de cursos de formação, de investimentos materiais levou os funcionários a se protegerem ,criando grupos de reafirmação de interesses que silenciosamente passaram a se confrontar . Também o sistema foi de novo hierarquizado conforme a lógica do saber: médico, psicólogo, auxiliar de enfermagem.

Quanto aos usuários, estes perderam muito do poder conquistado...Sequer há assembleias, eles também não a solicitam; de alguma maneira percebem que qualquer sugestão ou reivindicação não terá eco.Caso um paciente esteja em crise em casa, a família é orientada a chamar a ambulância, que não vai sem a polícia, procedimento este que já havia sido abandonado para não associar a crise a uma questão policial. Muitos pacientes já são contidos, sem contar que hoje é grande o número de internados em hospitais psiquiátricos na região e fora dela.

Para Oliva,

...os NAPS continuam existindo, mas vêm passando por grandes modificações e um desmonte sistemático de tudo que se propôs como revolucionário em relação à questão dos manicômios e da loucura. As fachadas permanecem, então muitas das mudanças são imperceptíveis ao olhar da população, que ainda mantém, em parte, a mesma mentalidade que vigorava antes da intervenção; a resistência que vem ocorrendo fica então restrita aos que participaram diretamente, como atores, de todo o processo e aos técnicos que permaneceram dispersos em alguns NAPS.

A dispersão e o desmonte da equipe do Núcleo do Trabalho foi um ponto-chave nas mudanças introduzidas. Era o conjunto de técnicos que detinha, acumulados ao longo de oito anos, a vivência, a história, o vínculo afetivo, a elaboração teórico- prática, enfim todo o know- how daquele experiência pioneira no Brasil. Lá também, como ocorreu em todas as Unidades componentes da rede de atendimento à saúde mental, o desmonte foi da qualidade de atendimento, das idéias, das relações, dos valores, daquilo que se constituiu desde o início como essencial para quem participou de dentro do processo. O desmonte das equipes não foi circunstancial; foi uma estratégia para interromper as inovações e retomar formas mais conservadoras e autoritárias de intervenção na saúde mental.(OLIVA, 2000, p.64)



OBJETIVOS

No Programa de Saúde Mental de Santos, mais do que mudar o discurso estabelecido da psiquiatria tradicional, foi possível criar e desenvolver uma nova prática, a da atenção aos pacientes em liberdade. Entretanto, mudanças desta magnitude impõem grande dose de insegurança.

Nas páginas anteriores foi relatado um pouco a respeito dessa experiência e da construção cotidiana de estratégias que buscavam a emancipação das pessoas. Construção esta que foi resultante de uma somatória de saberes, intenções, projetos, modelos e compromissos.

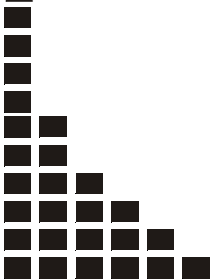
Ao longo da história, no entanto, essa perspectiva de valorização dos diferentes sujeitos tem evidenciado uma lacuna: no trato com a doença mental somente governo (interesses dominantes), técnicos (ciência hegemônica) e setor privado (interesses econômicos) tiveram voz e poder de intervenção. De imediato aparece a lacuna do sujeito/objeto da ação em Saúde Mental: o usuário dos serviços.

O que e como ele, esse sujeito/objeto expressa essas mudanças?

Assim, o principal objetivo deste trabalho é identificar qual a vivência que eles, estes sujeitos, tem desse processo de transformação e como expressam esta mudança.

Outros objetivos mais específicos procuramos alcançar com este trabalho:

- caracterização da identidade geral dos sujeitos: idade, gênero, grau de instrução
- identificação das condições de moradia, de renda e de autonomia para o trabalho
- identificação do diagnóstico psiquiátrico e seu manejo pelas instituições
- identificação das relações familiares
- caracterização de aspectos da vida sócio-afetiva



METODOLOGIA

Para atingir aqueles objetivos o principal caminho escolhido foi o da escuta das falas dos usuários. Além deste, buscamos trabalhar as informações objetivas através do levantamento e do estudo dos prontuários, que foram complementados com consultas técnicas a funcionários.

A relevância da utilização de relatos orais para captar as trajetórias dos doentes mentais foi afirmada por BRUNELLO (1992), a partir de histórias contadas por quatro indivíduos que viveram por muitos anos dentro de um sistema psiquiátrico. A autora reflete sobre as conseqüências deste processo terapêutico alienante e excludente transformando o indivíduo em nada e a importância do uso de uma metodologia que validasse a fala de cada um, capacitando-os a novas conquistas e reconquistas.

É como se o sofrimento não tivesse sido em vão e o fato de hoje poderem ter uma outra vida e outra consciência de seus direitos servissem de direção para dar esperanças a tantos outros que ainda estão no escuro e na opressão dos hospitais psiquiátricos.

3.1. O USO DOS RELATOS ORAIS

Para QUEIROZ (1991), entre as técnicas de coleta de material, os relatos orais foram reabilitados há poucos anos, embora alguns cientistas sociais já os utilizassem e os considerassem instrumentos fundamentais para as suas pesquisas. Algumas dificuldades entretanto, já se apresentavam, como por exemplo a questão das implicações psicológicas das histórias de vida, já que as mesmas eram coloridas pelo subjetivismo do informante, o que deturparia sua narrativa. Serviam no entanto, para captar o não explícito, o indizível. Os relatos orais foram então abandonados em fins dos anos 40 em função do avanço do desenvolvimento das técnicas estatísticas, passando a ser a técnica da amostragem com o questionário a maneira mais utilizada de se obterem dados inquestionavelmente objetivos. Pouco a pouco se percebeu, no entanto que:

valores e emoções permaneciam escondidos nos próprios dados estatísticos, já que as definições das finalidades da pesquisa e a formulação das perguntas estavam profundamente ligadas à maneira de pensar e de sentir do pesquisador, o qual transpunha assim, para os dados, de maneira perigosa porque invisível, sua própria percepção e seus preconceitos". (QUEIROZ,1991,p.2)

A tecnologia e em especial o gravador trouxeram nova importância aos relatos orais e as fitas pareciam conservar a vivacidade que a escrita escondia, no entanto essa ilusão, a de que se deveria conservar a narrativa o mais próximo possível de seu registro, evitando a intervenção do pesquisador e a ocorrência de cortes que prejudicariam o conhecimento integral do dado recolhido, também logo se desfez na medida em que a conservação das fitas é muito difícil e a transcrição ainda é a única forma de se conservar um relato por longo tempo.

Sendo assim, o obstáculo parece intransponível:

O pesquisador é guiado por seu próprio interesse ao procurar um narrador, pois pretende conhecer mais de perto, ou então esclarecer, algo que o preocupa; o narrador, por sua vez, quer transmitir sua experiência, que considera digna de ser conservada, e ao fazê-lo, segue o pendor de sua própria valorização, independentemente de qualquer desejo de auxiliar o pesquisador. (QUEIROZ, 1991, p.4)

Alem disso, mais tarde ao utilizar o relato, o pesquisador o fará de acordo com seus interesses, isto é, as intenções do narrador serão forçosamente sacrificadas, e "assim, diante destas considerações, o escrúpulo em relação aos recortes das histórias orais e à sua utilização parcial se afigura nitidamente como um falso problema". (QUEIROZ, 1991)

As discussões sobre a propriedade ou não do uso das histórias de vida para uma análise sociológica se referem às distorções causadas pela subjetividade do narrador. No entanto, podemos refletir que um indivíduo não obedece apenas a determinações peculiares e próprias senão que:

o que existe de individual e único numa pessoa é excedido, em todos os seus aspectos, por uma infinidade de influências que nela se cruzam e às quais não pode por nenhum meio escapar, de ações que sobre ela se exercem e que lhe são inteiramente exteriores. Tudo isto constitui o meio em que vive e pelo qual é moldada; finalmente, sua personalidade, aparentemente tão peculiar, é o resultado da interação entre suas especificidades, todo o seu ambiente, todas as coletividades em que se insere. Não é novidade alguma afirmar que o indivíduo cresce num meio sócio-cultural e está fundamentalmente marcado por ele. Sua história de vida se encontra, pois, a cavaleiro de duas perspectivas: a do indivíduo com sua herança biológica e suas peculiaridades, e a de sua sociedade com sua organização e seus valores específicos. A história de vida, em

resumo, se encontra a cavaleiro de duas disciplinas, a psicologia e a sociologia. A história de vida é, portanto, técnica que capta o que sucede na encruzilhada da vida individual com o social (QUEIROZ, 1991, p.21)

Podemos dizer, então que é nesse encontro, nesta relação pesquisador-narrador que emergem memórias, sonhos, planos, histórias enfim que buscarão novo significado para ambos.

3.1.1. Os relatos orais

Entre os relatos orais, destacaremos a história oral, a história de vida e os depoimentos. A história oral é termo amplo, diz respeito a fatos não documentados de outra maneira ou cuja documentação se quer completar, ou ainda, a memória coletiva daquele grupo:

pode captar a experiência efetiva dos narradores, mas destes também recolhe tradições e mitos, narrativas de ficção, crenças existentes no grupo, assim como relatos que contadores de histórias, poetas, cantadores inventam num momento dado. Na verdade, tudo quanto se narra oralmente é história, seja a história de alguém, seja a história de um grupo, seja a história real, seja ela mítica". (QUEIROZ, 1991,p.5)

A história de vida está dentro do campo amplo da história oral e constitui uma espécie ao lado de outras formas de informação. Assemelham-se às histórias de vida as entrevistas, os depoimentos pessoais, as autobiografias, as biografias.

A entrevista, isto é, a conversação continuada entre informante e pesquisador, está sempre presente em todas as formas de coleta dos relatos orais; na coleta de histórias de vida, no entanto, a interferência do pesquisador deverá ser mínima. Para ser considerada história de vida, não é com uma ou duas entrevistas que se esgota o que um informante pode contar sobre si mesmo. É uma técnica que demanda um longo tempo na coleta e portanto na transcrição. A história de vida encerra um conjunto de depoimentos.

Os depoimentos são relatos de experiências vividas, podem ser tomados em parte e tem uma intervenção maior do pesquisador. É

o relato de algo que o informante efetivamente presenciou, experimentou, ou de alguma forma conheceu, podendo assim certificar(...) A diferença entre história de vida e depoimento está na forma específica de agir do pesquisador ao utilizar cada uma destas técnicas, durante o diálogo com o informante. Ao colher um depoimento, o colóquio é dirigido diretamente pelo pesquisador; pode fazê-lo com maior ou menor sutileza, mas na verdade tem nas mãos o fio da meada e conduz a entrevista.(QUEIROZ, 1991, p.7)

É assim que dentre os relatos orais optamos pelos depoimentos que tratavam dos aspectos de vida na mudança entre o hospital e o NAPS. As entrevistas foram analisadas a partir da orientação da mesma autora que salienta a organização dos depoimentos a partir de dois planos de corte: o formal e o do significado. Quanto ao aspecto formal analisou-se os pontos de referência nos quais a narrativa se apoiou assim como a sua marcha: linear, circular, ou com idas e vindas. A partir desta análise, será possível indagar da existência ou não de ligações entre esses dados comparados aos da ficha do usuário (dados fornecidos pelo prontuário e pelos funcionários).

Quanto à análise do significado, ele representa aquilo que ele comunicou ao pesquisador e que deve ser compreendido por este, na perspectiva do referencial teórico da pesquisa, obedecendo os temas relacionados, sua ordem e a frequência com que aparecem no documento.

A discussão dos temas foi feita utilizando-se os autores italianos e brasileiros da desinstitucionalização.

3.2. O ESPAÇO E AS PESSOAS

3.2.1. O espaço

A intervenção no Anchieta foi um divisor de águas entre modelos de atenção. Isto porque, como já referido, o grande momento instituinte aconteceu dentro do hospital e forneceu energia para a construção dos novos serviços. Esta talvez seja uma das causas para a característica fortemente desinstitucionalizante do primeiro NAPS, o da Zona Noroeste, fundado em agosto de 1989.

Com um ano de intervalo foi fundado o NAPS II, do Centro. O fato de identificarmos também neste serviço estratégias bastante inovadoras de atenção, um certo distanciamento no tempo em relação à intervenção e a facilidade e a disponibilidade dos seus funcionários e usuários contribuiu para que recaísse sobre seus usuários, a constituição do universo de pesquisa.

Encarregado da atenção à saúde mental aos moradores da região do Centro, sua área de abrangência compreendia 8 bairros: Vila Nova, Vila Mathias, Paquetá , Encruzilhada (parte), Macuco, Valongo, Morro do Pacheco e Monte Serrat num total de 45.062 habitantes. O estudo do território foi feito, conhecendo a rede de serviços municipais, sindicatos, obras assistenciais, espaços de lazer, locais de moradia. Além do estudo geográfico e do levantamento dos recursos da comunidade, foi possível conhecer o cotidiano daquela população.

Com referência à região central da cidade, pode-se dizer que são muitas as necessidades e enorme a desestruturação das instituições familiares Há uma importante deterioração das relações na comunidade, com uma grande quantidade de entidades assistenciais do tipo albergues, prato de sopa, entidades religiosas.

Quanto às características do serviço, gostaríamos de fazer algumas observações que foram fruto de outras pesquisas e de vivência, uma vez que lá trabalhamos como psiquiatra no período de julho a dezembro de 1994 e depois, através da Associação Franco Rotelli no período de março a outubro de 1999.

O perfil das pessoas atendidas inicialmente pelo NAPS II caracterizava-se por um grande número de alcoolistas crônicos, mulheres em situação de prostituição, pessoas moradoras de rua devido a diferentes motivos , assim como uma grande quantidade de neuróticos leves herdados de um antigo ambulatório, que se somaram aos egressos do Anchieta, moradores da região.

Esse quadro não se manteve passados seis anos uma vez que no último grande levantamento realizado por FILIZOLA (1999) ao final de 1996 identificava, quanto à rede social e familiar, que a maioria dos usuários residia com suas famílias, cônjuges,

parentes/amigos. Quanto às condições de moradia, pouco mais de 15% morava em quartos de cortiço/ pensão/ cômodo ou na rua. Quanto à escolaridade, a maioria não tinha o primeiro grau completo e a taxa de desemprego era de 23%.

Havia 504 pessoas freqüentando o serviço. Destas, 248 eram do sexo feminino e 256 do sexo masculino. Na média, eram adultos, com faixa etária entre 31 e 40 anos, 144 (28,7%) seguidos dos de 41 a 50 anos que eram 109 (21,6%). Os adultos jovens somavam 91 (18%), os que se encontravam na faixa etária dos 51 aos 60 anos eram 79 (15,7%) e os idosos, acima de 61 anos, eram 37 (7,4%) do total. O número de adolescentes em atendimento (entre 17 e 20 anos) foi de 19 (3,8%). Havia ainda 25 (4,8%) usuários cuja data de nascimento não constava nos prontuários.

Apesar das políticas públicas implantadas no período de 1989 a 1996, é muito presente ainda o quadro de exclusão e de empobrecimento progressivo daquela população. Assim, pedidos de benefícios, inscrições em frentes de trabalho, aluguel de espaços para moradia, documentações, intermediações junto a instituições diversas, incluindo polícia e justiça, localização de parentes, fornecimento de refeições entre outras demandas sociais e de saúde constituem grande parte do cotidiano dos trabalhadores desta unidade.

Uma assistente social da equipe assim percebe a dor da exclusão presente nestes pacientes:

O sofrimento psíquico neste contexto apresenta contornos ainda mais sombrios, ao considerarmos que a maioria das pessoas portadoras de sofrimento psíquico não está incluída nem sequer na categoria 'a margem do mercado, pois nunca vivenciaram o trabalho enquanto meio de subsistência. O passado de violência intensa e a ausência de liberdade estão presentes, fazendo parte da história destes sujeitos que foram submetidos a internações em manicômios. (MIQUELETTI, 2000,p.40)

O NAPS II é uma casa que permanece todo o dia de portas abertas e onde não existe um balcão de recepção. Qualquer pessoa pode entrar ou sair, além de poder circular livremente pelos espaços. Funciona nas 24 horas, sendo que à noite a equipe é formada apenas por auxiliares de enfermagem, tendo o Pronto Socorro Psiquiátrico como retaguarda. Nos finais de semana o regime é de plantão diurno, um rodízio entre todos os

profissionais universitários do serviço. Possui uma cozinha que fornece em média 80 almoços e 50 jantares, além de café da manhã e lanche da tarde. O pavimento superior é composto por dois quartos para hospitalidade integral: um para as mulheres e outro para os homens, além de posto de enfermagem e demais dependências de uso comum. . Além de servir às pessoas que necessitam de maior atenção e não podem ir para casa à noite, abriga também dois moradores que não têm recursos para estar em outro lugar. A forma de funcionamento, as atividades, a fundamentação teórica é em tudo muito semelhante ao que já foi descrito anteriormente a respeito do NAPS I consideradas as necessidades daquela população.

A equipe, considerando a média entre os diversos períodos nestes 10 anos, tem sido formada por profissionais com jornada integral de 40 horas. Os universitários são em número de 10, incluindo psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais e os auxiliares de enfermagem de 17 a 20. Existem ainda os funcionários administrativos, os auxiliares de limpeza e os auxiliares de cozinha (este número variou muito durante esses anos). Cada paciente admitido tem o acompanhamento de um técnico, um médico e um auxiliar de enfermagem que é considerada a equipe de referência ; juntos compõe o PTI do usuário.

Apesar do trabalho de assistência tanto à saúde como na área social ser fundamental, algumas pessoas da equipe o encaram como um desafio, na medida em que se investe na autonomia e na capacidade de escolha de cada um:

atuar num serviço territorial de portas abertas não garante a desinstitucionalização, daí a necessidade constante da reflexão acerca de nossas ações, procurando manter a filosofia expressa neste Projeto, que é dar voz aos loucos, respeitando-os, sempre na busca da autonomia, diferentemente do paternalismo que impede o outro de responsabilizar-se e de ser sujeito de sua própria vida, levando em conta as dinâmicas sociais e suas manifestações.(MICHELETTI, 2000, p.40)

3.2.2. As pessoas

O universo da pesquisa foi constituído por usuários que apresentavam como pré-requisito o fato de terem sido internados em hospitais psiquiátricos antes da intervenção e permanecerem em atendimento até hoje em outro modelo, neste caso no NAPS II.

Alguns procedimentos foram realizados no sentido de selecionar os sujeitos da pesquisa. Foram escolhidas as pessoas que satisfizessem as condições abaixo

a) Identificação

Trata-se das informações levantadas através do livro de matrícula do NAPS dos pacientes que estão freqüentando hoje e que estiveram internados no Anchieta antes da intervenção.

b) Consentimento e adequação

Como nem todos estivessem disponíveis ou tivessem interesse em participar da pesquisa, ou ainda vivessem um momento de crise, escolhi fazer algumas perguntas e assim afinar os critérios de seleção:

- Você já esteve internado em hospital psiquiátrico antes?
- Você está em tratamento aqui há mais de 2 anos?
- Você gostaria de gravar um depoimento para contar sua história desde que está em tratamento aqui no NAPS?

Foi considerado também a adequação em relação ao momento vivido (se em crise ou não)

c) Análise dos prontuários

O estudo dos prontuários foi realizado para conhecer melhor os dados e o contexto do atendimento no serviço. Tal análise revelou a importância de considerar a idade, já que mais da metade das pessoas disponíveis tinham acima dos 50 anos, com história de muitos anos de internação, muitas perdas e abandono, com pouca ou nenhuma estrutura familiar, uma vida social bastante restrita e com pouca ou nenhuma independência econômica.

Ficou claro assim que era importante também ouvir pessoas mais jovens, para as quais o peso das internações não fosse tão grande. Foram selecionadas pessoas com idade abaixo dos 45 anos. Outro aspecto escolhido foi ouvir homens e mulheres, na tentativa de evidenciar as diferentes apreensões das duas experiências.

Considerando a satisfação dos critérios acima e ainda os critérios básicos de escolha como o de entrevistar homens e mulheres de diferentes faixas etárias e com diferentes experiências de inserção social e, respeitando ainda a disponibilidade para falar sobre aspectos de suas vidas, foram selecionadas sete pessoas.

d) Informações adicionais

Em relação aos sujeitos selecionados procuramos acrescentar alguns dados que foram considerados importantes e que não constavam dos prontuários. Os mesmos foram coletados junto aos profissionais responsáveis. Preferimos esta técnica para não modificar o caráter dos depoimentos que precisavam ser espontâneos .

Estes sujeitos foram convidados a fazer seus relatos a partir de uma entrevista.

Os encontros para relatos aconteceram em três diferentes momentos: inicialmente foram três homens, sendo dois com idade acima dos 50 anos e um com idade abaixo dos 45 e duas mulheres, uma mais velha e outra mais jovem. Havia ainda uma outra senhora que queria muito ser entrevistada mas estava num momento de crise. Então voltamos um mês depois, quando ela estava bem. Por perceber que o número de pessoas idosas era bem maior, retornamos mais uma vez para entrevistar um homem mais jovem.

A pergunta a ser respondida foi:

Como você contaria a sua vida no período em que era internado e agora no NAPS?

Com base nesta grande pergunta de abertura procuramos organizar a entrevista de maneira que as indicações do roteiro abaixo fossem abordadas:

a- tipos de tratamento a que já se submeteu

b- quanto de renda administra e administrava

c- participação da família antes e agora: se tem ou não, se é indiferente, se tem atitude crítica ou favorável

- d- vida social e afetiva antes e agora: está sempre só, pouca relação familiar e comunitária, vida social plena
- e- relação com o NAPS: com a instituição em si, com os demais usuários, com os profissionais e como era no Hospital Psiquiátrico
- f- relação com o trabalho antes e agora: identificar se trabalha ou não, se no mercado formal, mercado informal, aposentado por invalidez, aposentado por tempo de serviço, trabalho protegido
- g- condições de moradia antes e agora: sem casa, num quarto de pensão, num quarto com a família, na casa com a família.
- h- condições de cidadania antes e agora: se interdito, com tutela, com medida de segurança, *sub judice*, cidadania plena



RESULTADOS

4.1. A APROXIMAÇÃO DOS SUJEITOS

Ao contrário do que eu supunha, foi grande o interesse demonstrado por diversos usuários em colaborar com a pesquisa após conhecerem seus objetivos e a importância dos depoimentos. Afirmavam que achavam bom que suas impressões ficassem gravadas e registradas, queriam muito falar sobre si mesmos e sobre suas vidas. Por outro lado, outros ficaram bastante incomodados e se recusaram justificando que não gostariam de reviver as dolorosas lembranças do passado.

Creio que o fato de já termos sido médica de alguns deles por seis meses no ano de 1994, assim como haver participado de vários encontros e viagens promovidas pela Associação Franco Rotelli foi fundamental para o clima de confiança que se instalou para a coleta dos depoimentos.

Neste primeiro momento, dentro da análise formal e a comparação com as fichas dos entrevistados, a abordagem é mais geral, panorâmica até, evidenciando os pontos essenciais dos depoimentos. Serão analisados individualmente, para que, a partir deste ponto possamos ter acesso a temas comuns aos entrevistados, orientando-nos a uma nova composição, desta vez, coletiva.

4.2. PONTOS DE REFERÊNCIAS E MARCHA DAS NARRATIVAS

Os próximos entrevistados possuem idade acima de 45 anos.

JR- Narrativa linear, bastante objetiva, conta sua história expressando a sua tristeza com as lembranças dos tempos do Anchieta e de outras internações. No entanto fica muito entusiasmado e satisfeito quando conta dos seus progressos, de como se sente aceito pelos artistas do teatro e do cinema.

Os pontos de referência que marcam sua narrativa são: as lembranças da violência do hospital e na atualidade a vida independente, o teatro, a namorada, o morar só, dinheiro, liberdade; o conhecimento e a administração da doença.

Comparando-se com os dados obtidos de prontuário e de funcionários, percebe-se uma mudança importante na medida em que JR era apenas um deficiente mental, que não saía de casa, completamente dependente da tia, não administrava o próprio dinheiro, sendo totalmente controlado pela família, atormentado pela possibilidade de estar sendo traído pela mulher. Atualmente é bastante independente, já é avô e bastante querido pelas filhas.

AJ-Tipo chorão, sua narrativa é circular, repete várias vezes o seu inconformismo frente às atitudes dos outros em relação a ele. Todos são ingratos e o exploram maltratando-o. Tenta se desresponsabilizar de todos os seus atos agressivos, relacionando-os com a doença. Coloca-se de uma forma um pouco infantil, na medida em que se define como carente.

Marca com insistência: as violências do hospital;a incompreensão da família e da sociedade, satisfação com o tratamento atual, com ressalvas.

Consta em sua ficha que, embora AJ recebesse benefício no período das suas internações em hospitais, nunca administrou seu próprio dinheiro. A família era bastante crítica, nunca saía só, era muito dependente e controlado pela mãe. A sua dificuldade em relacionar-se de uma forma adulta com a sua doença e sua vida continua até hoje. Apesar disso já é possível tomar atitudes, como reclamar com o inquilino o aluguel atrasado. Há também um importante progresso na relação de AJ com os familiares, estando hoje o irmão e a cunhada bastante próximos. Atualmente administra a sua aposentadoria por invalidez e a pensão que lhe ficou da mãe. A casa onde mora foi herança da mãe e os irmãos abriram mão em favor dele. Sua vida sócio-afetiva está mais interessante. Na ocasião da entrevista namorava outra usuária.

MD- Narrativa linear, objetiva, consegue explicitar muito claramente a diferença de tratamento entre o hospital e o NAPS.

Pontos de referência: as violências do hospital, a valorização do NAPS, o trabalho com continuidade, o conhecimento e a administração da doença, a doença como causadora das perdas.

Nos dados de sua ficha, encontra-se que MD teve uma evolução entrecortada de crises. No entanto conseguiu emprego como ajudante em uma pensão onde está há vários anos e somente agora pode dispor do seu dinheiro. Recebe uma aposentadoria do INSS, além de uma ajuda de custo da pensão. Com a família, que era muito crítica, hoje mantém uma relação difícil, mas de respeito e colaboração. Tem uma filha dentista e um filho médico que eram muito distantes e críticos. Hoje, pelo menos a filha está bem mais próxima.

MHA- Também conta muitas histórias, compartilha lembranças, narrativa de tipo circular.

Pontos de referência: o hospital e a violência: a falta da família e de outras pessoas, o NAPS é a segunda família, a doença como causadora das perdas.

Segundo a profissional que a acompanha, a paciente que é separada, já foi interdita, não tendo acesso a nenhum dos bens do casal. Sua família, outrora crítica, hoje é indiferente, inclusive o filho. Hoje, MH mora sozinha numa pensão e recebe seu próprio dinheiro e após muito investimento da equipe, está desinterditada.

Até o momento, este é o resultado parcial de quatro pessoas entrevistadas: dois homens e duas mulheres com idade acima de 45 anos e com história de inúmeras internações. JR e MD, um pouco mais novos são bem mais independentes em relação ao NAPS que AJ e MHA.

A primeira impressão é de que a violência e as perdas sofridas foram mais sentidas pelos últimos e se acentuam em função do avançar da idade e da falta de perspectiva.

A seguir, dois homens e uma mulher mais jovens, com idade inferior a 45 anos.

WS- Narrativa linear, é bastante claro, utiliza uma retórica contundente, tipo discurso político.

Pontos de referência: a violência do hospital, a importância da presença da família, o valor do NAPS, a importância da luta política.

Os dados da ficha revelam que WS, filho adotivo era um deficiente mental leve, que percebia a sua limitação e sofria com ela. Claramente rejeitado pela mãe verdadeira e mesmo pela família onde foi criado. Tenta trabalhar, estudar, viver como alguém normal, mas não consegue concretamente se vincular a nenhum projeto de reabilitação, cria confusões, acaba sendo rejeitado, o que o remete à sua situação inicial, regredida, de quem não consegue se centrar para pedir ajuda e produzir uma mudança. O único lugar que o identifica é o de militante do Movimento da Luta Antimanicomial.

JG- Narrativa circular, tipo discurso professoral, usa termos fortes e duros, político radical, maniqueista, crítico da administração atual

Pontos referenciais: potência para lutar, conhecimento de seus direitos e a forma de lutar, a violência dos hospitais, NAPS é lugar de expressão de direitos

É o atual presidente da Associação Franco Rotelli, conhecido no Movimento Nacional e participante crítico dos espaços democráticos da cidade. Dificilmente fala de si, mas do lugar que ocupa. Sua entrada no Programa deu-se através da intervenção da polícia, uma vez que havia referência que o JG latia na prisão, acusado de agressões e confrontos especialmente com autoridades e o seu processo de reabilitação incluiu a conquista de uma casa e da sua cidadania plena, uma vez que suas pendências judiciais foram resolvidas.

LS- Conta muitas histórias, não é linear, é recheada de recordações, de confidências

Pontos de referência: a violência do hospital: o NAPS visto como segunda mãe: afeto, segurança, cuidado e alimento, a ausência da família, o trabalho devolvendo a dignidade, o conhecimento e a administração da doença, a doença como causadora das perdas.

O dado importante de LS, que ela mesmo conta, é a desresponsabilização e o desconhecimento em relação à doença, o que lhe trouxe muitas perdas. Há uma forte motivação para a saúde e para a vida centrada no desejo de voltar à família e o NAPS tem respondido a esta necessidade, na medida em que não tem crises desde que iniciou seu tratamento.

Na análise desses usuários mais jovens, especialmente nos homens, percebe-se mais alegria e entusiasmo. Outro aspecto positivo é o fato deles apresentarem menor número de interações anteriores.

Com relação às mulheres todas tem um número muito grande de interações independente da idade. Colocam-se sempre de forma bastante insegura, querem ir mais devagar, sem grandes expectativas. Este será um dos assuntos para discussão. Uma outra conclusão é a percepção de que os acontecimentos avaliados como bons ou maus são relacionados às características do serviço que o atende.

4.3. OS TEMAS

Podemos assim, a partir de uma observação detalhada selecionar alguns tópicos que foram reiteradamente apontados. Os temas que mais apareceram nas entrevistas principalmente nos pontos de referência e outros que permearam com menor frequência as narrativas foram :

T1- O manicômio: lugar de violência e opressão

T2- O NAPS: o direito de existir

T3- A assistência: vivendo a loucura com afeto em liberdade

T4- A família: a consciência das perdas

T5- Reabilitação: co-geração de sentido

T6- Mudanças relacionadas à administração 1997/ 2000: exercendo cidadania

Como já colocado anteriormente, procuraremos analisar os temas a partir dos conceitos formulados por alguns autores que têm contribuído para transformar as práticas no campo da reabilitação psicossocial. SARACENO(1999), dá importantes contribuições para pensar a reabilitação psicossocial. Diz o autor que o importante não é tornar fortes os que são fracos e sim, a reabilitação é um processo para que mudem as regras do jogo e onde

fracos e fortes possam conviver, coexistir. Considera que a doença mental é um resultado final de um processo não só de falência do sistema psíquico, genético, biológico, mas fundamentalmente da relação do EU com a REALIDADE, sendo esta considerada nos seus aspectos micro (família, vizinhança, ambiente de trabalho) e macro (problemas estruturais do país: desemprego, regimes opressores, guerras). Então um indivíduo, mesmo apresentando um defeito genético ou psíquico, pode Ter um contexto opressor ou facilitador e poderá apresentar ou não uma doença que comprometa muito a sua autonomia. O mesmo autor coloca a importância de se pensar a reabilitação psiquiátrica diferente da reabilitação física, já que nesta fica mais distante a possibilidade de, através do processo reabilitativo, reverter o dano.

Autores como SACKS,1995, no entanto, escrevem a respeito da capacidade de adaptação de pessoas com deficiência:

Para mim como médico, a riqueza da natureza deve ser estudada no fenômeno da saúde e das doenças, nas infinitas formas de adaptação individual com que organismos humanos, as pessoas, se reconstróem diante dos desafios e vicissitudes da vida. (SACKS, 1995,p.16)

Continuando, o neurologista chega a propor uma nova redefinição dos conceitos de saúde e de doença,

para vê-los em termos da capacidade do organismo de criar uma nova organização e ordem, adequada à sua disposição especial e modificada às suas necessidades, mais do que em termos de uma norma rigidamente definida.(SACKS, 1995,p.16)

No caso das doenças psiquiátricas é possível pensar que os danos causados podem mudar, graças à intervenção sobre a sua desabilitação e sobre a deficiência.

4.3.1. Modelos de reabilitação psicossocial

São quatro os modelos conceituais e operativos na reabilitação psiquiátrica: o modelo “Social Skills Training”, o modelo psico-educativo, o modelo de Spivak e o de Luc Ciompi.

O primeiro modelo (SST) pode ser definido como um conjunto de métodos que, através das teorias da aprendizagem, promovem a aquisição de habilidades necessárias no cotidiano das situações interpessoais. Implica em duas estratégias de intervenção: o desenvolvimento das habilidades do paciente e o desenvolvimento dos recursos ambientais. Há duas fases sobre as quais deve incidir a intervenção reabilitadora: a fase da avaliação e a fase real do adestramento propriamente dito .

SARACENO (1999) faz uma crítica do modelo, na medida em que não se coloca a questão do direito à cidadania plena, além de incentivar sobremaneira o poder adestrador dos técnicos: “o objetivo parece ser o de promover habilidade e recursos para seu uso, mas não o de agir criticamente sobre as exigências, sobre as expectativas”. (SARACENO, 1999). Também, há uma tendência ao insucesso desta tecnologia reabilitativa na medida em que

o contexto real de vida exprime continuamente variáveis de preocupação que não se deixam capturar pelo hipercontrole que está implícito na abordagem como um todo. A distância que separa o setting da vida real, unida à extrema fragmentação da intervenção, ao seu enrijecimento em tarefas que saturam fragmentos de capacidade, a ausência de uma vertente de recomposição da intervenção e das pessoas, são todos elementos que denunciam a ausência no modelo de um significado ontológico do aprender, de uma exclusão a priori da dimensão do desejo, de uma ocultação do poder e dos conflitos entre sujeitos e sujeitos(SARACENO, 1999,p.42)

No modelo psico-educativo, o que se pretende é diminuir ou impedir as recaídas. É voltado para as famílias, no sentido de diminuir as denominadas EE (emoções expressas), conceito desenvolvido por Brown e Wing em Londres nos anos 60. Esses autores identificaram como importante causa de recaída de surtos psicóticos os aspectos verbais e não verbais da comunicação entre pacientes e familiares, em relação a quatro componentes: comentários críticos, hostilidade, hiperenvolvimento emotivo, empatia. O manejo familiar procura esclarecer o núcleo familiar, aumentando a compreensão do distúrbio esquizofrênico através de sessões educativas e treinar a família para resolver de forma estruturada os problemas (aumentar o "coping" ou seja a capacidade de lidar com situações e problemas).

A crítica ao modelo psico-educativo se refere à restrição de seu objetivo, ou seja, a diminuição de recaídas e estar centrado exclusivamente no familiar do psicótico.

O terceiro modelo, ou o modelo de Spivak é destinado aos pacientes crônicos, definidos assim não pelo critério diagnóstico mas por serem pessoas com sérios problemas de existência,

já que experimentam contínuas falências pessoais e sociais na tentativa de satisfazer demandas e necessidades próprias e de outrem. Para poder avaliar o funcionamento atual dessas pessoas, é necessário reconstruir os percursos, percursos esses que conduziram à progressiva dessocialização do paciente.(SARACENO, 1999, p.51)

O processo de cronificação é descrito pelo autor como um distanciamento recíproco entre o paciente e os outros, incluindo os terapeutas, familiares e comunidade. Tal isolamento provoca nestes, reações de frustração e desapontamento pelas falências do paciente, que ao ser recusado sentirá sua falência e começará a evitar situações e interações fadadas ao insucesso. O caminho natural será o diagnóstico médico de crônico, irrecuperável e, portanto, incompreensível e o seu destino será a expulsão da comunidade e/ ou a internação institucional.

É importante salientar que esses comportamentos de auto-isolamento e de marginalização são acompanhados de sentimentos de raiva e culpa que surgem em todos os atores envolvidos e o diagnóstico é utilizado para proteger a auto-estima dos operadores e se desresponsabilizar frente à impotência terapêutica. Para Spivak a dessocialização e a resignação são conseqüências desses processos de distanciamento recíproco e de falências terapêuticas e a tarefa da terapia e da reabilitação é neutralizá-los, promovendo o aumento das articulações sociais do sujeito com o ambiente, “sendo o diagnóstico das deficiências de competência social feito em relação a cinco áreas: a moradia, o trabalho, os familiares e amigos, o cuidado de si e a independência, a atividade social e recreativa”.(SARACENO, 1999)

Também aqui a crítica de SARACENO é que

o tratamento é focalizado sobre a adaptação do indivíduo não socializado às demandas normativas de um contexto que todavia nunca vem submetido à crítica e sobre o qual não se prevê agir no sentido de uma redefinição e modificação.(SARACENO, 1999, p.53)

O quarto e último modelo a ser estudado é o proposto por Ciompi que pressupõe o esquizofrênico como alguém com uma elevada vulnerabilidade, que se exprime sob a forma de distúrbios na elaboração das informações e na reduzida capacidade de enfrentar os eventos críticos do processo da vida e que, em condições particulares desenvolve um episódio agudo.

Esse autor faz parte de um grupo que, há vinte anos atrás, colocou em dúvida a certeza, então existente, de que a evolução da esquizofrenia e das psicoses não orgânicas fosse naturalmente desfavorável, "...levando, portanto à cronicidade e à internação. Há hoje uma importante quantidade de dados que mostram como uma significativa fração de esquizofrênicos melhora ou cura-se com o tempo".(SARACENO, 1999)

Assim, o que definiria o decurso da psicose seriam prevalentemente as conseqüências sociais e pessoais geradas pelo episódio agudo, e a cronicidade seria um artefato social. Para Ciompi, a reabilitação é concebida como um percurso de trabalho cujo objetivo é a reinserção na vida social e produtiva, valorizando dois eixos do campo social como únicos cenários para o trabalho reabilitativo ou clínico: o eixo casa e o eixo trabalho. Seus estudos comprovaram que o peso das variáveis sociais na determinação do sucesso ou insucesso era decisivamente maior, se comparado com o das variáveis de natureza diagnóstica ou psicopatológica. Outro resultado interessante foi a verificação de que as expectativas dos familiares e dos operadores exercem uma influencia importante sobre ambos os eixos reabilitativos.

Graças ao trabalho de Ciompi, foram valorizados tais pontos fechados sobre a conceitualização do distúrbio psicótico e do processo de intervenção sobre ele. O decurso da psicose se revela inextricavelmente conectado à estrutura e às dinâmicas do campo social dentro do qual circulam as expectativas do micro e do macro-ambiente sobre o paciente...afirma que o processo de mudança se ativa mais com a modificação do posicionamento no campo social do que com intervenções focalizadas sobre um único paciente.(SARACENO, 1999)

Conceitos fundamentais como os de reabilitação e autonomia são explicitados por KINOSHITA (1996) para quem reabilitar seria

criar as condições para que um paciente possa, de alguma maneira participar do processo de trocas sociais. Produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto), possa-se passar por experimentações, mediações que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio. Ou seja, modificar o pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível, proposto (KINOSHITA, 1996,p.56).

Seria assim, o processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia, aqui definida pelo autor como

a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/ coisas. Esta situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (KINOSHITA, 1996,p.57)

Os novos serviços facilitadores das trocas e das relações implicarão em novos atores da desinstitucionalização: desta forma há a necessidade de transformação da postura do novo profissional em saúde mental. Seus instrumentos de trabalho já não podem mais ser apenas o olhar do médico que faz o diagnóstico nem o da escuta.

SARACENO(1998) define a nova clínica como “a arte de co-gerar sentido com o paciente”:

Uma clínica que abra possibilidades para permitir ao paciente experimentar a intermitência de seu sofrimento, uma clínica que produza intercâmbio entre os pacientes, enquanto estão sofrendo, com outras pessoas. Uma clínica que permita ao paciente produzir valor social. Que seja a pintura, que seja a cooperativa de trabalho, que seja algo, mas que produza valor.(SARACENO, 1999,p.30)

O que está em discussão são quais as práticas e quais conceitualizações são condições necessárias para discutir reabilitação e quais os eixos de intervenção mais indicados. É preciso repensar quais as variáveis que pertencem ao sujeito, à família, ao macrosocial, e que se configuram como fatores de risco para as enfermidades mentais. E também quais os tipos de serviços que o paciente recebe, não os tratamentos.

Assim também, para esse novo paciente, agora não mais passivo, mas usuário dos serviços, com liberdade e voz, com consciência das suas limitações mas atento aos seus direitos e com desejos expressos, uma nova profissionalidade deverá ser construída. De acordo com tal perspectiva, um serviço que ofereça menos risco é aquele que facilita as trocas de afetos, que possibilite as trocas de bens e no qual o paciente reconstrua a sua identidade. Escolhemos então o estudo dos temas tendo como cenário as características dos serviços.

4.4. A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS

Partindo do princípio que a psiquiatria foi fundada baseada na dicotomia entre sujeito e contexto, Saraceno propõe um terceiro elemento para romper esta dicotomia: este elemento é o serviço. Argumenta tal proposição da seguinte maneira:

quais são os determinantes que fazem com que uma pessoa, com vinte anos de idade que está em uma experiência psicótica, com alucinações, delírios, se sinta rapidamente melhor? Podendo estar em condições de estabelecer vínculos e relações afetivas satisfatórias. Que não entre no circuito violento da psiquiatria, que não fique impedida de ter relações afetivas, de ser um cidadão, de ter uma rede social, de ter trabalho, mesmo que tenha a experiência de sofrimento. (SARACENO, 1999, p. 28)

Na realidade, diz "...os elementos que mais determinam o andamento de uma enfermidade mental estão apenas parcialmente no tratamento, a outra parte não está tanto no tratamento que o sujeito recebe, mas no tipo de serviço que o atende." (SARACENO, 1999)

Dentro da perspectiva já abordada é preciso pensar uma nova epidemiologia: a epidemiologia dos serviços de saúde mental, pois um determinado serviço pode ser opressor ou facilitador para as trocas sociais, ou seja, o próprio serviço, longe de ser neutro, torna-se verdadeiro fator de risco para a saúde mental do indivíduo.

Dentro de tais conceitualizações, o autor propõe discutir o verdadeiro sentido do trabalho de reabilitação para que o mesmo não se configure como mero entretenimento e sim seja instrumento de poder para libertar as identidades e devolver o lugar de sujeito ao portador de transtorno mental que foi excluído.

Segundo SARACENO (1999) o tratamento tradicional traz pouco resultado; em geral o que se observa é que:

"A condição real da média dos pacientes psiquiátricos, internados ou não, em qualquer local do planeta é dramaticamente igual: violência e miséria nas instituições psiquiátricas totais, abandono e resposta farmacológica pesada para os pacientes assim chamados ambulatoriais, êxitos dos tratamentos a longo prazo distribuídos entre melhoras, pioras e estabilidade, segundo uma razão onde o papel das tecnologias específicas empregadas ou ainda mais das pertinências eclesiais dos psiquiatras parece ser muito modesto.(SARACENO, 1999,p.20)

Numa nova perspectiva, todo e qualquer tratamento em Saúde Mental será visto não só no seu aspecto técnico, mas também serão considerados os contextos onde o tratamento se dá, as motivações e expectativas de quem oferece o tratamento, os modos afetivos e materiais que constituem a assistência, a continuidade e a perspicácia com que são construídas propostas de vida para o paciente.



DISCUSSÃO

Os relatos são ricos em detalhes, em especial no que se refere às suas vivências nos manicômios. Expressam ódio, dor, mágoa, ressentimentos, medo e uma grande apreensão sobre os destinos dos NAPS, o que para eles significa o destino de suas vidas, pois fica evidente desde o início que atribuem as suas conquistas ao fato de não estarem mais internados.

Consideramos importante apresentar os depoimentos em blocos, já que os mesmos são auto-explicativos e a sua fragmentação poderia descaracteriza-los.

Os entrevistados estão identificados com suas iniciais (vide legenda); não estão presentes as intervenções do entrevistador que foram poucas e não direcionadas.

As variáveis reais analisadas a partir dos relatos dos usuários serão: os sujeitos, os contextos, os serviços e os recursos. Assim, dentro desta perspectiva, trataremos inicialmente do manicômio, primeiro tema recorrentemente apontado, já que para os usuários entrevistados também foi muito importante e consumiu boa parte do tempo, o relato das lembranças dos tempos de hospício.

5.1. O MANICÔMIO – LUGAR DE VIOLÊNCIA E OPRESSÃO

A dor na alma

A cor do trauma

Dor de crise

A mente

E a mentira

A dor que ninguém tira

As injeções contra o ódio

O comportamento inadequado

O medo e o grito dopados

A natureza sob controle

nada controla o coração

Jorge Viana, usuário do NAPS II

Nesse enfoque, será pensado a vivência das internações no Anchieta porque, enquanto serviço, o hospital psiquiátrico constitui ainda, em qualquer lugar do mundo, o eixo da atenção em psiquiatria, consumindo a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados ao tratamento dos doentes mentais. Assim também acontece no Brasil, onde dados recentes do Ministério da Saúde (1999) demonstram que mais de 90% do orçamento da Saúde Mental do país são gastos com o pagamento ao sistema hospitalar.

Para todos os entrevistados, o manicômio foi o lugar onde sofreram ou testemunharam a violência dos mais fortes (funcionários, laborterápicos) contra os mais fracos. Também foram muito marcantes o isolamento, a sedação, o uso do eletrochoque como castigo, a exploração do trabalho, o abandono, a indiferença pela saúde e pela vida. A tristeza dos relatos e também a sensação de impotência diante de tantos desmandos fazem pensar que não haveria mesmo nenhuma técnica ou ciência que pudesse dar uma resposta a altura das necessidades éticas e humanas dessas pessoas, colocando-nos o desafio de uma discussão do papel dos técnicos.

Para BASAGLIA (1994)

esse tipo de tutela restritiva e repressiva que se apropria da pessoa tutelada foi a base de todas as nossas instituições assistenciais e de reabilitação onde, exatamente em nome da assistência e reabilitação, os indivíduos foram, e são, ainda, absorvidos pela instituição que os abriga(...) é aquilo que social e culturalmente se faz do biológico e do psicológico que condiciona o destino das pessoas, muito mais que o elemento biológico ou psicológico originário. Um deficiente físico ou mental é excluído ou se exclui do convívio social por sua deficiência originária, mas é sobretudo o ato de exclusão que determina sua involução posterior.(BASAGLIA, 1994, p.XXV)

No seu entender, a incompreensibilidade associada à periculosidade e à imprevisibilidade, todos esses conceitos ligados à idéia de loucura, acabaram por condenar o indivíduo a uma morte civil e, às vezes, à morte real. Isolado, excluído, sem poder, o que resta é a morte lenta que observamos nos manicômios, iguais em qualquer parte do mundo.

BASAGLIA(1991) dizia:

"Se o doente não tem alternativas, se sua vida lhe parece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não se pode opor deixa-lhe uma única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio do delírio, onde não existem nem contradições nem dialética".(BASAGLIA,O 1991,p.119).

A exclusão resultante com o conseqüente isolamento, a invalidação, a objetivação das relações aparecem claramente nos relatos:

JR.- Eu já fiquei em muito hospital de louco, eu me machucava, tomava choque, é muito ruim lá. Pegavam a gente de pau, tinha que fazer o que eles queriam. Fui muitas vezes internado, mais vezes no Anchieta. Era igual a uma cadeia, pegavam um monte de remédio e se a gente não tomava levava choque na cabeça. Na hora da comida era mais triste ainda, se não comer também bate, tinha gente que morria. Eu era mais novo, tinha 21 anos (...) Eu tinha muito colega, tinha um guarda na porta. Você entrava lá dentro e não saía vivo. Ficava muito triste porque um morria, outro ficava na pedra morto, vi um colega que não agüentou a pancada".

AJ.- "...No Anchieta a cada quinze dias eu estava internado, ficava 3 meses ...era muita dificuldade lá. Graças a Deus que acabou, eu não gosto nem de pensar, tomei muito choque, porisso que eu fico assim aéreo(...)Por maior que for o hospital é ruim. Lá é trancado, doutora. Prá comer bolinho precisa subir morro, fica trancado".

MD.- "Minha vida no hospital psiquiátrico foi muito ruim, a gente não tinha o que tem hoje, ...no Anchieta só havia uma psicóloga(...)Eu, no Anchieta, cheguei a ficar num quartinho forte(...)A gente ficava trancada lá e a família só ia depois de 15 dias".

WS.- "No Anchieta a gente ficava preso e só saía com autorização, o que era muito mal para mim...tomava 12 comprimidos por dia.

Hospital? Ouvi falar de um hospital em Mauá onde atrás dele tinha um cemitério clandestino, a pessoa internava e sumia ali dentro(...)No hospital, eu vi um senhor de 77 anos morrer na minha frente, eu vi paciente que lavava banheiro em troca de um maço de cigarro, eu vi paciente apanhar de funcionário. Os médicos davam remédio excessivo para eu dormir, não conseguia ficar acordado, quando minha mãe ia lá me visitar, mal eu conseguia falar com ela de tanto sono que eu sentia. Por isso que manicômio não dá certo, porque afasta a pessoa da família, você fica isolado e a família fica com receio de visitar porque é manicômio(...)Lá no hospital, era cada dia um médico que dava medicação forte, que a cabeça doía, não comia, só dormia".

LS.- "Nos hospitais a gente sofria muito, ficava sem poder circular, andar, ficava fechado, sem receber visita e demorava muito para sarar(...)Apanhava das mais espertas, pegavam meu cigarro, quando a minha visita ia que deixava um dinheirinho para mim elas me roubavam, era muito triste(...)Quando eu fui internada, fui primeiro no Guilherme Álvaro, numa sala para doentes mentais, isso faz mais de 10 anos, eu fiquei aguardando vaga para o Anchieta. Lá foi duro, eu estava com sono, deitada e a mulher foi me chutando e dizendo:

Levanta do meu colchão...

Aí eu sentei no colchão e chegou a hora da comida".

MHA.- "Eu trabalhava por um maço de cigarro. Eu fazia todas as camas das alas B,C,D, foi na época da copa de 70, tive muitas internações lá no Anchieta. Ficava 3 meses, sábado e domingo(...)Eu também internava na Clínica Maia, lá era muita gente e a gente brigava por causa de cigarro, levei cada gravatada...Comiam a bolacha toda enquanto a gente dormia(...)A maioria das pessoas no Anchieta, o problema era a família. Eram muito maltratados, eu cheguei a tomar choque, ficar em camisa de força, tratavam a gente como se

fosse um animal, alguns funcionários também tinham medo da gente, que a gente ficasse agressiva e aí tratavam mal. Uma vez eu dei um pontapé na porta mas porque eu estava com raiva(...)Eu tentei 3 vezes o suicídio, uma vez cortei o pulso, outra vez tomei um monte de remédio...quando eu pensava que eu ia ficar internada lá dava desespero...rolava escada abaixo, ficava em camisa de força...(chora)

Para BASAGLIA, (1991), as instituições sobre as quais se organiza a nossa sociedade se caracterizam por uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho: servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, isto é há uma supremacia, uma dominação do segundo pelo primeiro, "é a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a sua lâmina(...) a violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade".BASAGLIA, 1991

No entanto como esta violência não deve ser aberta, a sociedade chamada do bem estar estendeu a concessão do poder aos técnicos que, através do tecnicismo, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a perpetuar a violência global.

O perfeccionismo técnico-especializado consegue com que o rejeitado aceite sua inferioridade social com a mesma eficiência com que antes impunha, de maneira menos insidiosa e refinada, o conceito da diversidade biológica, que sancionava por outra via a inferioridade moral e social do diferente. Na realidade os dois sistemas visam reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo.(BASAGLIA, 1991, p.116)

Para o mesmo autor,

procurando agora determinar as forças que puderam ter um efeito tão profundo sobre o doente a ponto de aniquilá-lo, vê-se que uma única tem condições de provocar tamanhos danos: a autoridade. Uma organização que se baseia exclusivamente no princípio da autoridade, cujo objetivo primeiro é a ordem e a eficiência, vê-se obrigada a escolher entre a liberdade do doente (e portanto, a resistência que este pode lhe opor) e o bom andamento do hospital. Sempre se optou pela eficiência e em seu nome sacrificou-se o doente.BASAGLIA, 1991, p. 116)

Como afirma KINOSHITA (1996), o doente mental é sempre identificado pela sua negatividade, invalidado, anulado o seu poder de contrato. Assim, "...os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados, tornando impossível qualquer possibilidade de trocas"(KINOSHITA, 1996)

Este é o ser que virou nada, como diz BRUNELLO(1992), que não consegue reagir e que qualquer tentativa de se defender é considerada agravante do sintoma. BASAGLIA (1991), novamente nos fala do trabalho a ser feito, de qual seria o verdadeiro papel dos técnicos comprometidos com o real processo de emancipação:

Para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de oposição ao poder que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita. Despertado esse sentimento, o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos, voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: sua agressividade.(BASAGLIA, 1991,p.116)

Este parece ser o caso de JG, um dos entrevistados, alguém bastante querelante, não se convence com explicações simplistas e não aceita ser silenciado, até porque se considera uma pessoa digna de admiração por denunciar maus-tratos e negligências nas instituições, por ser um defensor dos direitos humanos. Sua passagem como internado no Anchieta é relatada como uma sessão de tortura a qual deveria resistir para continuar se sentindo uma pessoa honrada:

JG.- "Eles fizeram uma divisão comigo que eu não tinha direito de falar nada, tinha uns usuários que me aconselhavam porque eu ficava no quarto forte, mandado do delegado de polícia, porque eu chamei a polícia de corrupta, que não tinha preparo para lidar com as pessoas, tudo isso., que eles até matavam qualquer pessoa sem saber o motivo. Os usuários me falavam que eu não podia falar nada; deixei até o esporte porque eu praticava esporte, eu corria dentro do próprio quarto forte para descarregar a adrenalina que estava no meu corpo. Eu ficava pulando lá dentro e de meia em meia hora eles iam olhar na brecha como eu estava, queriam me dar sossega-leão , mas eu já sabia o que eles planejavam, qualquer coisa que relatasse com a família, com o médico” .

O lugar fechado tinha uma determinação que a gente ficava apavorado para sair, a gente não podia sair nem para tomar um sol. Tinha que ficar preso lá dentro dopado de remédio, isso antes da intervenção da Telma. Eles abriam o quarto forte e ameaçavam de dar eletrochoque, eu vi várias pessoas tomarem eletrochoque, vi tomarem com um pedaço de pau na cabeça, bater com o rodo. Qualquer coisa que o paciente retrucasse eles iam para o lado da maldade e da incrueldade. O paciente já estava falando bobagem, fora de si, não estava concentrado, ali era dois ou três que mais ou menos falavam, agüentavam os remédios para não ficar doidão, ficava meio embevecido mas falava alguma coisa. Eu falava para eles terem cuidado com essa mudança," que vocês vão parar no inferno porque a mudança do governo vem aí e vocês vão enxergar. Então é isso que eles, os crachás lá dentro, que eram bate-pau lá , eles faziam um contra o outro usuário , jogavam remédio, mais remédio e deixavam o paciente lá dopado, depois tomava eletrochoque, era aquela desumanidade, jogava no chiqueirinho, faziam tudo isso, não tinham direito de liberdade, autonomia e nem direito de espaço, essas três coisas.

Então, a diferença do tratamento fora, eles nem sequer me levaram em casa. Eu saí de lá tonto, sozinho. Eu falei: Onde é que eu estou, será que eu vou errar o caminho?

Era prescrito pela polícia para não deixar sair, aí foi a minha comadre lá e assinou um papel dizendo que me conhecia que eu era trabalhador, gostava de cantar, era atleta; eles não mexeram comigo. Tinha um rapaz que passava perto do quarto forte e falava: Não fale nada, eles estão doidos para te dar um eletrochoque, este rapaz também era muito ameaçado, ele andava só pelo pátio e ele sempre me ajudava. Ele sempre dizia para eu não falar nada contra eles, "fica na tua". Era pancadaria noite e dia, até que mataram um homem de idade. Botaram um alemão lá dentro que estourou a cabeça do velhinho. Tentaram encobrir, nenhum jornal apareceu. Como é que botavam uma pessoa debilitada com uma que está alienada e agressiva, isso é falta de humanidade, mas comigo eles não fizeram nada.

Quando eu cheguei o médico perguntou "Quem mexeu com você?" no que eu respondi que foi a própria polícia. Aí o delegado disse, olha leva ele para o hospício. Eu disse: Olha doutor eu não sou louco, sou uma pessoa consciente, e eu não acho admissível fazer isto não.

Daí ele falou para eu dar um tempo que eu ia ficar bom: chegou para enfermeira e mandou dar o sossega leão e eu caí de sono e fui acordar às 3 horas da tarde do dia seguinte, amarrado numa maca. Aí ele disse que eu ia ficar isolado, para eu não me preocupar; se eu fosse daqueles violentos mesmos eles iam dar eletrochoque, então eu fiquei na minha. Eu escutava as mulheres tomar eletrochoque, gritavam noite e dia (...) Agora, pauladas eu não levei, mas cansei de ver lá dentro assim como as mortes. O chiqueirinho que tinha lá nos fundos, jogava lá, o paciente nu, jogado no tempo, a chuva molhando...

Em 1925 um manifesto de artistas franceses condenava a violência e a exclusão dos manicômios. No entanto somente nos anos 60, o psiquiatra está redescobrendo a importância da liberdade para a cura do doente.

hoje o psiquiatra se conscientiza de que os primeiros passos em direção à abertura do manicômio produzem do doente uma transformação gradual na sua maneira de colocar-se em relação ao mundo e em relação à doença, na sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não somente pela doença, mas pela longa hospitalização. (BASAGLIA, 1991, p. 114)

5.2. O NAPS – AUMENTANDO O PODER DE TROCA

Como já colocado anteriormente, as variáveis reais estudadas por SARACENO (1999) são: os sujeitos, os contextos, os serviços e os recursos. Neste sentido, um serviço de saúde mental de alta qualidade

deveria ser um lugar (constituído de uma multiplicidade de lugares/ oportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores... o serviço é, portanto o conjunto dos lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico. (SARACENO, 1999, p.95)..

É a instituição inventada de que fala ROTELLI (1990), feita de serviços que rompem com o modelo médico e psicológico e

entram com toda a força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos. (ROTELLI, 1990,p.97)

Ao contrário do manicômio, instituição fundada na ordem, na hierarquia, na disciplina, no silêncio, os novos serviços devem ser, no dizer de Rotelli, verdadeiras “máquinas de desinstitucionalização”, uma vez que será necessário reacender o desejo, o instinto de vida, mesmo depois que o homem livrou-se da serpente.

Para BASAGLIA, (1993) um novo conceito de tutela, o de emancipação, organiza um corpo teórico para a discussão dos diversos aspectos da reabilitação:

Reformas como a psiquiátrica, da saúde e carcerária, são o sinal da mudança cultural que caracterizou os anos 70, ao entender a tutela como momento de emancipação e não mais de repressão; emancipação no sentido de que a pessoa, quanto mais necessitada de proteção, tanto mais deve ser colocada em condição de viver positivamente a própria minoridade, para conquistar ou recuperar autonomia e responsabilidade. Trata-se de uma forma nova de entender a tutela, aberta ao respeito da diferença, seja ela qual for sua natureza; um modo novo que impõe uma mudança de percepção nos confrontos de todo tipo de minoridade a ser tutelada, à qual a tutela deve permitir, e não impedir ,a possibilidade de expressão.(BASAGLIA, 1993, p.XXIV)

Os equipamentos que, em Santos, substituíram o manicômio foram os NAPS. Difíceis de definir, por serem serviços que realizam inúmeras intervenções no território, sua finalidade é conferir poder aos usuários no seu processo de reapropriação de sua existência.

5.2.1. Um lugar para viver

Os entrevistados se relacionam com esta instituição de formas diferenciadas, muitas vezes sem conseguir discriminar os aspectos de cuidados com a doença e de reprodução social, já que um dos pilares da desinstitucionalização em Santos foi também o

de considerar o conceito de saúde como direito à vida e o NAPS como lugar de produção de vida. A segurança de um tratamento sem violência, com competência dão tranquilidade, assim como a certeza da não interrupção de projetos em andamento e a proximidade com a família. A liberdade é o maior bem, o ir e vir é um grande valor.

Algumas falas conseguem condensar vários aspectos em poucas palavras:

AJ- É bom aqui. Aqui tem socorro, a psicóloga vai com a gente no hospital se precisar, aqui a gente não precisa nem falar, porque elas já sabem tudo. Um dia destes, a F. me acompanhou no PS, eu estava com a pressão alta, a gente vai conversando, o tempo foi passando ela falou tudo. Eu me sinto seguro. É importante a liberdade, a gente pode ir no bar comprar cigarro...Eu não troco o NAPS por hospital nenhum, depois que eu estou aqui nunca mais internei fora... Aqui não, a gente nem sabe se está internado ou não.

MD.-...no NAPS eu melhorei, as médicas e os psicólogos são muito bons, quando a gente tem um problema e vai lá é bem atendida, a médica fala, o psicólogo faz, a gente não fica trancada, pode sair, fazer compras, não fica presa...é tudo aberto, eu não queria outro Anchieta não.

WS.-A minha vida teve grande modificação. Eu cheguei no NAPS, passei pela triagem e pela médica, comecei a tomar os remédios, estou há 10 anos aqui, senti uma grande melhora na minha vida, porque aqui eu posso sair e voltar a hora que eu quiser...Os pacientes se sentem mais livres, aqui o remédio é controlado, eu só tomo dois, o Amplictil e o Akineton, a gente pode ir à praia, tem atividade de futebol, grupo de jovens, cinema.

LS.- É bom o NAPS porque a gente vai e vem e tem assistência médica e remédio na hora certa, tem as refeições que são bem feitas também, é bem gostoso aqui. Eu não gostaria nunca de perder o NAPS de vista porque aqui é a segunda mãe para mim, porque eu preciso muito, sou dependente do NAPS(...)Aqui eu tenho amizade com todo mundo, todo mundo gosta de mim.

Mesmo assim, na tentativa de analisar a apreensão das diversas "modalidades de atenção" podemos citar:

5.2.2. A assistência, vivendo a loucura com afeto e liberdade

Os usuários se apropriaram do tratamento, conhecem os limites impostos pela doença e sabem o tipo de tratamento de que necessitam. Não se fala em cura. No entanto é possível administrar a doença e os sintomas. Neste sentido diz ROTELLI (1990):

O problema se tornará não a cura, mas a emancipação; não se trata de reparação, mas de reprodução social das pessoas(...)a produção da vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da "instituição inventada" devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido(ROTELLI, 1990,.p.91)

Para os entrevistados, é facilmente percebida a diminuição do número de crises, a não internação em manicômio, o conhecimento da doença e dos seus prenúncios, como nas falas que se seguem: .

JR.- Agora a minha vida está ficando boa, eu saí fora, nunca mais fui internado.

AJ.- Para mim foi bom, hoje estou melhor, sigo o tratamento de acordo, estou conseguindo vitórias com isso, me sinto bem, me sinto bastante contente. O pessoal me trata bem, as doutoras, as psicólogas, as enfermeiras(...)a vida fica diferente, eu fico sem queda para ficar doente, agora já faz 6 meses que estou sem crise, tenho menos crise.

...Eu, quando estou doente, sei o caminho, eu venho procurar aqui mesmo. Eu acho que agora eu não estou legal, a cabeça começa a ferver, eu fico pensando, aí eu misturo a minha mãe, a minha irmã...A melhor coisa é o medicamento que é dado, o estágio, aqui é nossa casa, a gente fica "enchendo o saco" de um ou de outro, a noite vai embora, quando é preciso internar, interna.

MD.- Depois que eu estou no NAPS não tive mais internação, mas agora há pouco tive uma depressão e tive toda a assistência (foi uma amiga que faleceu), só o médico não foi muito bom...O meu único problema é aquele médico; eu é que sou a médica dele, porque eu já sei o que eu tenho, sei o momento da crise, de pedir ajuda. Também as minhas irmãs percebem quando eu não estou bem, eu acordo muito cedo e elas já me falam e eu vou lá no NAPS".

(...)eu fiquei perto da minha família, da minha mãe, dos meus irmãos e tinha mais liberdade para estar com a minha família; em casa eu tomo os remédios para controlar - hoje tomo uma injeção por mês para ficar calmo e eu me sinto bem. A medicação está fazendo bem, quando eu fico nervoso não dá para ficar agressivo. Na minha opinião, quem é nervoso, agressivo demais, com um comportamento alterado, é melhor dar injeção porque controla a pessoa. Não pode deixar de tomar o remédio

Eu me sinto mais normal hoje...Há dez anos atrás eu não estaria nem conversando aqui com a senhora...Estava mal, eu não conseguia nem sentar a mesa para falar com ninguém. Para mim, todo médico que ia falar comigo era meu inimigo, eu tomei muita injeção, eu era dopado...Hoje eu tenho um médico que me acompanha, me conhece muito bem, sabe do que eu necessito, do que eu preciso, ele conversa comigo, sabe quando estou mal, é experiente, sabe conversar, é competente".

JG.- O certo do tratamento é o seguinte: passar numa triagem, estabelecer os grupos, distinguir o que é que está se passando na mente do usuário...tem que ser profundo. Tá certo, ele passou por uma triagem no Pronto Socorro, mas tem que passar pelo NAPS para ser avaliado pelos psicólogos, psiquiatras, auxiliar de enfermagem com aquela dedicação que vai dar o remédio, não dar um remédio com a descontração do usuário que venha a tomar. Eu mesmo não posso tomar Haldol porque eu fico descontrolado da minha mente e fico com a inquietação, fico frustrado e não me sinto bem. Foi coisa que eu já consultei vários médicos, tem médico aí que fez coisa errada, me deu remédio errado. Eu falei: espera aí, Dr., eu tenho autodomínio e automedicação de saber qual

remédio eu estou tomando... O NAPS é diferente devido aos cuidados. O médico tem uma preocupação com o usuário, já a enfermagem ele fica jogado, ele fica lá com uma injeção até chegar na consciência dele(...)É importante que tenha portas abertas em função da liberdade, ele precisa ver o tempo, quando ele está se batendo às vezes precisa conter ele um pouco até ele chegar no seu eu, senão ele vai fugir, pega um ônibus sem saber para onde vai.

Todos os profissionais envolvidos no tratamento são percebidos como importantes, a relação entre usuários e técnicos é bem mais próxima..Também a acolhida, o afeto dos funcionários e de outros usuários é percebido por alguns como se fosse a substituição de sua própria família, na maioria das vezes ausente ou pouco participante.

MHA.- "Aqui é mais liberdade(...)Eu fiz 58 anos, a F. fez um bolinho(...)É importante muita conversa, chegando e conversando como nós estamos fazendo aqui, conhecendo a história, como as pessoas na época da intervenção faziam: iam atrás da gente até conseguir conversar; o T. também fazia isso, as pessoas tinham paciência; eu dava trabalho, mas as pessoas compreendiam, não desprezavam".

MD.-O NAPS é melhor porque é mais humano, a psicóloga entra na vida da gente e tratam como se fosse uma irmã, as médicas dão atenção, conversam, falam, conversam com a família, eu acho que o NAPS não deve acabar.

5.2.3. A família – a consciência das perdas

Uma outra referência temática insistentemente apontada é a importância da família.

O adoecimento mental de um parente traz graves danos no plano psicológico, da organização da vida e no plano material .Dificuldades de interação entre familiares e pacientes são referidas pelos primeiros como o elemento mais difícil de ser enfrentado e, no decorrer do tempo, de aceitar.

Diz MELMAN(1999):

Aproximar-se do universo dessas famílias implica tomar contato com uma realidade de muita dor. O adoecimento de um membro da família representa em geral, um grande abalo. A gravidade e a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, produzem frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.(MELMAN, 1999, p.173)

Os depoimentos dos usuários a respeito das suas relações familiares revelam sentimentos diversos, contraditórios até. Sentem muita raiva dos que usurparam seus bens e seus direitos, aproveitando-se de sua fragilidade nos momentos de crise e de internação. Têm enorme tristeza por estarem abandonados, mas sabem, por outro lado, o quanto a convivência ficava difícil; atribuem à doença a causa de tanta hostilidade e ressentimento, sentem-se inferiores por isso. Sentem a falta da família como uma enorme perda em suas vidas e valorizam muito os momentos de reencontro, conseguem até ter esperanças de um dia recuperar o carinho, ou pelo menos o respeito dos parentes mais próximos.

JR.-A família só queria pegar o dinheiro. Tirar eu, ninguém tirou, agora enterrar mais, isso queria.

AJ.-...família, eu faço tudo o que eles querem, agora mesmo me roubaram dinheiro, deixaram a casa vazia, a minha sobrinha, fiquei sem as coisas...a minha irmã só sabe chamar o resgate...quando eles me agredem eu agrido também, só que eu não tenho mais aquela força, aquela potência que eu tinha antes. Mas antigamente ninguém me pegava, chegaram a me cercar com metralhadora para me pegar, eles (a família) tinha medo de eu matar eles, eu ficava muito agressivo. A minha esposa , a gente se separou porisso.

Agora é bom, estou sempre na casa do meu irmão, ele me ajuda muito a arrumar a torneira, gás, as outras coisas da casa, minha cunhada é muito boa, mas ela gosta de mandar. Eu gosto muito dele, sempre foi o que eu me entendi melhor. Com a irmã sempre foi difícil, embora tenha melhorado, agora estamos nos entrosando mais.

MHA.-A maioria das pessoas do Anchieta o problema era de família. Eu fiz 58 anos e quem fez o bolinho foi a F.(funcionária). Eu não vejo o marido há 18 anos, eles não tem filhos, ele podia ficar comigo, eu podia ter filhos, eu não tenho nada, já fiz exames...A doença afastou o marido e o filho e os parentes, mas agora o filho tem telefonado, não se afastou. Eu quero viver para o meu filho e para a minha neta, eu gosto que ele ame e respeite a mulher e a filha...No fim de semana eu fico esperando alguém da família, minha irmã, às vezes eu nem saio, eu também lembro muito das pessoas que já não estão aqui...

Eu fui internada a primeira vez porque morreu minha avó e logo depois meu avô, aí eu entrei em depressão, eu fazia as coisas mas tinha sono...Eu também me sentia muito só, o filho estudava, o marido saía o dia inteiro, não tinha com quem conversar...

Minha família falava coisas horríveis, que eu ia rodar bolsinha, tenho muito ressentimento.

LS. Até que o Paulo (companheiro) poderia cuidar de mim, mas ele não entende quando eu estou em crise, ele acha que é normal, mas eu estou no fundo do poço, me dá depressão, eu fico mal, pensando que eu sou a pessoa que não tem importância, sem valor...

Uma filha morreu afogada aos 17 anos em 1991, enquanto eu estava internada lá em Carapicuíba. Ela foi viajar com a vizinha, chegou lá no sítio, comeram muito, foram nadar e deu congestão na menina. É que eu não estava em casa senão eu não ia deixar ela ir; era a vizinha que levava ela para todo lado. Eu estava internada, o Dr. Cassio me mandou tomar um remedinho e disse que tinha uma triste notícia para me dar. Disse que tinha morrido um parente meu, eu nunca imaginei que fosse minha filha. Aí ele disse: é a sua filha Fernanda. Aí eu já estava dopada de remédio, vomitei tido, fiquei mal, fui no enterro da minha filha, era uma moça loira bonita...Eu tenho um rapaz que casou-se agora em fevereiro com uma moça "bem de vida" e nem me convidou porque ele sabe que eu sou doida. Ele diz: porque eu fui ter uma mãe doida?

A minha mãe me trata muito bem, a minha filha me trata bem, me dá conselhos...

Sinto falta de morar com minha mãe porque ela é muito boa, quando eu vou para lá (Jandira) eu fico um dia e meio dormindo, ela leva comida na cama...sou a filha mais velha, a que mais ajudou ela, quando eu era casada ajudava muito...

...vida de casada era meio cansativa, tem que lavar, passar, cozinhar, fazer fazina ...eu não gosto disso não. Depois os meus filhos estavam junto de mim, complicou tudo, ficavam doentes, eu já pensava que a criança ia morrer, a minha cabeça entrava em parafuso...

Não consegui ser a mãe que queria porque a coisa mais importante que foi o carinho dos filhos eu não consegui...não consegui dar e não consegui ter. Eu só dava dinheiro, o meu negócio era dinheiro e eles agora são igual eu, só pensam em dinheiro.

Ouvindo estes relatos, percebe-se que há como que códigos diferentes que barram a comunicação entre usuários e famílias. É com a proposta de abrir um canal de expressão, possibilitar conversas, ressocialização, parceria de fato no cuidar do paciente que alguns serviços de atenção na comunidade investem em grupos de famílias, na criação e incentivo à formação de associação de familiares, em cursos psicoeducativos, em oferecer possibilidades de inserção no mercado de trabalho.

Enfim, o que se busca é uma real colaboração entre a família e o serviço para afrontar o distúrbio mental.

Como diz SARACENO(1999):

A doença não reside, isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros da família: nos sujeitos hospedam-se o desespero e as estratégias para sobreviver(as defesas, podemos dizer em termos psicanalíticos) e logo, se a experiência psicótica não é senão uma maneira de existir reativo- defensiva, a doença se hospeda na comunicação, na interação. O objetivo da terapia é o de reintegrar uma comunicação clara(por exemplo não caracterizada pela dupla mensagem) capaz de pôr os membros da família em relação dialética, capaz de integrar as instâncias das diversas existências, na acepção Sartriana.(SARACENO, 1999, p. 102)

É importante também ressaltar a dificuldade de se aglutinar os familiares hoje na maioria dos serviços e torná- los co- participantes do processo de reabilitação. É que por muito tempo, no manicômio, os familiares foram o cúmplice designado para a internação do paciente identificado e a família era grata por esta transferência de tutela. Um outro período em seguida a este culpabilizava a família pela produção da psicose (a mãe esquizofrenogênica).

Com o fechamento de hospitais e sem a devida estrutura assistencial no território, a maioria das famílias se viu despreparada para receber de volta alguém que sempre poderia estar internado em algum hospital. Sem a devida compreensão do mecanismo de exclusão operado em relação aos loucos, e, de outro lado sentindo- se culpada por impor mais este fardo ao mundo, a família não encontrará saída possível.

O acolhimento e a problematização da questão da tutela como emancipação para a sociedade como um todo através da constituição de espaços com e para os familiares como a criação de frentes de trabalho, espaços de convivência que produzam trocas afetivas e materiais, grupos de orientação, todas são estratégias que aumentam a autoestima e o sentimento de potência para transformar e melhorar a qualidade de vida dos familiares e dos pacientes.

5.2.4. Reabilitação – co-geração de sentido

Os depoimentos, embora muitas vezes carregados de tristezas pelas perdas, pelas mágoas, trazem também alegria, esperança, realizações, sentidos para a vida. Ser reconhecido como artista e realizar uma peça de teatro ou filme, apaixonar-se e conseguir uma namorada, conquistar o respeito da família, uma casa para morar, poder administrar o próprio dinheiro, comprar um presente para a netinha, fazer um bolo para esperá-la, trabalhar e ajudar a mãe, ter uma inserção política reconhecida, são enormes conquistas cujos valores são inquestionáveis e aproximam essas pessoas dos ditos normais. É o que fica evidenciado nos depoimentos seguintes:

JR- Fiz muita coisa de lá para cá, mudou a minha vida, estou fazendo filme, teatro, fiz a Radio Tamtam (que já acabou também.) Eu gosto, eu tenho este dom, eu gosto de me apresentar, o Rodrigo(Santoro) disse que gostou, agora ele vai gravar a outra parte do filme. É a história de um pobre pintor que está pixando uma porta e o guarda o prende. Eu sou o rico que estou passando na rua, tem também o Arturmiro (outro usuário do NAPS IV) que é o bananeiro.

Também tem a menina que eu namoro que me deu muita sorte. Quando eu internava em hospital não arrumava nada, agora que eu estou coroa dei sorte. Eu gosto dela, ela também tem saudade minha; o amor não mede idade, ela é mais nova.

Agora não. Moro aqui perto, sozinho, num quarto numa casa de família. Pago 100,00 guardo as coisas lá e venho passar o dia aqui. Ganho 136,00. O trocadinho ainda compro coisa para ela comer. Sozinho da para morar bem, com outros colegas do NAPS também. Na casa do Pedro era melhor, era só 40,00. Eu gostava de morar lá, era igual um irmão, fiquei triste quando ele morreu. Eu dormia noutro quarto. Eu gosto da Lúcia, do Afonso e da Ruth, foram como uma família. Agora, estão morando noutro lugar. Mas onde eu estou são nortistas e me tratam bem.

AJ. - Tenho medo. Quando a gente gosta, elas não querem, mas quem quer eu não quero. Mas eu gostaria de me casar de novo, um ajudar o outro, os dois trabalharem.

WS. - Eu tenho 27 anos. Eu trabalhei. O último emprego foi no Projeto Dique por 3 `meses. Antes eu fiquei no Projeto Lixo Limpo por 3 anos e meio.

É a separação de material reciclável, separava o `plástico da lata e do vidro e vendia para o comerciante. Com aquele dinheiro eram pagos os funcionários, através da Prodesan. Hoje mudou tudo. Tinha uma cooperativa que eu fazia parte, aí morreu o presidente, colocaram outro e aí desandou. Esse presidente não faz nada.

JR.- Eu gosto de fazer muita coisa, o rádio, música com o Gilvan. Estudei até o quarto ano, mas minha cabeça é boa.

MH - Eu tenho todos os documentos, meu número aqui é o 007, o mesmo do Sean Connery (rindo). As pessoas são como da família; por exemplo, mesmo que a Stella esteja brava eu nem ligo porque eu sei que ela gosta de mim, ela me deu este vestido, agora eu estou morando aqui perto com a Cecília, a Paloma e agora acho que a Lúcia vai também. É um quarto para cada uma, e eu pago 160,00 por mês.

Eu recebo a pensão do meu marido, 30% do salário dele

LS.- ...Parece que a cada dia eu renovo a minha vida. Por exemplo, agora eu vou ter que mudar porque o aluguel ficou muito caro, né. Então eu venho do serviço, janto e vou para casa a pé, porque não tem como voltar de ônibus; é tudo contadinho o que a gente ganha....O que eu queria para a minha vida? Um NAPS e uma esteira de reciclagem em Jandira para eu poder voltar para lá.

5.3. RELAÇÃO COM A MUDANÇA DA ADMINISTRAÇÃO

Este foi um tema insistentemente apontado, sendo que os usuários interpretam muitas das circunstâncias adversas que têm vivido no serviço como sendo de responsabilidade da atual gestão. Há saudosismo, melancolia e medo pelas possíveis perdas:

AJ.- As médicas mudaram, isto choca bastante a gente, e o modo de tratamento não é mais aquele, não tem mais aquela regalia como antes, tipo cinema, jogo, trabalho, eu vendia mel , diz que não tem mais.

MD.- Agora não está muito bom. O que está diferente é a coordenação. Os assistentes sociais querem mudar, dar mais de si e tem alguém ou alguma coisa que impede, e para nós fica mal. A gente se sente ameaçado e volta a pensar de

novo no Anchieta, nem pensar...Mesmo assim, as pessoas continuam a trabalhar.

WS.- Os usuários não são bem reconhecidos pela Administração, são muito mal cuidados pela parte do prefeito, ele não se interessa em saber como vai o tratamento, eu desconfio até que ele não manda a verba necessária para a saúde mental, até para conseguir remédio a gente tem que fazer movimento. Neste governo ficou tudo mais difícil. Mais fácil era quando era o outro governo, a gente falava, reclamava e não pegava nada. Neste governo tem uma certa perseguição. Na inauguração que teve aqui, eu perguntei para o prefeito sobre as frentes de trabalho. Ele disse para acompanhar no jornal, eu acompanhei e ele não chamou...

JG.-O que é importante que as pessoas saibam da saúde mental?

Eles saberem as normas, como podem lidar com o usuário, como ele pode ter um tratamento, ter a sua autonomia. Muitos querem imitar aquilo que já foi estabelecido e com dignidade é uma coisa blasfêmica que este governo que está aí está totalmente despreparado, não são todos que estão totalmente como tratamento preparado e continuam ameaçando funcionários, continuam desqualificando o tratamento do usuário, então com essas ameaças eles nunca falam o que vai se passar, sempre querendo dismantelar o serviço e ameaças contra os funcionários. Isto é demagógico, antipolítico, antidemocrático, é um caso que eles querem terceirizar, já tentaram terceirizar, sentiram vontade, agora como nós estamos quase perto da política eles estão tudo calminho, que não vai mexer em nada, que não vai mudar a gestão que foi implantada na área federal; agora eles estão todos bonzinhos, estão vendo que as eleições estão por aí, estão acatando até pessoas mais fragilizadas para enfrentar essa política que está aí. Esses são pelegos, poucos comparecem numa conferencia de saúde, quem comparece mais é o povão mesmo que não são da elite, que são da luta, que nesses 10 anos estiveram aí. E eles ficam invocados, quando se fala a verdade eles retrucam, pulam prá trás, não é nada disso. “Isso é coisa que o povo está inventando” , coisa que o povo está inventando é esta elite pago para

trabalhar na saúde que pensa que é tudo bonzinho, tratar de uma pessoa que está agressiva, não tem este preparo e querem montar uma enfermaria psiquiátrica como já teve médico aí despreparado, sabendo que isto não pode acontecer porque primeiro tem que passar pelo Conselho Municipal de Saúde, todos tem que concordar e só um por cento estabeleceu este problema da saúde ser agradável, saudável.



CONCLUSÃO

A tarefa a que nos propusemos foi a de investigar quais e como determinadas questões que se constituíram nos fundamentos para o nascimento e a construção do paradigma psiquiátrico e se constituíram na base da assistência psiquiátrica puderam ser percebidas por usuários que viveram um processo de transformação de modelo de um determinado serviço de Saúde Mental através da metodologia dos relatos orais.

Como principal critério para a escolha dos entrevistados estava o fato de já terem tido internações em hospitais psiquiátricos e hoje serem atendidos em um serviço territorial que tem uma concepção que prescinde do hospital psiquiátrico: um NAPS do município de Santos .

Que interpretações teriam a respeito do processo de desinstitucionalização ocorrido, quais teriam sido os principais momentos significativos, quais as contradições abertas, e ainda, quais as dimensões e estratégias que mais proporcionaram a reinserção destas pessoas na comunidade?

Ao longo do trabalho, percorrendo a história da loucura e do nascimento do asilo, procurou-se redimensionar a doença mental, o objeto da psiquiatria. Pôde-se assim, demonstrar as suas duas faces: a psicopatológica e a da exclusão e afirmar o isolamento proposto pelo hospital psiquiátrico como um dos elementos de agravamento desta exclusão.

Tal constatação também foi feita pelos entrevistados. Através dos seus relatos, pode-se perceber como o NAPS, a partir das suas estratégias, significou o lugar de experimentação para a concretização de práticas geradoras de sentido, produtoras de vida.

Entre as características mais determinantes para o resgate da autoestima e da autonomia está a liberdade e o fato de saberem que não mais serão internados em hospitais psiquiátricos.

Também, a proximidade com a família e a casa onde moram e a segurança de um tratamento sem violência, realizado com competência pelas mesmas pessoas com que convivem no dia a dia e, além disso, o fato de não verem seus projetos interrompidos por causa de uma internação compulsória possibilitaram uma nova condição de vida.

Em relação à assistência, percebem como importante a diminuição do número de crises, a não internação em manicômio, o conhecimento da doença e de como administrá-la.

A relação mais próxima, pouco burocratizada entre usuários e técnicos é bastante valorizada pois os funcionários muitas vezes são considerados como a família substituta, já que na maioria das vezes a mesma é pouco participante ou ausente.

A construção coletiva de direitos e de participação política são consideradas âncoras para o processo de reconstrução de cidadania, assim como o trabalho de reabilitação para buscar a transformação em cidadãos plenos para trabalhar e receber salário e administrar seus bens .

Evidenciou-se também o aumento das possibilidades de trocas afetivas e de identidades: o artista, o trabalhador, o inquilino, o apaixonado, a avó saudosa, o político.

As entrevistas também dão conta da ênfase que os usuários colocam na relação da piora da qualidade dos serviços com a atual administração.

Alguns pontos frágeis do NAPS II hoje dizem respeito à gestão: não há um projeto da administração em relação à Saúde Mental . Como os próprios usuários referiram, houve diversas tentativas de descaracterizar o trabalho da administração anterior , sendo que a última tentativa foi a de implantar uma enfermaria psiquiátrica em um hospital privado, proposta que foi rejeitada pelo Conselho Municipal de Saúde por 16 votos a 1. Além da falta de uma política clara e de um desinvestimento progressivo por parte da administração, a própria gestão da unidade é centralizada, não há um conselho gestor . Poderíamos defini-la hoje como uma unidade entrópica, já que não há intercâmbio com o meio externo. Há uma ausência importante dos familiares e também da comunidade, e há também um desaquecimento na disponibilidade dos trabalhadores, tornando ainda mais difícil o cotidiano da unidade.

Da análise das entrevistas, quatro pontos aparecem menos, mas pela sua importância passaremos a discutir e a arriscar algumas considerações:

1) O sentimento de inferioridade e a falta de projetos das mulheres entrevistadas.

As mulheres entrevistadas possuem um ideal que foi perseguido ao longo de suas histórias: o de conseguir ser recatada, boa mãe, esposa, filha, avó, isto é, correspondendo às regras de comportamento na esfera corpórea e familiar.

BASAGLIA,O (1983) coloca que é preciso um equilíbrio menor para dar conta de corresponder a estes papéis e agora, que podem não mais ser “loucas”, podem ser “fracas”, “naturais”:

A gama de comportamentos reconhecidos como legítimos é, para ela, muito reduzida e se explica sempre no espaço e na esfera que são próprios à sua natureza. Quem ultrapassa a fronteira está fora da norma, que para a mulher não é norma social, mas a própria natureza que a faz ser isso que deve ser, e que não lhe consente transparecer uma parte diversa, sob pena de sua exclusão da esfera natural. Uma mulher agressiva ou egoísta não é somente uma mulher agressiva e egoísta, é qualquer coisa de estranho à natureza feminina. Se a natureza feminina é definida como doce, resignada, passiva, que sai desta imagem ideal e idealizada não retorna nos cânones naturais de comportamento e o grau de tolerância a esses comportamentos se torna muito reduzido, tratando-se de um comportamento não contemplado pela natureza.(BASAGLIA,O,1983, p.3)

Podemos dizer assim que as usuárias retornaram à natureza, puderam ser aceitas pela sociedade, e isto basta para quem foi demais rejeitada.

2)A apropriação dos direitos pelos usuários que não entra como tema recorrente mas demonstra que as pessoas estão mais autônomas.A imagem-objetivo é a busca da resignificação da própria vida.

JGA.- A minha vida tornou-se muito mais preparada para a sociedade do que se passou comigo dentro do hospital psiquiátrico do Anchieta e por causa desse tratamento que vem tendo nestes 5 NAPS, especialmente no NAPS 2 que eu venho freqüentando há 10 anos, mudou a minha personalidade, de ter a mente

no lugar, centralizada e estabelecer uma síntese de concordâncias, de relatos políticos, de encontros, então isso deu grande potência para enfrentar essas atividades políticas que estão aí querendo acabar....

(...)Porque o nosso trabalho da gestão anterior sempre foi um trabalho digno de luta, teoria, dignidade e solidariedade.

Com os NAPS, o tratamento ficou melhor, ficou cem por cento agradável, o espaço de entrada e saída, de ir e vir que é o que diz os direitos humanos, que eles não estão respeitando ,às vezes eles falam "não enche o saco, vai embora, sai daqui do NAPS", não é assim que se pensa.

Os usuários hoje são capazes de expressar suas opiniões a respeito do comportamento dos profissionais, sentindo-se no direito de fiscalizar suas atuações, como se observa neste parágrafo do depoimento de JGA:

JGA-(...)No NAPS eu tive problemas, desagravo com funcionários que não eram preparados, que não tem uma consciência de trabalho permitido por lei, tem que ter humanidade e eles não tem aquela delicadeza, só pensam no dinheiro: se ele quer dinheiro ou ele sai ou ele vai para o sindicato que está lá para isso e ninguém comparece, e eles se vingam no usuário...Está certo que o usuário não é bonzinho, tem usuário que vem com 3 características: vem mal, outros vem com agressividade, outros em surto, vem com aquela paralisia cerebral e eles acham que dá trabalho, acha que tem que trabalhar menos e ganhar mais...

3) O desenvolvimento de uma certa noção de direito que passa pela percepção de um retrocesso ligada a uma mudança política nas prioridades, causando uma mudança estrutural na concepção do modelo assistencial.

4)Como última conclusão, fica na verdade uma indagação: por caminhos que não os da reabilitação tradicional que adentra os pacientes psiquiátricos podemos afirmar que os usuários estão muito mais socializáveis do que antes. E a loucura, onde ficou? Desconsertante, ela continua entre nós, uma vez que não há um final feliz para todos.

Analisando novamente as entrevistas, deparo-me com o depoimento de WS, o mais novo de todos, 27 anos. A notícia chega por telefone: WS brigou outra vez em casa, está xingando e agredindo os profissionais do NAPS que não o querem todos os dias lá. Não há frente de trabalho em que já não tenha estado, não há espaço de convivência que não tenha freqüentado, todos os técnicos já tentaram atendê-lo e estão cansados. Parece que não há o que fazer, pelo menos por enquanto. Será preciso aguardar, esperar por um novo momento de reconstrução, velar o vínculo para que não se destrua tudo. Será possível amá-lo de novo? Será possível para ele sobreviver a tantas rejeições?

É possível deprender também através de todo o trabalho o enorme esforço empreendido por usuários, técnicos e familiares para estabelecer novos padrões de convivência com os diferentes. No entanto são evidentes as respostas invalidantes e excludentes da sociedade aos loucos: são cidadãos de meia categoria, estão sempre sob suspeita. Continuam a ser os depositários da loucura ancestral. Deixarão de ser um dia?



SUMMARY

In 1989, the sole psychiatric hospital in "Baixada Santista", underwent municipal intervention due to abuse and violence denunciations. In the following years, government, workers, users, relatives and community operated a great transformation in the assistance model, creating several open services in the territory which substituted the madhouse, which was then closed in 1995, and its patients could then be treated closer to their homes and family in an integrated way, that is, considering their moments of crisis and the rebuilding of their citizenship. The target of this work was to investigate which was the understanding the users had had of those two experiments.

The contextualization was done considering the asylum as a place where psychiatry was born and consolidated, and the diseased reality should be then referred to its two sides: psychopatological and exclusion.

The deinstitutionalization process occurred in Santos was described in its theoretical and practical aspects, and located in a major scenery, the Psychiatric Reform in Brazil. The methodology was based on the oral narration from seven egress patients from "Casa de Saúde. Anchieta", who attend one of the new services in the community, through which it was possible to identify the main events and values that marked their rehabilitation trajectories.



*REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

A Batalha da Cidadania (vídeocassete). Produção de Mathias Lancetti. S.Paulo. 1989
45 minutos, color, som,VHS

AMARANTE, P- **Asilos, alienados e alienistas**_in _____(org) - **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1.ed Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994 p. 73-84

_____ - **O Homem e a Serpente - Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 1ed Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1996.141p

_____ -**Loucos pela vida : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed Rio de Janeiro,SDE/ENSP,1998. 132 p.

BARROS, D. - **Jardins de Abel**. 1.ed. São Paulo, Edusp, 1994.149 p.

BASAGLIA, F- **Considerações sobre uma experiência comunitária** in Amarante, P. (org)-**Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1 ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994.p.11- 40

_____ - **Instituições da Violência**- in _____-**A instituição negada**, 2 ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1991.p.99 a 136

_____ - **A Instituição Negada**.2.ed. Rio de Janeiro, Ed.Graal, 1991.326 p

BASAGLIA, O- **prefácio** in AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente- Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 1.ed. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1996

_____-(mimeo) **Mulheres e Loucura** in **II Encontro Latinoamericano e VI Encontro Internacional da Rede de Alternativas a Psiquiatria**. Belo Horizonte, 1983

_____ - **Tommasinni- Vida e feitos de um democrata radical** 1 ed. São Paulo, Ed.Hucitec, 1993

BIRMAN, J- **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. 1.ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal,1978.452 p

MINISTÉRIO DA SAÚDE- **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental - A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental**- Brasília, 1993

BRUNELLO, MIB - **Loucura: um processo de desconstrução da existência**. SÃO PAULO, 1992. Dissertação de Mestrado - PUC- São Paulo.171 p.

CAMPOS, GW- **prefácio** in CAMPOS,F (org) **Contra a Maré a Beira- Mar**. 1. ed. São Paulo, Ed. Página Aberta, 1996

CAPISTRANO FILHO, D- **Da Saúde e das Cidades**. São Paulo, Ed. Hucitec, 1995.155p

_____ - in CAMPOS, F(ORG) **Contra a Maré a Beira- Mar** 1.ed.São Paulo, Ed. Página Aberta, 1996

CASTEL, R.- **A ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo**. 1.ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal,1978.329 p.

COSTA, N- **prefácio** in AMARANTE, P- **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2.ed.Rio de Janeiro.SDE/ENSP.1998

ECO,H - **Como se faz uma tese**. 15 ed. São Paulo, Perspectiva, 1999.170 p.

FILIZOLA, C- **O trabalho em um núcleo de atenção psicossocial do município de Santos: resgatando desejos, reconstruindo projetos de vida em um tempo sem milagres**. RIBEIRÃO PRETO,1997. Tese de doutorado - Faculdade de Enfermagem-Ribeirão Preto.

FOUCAULT, M- **A História da Loucura na Idade Clássica**. 5.Ed . São Paulo, Ed. Perspectiva,1997. 551 p.

FRIGERIO, A; ANDRADE,W; OLIVEIRA,Y- **Santos, um encontro com a história e com a geografia**. 1.ed.SÃO PAULO. Ed.Universitária Leopoldianum,1992.127p

GONÇALVES, A - **Lutas e sonhos: cultura política e hegemonia progressista em Santos (1945-1962)**-São Paulo,Ed.Unesp,1995.194 p.

GUIA DE SANTOS- 11 ed. SANTOS, 1992

KINOSHITA, R-**Em Busca da Cidadania** in Campos, F(org)- **Contra a Maré à Beira Mar**.1.ed São Paulo, Ed. Página Aberta, 1996 p.39-49

_____ -**Contratualidade e Reabilitação Psicossocial** in PITTA,A(org)
Reabilitação Psicossocial no Brasil.São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.p.55- 59

L'ABBATE,S - **Direito à Saúde** SÃO PAULO, .Tese de doutorado- Universidade de São Paulo. São Paulo

MACHADO- **prefácio** in BIRMAN,J- **A Psiquiatria como discurso da Moralidade**. 1 ed. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1978

MELMAN, J. - **Intervenções Familiares no Campo da Reforma Psiquiátrica** - in

FERNANDES, M.I.A.-**Fim de Século: Ainda Manicômios?** São Paulo, IPUSP, 1999

MICHELETTI, F. - **Buscando um re-significado da visita domiciliar no serviço social** - SÃO PAULO, 2000- Tese de Mestrado- PUC- São Paulo.128 p.

MINAYO, M.C.S- **O Desafio do Conhecimento- Pesquisa qualitativa em Saúde**. ed São Paulo- Rio de Janeiro, Ed Hucitec- Abrasco, 1992.268 p.

MORIN, E. - **Para sair do século XX**. Ed?Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1986

_____ - **Ciência com consciência** -3.Ed Rio de Janeiro -Ed. Bertrand Brasil, 1999
344 p.

NICACIO,M-(mimeo)**Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental: o Núcleo de Atenção Psicossocial**. Santos, 1990

_____ - **O processo de transformação da saúde mental em Santos- desconstrução de saberes, instituições e cultura**. SÃO PAULO, 1994- Dissertação de mestrado- PUC- São Paulo. 155 p.

NICACIO, M e KINKER, F.- **O desafio de viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos** in CAMPOS, F.(org) **Contra a maré à beira- mar**. 1.ed.São Paulo, Ed. Página Aberta, 1996.p.121-131

OLIVA, S- **Trabalho e Existência na Instituição Inventada** . SÃO PAULO,2000. Tese de Doutorado PUC-São Paulo

PELBART,P-**Da clausura do fora ao fora da clausura: ensaio sobre loucura e desrazão**. SÃO PAULO, 1988. Dissertação de Mestrado- PUC-São Paulo

PIMENTA,A- **Brevíssima história da implantação do SUS em Santos** in CAMPOS,F (org) **Contra a Maré a Beira Mar**. 1.ed. Ed. Página Aberta.São Paulo p.27 - 38

QUEIROZ, M- **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. ed? Ed. T.A.Queiroz, 1991. 171 p.

REIS,S.L- **Da desconstrução do manicômio a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental no município de Santos no período de 1989 a 1996**. SÃO PAULO, 1998- Dissertação de mestrado- USP- SÃO PAULO . 162 p.

ROTELLI, F; LEONARDIS,O; MAURI,D- **Desinstitucionalização, uma outra via** in NICACIO,M(org)-**Desinstitucionalização**,1.ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990.p. 17 a 59

ROTELLI,F - **A instituição inventada** in NICACIO,M. (org) –**Desinstitucionalização**. 1.ed. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990 p. 89- 100

SACKS, O - **Um Antropólogo em Marte: Sete Histórias Paradoxais** 1.ed. SÃO PAULO. Editora Companhia das Letras, 1995. 331 p.

SARACENO, B. - **A Concepção de Reabilitação Psicossocial Como Referencial para as Intervenções Terapêuticas em Saúde Mental** - **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo** Ed? ano? Vol 9/1: p. 26 - 31

SARACENO, B.- **Libertando Identidades- da Reabilitação psicossocial à Cidadania Possível**. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia e Te Cora Editora, 1999. 175 p

SMEKE,E-Saúde e democracia: experiência de gestão popular- um estudo de caso.
CAMPINAS, 1989-Tese de doutorado- UNICAMP- CAMPINAS

THOMAZ, S.- A prática como desafio - O Serviço Social na Administração Pública Municipal em Santos (1989 a 1996) -SÃO PAULO, 1999- Tese de Mestrado- PUC - São Paulo,

VASCON,N- Introdução documentária in BASAGLIA,F- A Instituição negada. 2.ed.
Rio de Janeiro. Ed. Graal,1991

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS- D.O. URGENTE. 28/04/1989



ANEXOS

FICHA DE 1º ATENDIMENTO

MATRÍCULA _____ 3-TIPO DOC. _____ 4 - NUMERO DOCUMENTO _____
 DATA DE NASC. _____ 5.1- LOCAL DE NASC. 1 - SANTOS 2- B. SANT. 3- OUTRO/SP 4- SUL 5 -SE. 6- CO. 7- NE. 8- NO. 9-EXT.
 SEXO 1-M 2-F 57 - COR 1-BRANCO 2-PARDO 3- PRETO 4- AMARELO 5- VERM.
 NOME COMPLETO _____
 NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____
 ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC.) _____ NÚMERO _____ COMPLEM. _____
 - REFERÊNCIA _____ 11 - CEP _____
 BAIRRO _____ 13 -MUNICIPIO _____ 13.1- ZONA I II III IV V
 1- SANTOS 2 BX.SAN 3 OUTROS
 PRINCIPAL SOLICITANTE DO CONTATO 1- O Próprio 2- Familiares ou Amigos 3- Vizinhos 4- Transcursos
 5- Policlínica 6- Hospital Geral / PS 7- Colega de Trabalho 8- Prisão
 9- Casa de Repouso 10- Psiquiatra Privado 11- Naps 12- Polícia 13- R. informa

CARACTERIZAÇÃO DO CASO

<p>Ativo Tipo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violência Contra Si <input type="checkbox"/> - Violência Contra Outrem <input type="checkbox"/> - Delírios, Alucinações, Mania <input type="checkbox"/> - Retraimento <input type="checkbox"/> - Linguagem Anormal <input type="checkbox"/> - Conduta Anormal <input type="checkbox"/> - Ansiedade, Pânico, Somatização <input type="checkbox"/> - Sintomas Depressivos <input type="checkbox"/> 	<p>Diagnóstico Sindrômico</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - Transtorno Mental Orgânico <input type="checkbox"/> 2 - Transtorno / álcool / drogas <input type="checkbox"/> 3 - Psicose <input type="checkbox"/> 4 - Transtorno Neurótico <input type="checkbox"/> 5 - Transtorno de Personalidade <input type="checkbox"/> 6 - Retardo Mental <input type="checkbox"/> 7 - Reação Aguda <input type="checkbox"/> 8 - Depressão <input type="checkbox"/> 9 - Convulsões <input type="checkbox"/> 10- Mal estar inespecífico <input type="checkbox"/> 	<p>Internações Psiquiátricas anteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - nunca <input type="checkbox"/> 2 - 01 vez <input type="checkbox"/> 3 - 2 a 5 vezes <input type="checkbox"/> 4 - 6 a 10vezes <input type="checkbox"/> 5 - mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>
---	---	--

autonomia	ótimo	bom	regular	ruim
auto-imagem				
idep.depen.				
comunicação				
projetualidade				

PROGRAMA TERAPÊUTICO INICIAL 1- H.N., 2- H.D., 3- At.Dom., 4- At.Amb., 5- Sup.Soc., 6- Reab.P.Soc.,

① Trabalho ② Escola ③ Socialização ④ Oficinas] 7- Enc. Ps. , 8- Enc. Pol.Clin., 9- Outros, 10- R Comp.

- HIP.DIAG/ CID PRINCIPAL _____ 27- CID SECUNDÁRIO _____

- OBSERVAÇÕES FEITAS POR : (NOME DO PROFISSIONAL) _____ cons. regional _____

Anamnese Médica (se há elementos relevantes):

Anamnese psiquiátrica (contatos precedentes com outras estruturas psiquiátricas, assistenciais ou judiciárias, inclusive
n o nosso serviço. tratamentos precedentes -

NOTAS SOBRE FÁRMACOS (alergias, efeitos colaterais, contra-indicações)

ISTÓRIA

Família  Trabalho  Condições de Moradia  Rede Social  Religião 

14- CONDIÇÃO PROFISSIONAL

1- Empregado <input type="checkbox"/>	2- Estuda <input type="checkbox"/>	3- Do Lar <input type="checkbox"/>	4-Subempr. <input type="checkbox"/>	5-Desempregado <input type="checkbox"/>
6- Procura 1º Emprego <input type="checkbox"/>	7- Serviço Militar <input type="checkbox"/>	8- Aposentado <input type="checkbox"/>	9- Outro <input type="checkbox"/>	10- N. Informa <input type="checkbox"/>

14.1 - ATIVIDADE DE TRABALHO

1- Prof. Liberal/Empresário <input type="checkbox"/>	2- Empregado <input type="checkbox"/>	3- Operário <input type="checkbox"/>	4- Comerciarío <input type="checkbox"/>	5- Artesão <input type="checkbox"/>
6- Manual <input type="checkbox"/>	7- Camponês <input type="checkbox"/>	8- Sem Profissão <input type="checkbox"/>	9- N. Informa <input type="checkbox"/>	

80- NUCLEO FAMILIAR (COM QUEM VIVE)

1- Sozinho <input type="checkbox"/>	4- Parentes Ou Amigos <input type="checkbox"/>	7- Sem Res. Fixa <input type="checkbox"/>
2- Família Originária <input type="checkbox"/>	5- Instituto/Casa de Repouso <input type="checkbox"/>	8- Outro, <input type="checkbox"/>
3- Família Conjugal <input type="checkbox"/>	6- Lar Protegido <input type="checkbox"/>	9- N. Informa <input type="checkbox"/>

79- ESCULARIDADE

1- Analfabeto <input type="checkbox"/>	2- 1º G. Inc. <input type="checkbox"/>	3- 1º G Comp. <input type="checkbox"/>	4- 2º G. Inc <input type="checkbox"/>
3- 2º G. Comp. <input type="checkbox"/>	4- 3º G. Inc. <input type="checkbox"/>	5- 3º G. ComP <input type="checkbox"/>	6- - Outro <input type="checkbox"/>

81- ESTADO CIVIL

1- Solteiro 2- Casado 3- Separado 4- Divorciado 5- Viúvo 6- N. Informa

SITUAÇÃO E PROBLEMAS ATUAIS (ativos e inativos)

com particular referência às modalidades de contato - / - principais requerentes, / locais de contato, / figuras envolvidas, / motivações, / eventos significativos precedentes, / sintomas prevalentes

<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	--------------------------

FICHA DE REAVALIAÇÃO DO 3º MES

DATA DO ÚLTIMO CONTATO REGISTRADO

BRENOME
MILIAR

NOME
PROF. DE REFERÊNCIA

A PESSOA AINDA ESTÁ EM CONTATO? S-1 N-2

- SE NÃO 

- não necessita mais de auxílio psiquiátrico (conclusão da relação terapêutica, interrupção acordada com o serviço)
- envio a outras estruturas em ausência de problemas psiquiátricos
- por descrédito, o usuário procurou outras estruturas ou psiquiatra privado
- o usuário não compareceu mais
- não relevável
- óbito (suicídio) 101- data do óbito †
- óbito (outras causas)

- SE SIM 

- avaliação 1- melhorado; 2- piorado; 3- estacionário

- programa terapêutico

- 1- H.N. 2- H.D. 3- At.Dom. 4- At.Amb. 5- Sep.Soc. 6- Resb.P.Soc.
- 7- Esc. Ps. 8- Esc. Pol.Cla. 9- Outros 10- N. Comp.
- ① TRABALHO
② ESCOLA
③ SOCIALIZAÇÃO
④ OFICINAS

3- tipologia da relação com o serviço (baseada nas prestações registradas no prontuário)

- contatos ambulatoriais ou domiciliares em intervalos superiores a 15 dias
- um ou mais contatos ambulatoriais ou domiciliares a cada 15 dias
- igual a 2, incluindo-se um ou mais períodos de H.D.
- uma ou mais internações psiquiátricas precedidos de não mais de um contato ambulatorial ou domiciliar
- uma ou mais internações psiquiátricas associados a mais de um contato

AValiação CARACTERIZAÇÃO DO CASO

- Queixa Tipo
- 1 - Violência Contra Si
 - 2 - Violência Contra Outrem
 - 3 - Delírios, Alucinações, Mania
 - 4 - Retraimento
 - 5 - Linguagem Anormal
 - 6 - Conduta Anormal
 - 7 - Ansiedade, Pânico, Somatização
 - 8 - Sintomas Depressivos

Autonomia	ótimo	bom	regular	ruim
auto-imagem				
indep.depen.				
comunicação				
projetualidade				

dados recolhidos de
1- entrevista com usuário
2- com familiar ou pessoa que convive

- Diagnóstico Sindrômico
- 1 - Transtorno Mental Orgânico
 - 2 - Transtorno / álcool / drogas
 - 3 - Psicose
 - 4 - Transtorno Neurótico
 - 5 - Transtorno de Personalidade
 - 6 - Retardo Mental
 - 7 - Reação Aguda
 - 8 - Depressão
 - 9 - Convulsões
 - 10- Mal estar inespecífico