

Jerson Aparecido Sousa Nogueira

A Assembleia abre portas: uma visão histórica no contexto da Unidade de
Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

CAMPINAS

2010

i

Jerson Aparecido Sousa Nogueira

**A Assembleia abre portas: uma visão histórica no contexto da Unidade de
Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação,
Mestrado Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação
do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr.
Gabriel O. S. Porto” da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas. Área: Multidisciplinar. Área
de Concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação.

Orientador: Profa. Dra. Lucia Helena Reily

CAMPINAS
UNICAMP
2010
iii

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

N689a Nogueira, Jerson Aparecido Sousa
A Assembleia abre portas: uma visão histórica no contexto da
Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira /
Jerson Aparecido Sousa Nogueira. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientadores: Lucia Helena Reily
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Serviços de saúde mental. 3.
Terapia de grupo. I. Reily, Lucia Helena. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : The assembly opens doors: a historical perspective
within the context of the Internment Unit of the Dr. Cândido Ferreira
Health Service**

Keywords: • Psychiatric reform
• Mental health services
• Group therapy

Titulação: Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação
Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Profa. Dra. Lucia Helena Reily
Profa. Dra. Denise Meyrelles de Jesus
Profa. Dra. Rita de Cássia Ietto Montilha

Data da defesa: 26-02-2010

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

Jerson Aparecido Sousa Nogueira

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Lucia Helena Reily

Membros:
Professor (a) Doutor (a) Rita de Cássia Ietto Montilha
Professor (a) Doutor (a) Denise Meyrelles de Jesus
Professor (a) Doutor (a) Lucia Helena Reily

Curso de pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação,
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/02/2010

DEDICATÓRIA

À comunidade do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, pessoas que fizeram e fazem parte de sua história.

AGRADECIMENTOS

À professora Lucia Helena Reily, orientadora, por seu acolhimento e dedicação nesse meu crescimento profissional. Por sua maneira muito singular de relacionar-se comigo e com o projeto de pesquisa, e com quem a cada encontro resultava em satisfação e ânimo com o trabalho.

À professora Adriana Lia Frizman de Laplane por suas aulas, textos e informações cruciais para meus estudos, por seu acolhimento e dedicação.

À professora Denise Meyrelles de Jesus, por seus apontamentos no exame de qualificação e por suas valiosas contribuições.

À professora Cecília Guarnieri Batista, por sua receptividade e contribuições no desenvolvimento de meus trabalhos e por suas sugestões no exame de qualificação.

Agradeço ao Prof. Dr. Antonios Terzis, com quem muito aprendi sobre a prática da abordagem grupal e por sua disponibilidade em participar com suas sugestões para este trabalho.

À Dra. Hermínia Ribeiro da Fonseca com quem compartilhei da vivência na psicoterapia analítica de grupo.

Ao Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, bem como ao Prof. Dr. Reginaldo Célio Sobrinho por seus preciosos debates sobre métodos de investigação e desenvolvimento de projetos de pesquisa.

Agradeço de coração a toda comunidade Unicamp (biblioteca, laboratório de informática, secretaria de pós-graduação) pelo acolhimento e orientações, e especificamente aos docentes e funcionários do CEPRE, por sua importante contribuição no meu processo de formação em pesquisa.

Ao querido amigo Prof. Dr. Décio Silveira Pinto de Moura (in memória), que me contratou no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, grande incentivador nos estudos, pesquisas e prática profissional.

Agradeço ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - SSCF e à Prefeitura Municipal de Campinas e a todos os envolvidos na história do SSCF e ao seu digníssimo projeto de assistência à saúde, em especial às pessoas que me concederam as entrevistas, cujos nomes não identifico por motivos éticos. Muitos me incentivaram nesse percurso, como Nobusou Oki, Cássia Cristina Pacheco Ramos, Márcio Alexandre Ferreira Azevedo, Anatole Carvalho Inhotá, Maria Lucia de Oliveira, Marlen Adolfo da Costa, Delcídio Marcelino dos Santos, Alexandre Tiago da Silva, Márcia Minatogawa, Ledisman Branbati Bernardes Filho, José Luiz Dias Siqueira, Kize Maria Constantina Pantaleão Pereira, Daniela Oboli Benalia, Paula Benetton de Souza, Savéria Eliete D. Onofrio, Paloma França Ippólito.

Agradeço à Cristiane Andreoli Gorgonio dos Santos, que gentilmente auxiliou-me na digitação de alguns dados em momento que para mim era precioso e a outros que me auxiliaram no acesso a informações e documentos da instituição, como Ruth Helena Bertazoli Almeida e Alba Cristina Araújo.

A história da construção da assembleia no SSCF foi coletiva, contando com a participação semanal de muitos colegas, estagiários, pessoal da enfermagem, residentes, entre outros.

Aos meus pais, José Nogueira Junior (in memória) e minha mãe Maria Aparecida de Souza Nogueira pelo exercício da “Fé, Dedicação e do Amor”.

À minha esposa Marilac Luzia de Souza Leite Sousa Nogueira e minhas filhas Lílían Leite Nogueira e Taileah Leite Nogueira, pela compreensão por minhas ausências enquanto companheiro, amigo e pai.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

As lembranças grupais se apóiam umas nas outras formando um sistema que subsiste enquanto puder sobreviver a memória grupal. Se por acaso esquecemos, não basta que os outros testemunhem o que vivemos. É preciso mais: é preciso estar sempre confrontando, comunicando e recebendo impressões para que nossas lembranças ganhem consistência. Imagine-se um arqueólogo querendo reconstituir, a partir de fragmentos pequenos, um vaso antigo. É preciso mais que cuidado e atenção com esses cacos; é preciso compreender o sentido que o vaso tinha para o povo a quem pertenceu. A que função servia na vida daquelas pessoas? Temos que penetrar nas noções que as orientavam, fazer um reconhecimento de suas necessidades, ouvir o que já não é audível. Então recomporemos o vaso e conheceremos se foi doméstico, ritual, floral...

Ecléa Bosi (2004, p. 414)

RESUMO

Nesse estudo investiga-se a constituição da assembleia na Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no contexto da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial, bem como das diretrizes do Ministério da Saúde. O trabalho pretende subsidiar a produção de conhecimentos acerca desse tipo de procedimento, através da contextualização histórica, bem como promover reflexões sobre a contribuição deste dispositivo de abordagem grupal como uma intervenção que integra funcionários e usuários, favorece o exercício da autonomia e da cidadania e possibilita que o usuário seja protagonista do seu próprio processo terapêutico. A pesquisa é de natureza qualitativa, utilizando fontes orais e documentos históricos como atas, fotografias e relatórios. Fundamenta-se em teóricos como Franco Basaglia, Paulo Amarante, Michel Foucault, Erving Goffman e Norbert Elias. Os resultados afirmam a importância da assembleia como um instrumento terapêutico, de organização da estrutura, funcionamento e dinâmica do cotidiano e um espaço de formação e aprimoramento de pessoal. Evidenciou-se que a representação da assembleia, na memória dos entrevistados, se diferencia a partir do lugar que cada um ocupa dentro do contexto institucional. Trata-se de um dispositivo do Movimento Antimanicomial que promove um espaço de diálogo democrático e exercício de cidadania, num ambiente de acolhimento, colocação de demandas e sugestões, afloramento e potencialização de elementos terapêuticos.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Serviços de saúde mental; Terapia de grupo.

ABSTRACT

This study presents an investigation of the constitution of the assembly at the Unidade de Internação of the Dr. Cândido Ferreira Health Service within the context of the psychiatric reform and deinstitutionalization movement, conforming to guidelines of the Health Ministry. The study aims to contribute to the production of knowledge about group procedures, specifically the assembly, by researching its history. Another aim is to promote discussion on how group approaches function as intervention techniques intended for integrating staff members and health system users, so as to enhance the exercise of autonomy and citizenship. The assembly works toward enabling the user to be the main actor in his own therapeutic process. The study is qualitative in nature, and the data analyzed included oral sources and historical documents such as meeting minutes, photographs, reports and other documents. Authors such as Franco Basaglia, Paulo Amarante, Michel Foucault, Erving Goffman and Norbert Elias were used to support the discussion. The results confirm the value of the assembly as a therapeutic instrument; it is an important asset for structural organization, functioning and daily dynamics. It is also an important ally as a formation and in-service development tool for staff. The study showed that the representation of the assembly in the interviewees' remembrances differs according to the place each person occupies within the institutional context. It is a resource used in the deinstitutionalization movement to promote a venue for democratic dialogue and for exercising citizenship within a welcoming environment, where requests and suggestions can be presented, and where therapeutic issues have a space to develop.

Key-words: Group therapy; Mental health services; Psychiatric reform.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

	pg
Tabela 1	Características dos Grupos de Psicoterapia para Pacientes Internados 15
Figura 1	Fachada do prédio principal do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, localizado em Sousas – Campinas - SP 46
Figura 2	Disposição das cadeiras em formação circular para facilitar a comunicação. O relator utiliza de uma mesa para redigir a ata com as respectivas pauta. 67
Figura 3	Entrada no grupo. As cadeiras ficam algo próximas para que a estrutura física do grupo seja ‘continente’, facilite a integração e coesão. Foto: Anatole Carvalho Inhot. 68
Quadro 1	Entrevistados participantes da década de 1990 77
Quadro 2	Relação das entrevistas concedidas 78
Figura 4	Salão de entrada. Vista do interior da Unidade de Internação para a porta de entrada. Fotografia de: Carla Barreira Severino. 99
Figura 5	Vista do alpendre e porta de entrada da Unidade de Internação. Fotografia de: Carla Barreira Severino. 105

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Atenção a Dependentes de Álcool e outras Drogas
FUMEC	Fundação Municipal de Ensino Comunitário
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
NADeQ	Núcleo de Atenção à Dependentes Químicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
SSCF	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
SUS	Sistema Único de Saúde
UI	Unidade de Internação
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

	pág
INTRODUÇÃO	1
1.1 Envolvimento do pesquisador no estudo da Assembleia	3
1.2 O conceito de “Implicação” na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas: Contribuições de René Barbier	5
1.3 Objetivos	11
CAPÍTULO 1	
Fundamentos Espistemológicos:	13
A doença, o ambiente de tratamento, os serviços e o grupo enquanto forma de cuidado	
Michel Foucault	18
Erving Goffman	21
Norbert Elias	25
Franco Basaglia	31
CAPÍTULO 2	
Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial	
O Cândido Ferreira na Reforma	35
2.1 Política de Saúde Mental do SUS	40
2.2 Saúde Mental e Movimentos transformadores	42
2.3 Apresentação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	46
2.4 Documentos do Cândido – Registro do início de mudanças	48
2.5 Conteúdos pós co-gestão	51
2.6 Unidade de Usuários em Crise Aguda (década de 90) – “Unidade de Internação”	52
CAPÍTULO 3	
Novos procedimentos de trabalho:	
A Assembleia no Cândido Ferreira (depoimento)	63
3.1 Funcionamento da Assembleia na Unidade de Internação	66
3.2 Assembleia na Unidade de Internação: Descrição	69
3.3 Extensão e aplicabilidade da Assembleia nos diversos aparelhos assistenciais	73
CAPÍTULO 4	
Método	75
4.1 Coleta de dados	
Entrevistas	76
Lista de entrevistados	77
Fontes de dados diversos	78
4.2 Procedimentos	83
4.3 Tratamento dos dados	83

CAPÍTULO 5

Resultados e análise	
Comentários sobre levantamento de dados	85
1. Dados históricos e descritivos; relações com a Reforma Psiquiátrica	86
2. Funções	86
3. Proposta de aprimoramento do processo	87
Categoria 1. Falas sobre dados históricos e descritivos; relações com a Reforma Psiquiátrica	88
Dados descritivos: espaço, participantes e funcionamento	93
Relações com a reforma	96
Categoria 2. Funções da Assembleia	
2.1 Organização do serviço / Demandas práticas	103
Demandas relacionadas a qualidade de vida	104
Demandas relacionadas a necessidades do contexto institucional	107
2.2 Formação em serviço / Formação de pessoal / Aprimoramento	109
2.3 Aspectos terapêuticos	114
2.4 Exercício de Cidadania – Direitos Humanos	121
Categoria 3. Propostas de aprimoramento do processo	124
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	143
ANEXOS	
ANEXO 1 – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Comissão de Ética Médica - Parecer nº 07/2008 – 16/4/2008	147
ANEXO 2 – Faculdade de Ciências Médicas – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP 27/5/2008 - Parecer CEP nº 237/2008 – CAAE: 0914.1.000.146-08	149
ANEXO 3 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE)	151
ANEXO 4 – Roteiro de entrevista	153

INTRODUÇÃO

Fragmento da Ata da Assembleia na Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, 11/fev/1999.

Sebastiana: pergunta a **Lucrécio**, o que ele está achando daqui e ele responde que quer se recuperar. Em seguida, após eu pedir-lhe o nome, vai saindo em retirada. Digo:
- Só porque lhe perguntei o nome? Então, **Lucrécio** volta e senta.

Junior: - Nesta reunião as coisas estão muito parecidas com o que acontece lá dentro da ala (obs: continuam conversas paralelas).

Sebastiana: pergunta à **Arlete**: - O que você sente quando leva um tapa no rosto? E a outra responde: - É doído!

Jerson (relator da Assembleia): Fala do uso de crachás com nomes dos integrantes como assunto de pauta.

Lucrécio: Pergunta se eu anotei que disseram que ele [**Lucrécio**] está arrumando briga com todo mundo e em seguida pergunta se pode se retirar.

José: - “Diga ao Brasil que eu fico!”, é o que diz quando **Lucrécio** recebe sua resposta sobre poder sair, mas também de ser desejada sua presença no grupo.

Clementina: Volta a falar que roubaram tudo de **Arlete**, roupas íntimas, etc. e volta a perguntar à **Marilene** sobre os armários.

Junior: Sugere que os quartos onde os armários já estão instalados, as pessoas tenham as chaves.

Temos neste trecho uma pequena amostra da variedade de assuntos e preocupações que são articulados durante uma sessão de assembleia de usuários, em que os internos da Unidade de Internação *Cândido Ferreira* se reúnem para discutir o dia a dia. Mesmo sem conhecimento do contexto global, nesta amostra já é possível notar uma indicação de demandas sobre a organização do ambiente, do ponto de vista físico-material (problemas com armários e chaves, furto de objetos pessoais), a solicitação de mediação de disputas, rivalidades, ameaças veladas e agressividade explícita, a protagonização dos

participantes no incentivo à permanência e envolvimento nas pautas da assembleia.

A questão da falta de liberdade do ir e vir, da invasão nos espaços e pertences pessoais, da ausência de privacidade, da necessidade de dividir espaços com estranhos, da sujeição a regras coletivas generalizadas que promovem um controle externo e não a construção da autonomia, da contenção física, – tudo isso diz da instituição de internação e, interessante, são tópicos que emergem no fluxo de falas que ora se atropelam, ora servem de momentos de escuta e reflexão.

No cotidiano institucional e seus ambientes, é praxe a inter-relação de vários indivíduos ou coletivo de pessoas. A instituição em si é fruto das interações sociais e seus processos organizacionais.

Atualmente, o objetivo em curto prazo da instituição que atende pessoas em situação de vulnerabilidade devido a transtornos mentais crônicos ou em períodos de surto ou reagudização de quadro clínico é oferecer um espaço domiciliar de cuidados técnicos especializados para resgatar a vinculação do indivíduo na rede de cuidados comunitários. Em longo prazo, o objetivo é mais pretensioso: busca a reintegração do indivíduo na sociedade, estando implícita a reabilitação ocupacional, financeira, familiar e outros.

Por mais que haja cuidado na atenção individualizada, a instituição por sua própria natureza é um espaço de controle e segregação. Os programas assistenciais de saúde mental são voltados para o coletivo, e nesse sentido, à medida que a instituição generaliza o objeto de cuidado e assistência, tende a nivelar o sujeito por igual, e suas necessidades individuais são postas de lado.

Um ponto chave da assembleia com pacientes internados, por mais difícil e “pesada”*, que algumas sessões possam ser, por conta das manifestações agudas pertinentes ao estado em que alguns integrantes se apresentam, é que trata-se de um lugar onde os próprios usuários do serviço tem a possibilidade de trazer as coisas que estão preocupando e buscar soluções coletivas.

A amostra citada na abertura deste texto revela a riqueza do espaço interacional bastante mobilizador para mim e também percebida como desencadeante de reações, de envolvimento e de efeitos diversos quando anseios individuais são compartilhados com

* Expressão já ouvida de colega psiquiatra.

outros colegas e usuários do serviço assistencial.

1.1 Envolvimento do pesquisador no estudo da assembleia

Meu envolvimento e investigação nesse tipo de abordagem grupal deu-se por via da convivência ao longo dos anos com experiências de/em grupos dos mais diversos tipos. Participei de atividades grupais, desde o ano de 1974, como integrante de um grupo de estagiários, acompanhados pelo saudoso Prof. Dr. Décio Silveira Pinto de Moura, Diretor Clínico (voluntário), na época também Chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp.

Esse estágio prosseguiu até o ano de 1977, quando fui contratado logo a seguir da conclusão de minha graduação em Psicologia. A partir desse ano, já como psicólogo clínico da instituição, ocupo-me do prosseguimento e acompanhamento de grupos de estagiários e de psicólogos voluntários, e como integrante da equipe técnica assistencial, atuo junto a reuniões técnicas e clínicas, as quais eram coordenadas pelo diretor clínico. Fui o primeiro psicólogo contratado pela instituição.

Ao longo dos anos, em trabalho nessa mesma instituição, desenvolvi atividades de grupos não só com pacientes e seus familiares como também com funcionários das chamadas áreas de infra-estrutura, como rouparia, lavanderia, cozinha, manutenção, etc., ou seja, aquelas que promovem as condições para a realização dos cuidados terapêuticos e assistenciais. De forma semelhante, também realizei atividades grupais com integrantes do corpo de enfermagem nas suas diferentes categorias, desde grupos de apoio, até de formação/aprimoramento em serviço e em processos de avaliação e seleção de pessoal.

A década de 70 caracterizou-se pela abertura e inserção de profissionais das várias especificidades ou áreas de cuidados no campo assistencial do Cândido Ferreira. Algumas áreas de atuação foram se constituindo através da contratação do profissional, e outras se instituíam inicialmente por participação voluntária, bem como através de estágios, ou programas de interação com universidades. Nesse período, eu e outros profissionais éramos “o novo” na história da instituição; pertencíamos a um grupo de profissionais de

áreas de atuação distinta, que trabalhavam conjuntamente, ou seja, em equipe multiprofissional. Embora naquela época não tivesse consciência plena da importância histórica deste momento, por estar mais preocupado em definir o papel do psicólogo na instituição, participei de um tempo que hoje consigo dimensionar como fundamental dentro do movimento de busca de alternativas na descentralização da figura do médico na assistência à saúde mental.

Na década de 1980¹, a instituição se viu afetada pela crise econômica que o país enfrentava e no final desta, a equipe técnica do Cândido e seus diretores discutiam em reuniões as dificuldades financeiras e se preocupavam com o comprometimento na qualidade da assistência prestada, como também com a continuidade da existência da instituição. Vivíamos a ditadura militar, em que os profissionais também se encontravam submetidos a péssimas condições de trabalho, obrigados a atuar dentro de uma hierarquia repressora.

A preocupação dos dirigentes e equipe técnica do Sanatório, por um lado, era preservar a qualidade assistencial e caráter filantrópico da instituição. Por outro, surgia o interesse do poder público expresso pelo secretário da saúde do Município, na realização de um convênio de co-gestão com o Sanatório. A municipalidade garantiu ao Cândido, que na época mal conseguia lutar pela sua sobrevivência, poder continuar aberto às inovações, com perspectivas de mudanças e desenvolvimento².

A partir da co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas – PMC (1990), ampliaram-se, reorganizaram-se, e agilizaram-se os processos de trabalho e serviços assistenciais, o que significou um incremento no número de reuniões necessárias como também instaurou uma importante mudança no enfoque dos trabalhos com valorização da abordagem grupal. A convivência neste contexto logo me mobilizou, envolvendo-me na

¹ Década de 80, também conhecida pelos avanços que o Brasil deixou de fazer nas áreas social e econômica;

situação também compartilhada por países da América Latina.

² Conforme Anexo de cópia de trecho de Ata da Assembléia Geral Extraordinária do Sanatório Dr. Cândido Ferreira, de 24 de abril de 1990, onde o Presidente da Diretoria Executiva do Sanatório, Dr. Nelson Noronha Gustavo Filho, expressa os interesses da instituição e do Poder Público através do Secretário da Saúde do Município, Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos.

realização de atividades grupais.

Além da criação de novos equipamentos assistenciais, também se desenvolveram novos procedimentos e ferramentas de trabalho, dentre eles o dispositivo assembleia com o qual me envolvi e pude desenvolver aprendizado através das experiências vividas pela participação na realização das mesmas, ao longo dos anos até hoje. Desde o início das primeiras reuniões no ano de 1991, estive presente na roda das reuniões, muitas vezes na função de líder, ou animador (Barbier, 1985), às vezes como redator das atas, em outras ocasiões como co-participante e na preparação do ambiente e convite aos participantes. Ao final, já como membro da equipe, participava da discussão da assembleia e encaminhamento das soluções das demandas apresentadas pelos usuários. Assim, este estudo promoveu um interessante e inesperado processo de identificação da minha presença nos dados da pesquisa (documentos, atas, fotografias, menções e lembranças), pois faço parte da história da assembleia no SSCF.

À medida que os trabalhos na assembleia se desenvolviam, percebi a necessidade de aprimoramento profissional e busquei formação em Especialização em Psicoterapia Analítica de Grupo, o que consolidou o meu interesse com a abordagem grupal, e promoveu o aprofundamento do meu olhar sobre as práticas grupais realizadas com usuários na Unidade de Internação.

1.2 O conceito de “Implicação” na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas: contribuições de René Barbier

Na prática profissional na lida com grupos, vemo-nos como animadores, tanto na experiência de atividades clínicas, quanto na de caráter organizacional. Segundo René Barbier, tratando do papel do investigador na pesquisa-ação, estas situações nos colocam diante de uma questão fundamental, ou seja, a da *implicação*, conceito este que requer esclarecimento.

Conforme Barbier, nas ciências humanas, “o contexto do pesquisador, sua formação, seus grupos de referência, os gostos intelectuais do momento desempenham um papel decisivo” (1985, p.106), desde a escolha do objeto de estudo como na possibilidade

de influenciar sua subjetividade na elaboração e desenvolvimento de uma pesquisa, o que ele chama de ação subjacente ou subterrânea da subjetividade. Na tradição científica, com os modelos da ciência da natureza esse tipo de ação não é reconhecido, por conta de uma suposta neutralidade do pesquisador em relação ao objeto observado, que por sua vez é tido como passivo em relação ao observador e de que o observador não intervém sobre o campo circunscrito de investigação.

Nas ciências humanas no que tange à construção de conhecimentos, parece imprescindível certo confronto ou oposição na perspectiva da fundamentação analítica e da lógica formal e a possibilidade de uma intervenção dialética entre observador e observado. Principalmente quando se consideram conceitos como direitos humanos, integração social, inclusão e outros, como respeito à subjetividade e/ou singularidade, respeito e/ou convivência com as diferenças onde a implicação do ‘observador’ se coloca, já que é importante cuidar para não tornar o observado em mero objeto de estudo.

A concepção positivista da tradição científica também teve implicações no funcionamento das instituições psiquiátricas conforme estudos de Goffman (1987) quando o mesmo se referiu às instituições totais ou fechadas onde se estabeleciam relações de dependência e sujeição e de controle, onde pessoas eram isoladas, analisadas, classificadas, rotuladas, controladas, etc. (Foucault, 1983). Ainda na área clínica, essa mesma concepção favoreceu desvios na relação ou tratamento das pessoas, por exemplo, – se tenho ou estou com y, logo sou y, onde y é igual a doença, como se a lógica fosse fundamentalmente determinante. Ou ainda, tal qual um objeto passivo e manipulável assim seria o sujeito, objeto/foco de estudo, dependente da ação do outro, com o risco no caso do portador de transtornos mentais, de se fortalecer a relação de dependência. Neste caso, o seu estado de regressão ou fragilidade emocional poderia se acentuar em relação ao cuidador (suposto detentor do saber), levando a uma conduta mais iatrogênica que terapêutica.

Na área das ciências humanas e clínica como já mencionado acima, para que se tenha uma constituição de conhecimento significativo, é de fundamental importância o estabelecimento de uma relação dialética entre o observador e o observado.

Em seu texto *O conceito de “implicação” na pesquisa-ação em Ciências Humanas*, René Barbier, discorre sobre o conceito de implicação em três níveis de

abordagem: (1) o nível psicoafetivo, (2) o nível histórico-existencial e o (3) o nível estrutural-profissional; procura mostrar suas articulações com a intervenção em e sobre uma instituição, esta última a que se refere, analisada sob duas dimensões: a sistêmica e a libidinal.

(1) Barbier problematiza que o pesquisador, na relação com o objeto de estudo, logo se vê diante de uma implicação afetiva; uma vez que na pesquisa-ação ele também é questionado em bases de sua personalidade.

Para Barbier, quando o pesquisador se encontra engajado na ação, a implicação psicoafetiva pode bloquear ou desviar a pesquisa-ação se o pesquisador não souber administrar o fluxo da carga libidinal ou de sua contra-transferência. Isso pode ocorrer, por exemplo, na pesquisa-ação em sociopedagogia. Ele alerta: “É sempre difícil, por exemplo, reconhecer a influência do inconsciente individual nos dispositivos analisadores escolhidos para a pesquisa institucional” (1985, p.109).

René Barbier ressalta a implicação psicoafetiva em que, quase sempre, o pesquisador em ciências humanas se vê envolvido na sua prática, ou seja, a questão da relação com autoridade. Problematisa a questão com exemplos associados às primeiras experiências do ser humano na relação com as figuras paternas (autoridades) e para com os quais às vezes se frustra diante de condutas necessárias dos adultos, como o estabelecimento de limites que mobilizam sentimentos agressivos, bem como do medo do abandono. Diz ele: “É especialmente nas ciências humanas clínicas que os mecanismos interferenciais decorrentes da elucidação psicanalítica devem ser detectados na pesquisa-ação” (1985, p.109).

Nas abordagens grupais, principalmente em contexto de cuidados da saúde, o pesquisador, bem como coordenadores de grupos, vê suas ações serem interrogadas pela psicanálise. Para Barbier: “O desejo de saber que se investe numa atividade de pesquisa é ao mesmo tempo genital (preencher um vazio, fechar os espaços do não-saber) e oral, porque o saber é alimento, como um bom leite oferecido generosamente” (1985, p.110).

Nas dinâmicas de grupos, a troca de informações entre seus integrantes fortalece e ajuda no desenvolvimento do intelecto e do emocional, pois, por analogia, funciona como espécie de alimento e de forma semelhante às trocas de afetos no desenvolvimento

emocional. Do ponto de vista de uma leitura psicanalítica, o coordenador pode representar para o grupo uma figura paterna, ou ser a manifestação de um desejo inconsciente do líder, e de forma semelhante à interação entre os participantes, expressar uma relação fraterna.

O desejo inconsciente de paternidade pode ser assim exercido à vontade: fazer renascer um indivíduo ou um grupo pelo uso de uma prática psicoterapêutica; fazer discípulos, imitadores, imagens de si mesmo; criar e difundir idéias, os conceitos formulados a partir de uma prática; criar um movimento de idéias e práticas que confirme a pessoa definitivamente como pai. (Barbier, 1985, p.110)

Para Barbier, “reconhecer a dimensão psicoafetiva da implicação e circunscrevê-la através da via psicanalítica não significa paralisar-se na pesquisa-ação” (1985, p.110); quiçá através dela possamos ir mais além na comunicação.

(2) Articulado ao nível psicoafetivo encontra-se o histórico-existencial. “É justamente porque o pesquisador-animador está totalmente engajado no aqui-e-agora de sua pesquisa, no presente e no projeto dos grupos dos quais é animador, que ele não pode escapar à implicação histórico-existencial.” (Barbier, 1985, p.110)

Nos processos grupais as formas de participação não tendem a se dar num faz de conta; embora as pessoas sejam consideradas como integrantes de um mesmo grupo, elas possuem suas singularidades e ainda que possam reproduzir maneiras semelhantes de lidar com os diversos tipos de questões que também se depararam em outros contextos da vida, elas são estimuladas, inquiridas, confrontadas no relacionamento presente, portanto participam e vivenciam desde a elaboração das regras de funcionamento do próprio grupo no aqui e agora.

(2.1) Além da articulação com o nível psicoafetivo, a implicação histórico-existencial também se refere a outros fatores: “o Ethos e o Habitus de Classe do Pesquisador” (1985, p.111). O pesquisador enquanto membro de uma sociedade está sujeito a constelações de hábitos que tenha adquirido, formas de pensamento e de perceber, que podem modelar em maior ou menor grau sua prática científica - fatores esses que estão

relacionados ao seu processo de socialização, conforme sua classe social de origem.

No reconhecimento da implicação histórico-existencial é subentendido o ethos e o habitus (conforme conceituação de Pierre Bourdieu) da classe social de origem do pesquisador.

Barbier tal qual Bourdieu defende a idéia de uma relação dialética entre estruturas objetivas e as disposições estruturadas. Trabalha com o processo duplo de interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade, modo ou processo esse de conhecimento, que não apreende as práticas pelo lado de fora somente, mas sim coloca o pesquisador no próprio movimento que as efetua (conhecimento praxiológico), ou seja, o da pesquisa-ação.

Considerar o difícil problema da objetividade é fazer uma retrospectiva sobre si mesmo e sobre sua socialização efetiva; é revelar o enraizamento social do sociólogo. O etnocentrismo de classe pode levar o pesquisador a interpretações forjadas por modelos inconscientes do seu ethos de classe. Mas (...) também alimentar uma fúria de conhecer... (Barbier, 1985, p.113)

(2.2) No texto *Conceito de Implicação na Pesquisa-ação em Ciências Humanas*, ao abordar a noção de *práxis e de projeto* na implicação histórica, Barbier refere que há uma relação dialética que se estabelece através da ação da práxis e do projeto individual e coletivo, entre as estruturas objetivas que modelaram o habitus do pesquisador, circunscrevendo suas práticas sociais, e as suas estruturas sociais atuais nas quais ele está inserido através de sua profissão, seu nível cultural, familiar, etc. Coloca ainda que o pesquisador enquanto sujeito ativo se envolve no processo de transformar o mundo do qual também faz parte. Nessa perspectiva, ele transforma e é transformado. “É desenvolvendo o vetor conhecimento empírico / conhecimento abstrato / aplicação prática, que conheço o mundo e vou 'me conhecendo'” (1985, p.114).

Barbier compartilha com Lucien Goldmann, *Marxisme et sciences humaines*³ a ideia de que o projeto é a vitamina da práxis. Em outras palavras, um nutriente desta, e segundo Barbier: “O projeto que anima a práxis constitui-se da vontade de transformar as

³ Lucien Goldmann, **Marxisme et sciences humaines**, Paris, Gallimard. Col. Idées, 1970.

relações sociais e o mundo natural no sentido de um bem-estar coletivo e de uma sociedade sem classes.” (1985, p.115).

Implicação histórico-existencial, no fundo significa que, enquanto ser social, o sujeito questionador estará sempre numa relação dialética com o objeto questionado através do canal essencial da práxis. (...) Interrogar a implicação histórico-existencial do pesquisador é o mesmo que esclarecer a transversalidade histórica e mediatizada que estrutura e dinamiza o conjunto de seus projetos proclamados, de suas práticas em andamento e de seus produtos realizados. Na minha problemática, esse nível de implicação constitui o elemento fundamental de toda reflexão crítica sobre a minha prática social. É aprofundando esse nível de implicação que se pode interpretar com o máximo de objetividade o impacto psicoafetivo e o impacto estrutural-profissional presente na pesquisa-ação. (Barbier, 1985, p.116)

No que tange ao (3) nível Estrutural-Profissional na abordagem do conceito de Implicação na Pesquisa-ação, temos segundo Barbier de que este nível se faz por excelência como um mediador, lembrando dentre outras formas de mediação a família, religião, política, sexualidade, jogos, etc. Trata-se da busca de fatores e respectivos sentidos no que se refere trabalho e/ou contribuições do pesquisador na sociedade e suas relações sócio-econômicas na sociedade. É esperado determinado padrão de atitudes ou perfil profissional, e personalidade pertinente, conforme uma dada profissão e o lugar desta, segundo correlação de valores numa sociedade (1985, p.116-17).

Fazer pesquisa-ação em ciências sociais é assumir o risco, que a sociologia acadêmica não conhece *concretamente*, de ser interrogado sobre o papel e a função que se exerce como pesquisador e “especialista” na sociedade, isto é, aceitar uma interpelação sobre o sistema de valores e de atitudes (do pesquisador) do qual depende o equilíbrio da personalidade. É chocar-se a cada instante com o muro da contradição entre o projeto histórico e existencial (...) , e a realidade estrutural da ação profissional com suas injunções e seus limites econômicos, políticos e científicos. (1985, p.117)

Barbier, no campo das ciências humanas, define *implicação* como:

o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte

inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento.(1985, p.120 – itálico no original)

Barbier refere que passados vinte anos, ainda mantém sua definição de implicação como “o sistema de valores últimos (os que ligam à vida), manifestados em última instância, de uma maneira consciente ou inconsciente, por um sujeito em interação na sua relação com o mundo, e sem a qual não poderia haver comunicação.” (2004, p.102)

1.3 Objetivos

Neste estudo, pretendemos realizar uma investigação da constituição de um determinado tipo de abordagem grupal, qual seja, a assembleia, e de como ela foi sendo construída ao longo do tempo, dentro de um equipamento alternativo/substitutivo na promoção de cuidados na saúde mental tendo como pano de fundo o contexto da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, apoiada nas Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

O trabalho pretende subsidiar o leitor na produção de conhecimentos acerca desse instrumento de trabalho, através da contextualização da assembleia nos seus diversos tempos e lugares. O recorte da pesquisa foi o intervalo de março de 1991 até setembro do ano de 2000, que foi o período de vida da Unidade de Internação, como descrito no capítulo 2. O estudo pretende contribuir para promover reflexões e re-significações do papel das abordagens grupais, tendo em vista a possibilidade de ampliações e aplicação dessa prática em espaços de assistência à saúde mental.

Assim, visamos à construção de uma narrativa sobre a constituição dessa ferramenta, como um espaço coletivo de expressão de opinião e demandas, pautada na escuta das pessoas que participaram do início da consolidação da assembleia no Cândido Ferreira, enquanto um dispositivo de abordagem grupal de um equipamento de saúde mental. Essa narrativa foi complementada pelo discurso presente nas atas de 1991 a 2000. O foco é a constituição histórica da “Assembleia”, desenvolvida em *setting* de internação, com usuários sob quadro clínico agudo com manifestação intensa de sintomas, para

tratamento e promoção de saúde mental, na Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - SSCF, na década de 90 (no respectivo período).

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

A doença, o ambiente de tratamento, os serviços e o grupo enquanto forma de cuidado

Michel Foucault, em seu estudo sobre “As dimensões psicológicas da doença – A doença e a evolução” em seu livro *Doença mental e psicologia* (1975, p.23) relata:

Diante de um doente atingido profundamente, tem-se a impressão primeira de um déficit global e maciço, sem nenhuma compensação: a incapacidade de um sujeito confuso de localizar-se no tempo e no espaço, as rupturas de continuidade que se produzem incessantemente na sua conduta, a impossibilidade de ultrapassar o instante no qual está enclausurado para atingir o universo do outro ou para voltar-se para o passado e futuro, todos estes fenômenos levam a descrever sua doença em termos de funções abolidas: a consciência do doente está desorientada, obscurecida, limitada, fragmentada.

As pessoas quando entram para tratamento numa unidade de internação, encontram-se em crise, muitas vezes em estado de confusão, como que perdidas e em certa medida desvinculadas da realidade objetiva. Apresentam-se em geral, inseguras, desorientadas, regredidas emocionalmente, e em nível de comportamento (que pode acarretar riscos), ansiosas, angustiadas, por vezes com a capacidade de juízo crítico comprometida, fragilizadas, enfim, com tipos e graus de comprometimentos variados e que certamente já se manifestavam nas áreas psicossociais, por meio do comportamento, do funcionamento afetivo, emocional, e cognitivo. Essas manifestações são percebidas nas relações interpessoais como na família, na escola, no trabalho e outras e muito provavelmente onde em algum momento se iniciaram as primeiras indagações a respeito da necessidade de um tratamento ou da intensificação deste.

Algumas pessoas, quando em crise, se manifestam de forma desconfiada, perseguidas, ameaçadas, devido a idéias distorcidas da realidade (delírios), muitas vezes com vozes e/ou visões (distúrbios sensoperceptivos), que as ameaçam ou que funcionam como vozes de comando; fenômenos esses que podem levar o sujeito a cometer atitudes

que acarretem riscos dos mais variados, ou prejuízos para si mesmos ou a terceiros.

Muitos se encontram com a capacidade de discernimento comprometida e têm dificuldade de explicar ou compreender a própria condição em que se encontram. Podem se sentir desorientados de diversas formas quanto ao tempo, ao lugar, e num grau mais ou menos intenso, até quanto a elas próprias, quando não conseguem identificar a si mesmas corretamente.

“De fato, a doença apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo.” (Foucault, 1975, p.24)

Pretendemos com essas colocações esclarecer a forma e o nível de funcionamento de alguns usuários, que frequentam equipamentos de assistência à saúde mental e que convivem entre si no dia a dia, num mesmo ambiente psicossocial de tratamento. A necessidade de cuidados e acompanhamento de funcionários/profissionais do quadro de pessoal do respectivo serviço é variado; não se pretende banalizar a necessidade de cuidados específicos e de atenção diferenciada, no que se refere à individualidade e singularidade dos usuários, nem tão pouco das condições no nível da prestação de assistência à saúde mental nos diversos tipos de serviços ou aparelhos, tanto no que se refere ao bem estar dos usuários quanto nas condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores na saúde mental.

Giuseppe Dell’Acqua e Roberto Mezzina em “Resposta à crise:⁴ estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial” (2005, p.163) ao refletirem sobre serviços de cuidados, quando comentam sobre o que denominavam de “o circuito psiquiátrico” no atendimento à crise, fazem uma crítica, no sentido de que apesar da constatação de uma maior ampliação e complexidade de ações na assistência psiquiátrica no percurso histórico assistencial, também problematizam sobre a necessidade de mudanças nas formas de assistência no sentido da criação de serviços que atendam às pessoas em seus próprios territórios de forma articulada entre si, evitando-se a prestação de assistência de forma isolada, fragmentada, e que favoreça a segregação. Colocam que na falta de

⁴ Conforme citação dos autores: Texto publicado na revista **Per la Salute Mentale – Pratiche Ricerche, Culture dell’innovazione**, v.L., n.1, 1988, Trieste. Tradução de Jaques Delgado

condições de: “reconhecer o sujeito como uma entidade complexa, o sistema tende a reduções e simplificações progressivas.” (2005, p.163)

E prosseguem, “naturalmente, é sempre a “crise do paciente” que se evidencia nestes casos; jamais, diante das necessidades e das demandas excessivas e impróprias da clientela, este sistema de serviços tem a capacidade de ‘colocar-se em crise’. (Dell’Acqua G, Mezzina R, 2005, p.163). Esse questionamentos nos reafirmam sobre a constante necessidade de re-avaliação, ajustamentos, mudanças e busca de alternativas na construção de equipamentos e novos procedimentos no encontro e re-conhecimentos das necessidades a serem assistidas.

Vinogradov S e Yalom ID. (1992, p.142-71) ao abordarem sobre “grupos para pacientes internados” e considerando-se as condições clínicas desses pacientes, bem como do próprio *setting* apresentam algumas tabelas significativas para a realização de grupos psicoterapêuticos e nesse estudo em particular, para pacientes internados, dentre as quais cito uma:

TABELA 1. Características dos Grupos de Psicoterapia para Pacientes Internados

-
- Rápidas mudanças na composição do grupo
 - Pacientes submetidos a uma breve hospitalização participam do grupo somente por algumas sessões
 - Encontros frequentes (habitualmente, todos os dias)
 - Pouca ou nenhuma preparação pré-grupo
 - Presença de grave psicopatologia
 - Grande heterogeneidade na psicopatologia dos pacientes
 - Equipe rotativa/falta de continuidade nos líderes do grupo
 - Efeitos variados do ambiente da unidade ou enfermaria sobre o processo do grupo
 - Presença de socialização extragrupo
 - Pode ser a única forma de psicoterapia disponível ao paciente
-

Fonte: Vinogradov S e Yalom ID, 1992, p.143

Pacientes internados necessitam de cuidados mais intensivos e de ambientes mais bem protegidos. Os grupos de pacientes numa unidade de internação mudam

frequentemente e intensamente na sua estrutura e forma de funcionamento, pois devido às altas, e por conseguinte, novas internações ou entradas de novos pacientes, tanto a unidade como os grupos apresentam uma grande rotatividade de integrantes, o que implica em um funcionamento singular. Nesses grupos, alguns fenômenos tendem a ocorrer de forma mais intensa, diferenciados, por vezes comprometidos, como por exemplo, em aspectos relacionados ao fator de continuidade de temas ou situações vivenciadas numa sessão e que poderiam ser recuperados e continuados em sessões posteriores. Nesse contexto, a saída ou entrada de cada indivíduo significa a constituição de um novo e diferente grupo, e portanto com funcionamento e dinâmica diferente.

O fato de tratar-se de pacientes em crise aguda e que manifestam sintomas de forma intensa faz com que os terapeutas ou coordenadores sejam mais diretivos na forma de condução, no sentido de que tenham mais perspicácia, maior prontidão e sejam mais hábeis em suas intervenções, no sentido de garantir estabilidade e sentimentos de segurança em grupos em que integrantes sejam mais instáveis e tendem a apresentar formas de funcionamento mais primitivo, como no caso de grupos com neuróticos graves e/ou de psicóticos. Por um lado, geralmente, percebe-se que o clima emocional, de instabilidades, inquietações, ameaça de agressões, medos, tende a se refletir no comportamento e nas atitudes dos pacientes durante as atividades grupais. Por outro lado, percebe-se que os grupos bem sucedidos promovem maior coesão entre seus integrantes, trocas de ajuda, solidariedade, harmonia no sentido de uma maior serenidade, tranquilidade, estabilidade, amenização de ansiedades, acolhimento, integração, vinculação e esperança com relação ao tratamento, entre outros fatores positivos e terapêuticos. No caso de dificuldades de comunicação ou problemas de relacionamento, o grupo se mostra como um instrumento potente. Lida essencialmente em nível de relacionamento interpessoal, uma vez que as atividades em grupo são mais ricas em termos de estímulos e possibilidades de interações.

Conforme Vinogradov e Yalom, o terapeuta deve proceder à avaliação da situação clínica e das restrições daquilo que é passível ou não de mudanças e que envolvem o grupo a ser trabalhado. Dentro das restrições consideradas, é preciso estabelecer os objetivos apropriados e possíveis de serem realizados, bem como manter os princípios básicos da terapia de grupo e adaptá-la ou ajustá-la ao *setting* específico para promover o

alcance dos objetivos.

Em geral um paciente, quando se interna, encontra-se sem vínculo com o tratamento, devido a sua condição clínica; alguns não fazem nenhum tratamento e portanto não estão vinculados a nenhum serviço. Outros não fazem uso regular da mediação. Vários fatores podem levar à agudização do quadro. O que é importante constatar e trabalhar inicialmente, é a necessidade de vinculação ou re-vinculação do usuário ao tratamento: promover a esperança no tratamento, auxiliar na amenização da ansiedade relacionada às condições e situação do usuário, promover acolhimento e rede de apoio (articulação com serviços da comunidade para construção integrada de projeto terapêutico, através do reconhecimento das dificuldades, limitações e recursos e potencialidades, tanto do sujeito como de seu contexto). É preciso ajustar as formas de cuidado (dispositivos, atividades terapêuticas) às necessidades, dificuldades e recursos e/ou potencialidades da pessoa assistida, promovendo sua participação ativa nesse processo.

De certa forma, o ambiente de tratamento nos serviços de internação pode apresentar um número variável e significativo de pessoas em estado ou condições comprometidas no que se refere ao grau e qualidade de vinculação e interação, tanto consigo mesmas como com os outros ou com o ambiente de forma geral. Elas necessitam de auxílio no processo de integração e desalienação. Nesse sentido, as atividades grupais são uma potente ferramenta.

A assembleia é uma atividade grupal, que se constitui num instrumento que trabalha com a integração de todas as referências (equipes multiprofissionais de práticas interdisciplinares) que prestam assistência, ou seja, usuários e membros de todas as equipes de referências que atuam no serviço, dentro do contexto de tratamento.

Uma pessoa quando é encaminhada para tratamento no nível de internação em geral o é, porque já vem passando por olhares avaliativos de outrem. Raros são aqueles que procuram tratamento nesse nível de cuidados (internação) por iniciativa ou auto-avaliação próprias. Em geral a capacidade de avaliação objetiva é algo que se apresenta comprometida; frequentemente a pessoa que procura ajuda o faz porque já possui algum vínculo ou história de tratamento e percebe a necessidade de obter ajuda, que tem dificuldades e que passa por sofrimento.

Na assembleia, a participação através do olhar diversificado e formas de intervenção dos profissionais de diferentes áreas e referências auxilia numa atenção mais ampla e integral dos usuários no respectivo *setting*. Trata-se de um espaço objetivo com local, dia, hora, duração, de livre participação, de acolhimento, de reconhecimento e de diálogo, onde a ênfase é na inclusão; o usuário tem direito à palavra. Pode discursar sobre o que percebe, pensa, sente, discutir sobre como estruturar o tempo e a convivência com o coletivo de pessoas no dia a dia da instituição.

Michel Foucault

Foucault é um autor que contribui para os estudos relacionados à instituição psiquiátrica em muitos aspectos. Em uma de suas obras *História da loucura na Idade Clássica* (1997) refere-se à origem da psiquiatria e sobre internações daquela época, que tinham um caráter social e disciplinar através das instituições na segunda metade do século XVII. O louco que na Idade Média era olhado de forma mística e sagrada passa no final do século XVII a ser visto como alguém que incomoda a ordem social e, portanto sob o olhar da moral e como objeto de exclusão social e de mecanismos de punição e correção.

Em *Vigiar e Punir* (1983), Foucault aborda a Instituição e os sujeitos institucionalizados e avalia o estabelecimento de processos disciplinares e de organização através de rotinas e regras institucionais gerando uma re-modelação do indivíduo bem como a reorganização do mundo interno do sujeito, processos esses de segregação, de perda de identidade em que a subjetividade e singularidade da pessoa eram desqualificadas.

Das possibilidades de relações que se pode realizar com relação à assembleia como espaço de discurso das várias subjetividades que ali se encontram, penso ser de grande contribuição ao eixo conceitual desse estudo o trabalho em que Foucault fala do discurso: *A ordem do discurso* de 1970.

Foucault organiza os argumentos sobre o discurso em três movimentos, quais sejam: 1) a palavra proibida (interdição), 2) a segregação da loucura e 3) a vontade de verdade.

Em sua “Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro

de 1970” ao discorrer sobre “A ordem do discurso”, coloca que conhecemos na sociedade procedimentos de exclusão, mas que o mais familiar e evidente é a *interdição*. Refere que não se pode qualquer um, em qualquer lugar, falar de tudo ou de qualquer coisa (a palavra proibida). Tabu, questão de ritual ou de direito privilegiado exemplificam algumas formas de interdições. No entanto, o discurso nos revela, através dos processos de interdições, sua ligação com o desejo e com o poder.

Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou - não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também aquilo que é objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.

Existe em nossa sociedade outro princípio de exclusão: não mais a interdição, mas uma separação e uma rejeição. Penso na oposição razão e loucura. Desde a alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros:... (Foucault, 2000, p.10)

A palavra do louco não tinha ouvidos, era desqualificada; nela, às vezes, se decifrava ingenuidade ou astúcia. Sendo a assembleia um lugar de escuta, o texto de Foucault é particularmente relevante.

...Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas. Jamais, antes do fim do século XVIII, um médico teve a idéia de saber o que era dito (como era dito, por que era dito) nessa palavra que, contudo, fazia diferença. Todo este imenso discurso do louco retornava ao ruído; a palavra só lhe era dada simbolicamente, no teatro onde ele se apresentava, desarmado e reconciliado, visto que representava aí o papel de verdade mascarada. (Foucault, 2000, p.12)

Dizer, “que a palavra do louco não está mais do outro lado da separação” (Foucault, 2000, p.12) é convite a se pensar naquilo que nos escapa de nosso próprio dizer, de nossa própria compreensão.

Segundo Foucault, pensar nos saberes especializados, todo um aparato a decifrar essa palavra, na rede de instituições a instrumentalizar o médico, o psicanalista ou a outrem a escutar e permitir ao paciente trazer, ou reter suas angústias e palavras, nos é suficiente

para supor que a separação ainda se faz presente, de outro modo, através de novas instituições e com efeitos que não são os mesmos. Daí a importância de um espaço coletivo, institucional, de escuta.

Considerando-se a oposição do verdadeiro e do falso como mais um sistema de exclusão, cabe refletir sobre os riscos da arbitrariedade e até de alguma violência no processo de separação. Se o embate da força da verdade em relação à separação for decorrente de circunstâncias históricas, modificáveis, em processo de deslocamento, mantidos, impostos e conduzidos por um sistema de instituições e que exercem pressões, é um conflito histórico e social.

Foucault faz referência às formas de distribuição de valores tendenciosas ou desiguais nas diferentes classes sociais:

essa vontade de verdade, como os outros sistemas de exclusão, apóia-se sobre um suporte institucional: é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por todo um compacto conjunto de práticas (...) pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído. (2006, p.17)

Foucault (2000, p.18) acredita que a “vontade de verdade, apoiada sobre um suporte e uma distribuição institucional tende a exercer sobre os outros discursos (...) uma espécie de pressão e como que um poder de coerção”, também nos coloca que os dois primeiros sistemas de exclusão que atingem o discurso, ou seja, a palavra proibida e a segregação da loucura, estão atravessados pelo terceiro, a vontade de verdade.

“O discurso verdadeiro, que a necessidade de sua forma liberta do desejo e libera do poder, não pode reconhecer a vontade de verdade que o atravessa” (Foucault, 2000, p.20). Assim, como espécie de maquinaria, a vontade de verdade exclui aqueles que na história procuram contorná-la “e recolocá-la em questão contra a verdade, lá justamente onde a verdade assume a tarefa de justificar a interdição e definir a loucura...” (idem)

Considerando-se os inúmeros procedimentos de controle e de delimitação do discurso os até aqui comentados são de certa forma externos, que funcionam como sistemas de exclusão.

A assembleia pode contribuir na maneira de os técnicos e equipes se organizarem para o seu trabalho. Favorece formas de composição e manejo das equipes. Ajuda a estabelecer equilíbrio entre atividades de acolhimento e atividades planejadas, discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica com centralidade no sujeito (usuário). Nesse sentido é possível explorar as potencialidades e/ou recursos da assembleia utilizada ora como dispositivo terapêutico na clínica, e outras vezes como arranjo, estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde (nos vários níveis de atenção: preventivo, curativo e de reabilitação) na assistência à saúde mental.

A assembleia compreendida como modelo de práticas de saúde singularizantes, ou processos de singularização da atenção à saúde, traz novas perspectivas de co-produção de sujeitos e seus contextos. Enquanto recurso que favorece a busca de propostas e de soluções para as questões do dia a dia, contribui nas melhorias do ambiente coletivo e por conseguinte em transformações do contexto institucional; através das demandas de usuários e funcionários, cabe à assembleia enquanto dispositivo, a capacidade de responder as respectivas demandas.

Erving Goffman

Outro autor que ofereceu importantes contribuições para o nosso estudo foi Erving Goffman. No contexto das instituições consideradas totais ou fechadas, Erving Goffman (1987) faz uma análise das instituições e dos processos de interações entre as pessoas e dessas com o estabelecimento como um todo, local de convívio, que o autor também denomina de organizações. Locais onde pessoas vivem ou passam a maior parte de seu tempo, praticamente segregadas, ou seja, distanciadas da vida em sociedade de forma mais ampla e aberta.

Essas entidades são em geral aquelas onde as pessoas se encontram reclusas ou internadas, como hospitais, presídios, escolas, quartéis, asilos, entre outros. Utiliza como meio de análise e de compreensão atividades do dia a dia de seus integrantes e analisa, por exemplo, a forma como o tempo é estruturado, bem como a forma das relações entre eles,

com o estabelecimento e suas normas.

O autor nos apresenta as instituições no que é visível e no que é velado. Mostra-nos através de detalhes do cotidiano nas formas de relações, a presença, o entranhamento e a articulação do poder, de formas de dominação e produção de saberes e de sujeitos.

Essas instituições caracterizadas como totais, tendem a ser em maior ou menor grau fechadas, onde pessoas tendem a permanecer em tempo praticamente integral, em condição de internadas, reclusas, e/ou com restrição de espaço e com atividades controladas. Nesses espaços as pessoas tendem a ter seu tempo estruturado nas diversas áreas de relação e/ou ocupacionais de forma geral, como morar, trabalhar, realizar atividades de lazer, cumprir pena, realizar atividades religiosas, submeter-se a tratamento de saúde, entre outros.

Através de suas análises, é possível constatar as estratégias e relações de poder entre dirigentes e dirigidos e como as atividades e respectivas normas modelam os sujeitos, instituindo dominadores e dominados; também mostra o quanto que determinadas situações de exercício do domínio de uns sobre outros, através da mera imposição de regras de convívio pode modelar, subjugar, reprimir, e mutilar o eu.

Toda instituição, a depender do lugar que uma pessoa ocupa na divisão hierárquica de funções, ou de trabalho, implicará em atribuição de algum tipo de poder na realização de tarefas e/ou na relação com outrem.

Esse autor proporciona com seu estudo e análise institucional, a compreensão e possibilidade da aplicação desse nível de conhecimento através das intervenções das práticas profissionais nos estabelecimentos, de forma mais humana e ética. Por mais que um estabelecimento possa proporcionar em termos de ampliação, melhorias ou qualificação do/no mundo dos internados, dificilmente se igualará em nível de complexidade e riqueza de estímulos ao mundo sócio-cultural externo.

É possível constatar-se as perdas de papéis desde a chegada do sujeito na instituição, a considerar-se que deixa para trás a atuação dos que já exercia no cotidiano de sua vida antes da internação, tais como o de filho, pai, cônjuge, empregado, patrão e outros. Passa a dividir seu tempo e lugar entre outros bens com pessoas que sequer conhece (o próprio lugar e formas de ocupar o tempo lhe são desconhecidos). Devido às regras

estabelecidas, muitas vezes tem de se despojar de objetos pessoais como aparelhos, (exemplo, de barba), desodorante líquido, fósforo, celulares, documentos, objetos de valor, e outros, que podem ser justificados como possibilidades de representar algum risco ou perigo de danos físicos ou materiais para si ou terceiros.

Essas colocações ilustram o que Goffman denomina como mortificação do eu e de uma perda de identidade (1987, p.24). É como se a pessoa perdesse seu “estojo de identidade” (1987, p.28). Ao perder os recursos que tinha com os próprios cuidados é provável que fique despido de sua própria aparência e sofra uma desfiguração. (1987, p.28). O autor cita vários exemplos de mortificação do eu, que ainda hoje podemos presenciar com pacientes em hospitais psiquiátricos, por exemplo, “podem ser obrigados a comer com colher.” (1987, p.30)

Outro exemplo é a necessidade de pedir, importunar, ou humildemente pedir algumas coisas pequenas – por exemplo, fogo para cigarro, um copo d’água ou permissão para usar o telefone.

Às indignidades de fala e ação exigidas do internado, correspondem às indignidades de tratamento que outros lhe dão. (Goffman, 1987, p.30)

Pequenas coisas em que às vezes a necessidade de um usuário ter de pedir, coincide com outras demandas de trabalho do funcionário e pode-se então perceber mais claramente o incômodo de ambos.

Goffman ao considerar os ataques na direção do eu do sujeito também demonstra a tendência do mesmo ser julgado e punido pelo grupo de pessoas que criam regras que uma vez impostas têm de ser cumpridas como forma de sustentar o sistema. Descreve outras fontes e mortificação do eu menos diretas em seu efeito: “uma perturbação na relação usual entre o ator individual e seus atos” (1987, p.40) e denomina uma delas como:

o “circuito”: uma agência que cria uma resposta defensiva do internado e que, depois, aceita essa resposta como alvo para seu ataque seguinte. O indivíduo descobre que sua resposta protetora diante de um ataque ao eu falha na situação: não pode defender-se da forma usual ao estabelecer uma distância entre a situação mortificante do eu. (Goffman, 1987, p.40)

Numa instituição fechada, o indivíduo passa por um escrutínio em suas atitudes e reações e estas podem ser interpretadas em função diagnóstica (no caso de um hospital), que passam a sustentar a condição de exclusão. Esse tipo de análise pode ser observado, por vezes, quando um paciente tende a omitir sintomas ou dificuldades porque fica com receio de que sua comunicação prolongue sua permanência no hospital.

Dentro desse contexto de vigilância e observação, o indivíduo se vê ameaçado em sua autonomia, uma vez que seus atos e reações são levados como objeto de avaliação em outros espaços, lugares e momentos da instituição, passíveis de julgamentos, críticas e sanções tal qual uma criança ou um delinqüente na sociedade em geral, fato que indica uma tiranização do sujeito ou infantilização. (Goffman, 1987)

Outra forma de perturbação comentada é a que Goffman chama de “economia” de ação em que a pessoa tem condições de realizar o que normalmente fazia na vida em sociedade, mas num regime de internação ou dentro de uma instituição tem de pedir autorização “- por exemplo, fumar, barbear-se, ir ao banheiro, telefonar, gastar dinheiro, colocar cartas no correio.” (1987, p.44). Dentro das condições de controle e de vigilância no cumprimento de regras há também o que Goffman considera de “uma obrigação de executar a atividade regulada em uníssono com grupos de outros internados. É isso que às vezes se denomina arregimentação.” (1987, p.44)

Outra consideração é a de que “regras difusas ocorrem num sistema de autoridade escalonada: *qualquer* pessoa da classe dirigente tem alguns direitos para impor disciplina a *qualquer* pessoa da classe de internados, o que aumenta nitidamente a possibilidade de sanção” (Goffman, 1987, p.45). E complementa que em nossa sociedade as pessoas devem satisfação a poucos elementos como o cônjuge, o chefe no trabalho e à polícia que não está sempre significativamente presente, mas compara que para um recém internado, isso possa gerar angústia no anseio de cumprir adequadamente as regras.

As justificativas que se dão aos processos que geram as mortificações do eu nas formas de se estruturar e funcionar das instituições são, segundo Goffman (1987), meios de se controlar grande número de pessoas, em espaço delimitado ou restrito e de forma econômica.

A reflexão sobre as análises de Goffman a respeito das instituições em suas

diversas modalidades, incluindo também as instituições psiquiátricas, é importante para a fundamentação da pesquisa. Seus relatos servem também como pano de fundo, auxiliam na compreensão contextual onde se desenvolve a assembleia de onde emergem os elementos de discussão na palavra dos usuários, como regras ou normas, relações de poder, conflitos, desejos, necessidades de reconhecimentos, entre outros.

Contribuições de Norbert Elias

É a partir das questões relacionadas a processos de exclusão, de indivíduos ou grupos mais fragilizados, como as pessoas portadoras de transtornos mentais (em tratamento numa Unidade de Internação), é que se evidencia o valor das contribuições do sociólogo do século XX, Norbert Elias.

Norbert Elias nasceu em Breslau – Alemanha, em 1887. Em 1935 chegou a Londres e residiu na Inglaterra até que em meados dos anos 70 mudou-se para Amsterdã, onde morreu em 1990. Conforme a apresentação à edição brasileira, por Federico Neiburg “*A sociologia das relações de poder de Norbert Elias*”, no livro *Os estabelecidos e os outsiders* (2000), temos um envolvimento maior com o autor, através de dados biográficos.

A obra *Os estabelecidos e os outsiders* é um livro/produção de caráter etnográfica, associada à sociologia histórica, centrada na interpretação de fontes escritas. Obra esta resultado de três anos de um trabalho de campo, numa cidadezinha objeto de seu estudo, sob o nome fictício de Winston Parva, do interior da Inglaterra. Sua produção monográfica resultou do estudo de material/dados de várias fontes escritas e principalmente, “observação participante” (2000).

Federico Neiburg, em sua apresentação à edição brasileira do livro de Elias (2000, p.7) relata que:

As palavras *establishment* e *established* são utilizadas, em inglês, para designar grupos e indivíduos que ocupam posições de prestígio e poder. Um *establishment* é um grupo que se autopercebe e que é reconhecido como uma “boa sociedade”, mais poderosa e melhor, uma identidade

social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência: os *established* fundam o seu poder no fato de serem um modelo moral para os outros.

Na língua inglesa, o termo que completa a relação é *outsiders*, os não membros da “boa sociedade”, os que estão fora dela. Trata-se de um conjunto heterogêneo e difuso de pessoas unidas por laços sociais menos intensos do que aqueles que unem os *established*. A identidade social destes últimos é a de um grupo. Eles possuem um substantivo abstrato que os define como um coletivo: são os *establishment*. Os *outsiders*, ao contrário, existem sempre no plural, não constituindo propriamente um grupo social. (Neiburg, 2000, p.7)

A obra de Norbert Elias resultou da reelaboração desse estudo circunscrito, a partir do qual faz algumas contribuições:

(...) a esclarecer processos sociais de alcance geral na sociedade humana – inclusive a maneira como um grupo de pessoas é capaz de monopolizar as oportunidades de poder e utilizá-las para marginalizar e estigmatizar membros de outro grupo muito semelhante (por exemplo, através do poderoso instrumento da fofoca), e a maneira como isso é vivenciado nas “imagens de nós” de ambos os grupos, em suas auto-imagens coletivas.

Nas comunidades pesquisadas, os habitantes “também descreviam a diferença e a desigualdade social como relações entre estabelecidos e *outsiders*”. (...) Os *outsiders* eram estigmatizados, a eles eram atribuídos conceitos associados com anomia, delinquência, a violência e a desintegração. (Neiburg, 2000, p.7).

O estudo de Elias revelou propriedades gerais de toda relação de poder. “As categorias estabelecidos e *outsiders* se definem na relação que as nega e que ambas estão, ao mesmo tempo, separados, e unidos por um laço tenso e desigual de interdependência.” (Neiburg, 2000, p.8)

Este estudo tem como parte de seus fundamentos e orientação, a compreensão de princípios e conceitos básicos da sociologia de Norbert Elias.

Elias traz a noção de uma sociologia processual, que aborda a sociedade como algo em contínuo desenvolvimento e transformação. No conjunto de seus trabalhos, chamamos a atenção para as diferenciações entre as sociedades ao longo da própria história, bem

como entre os vários tipos de sociedade de acordo com suas características e seus níveis de evolução.

Através de seus estudos sociológicos, traz a compreensão de vários conjuntos de idéias - conceitos esses citados em trabalhos de vários autores, que se utilizam dos conhecimentos teóricos de Elias (Landini TS, 2005; Honorato T, 2005; Oliveira Jr, CR, 2005; Sobrinho, 2009 et al). Dentre as contribuições de Elias temos a noção de *figurações*⁵, que diz respeito às pessoas no plural e a construções de representações, dentre as compreensões a de que as figurações formadas pelas pessoas estão continuamente em fluxo, bem como de que o desenvolvimento de figurações ao longo do tempo não são em larga escala planejadas e nem previsíveis, também traz o entendimento de que os saberes se desenvolvem dentro das figurações e de que os processos de *figurações*, de construção de conhecimentos, são aspectos importantes nas transformações e desenvolvimento da sociedade e dos indivíduos.

Conforme relato de Landini (2005), tal qual Bourdieu, Elias também se utiliza da expressão *habitus*, sendo que Elias faz referência a *habitus* individual e *habitus* social, representando este último a incorporação pelo indivíduo dos conhecimentos sociais.

Dentre seus estudos, Elias se ocupou da compreensão da transformação dos costumes e comportamentos ao longo da história de sociedades e civilizações, buscando compreender nas mudanças, seu sentido para as pessoas. Constata que as transformações e mudanças não acontecem sem motivos, elas têm um caminho e implicações, ou seja, tem a ver com relação às dinâmicas e processos sociais. Associa, por exemplo, as expressões de afetos e atitudes emocionais das pessoas, na relação com a dinâmica social e a estrutura de personalidade da época. Na sua forma de pesquisar, utilizava-se de fontes de dados dos mais diversos como documentos, obras literárias, pinturas, entrevistas, entre outras e observação participante.

Ajuda no entendimento que o desenvolvimento e formação do indivíduo são da ordem do social. Traz a idéia de um processo contínuo, no sentido de que o social muda,

⁵ Conforme Landini (2005), o termo configuração foi inicialmente utilizado por Elias em suas obras e posteriormente ele preferiu adotar o uso de figuração, por adotá-los sob o mesmo significado (padrão) e avaliar tratar-se de redundância a expressão do primeiro; con-figuração, que na tradução do inglês quer dizer com padrão (figuration/figuração, no sentido de padrão)

bem como os valores, tipos de capital social, ao longo dos tempos, bem como os processos de assimilações por parte do sujeito e respectivas implicações.

Associa como motivos para as mudanças de costumes às dinâmicas das classes sociais. De certa forma esse processo também pode ser relacionado às relações de poder entre grupos sociais. No entanto os novos padrões de conduta podem ser assimilados por outras classes sociais e ao longo do tempo podem se dar em nível inconsciente e corresponde ao que Elias se refere à incorporação do social e que ele associa à mudança de estrutura da personalidade.

Elias reconhece como processo de civilização o desenvolvimento do indivíduo associado à sua interação e incorporação do social. Nesse contexto, ele também associa a mudança de estrutura de personalidade do sujeito, onde também se situa a noção de auto-controle. No processo de civilização, Elias reconhece uma mudança de equilíbrio entre a necessidade de controle externo e o auto-controle.

Ainda sobre as transformações de costumes, Elias aborda sobre as mudanças de comportamentos agressivos, de forma a correlacionar com a formação do Estado e as alterações de estrutura de personalidade e refere que quanto maior for o controle central, mais as pessoas serão obrigadas a conviverem em paz e mais se aproximarão e se identificarão entre si. Elias estabelece uma relação entre mudança social e economia (troca) de afetos.

O auto-controle a que Elias se refere pressupõe uma alteração entre equilíbrio de coerções interna e externa e as mudanças do modo de controle.

Elias também fala numa diminuição das desigualdades entre grupos sociais.

Conforme Landine, referindo-se a Elias, diz que para explicar a figuração Elias usa de uma imagem, como pessoas dançando.

A dança, segundo ele, não pode ser pensada sem uma pluralidade de indivíduos dependentes e orientados reciprocamente uns com os outros. Além disso não é entendida como uma construção mental e, portanto como uma mera abstração, ou algo que existe para além do indivíduo – ainda que possa ser entendida como relativamente independente dos indivíduos enquanto tais. (Landini, 2005, p.6)

Assim como a dança há mudanças nas figurações, nas formas, ritmos, o mesmo ocorre nas figurações maiores chamadas sociedades. “A interpenetração de indivíduos interdependentes forma um nível de integração na qual a forma de organização, estruturas e processos não podem ser deduzidos das características biológicas e psicológicas que constituem os indivíduos” (Elias, 1970, p.50).

Para Elias os conceitos mudam, então devem ser estudados considerando-se o desenvolvimento dos mesmos.

As reflexões de Elias sobre os processos sociais mostram sua importância na compreensão das mudanças nos vários contextos sociais, desde os pequenos grupos até na área macrosocial.

“Que tipo de formação é esse, esta ‘sociedade’ que compomos juntamente, mas que não foi pretendida ou planejada, tal como agora se apresenta, por nenhum de nós, nem tampouco por todos nós juntos, que só existe quando existe um grande número de pessoas, só continua a funcionar quando muitas pessoas, tomadas isoladamente, querem e fazem certas coisas, mas cuja estrutura e grandes transformações históricas claramente independem das intenções de qualquer pessoa em particular?” (Elias, 1994, p.63)

Conforme Elias as respostas a esse tipo de indagação demonstram a existência de campos diferentes de abordagens. “Alguns abordam as formações sócio-históricas como se tivessem sido concebidas, planejadas e criadas, tal como agora se apresentam ao observador retrospectivo, por diversos indivíduos ou organismos.” (Elias, 1994, p.13) Para os integrantes de um campo oposto, não há desempenho de papel algum por parte do indivíduo na abordagem das formações históricas e sociais.

No livro *A sociedade dos indivíduos* Norbert Elias já no próprio prefácio tem como objeto de problematização a relação entre a pluralidade de pessoas e a pessoa singular a que chamamos “indivíduo” e da pessoa singular com a pluralidade. O autor aborda os conceitos de “indivíduo” e “sociedade”. Com relação ao primeiro, no sentido de como os seres humanos individuais, ligam-se uns aos outros numa pluralidade, ou seja, numa sociedade.

Comenta sobre possíveis enganos ao abordar-se o conceito de indivíduo, ou seja,

ao referir-se ao ser humano singular como se fora uma entidade existindo em completo isolamento. Igualmente enganosa são as idéias opostas da sociedade entendida como mera acumulação, coletânea somatória e desestruturada de muitas pessoas individuais, quer como objeto que existe para além dos indivíduos, como se os conceitos indivíduo e sociedade fossem ontologicamente diferentes. Elias problematiza a relação entre indivíduo e sociedade e demonstra o quanto a pessoa é influenciada em seu desenvolvimento conforme a posição que ocupa na dinâmica do processo social. Elias pontua em suas obras que tanto o indivíduo como a sociedade não são entidades estanques, mas que possuem perspectivas diferentes.

Para Elias:

Somente quando o indivíduo pára de tomar a si mesmo como ponto de partida de seu pensamento, pára de fitar o mundo como alguém que olha de “dentro” de sua casa para a rua “lá fora”, para as casas “do outro lado”, e quando é capaz – por uma nova revolução copernicana em seus pensamentos e sentimentos – de ver a si e a sua concha⁶ como parte da rua, de vê-los em relação a toda a rede humana móvel, só então se desfaz, pouco a pouco, seu sentimento de ser uma coisa isolada e contida “do lado de dentro”, enquanto os outros são algo separado dele por um abismo, são uma “paisagem”, “um ambiente”, uma sociedade”. (Elias, 1994, p.53)

A assembleia se constitui num grupo, um coletivo, que se reúne para discutir sobre o dia a dia da convivência, no coletivo de um ambiente de tratamento. Um espaço de interações, configurações onde se fazem presentes o agrupamento de usuários, funcionários, representantes de grupos de trabalhos específicos que participam e interagem (profissionais voluntários, estagiários, residentes).

Nesse contexto como em outros tipos de grupos, através dos processos interativos, tem-se a oportunidade de trocar olhares, dar-se conta de como o outro nos percebe e vice-versa, de poder ver a si mesmo através do outro, ou seja, apropriar-se de

⁶ Essa noção de individualidade como expressão de um núcleo natural extra-social dentro do indivíduo, em torno do qual os traços “típicos” ou “sociais” se depositam como uma concha, está ligada, por sua vez, a uma vida íntima específica e historicamente determinada. (Elias, 1994, p.52)

dimensões que sozinho talvez não fosse possível. A assembleia amplia a perspectiva de um universo limitado, empobrecido, de um plano só (como a imagem de um carimbo) e não multidimensional. Há aspectos de nós mesmos que não podemos ver num espelho, mas que em nível de comportamento e das interações pode ser refletido na reação e/ou expressão do outro, ou até literalmente, do outro a nosso respeito. Deixa-se de ser um expectador como quem olha uma vitrine para ser um protagonista, abre-se para novas configurações, novos saberes do eu, nós, dos outros.

Franco Basaglia

A obra de Basaglia reflete sua própria vida; apresenta uma produção e contribuição fundamental pela prática. Sua implicação e liderança no movimento da Psiquiatria Democrática italiana crucialmente através de suas experiências e ações transformadoras nas estruturas e funcionamento das instituições psiquiátricas da época, através de suas experiência em instituições nas cidades de Gorizia entre 1961 a 1968 e de Trieste entre 1971 a 1979, de forma a promover a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais (Basaglia, 2005).

Há muitos relatos que traduzem sua capacidade de liderança e práticas transformadoras na própria realidade vivida e de grande repercussão internacional, marcadamente no Brasil. Basaglia esteve no Brasil em 1978, mesmo ano em que a Lei da Reforma psiquiátrica italiana foi aprovada (“Lei Basaglia”). Retornou para o Brasil no ano seguinte promovendo várias conferências e encontros em vários estados brasileiros, contribuindo na política de saúde mental e da reforma psiquiátrica do país.

Como pessoa e profissional, Basaglia problematizou o simples cumprimento de mandatos de ordem e controle social enquanto um agente verdadeiramente promotor da saúde e bem social. Questionou os fundamentos e pretensões da ciência psiquiátrica da forma como estava estabelecida e idealizada e propôs a criação de rede de cuidados, estrategicamente territoriais, com ênfase na solidariedade, liberdade e inclusão.

Conhecendo um pouco da biografia de Franco Basaglia, percebe-se que à

semelhança de Norbert Elias, ele também pode ser considerado um outsider na sua história de vida. E como conceitua René Barbier a respeito da implicação na pesquisa-ação em ciências humanas, em seus vários níveis de abordagens, psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional, são coerentes os caminhos, os projetos de vida, de trabalho e a contribuição do autor.

Basaglia nasceu em 1924, na cidade de Veneza, onde estudou e participou da militância na Resistência Italiana. Esteve preso até o final da Segunda Grande Guerra. Depois da guerra, ingressou na Faculdade de Medicina de Padova, sendo que abandonou a Universidade após 12 anos de vida acadêmica por resolver trabalhar no Hospital Provincial de Gorizia. Em 1961 assumiu a direção do Hospital de Gorizia.

Seu tempo na prisão o influenciou em seu discernimento das condições dos institucionalizados. Provavelmente desenvolveu saberes decorrentes de suas experiências e vivência que transportou para a realidade dos hospitais psiquiátricos, para desenvolver em seu projeto de vida/profissional a transformação das práticas das instituições psiquiátricas, que ainda hoje estão impregnadas da visão positivista, que contribuem para uma visão cindida do homem, onde o mesmo é objetivado pelo método naturalista sem se apropriar de si mesmo.

Basaglia, com sua formação humanística e filosófica, fenomenológica e existencial, ingressa na direção do Hospital de Gorizia em 1961, e logo promove mudanças através de melhorias na hospedagem e nos cuidados técnicos dos internados. Cf. Amarante P. “Franco Basaglia: pequena biografia de um ideal de vida”, em *O homem e a serpente – Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*, (2003 p.122).

As mudanças internas na instituição são levadas às últimas conseqüências, com a abolição completa dos métodos coercitivos e violentos, *com o resgate dos direitos e da dignidade dos internos, mediante as ativas participações nas reuniões e assembléias*. Os primeiros pavilhões começam a ser abertos, mobilizando a comunidade local em prós e contras, mas, em última instância, *devolvendo a discussão e a responsabilidade dos doentes e da instituição à sociedade, que havia subtraído de si essa questão*. (Amarante, 2003, p.121-22, o grifo é meu)

O trabalho de Gorizia repercute em vários países no final da década de 60, quando de movimentos estudantis e operários em clima revolucionário que envolviam a Europa. Em Gorizia, discussões sobre a violência institucional, segregação e o autoritarismo promovem a aproximação de operadores e os pacientes dos movimentos mais significativos. (Amarante, 2003).

Basaglia em 1968 lidera a iniciativa de fechamento do hospital dessa província, sob consideração de que o mesmo servia a um “controle social de determinados segmentos marginalizados” (Amarante, 2003, p.122) e não terapêutico. A equipe técnica, por não se ver atendida no pedido de encerramento das atividades do hospital, decide pela alta coletiva dos pacientes bem como se demite em massa. (idem). Há resistências, retrocessos (como a contratação de outro dirigente) entre o poder municipal e o movimento, contudo há repercussão entre muitos técnicos, inclusive de outras cidades (e avanços).

Em 1969, como professor convidado num centro de saúde mental, Basaglia viaja para os Estados Unidos da América, onde tem a oportunidade de conhecer a psiquiatria comunitária, outro tipo de reforma psiquiátrica. Cf. Amarante (2003 p.122). Retorna para Parma - Itália em 1970 e tem como projeto dividir o manicômio em núcleos autônomos, todavia a administração da província não permite.

Parte então para Trieste e é nomeado em 19 de agosto diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial, com 1.200 internados, sendo 900 sob tutela judicial, dando continuidade com suas idéias transformadoras. Dentre elas: 1) pacientes em alta darem continuidade no próprio tratamento, 2) inauguração de uma cooperativa de trabalho de pacientes, não só em serviços do hospital, mas também com contratos externos, 3) realização de trabalho coletivo de caráter cultural no hospital de Trieste com o envolvimento de pessoas da comunidade, 4) alta médica com oferta de hospedagem em dependências do hospital para os que não possuíam condições de moradia.

A desconstrução das práticas hospitalar psiquiátricas do passado e os movimentos e/ou práticas coletivas, de multi-participações (pacientes, técnicos, familiares e outros protagonistas) e transformadoras inspiradas nos programas/ações de Basaglia, vieram a simbolizar o processo de liberalização e reintegração social de pessoas, naquilo que os ditos estabelecimentos fechados e de disciplina conforme denominações de Goffman

(1987) e Foucault (1983) teriam sequestrado em suas possibilidades de ser.

“Malgrado a forte oposição e críticas a esse processo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda em 1973, credencia o Serviço Psiquiátrico de Trieste como referência para a pesquisa no âmbito da saúde mental.” (Amarante, 2003, p.123). É inaugurado o primeiro Centro de Saúde Mental em 1975 em Aurisina, o que caracteriza o início da constituição de uma rede de serviços, territorializada, substitutiva ao hospital psiquiátrico, seguida da implantação de mais seis Centros. Oferecem atenção integral, com atendimento/acolhimento de crise, domiciliar e de apoio social. Cf. Amarante (2003, p.124)

Em 1976 é fechado oficialmente o hospital de Trieste e a assistência passa a ser feita “a partir dos centros territoriais, das cooperativas, dos grupos-apartamento e do serviço de emergência do Hospital Geral.” (Amarante, 2003)

Depois de aprovada a Lei Basaglia, o mesmo parte para a região do Lazio em 1979, que tem como capital Roma, a fim de iniciar à implantação da reforma. Deixa Franco Rotelli em seu lugar na direção do Hospital em Trieste.

Nasceu e morreu na mesma cidade de Veneza em agosto de 1980 aos 56 anos.

A reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial no Brasil, particularmente em Campinas, foi inspirado no que ocorreu na Itália. Os projetos de transformações propostas por Franco Basaglia com relação às práticas psiquiátrica hospitalar e suas relações com as comunidade e sociedade são fruto do protagonismo de coletividades, grupos de pessoas e seus representantes (técnicos/trabalhadores da saúde, usuários/pacientes, familiares, simpatizantes, políticos e representantes da comunidade, dirigentes, coletivos de movimentos afins e outros).

CAPÍTULO 2

Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial

O Cândido Ferreira na Reforma (depoimento pessoal)

O processo de desinstitucionalização se deu através da implantação da reforma psiquiátrica que no Brasil se iniciou no final da década de 70 (Amarante P, 1995, p.91, 1996, p.13; Delgado PGG, 1987), diferentemente de outros países como Estados Unidos, Itália, França e Inglaterra, onde processos de mudanças já existiam desde a década de sessenta, conforme Carvalho (2002, p.25). A desospitalização contribuiu na transformação dos processos de trabalho, bem como no surgimento de novos procedimentos, práticas e atividades nas diversas áreas de saber da saúde mental.

É dentro desse contexto da reforma psiquiátrica, através da diversificação dos equipamentos e procedimentos, no exercício de práticas interdisciplinares/multiprofissional, que buscamos através desse estudo, a investigação na prática grupal.

O trabalho de reabilitação num hospital psiquiátrico tem muito a ver com a humanização e os direitos, com a desinstitucionalização dos indivíduos mas, sempre e em cada momento, tem a ver com espaços concretos nos quais as pessoas dormem, comem, caminham, falam. Não existe trabalho no hospital, se não a partir obsessivamente da transformação desses espaços. (Saraceno, 1999, p.116-17)

Embora tenhamos na história, a partir de outros países, vários modelos de reformas na assistência à saúde mental, também no Brasil tivemos mudanças nos diversos períodos, como o das colônias, o das comunidades terapêuticas, o da psiquiatria comunitária. Porém, foi no modelo da desinstitucionalização de Franco Basaglia, que a reforma psiquiátrica brasileira teve sua maior inspiração.

Ao discorrer sobre o aspecto “A desinstitucionalização como desconstrução” temos de Amarante (1996):

Um aspecto comum, que poderia aproximar as várias experiências, contribuições e projetos dessa tendência de reforma psiquiátrica, é a identificação com a trajetória prática-teórica da tradição desenvolvida por Franco Basaglia, cuja principal referência está no conceito de desinstitucionalização que, a partir daqui, consolida um novo significado.

Em fins dos anos 70, as reflexões de Basaglia estão bastante presentes em nosso meio, resultado, até mesmo, de algumas vindas suas ao Brasil, mantendo contatos diretos com o então recém-criado MTS. O interesse por Basaglia era decorrente de muitos aspectos, dentre os quais a repercussão internacional quanto à desativação do hospital de Gorizia, a sua decisiva participação na criação dos movimentos Psiquiatria Democrática e Rede Alternativas à Psiquiatria e, ainda, e um tanto posteriormente, a promulgação na Itália da Lei nº 180, de 1978, que ficou conhecida como a Lei Basaglia. (Amarante, 1996, p.20)

A fundamentação teórica das análises desenvolvidas nesse estudo está baseada nas reflexões de autores implicados com o movimento histórico e político da reforma psiquiátrica, movimento antimanicomial e da co-relação desses com os conceitos de saúde/doença, direitos humanos e cidadania.

Para compreender o processo histórico que permitiu a descentralização da assistência à saúde mental nos hospitais psiquiátricos, é imprescindível refletir sobre a luta por cidadania e direitos humanos, sua relação, sentidos e implicações com os referidos movimentos.

A reforma psiquiátrica no Brasil constitui-se no final da década de 70 no âmbito da reforma sanitária e do contexto da redemocratização no país, quando se defendia o acesso igualitário na assistência à saúde e na oferta de serviços. Irregularidades eram denunciadas e se propunha reorganização na assistência à saúde (BRASIL, 2005, p.6).

Em outros países, as mudanças nas formas de se lidar com os transtornos mentais e com as instituições de tratamento que impulsionaram a superação do modelo asilar e que também contribuíram com a promoção das práticas grupais, ocorreram de várias maneiras. O ponto de partida é marcado pelo final da II Guerra Mundial (1946), com a chamada “comunidade terapêutica” (Karterud, 1996). No Brasil, apesar dos modelos externos, tais mudanças, concernentes à reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, se manifestaram com latência de cerca de vinte anos, em função das características e condições da realidade brasileira.

A considerar-se as contribuições de Peduzzi e Palma (1996),

A proposta de trabalho em equipes multiprofissionais de saúde vem sendo enfatizada no Brasil desde a década de 70, período que é marcado por uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde, em razão das necessidades de extensão de cobertura de seus serviços.
(p.238)

Na minha própria vivência profissional, em que vi nascer no referido período a primeira equipe multiprofissional no Cândido Ferreira na cidade de Campinas - SP⁷ penso que em razão da defasagem, é possível que em nosso contexto e em determinadas regiões brasileiras, por conta do tamanho e diversidade sócio-cultural de nosso país, tais mudanças tenham ritmos e intensidades diversas.

No Cândido, as mudanças na estrutura, organização e funcionamento entre as décadas de 80 e 90 foram intensas.

Abordar a reforma psiquiátrica, o movimento antimanicomial, a inclusão social, o processo da desinstitucionalização, a descentralização da assistência à saúde mental, bem como a criação de equipamentos comunitários assistenciais alternativos, significa refletir sobre o exercício de cidadania, reconhecer os direitos humanos, seus sentidos e implicações.

O relatório anual do Centro de Justiça Global (*Direitos humanos no Brasil*, 2004, p.112), no qual aborda o tema Instituições Psiquiátricas – as violações de direitos humanos em instituições psiquiátricas no Brasil, refere que em nosso país, os doentes mentais eram excluídos da sociedade em nome da ordem social e a sua tutela relativa ao estado ocorria desde meados do século XIX, através de instituições asilares que visavam o recolhimento e tratamento. A Igreja Católica de modo leigo também prestou acolhimento aos doentes mentais, até o advento da República em 1889, quando da separação entre o Estado e a Igreja e na tutela dos deficientes mentais ficou mais nítida, passando os hospícios a serem administrados pelos médicos.

Segundo o mesmo relatório, predominava a ideia do afastamento da sociedade dos considerados indesejados que, no entanto, comumente se caracterizavam também como

⁷ Reconhecida como um centro de referência na área da saúde.

os mais carentes.

Conforme Macedo CF, referindo-se ao Decreto 24.559/1934: “Em meio às modificações impostas pelo governo provisório de Getúlio Vargas, também a assistência e a relação entre poder público e doente mental foram alteradas” (Macedo, 2006, p.4). No ordenamento jurídico substituiu-se o termo alienado por psicopata e facilitou-se a internação por qualquer incômodo provocado pelo psicopata. Segundo Macedo:

Assim, entendeu-se que a internação era a regra, e o tratamento extra-hospitalar a exceção, bastando a mera suspeita de existência da doença mental para que o indivíduo fosse cerceado em asilos, com subsequente supressão de seus direitos civis, e submissão à tutela do Estado (Macedo, 2006, p.4).

Nesse sentido promoveu-se a incidência de internações compulsórias e consequentemente a perda de cidadania aos portadores de transtornos mentais. Ao mesmo tempo acentuava-se o aumento de clínicas privadas fortalecidas pela relação com o poder judiciário e pela utilização pelo estado de serviços privatizados, também aumentando o número de internações.

Se num momento anterior, a ideia que se fazia em torno do manicômio era de isolamento, de contenção no sentido de excluir da sociedade aqueles que representavam carências e incômodos, no momento em que se substituiu o termo alienado por psicopata, agravam-se o referenciamento pelo preconceito, uma vez que o próprio termo popularmente seja associado à ideia de falta de caráter, a condutas anti-sociais, à delinquência, agravando a negatividade que os portadores de transtornos mentais possam representar à sociedade, inclusive como a de ameaça ou periculosidade.

Atualmente, tem se usado a denominação de pessoa portadora de transtorno mental ao invés de doente mental, conforme pode ser observado na redação do texto da Lei n. 10.216, de 6/4/2001, do Ministério da Saúde, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Conforme Sasaki RK (2005) em seu artigo, ‘Atualizações semânticas na inclusão de pessoas’:

À medida que o movimento inclusivo se espalha pelo mundo, palavras e conceituações mais apropriadas ao atual patamar de valorização dos seres humanos estão sendo incorporadas ao discurso dos ativistas de direitos, por exemplo, dos campos da deficiência e da saúde mental. (p.9)

No período da ditadura militar a partir de 1964, esse tipo de modelo regulador chegou ao seu cume devido a comprometimentos acentuados com interesses privados e que também refletiram no sistema de saúde mental. Dessa forma a assistência à saúde mental seguia princípios de um modelo segundo uma política de privatização, mercadológica, visando lucros e com a prestação de serviços subsidiados pelo governo sem, contudo, um monitoramento adequado pelo Estado.

Tal processo aumentava o número de instituições psiquiátricas, bem como a população manicomial, no intuito de lucros. Acarretou numa deterioração na assistência a ser prestada aos doentes mentais. As instituições privadas eram subsidiadas pelo Estado, e trabalhavam sem monitoramento ou fiscalização do Estado, cumprindo o mínimo de requisitos de funcionamento. Se por um lado deterioravam-se as condições onde pessoas eram conservadas detidas e até como vítimas de maus tratos, por outro lado, na década de 80 fortaleceu-se a sociedade e impulsionaram-se os movimentos em razão dos direitos humanos, que por sua vez também nutriu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e da Luta Antimanicomial, conforme consta em *Direitos Humanos no Brasil 2003 – Relatório Anual do Centro de Justiça Global* (2004).

Na década de 80 o país passava por sucessivas situações e mudanças de ordem social, econômica e política, bastante mobilizadora para os brasileiros. Ocorreram situações de crise financeira com altas de inflação, e com estabelecimento de diversos planos econômicos por conta da desvalorização da moeda. Mudava o clima político, surgiam greves de trabalhadores devido à defasagem de condições de trabalho, salários e condições de vida. A ditadura militar, ficou insustentável no clima econômico colocado; a luta pela volta à democracia, obteve êxito no sonho pelas “diretas já”, frase que ficou conhecida popularmente. Em 1988 foi promulgada a nova constituição⁸, em 1989 realizava-se a primeira eleição direta para Presidente da República. Todo esse contexto político, social e

⁸ Em 1988 o Sistema Único de Saúde – SUS é criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito universal à saúde para toda a população.

econômico com todo o sentido gerou reivindicações e denúncias de maus tratos, bem como fortaleceu movimentos em prol do reconhecimento, respeito e luta pela preservação das necessidades e direitos humanos, de grupos minoritários dentre os quais os portadores de transtornos mentais.

2.1 Política de Saúde Mental do SUS

Maria Cecília Carvalho em seu texto “Os desafios da desinstitucionalização” (2001, p. 9), quando comenta sobre o “Estado do bem-estar-social” – *Welfare State*, universalmente difundido e que para ela faz parte de uma esfera pública inclusiva, explica: “Fundamental também é o conceito de cidadania como a incorporação progressiva de direitos civis, políticos e sociais.”

Segundo Maria Cecília Carvalho (2001) países capitalistas passavam por crises políticas sociais e econômicas na década de 1970, o que levava a investigações para alternativas sociais e re-avaliação dos limites do Estado capitalista.

No Brasil, com o processo de redemocratização nos anos 80, passou-se a enfatizar o papel do Estado de, através da política social, operar mudanças redistributivas e equalizadoras. A política social assumiu o papel de transformadora das condições de vida da população, lugar antes ocupado pela expectativa de mudanças estruturais. Esses princípios foram estabelecidos na Constituição de 1988, que, no que tange à seguridade social, ampliou a cidadania, conferindo direitos sociais a todo o povo brasileiro, superando-se por força de lei o particularismo do acesso corporativo aos benefícios. (Carvalho, 2001, p.13)

No entanto na operacionalidade, conforme Carvalho (2001) surgiram dificuldades pelo fato de os setores mais bem remunerados da sociedade gradativamente deixarem o sistema público como referência e se constituírem como clientela para o subsistema privado, tendo-se como possibilidade o enfraquecimento dos sistema em nível de poder de pressão.

Tendo-se em vista a constatação da impossibilidade de igualdade absoluta, a partir da consideração das singularidades do ser humano e sua diversidade sob vários aspectos, é notória a dificuldade de um estabelecimento normativo.

Surge então o conceito de equidade (justa igualdade), correlato ao conceito de igualdade. O princípio de justiça subjacente ao conceito de equidade postula que o princípio da igualdade só deve ser violado à medida que beneficiar aqueles em situação mais desfavorável – mais necessitados. (...), contribuindo assim para a redução da desigualdade. (Carvalho, 2001, p.12)

A reforma sanitária vinha se estruturando desde os anos de 80 com o processo de redemocratização do país e dando estrutura a uma nova política de saúde pública objetivando: substituição de um modelo corporativo regulado por um sistema de acesso universal; descentralização político-administrativa, sendo normatizadas a transferência de recursos para os estados e municípios; promoção de meios de participação da comunidade na gestão, acompanhamento e avaliação.

Com a VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986 o novo modelo de política pública foi formalizado e serviu de base para a política sanitária a ser constituída na Assembléia Nacional Constituinte em 1988.

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos ‘Conselhos Comunitários de Saúde’. (Brasil, 2005)

Conforme citação nas referências complementares em final de texto de Everardo Duarte Nunes – “Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto”, temos:

A **Constituinte de 1988** no capítulo VIII *da Ordem social* e na secção II referente à Saúde define no **artigo 196** que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O **SUS** é definido pelo **artigo 198** do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e

hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade

Parágrafo único – o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (Nunes, 2006, p.38 e 39)

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, define:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (Nunes, 2006, p.39)

Considerando-se o conceito de saúde e do processo saúde-doença, em *Distritos Sanitários: concepção e organização*, da série *Saúde & Cidadania* (Almeida ES de, Castro CGJ de, Vieira CAL, 1998, p.11), no trabalho sobre o processo saúde-doença, na promoção da saúde, enquanto qualidade de vida, um bem comum, e um direito social são de fundamental importância por parte dos gestores públicos, o reconhecimento e aplicabilidade dos recursos disponíveis (equipamentos, conhecimentos, tecnologias, recursos humanos, etc.) e desenvolvidos pela sociedade.

2.2 Saúde Mental e Movimentos transformadores

Na conceituação do termo saúde mental, temos em texto de Lancetti e Amarante, “Saúde Mental e Saúde Coletiva” o seguinte:

A expressão saúde mental tem, certamente, muitos significados. O mais comum está relacionado à idéia de um campo profissional, ou a uma área de atuação. (...) um primeiro sentido que se atribui à expressão está relacionado a essa idéia de campo de conhecimentos relacionado à saúde mental das pessoas. Falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes se

intercruzam em torno do campo da saúde mental: medicina, psicologia, psicanálise, socioanálise, análise institucional, esquizoanálise, filosofia, antropologia, sociologia, história, para citar alguns. (Lancetti A, Amarante P, 2006, p.616)

Conforme documento “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil” apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas-OPAS, a reforma psiquiátrica, teve início no Brasil na década de 70, por ocasião do Movimento Sanitário (Brasil, 2005). Ocasão em que se desenvolveram propostas de mudança dos modelos de atenção e gestão na assistência à saúde, promoção da saúde coletiva, igualdade na oferta de serviços de saúde, participação dos usuários e trabalhadores nas formas de avaliação, na organização, gestão dos serviços, bem como na produção de conhecimentos e tecnologias de cuidados.

Em 1978, forma-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, originando um processo de crítica e denúncias ao modelo de assistência psiquiátrica tradicional de característica homogênea, centrada na figura do médico, e a expressar o desejo e promoção de iniciativas de mudanças nesse tipo de assistência, culminando na década seguinte, ou seja, em 1987, na implantação do Movimento Antimanicomial. “O II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro)” (Brasil, 2005, p.7).

Conforme Lobosque, havia em Minas Gerais pólos de organização de trabalhadores de saúde mental de origem e percursos diferentes (médicos e não médicos) mas cujos esforços vão se unir a partir do I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, em Salvador, em 1993, “vindo a constituir no Fórum Mineiro de Saúde Mental (Lobosque, 1997, p.53). Cabe salientar também a participação não só de técnicos em saúde mental neste encontro, mas também número expressivo de usuários.

A reforma psiquiátrica, no contexto da redemocratização, tem sua singularidade histórica na luta contra a segregação asilar e na crítica quanto ao modelo hospitalocêntrico. Ganhou impulso, significativamente, por meio da força dos movimentos sociais organizados, com a protagonização de associações de usuários, familiares, trabalhadores de

serviços, entidades de classes profissionais, entre outros, pelos direitos das pessoas enfermas mentalmente, e depois consolidou-se por meio da aprovação de leis, normas, mudanças políticas e nos serviços de saúde.

...Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (Brasil, 2005, p.6)

No campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica não se caracterizava apenas, conforme Delgado (1992), em críticas à forma da assistência segundo os modelos asilares, visando apenas o aprimoramento e humanização. Tratava-se, sim, do restabelecimento democrático e da recuperação da cidadania dos tutelados, ou seja, de reaver a perda de cidadania dos chamados “loucos” e de seus direitos como pessoas.

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador desse processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (Tenório, 2002, p.28).

A política de saúde mental do Ministério da Saúde por sua vez, segue seu processo de delineamento nas últimas décadas, de forma consoante com os princípios da reforma psiquiátrica. Segundo definição proposta por pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que parece contemplar aspectos significativos do processo:

Está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos [não] apenas uma crítica conjuntural ao sub-sistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de

redemocratização. (Amarante, 1995, p.87).

A reforma psiquiátrica tem sua luta legitimada no campo legislativo e normativo, a partir da entrada do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989, no Congresso Nacional, que tinha como proposta a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, bem como a extinção dos manicômios no país, cf. Brasil (2005). Os modelos alternativos na assistência à saúde propõem zelar pela inclusão social e salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos, cf. Declaração de Caracas, 1990.

Em 6 de abril de 2001 foi aprovada e sancionada a Lei nº 3.657/89, pelo Presidente da República, lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Criou-se

[...] a Lei Antimanicomial nº 10.216 de 6/4/2001, que dispõe sobre a humanização da assistência, a gradativa desativação dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, junto com os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria GM nº 106, de 11/2/2000), são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, essenciais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. (Memória da loucura, acesso em 18/02/09)

É dentro desse contexto, que é desenvolvida no país uma política de saúde mental inclusiva, de equidade, com ênfase no tratamento comunitário e através da construção de redes de cuidados e de atenção integral à saúde.

Na saúde mental é reconhecida a valorização de temas relacionados à integração social, do convívio com as diferenças, do cuidar, da não exclusão, da humanização, do respeito à subjetividade.

2.3 Apresentação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira⁹



Figura 1. Fachada do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, localizado no distrito de Sousas – Campinas, SP.

Fotografia de Carla Barreira Severino

Este relato tem a finalidade de apresentar brevemente o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, citando os diversos serviços ou equipamentos integrantes de seu todo, contexto no qual desenvolveu-se este estudo. Tem este a finalidade de servir de referência, “continente” ou de espaço relacional e de contextualização, onde se instituiu a Unidade de Internação, mais precisamente Unidade de Usuários em Crise Aguda¹⁰, precursora do Núcleo de Atenção à Crise - NAC.

⁹ **SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA - ESTATUTO SOCIAL**

ARTIGO 2º) A finalidade desta associação é a prestação gratuita de assistência e desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, assim como apoiar o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS, para usuários assistidos nos campos da saúde mental em particular e da saúde em geral. Essa associação existe para contribuir complementarmente à construção de equilíbrio entre situações enfrentadas por populações historicamente desassistidas e desamparadas de cuidados e a norma constitucional que define a Saúde como extensão do campo dos direitos de cidadania.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A associação presta serviços gratuitos permanentes e sem discriminação de clientela, de acordo com o Plano de Trabalho aprovado pelo CNAS.

4 Cognome: Unidade e Internação

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – SSCF é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, fundada em 6 de julho de 1919, inaugurada em 24/04/1924. É referência no tratamento em saúde mental no Brasil, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tem como principal objetivo a desospitalização, a participação e reintegração social. Atende mais de mil usuários por mês, através de equipamentos como o Núcleo de Atenção à Crise – NAC, o Núcleo de Atenção a Dependentes Químicos – NADeQ, quatro Centros de Atenção Psicossocial- CAPS (Caps Estação, Caps Sul “Antonio da Costa Santos”, Caps Esperança, e Caps AD Independência - Atenção a Dependentes de Alcool e outras Drogas), um Núcleo Clínico, um Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT, que oferece 12 Oficinas, um Centro de Convivência e Arte “Espaço das Vilas” e o Centro Cultural Cândido-Fumec, que oferece alfabetização, convivência social e cultura, não só aos usuários de saúde mental das regiões onde atua como também às comunidades locais. Também são oferecidas atividades em áreas de comunicação comunitária, em quatro oficinas: a de jornal impresso – Jornal Candura - “Espaço Aberto para um Novo Pensamento”, oficina de rádio “Programa Maluco Beleza”, veiculado na rádio Educativa FM 101,9 Mhz, oficina de TV (televisão) e oficina de fotografia, conforme Relatório do Conselho Diretor do SSCF (Relatório de Atividades 2007 e Plano de Ação das Atividades a serem Desenvolvidas durante o ano de 2008).

O “Cândido Ferreira” mantém convênio de co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas, desde 9 de maio de 1990 com dedicação integral em atendimento a pacientes do SUS.

Desta forma o SSCF, através de seus recursos assistenciais, é parceiro integrante na rede de serviços ou equipamentos municipais na prestação de assistência à saúde mental de Campinas – SP e caracteriza-se não como uma “instituição total” ou “fechada em si mesmo” (segundo reflexões de Goffman), mas aberta, integrada e articulada. Alinha-se segundo os princípios e diretrizes do SUS, do movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica.

Com o convênio de co-gestão, realizado em maio de 1990, o então “Sanatório Dr. Cândido Ferreira” em função de re-estruturação estatutária passou a ser oficialmente denominado de Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - SSCF. Constituiu-se um Conselho

Diretor, com mandato de três anos responsável pela gestão institucional, onde participam a representação de vários segmentos sociais interessados na promoção da saúde mental. É composto por três representantes da Associação SSCF, dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante do Conselho Municipal de Saúde, um representante da Secretaria Estadual de Saúde, através da DIR XII, dois representantes dos trabalhadores, dois representantes das universidades parceiras, um representante dos familiares, um representante dos usuários. Penso que este tipo de estrutura organizacional contribui para uma forma de gestão administrativa mais transparente, democrática e humana, junto aos usuários, trabalhadores e os outros segmentos representativos da comunidade (Relatório do Conselho Diretor, 2008).

O Colegiado de Gestão é responsável pela gestão cotidiana da instituição e é composto pelo Superintendente, contratado pelo Conselho Diretor na condição de gerente geral das atividades desenvolvidas pela instituição, Diretor Clínico, conforme exigência do Conselho Federal de Medicina, Diretor Técnico, Gerente Financeiro, e pelos Gerentes das diversas Unidades assistenciais. Conta ainda com supervisor de moradias assistenciais e de estágios, supervisores de áreas de apoio ou das atividades meio, que promovem condições para as atividades fins ou da assistência propriamente ditas, além de assessorias de planejamento, jurídica, de comunicação e recursos humanos.

O SSCF é campo de ensino e aprendizagem, contribui na formação e treinamento de profissionais, constitui espaço de estágio para várias instituições e áreas relacionadas à saúde, além da Residência Médica em Psiquiatria.

2.4 Documentos do Cândido – Registro do início de mudanças

Enquanto na década de 1970 a instituição constituía o trabalho profissional de equipe multidisciplinar, que vinha sendo promovida pelo diretor clínico da época, Prof. Dr. Décio Silveira Pinto de Moura, no final da década de 1980, a instituição se viu ameaçada no declínio da qualidade da assistência prestada. As dificuldades financeiras aumentavam, o fluxo das internações diminuía e a queda na qualidade da assistência preocupavam, até

que:

Aos vinte e quatro dias do de Abril de 1.990, realizou-se na sede do Sanatório Dr. Cândido Ferreira, a Rua Conselheiro Antonio Prado nº 430 em Sousas, a Assembléia Geral extraordinária de acordo com o Edital de Convocação publicado no “Correio Popular” de onze de abril de 1.990, para discutir e deliberar a aprovação da reforma dos Estatutos apresentado pela Diretoria. (Ata da Assembléia Geral Extraordinária, 1990, p.2, rubricada)

Lido o Edital de Convocação pelo presidente da mesa da referida Assembleia, Dr. Antonio Carlos Giampietro passou a palavra ao Presidente da Diretoria Executiva do Sanatório Dr. Cândido Ferreira, Dr. Nelson Noronha Gustavo Filho, que explicou os motivos da convocação da Assembleia:

Disse ter sido procurado pelo atual secretário da Saúde do Município que mostrou interesse do poder público em promover uma co-gestão a ser exercida pelo Sanatório e a Municipalidade, havendo para tanto necessidade de se promover a alteração dos Estatutos a fim de possibilitar à assinatura de um convênio com a Prefeitura. Depois de fazer observações sobre as dificuldades cada vez maiores pelas quais vêm passando as Entidades Assistenciais face a forma como se desencadeou a problemática financeira dos últimos anos, entregou os novos estatutos para que fossem lidos, debatidos e aprovados. Feita a leitura dos mesmos abriu-se espaço para as discussões e a palavra foi dada ao Sr. Antonio Orlando que perguntou aos membros da equipe técnica o que achavam do convênio. O Dr. Nelson Noronha Gustavo Filho respondeu a pergunta esclarecendo que mesmo antes da possibilidade do atual convênio a equipe técnica já pedia por isso. (Ata da Assembléia Geral Extraordinária, 1990, p.2, rubricada)¹¹

Durante a sessão o Sr. Antonio Orlando fazendo questionamento a integrante(s) da equipe, esclareceu suas indagações em virtude de

sua preocupação como membro escolhido para participar da co-gestão com a Prefeitura, alegando saber que era muito possível o surgimento de dificuldades de adaptações entre as pessoas que iriam permanecer e

¹¹ Segue-se numeração das rubricas inseridas nas respectivas páginas juntadas à Ata, incluindo-se a anexação da página de requerimento e da lista de presenças

aquelas que estavam chegando, especialmente com relação à filosofia do trabalho. (p.3 rubricada).

A opinião e sentimentos da equipe técnica pôde ser expressa através do colega na seguinte citação da mesma ata:

... o Dr. Giampietro disse que a posição dele era como os demais e que a resposta veio através da Prefeitura. A preocupação da equipe técnica é que não haja grande mudança na linha filosófica adotada e desenvolvida pelo Sanatório Dr. Cândido Ferreira que é reconhecidamente muito boa, e que o padrão assistencial com relevante caráter humanista seja mantido. De maneira geral as expectativas são as mais otimistas uma vez que o objetivo único de todos é manter o nome do Sanatório. (p.3 rubricada)

Após troca de esclarecimentos e informações entre os integrantes presentes, inclusive após telefonema do Sr. Secretário da Saúde, Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, que informou ao Dr Nelson,

ter a Câmara Municipal já aprovado a assinatura do convênio, com a respectiva liberação da verba e pedindo que o mesmo fosse assinado pelo próprio Dr. Nelson, em nome do Sanatório Dr. Cândido Ferreira, em Assembléia do Conselho Deliberativo (p.4 rubricada)

A Assembleia do Conselho Deliberativo foi realizada no mesmo dia às 15 horas. De acordo com as circunstâncias e referidas exigências o Dr. Nelson Noronha Gustavo Filho pediu que a concordância de todos ficasse registrada na referida Ata. Os presentes concordaram com as mudanças e os estatutos discutidos e aprovados.

Cito a descrição inicial do Estatuto por conta de alguns dados referenciais: a mudança do nome oficial e a data da fundação:

Serviço de Saúde “DR. CÂNDIDO FERREIRA”. REFORMA ESTATUTÁRIA. [...] ART 1º - O SANATÓRIO DR. CÂNDIDO FERREIRA, fundado aos 6 de julho de 1.919, nesta cidade de Campinas, Estado de São Paulo, sob o nome de Hospício de Dementes pobres do Arraial de Sousas, e que a partir da data de aprovação dos presentes Estatutos passará a ser SERVIÇO DE SAÚDE “DR. CÂNDIDO FERREIRA”... (p.4 rubricada)

Após a leitura e aprovação da reforma dos Estatutos, que significava mudanças na estrutura organizacional e funcional da instituição,

o Dr. Nelson Noronha Gustavo Filho, pediu que constasse desta Ata um voto de reconhecimento ao Dr. Décio Silveira Pinto de Moura, que durante tantos anos serviu como exemplo de dedicação, desinteresse e abnegação, trabalhando graciosamente por quase 20 anos para ajudar a manter o alto padrão de atendimento e trabalho do atual serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”. (p.16, rubricada)

Penso ser necessário um destaque para o nome do Dr. Décio, devido à sua importância no projeto de assistência e na sua contribuição na contratação de profissionais técnicos, numa época em que se costumava contar primordialmente com voluntários.

Coloco estas informações em respeito aos colegas, alguns em memória, que se dedicaram e se dedicam aos cuidados à saúde mental. São fragmentos de falas, pensamentos e sentimentos que presenciei e que me parecem significativas. E como bem previu o ex-diretor/presidente Antonio Orlando, haveria momentos de conflitos, marcadamente no período inicial da co-gestão, por causa das mudanças na filosofia de trabalho.

Nas novas configurações sociais, quem já está atuando há mais tempo resiste em aceitar o novo. Estabelecem-se rivalidades entre os grupos que propõem manter tudo como já estava e os grupos que querem inovar, conforme vemos nos estudos dos fenômenos grupais estudados pelo sociólogo e psicanalista Norbert Elias e John L. Scotson no livro *Os estabelecidos e os outsiders* (2000).

2.5 Conteúdos pós co-gestão

O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado deu entrada no Congresso Nacional no ano de 1989. Propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental bem como a extinção progressiva dos manicômios. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional a Lei Federal, ou seja, a Lei nº 10.216 de 6 de abril, de 2001 também conhecida como Lei de Paulo Delgado, foi sancionada no país. A Lei

substitui o projeto inicial, reeditando-o e dando nova direção na assistência à saúde mental e privilegia os tratamentos em nível comunitário, promovendo-os como recurso substitutivo do chamado tratamento manicomial.

No mesmo ano de 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental com a participação de milhares de pessoas entre militantes da reforma psiquiátrica, profissionais da saúde, usuários, familiares, fortalecendo os objetivos da reforma psiquiátrica e consolidando-a de forma alinhada com a política do governo.

No SSCF, a intensidade e ritmo de mudanças assentadas nos pressupostos da reforma psiquiátrica, do movimento antimanicomial e dos princípios e diretrizes do SUS, iniciaram-se acentuadamente a partir de maio de 1990, com a co-gestão do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura Municipal de Campinas.

2.6 Unidade de Usuários em Crise Aguda (década de 90) - “Unidade de Internação”¹²

O “Sanatório Dr. Cândido Ferreira”, até março de 1991, operava com duas alas, uma masculina e outra feminina, que em períodos anteriores ao convênio atingia em média os números de 116 e 93¹³ respectivamente, e esses pacientes se caracterizavam em crônicos moradores¹⁴ e agudos¹⁵. Após assinatura de convênio, criou-se em 1991 a Unidade de Usuários em Crise Aguda, ou seja a “Unidade de Agudos”, também apelidada de “Recanto das Flores”, inicialmente com 46 leitos para psicóticos, neuróticos, alcoolistas e dependentes de droga. Nessa época, tinha-se como ênfase a remissão dos sintomas e já se trabalhava em equipes de referência. Destinada para homens e mulheres num mesmo espaço físico, com regras de convivência, sendo dormitórios e toalete privativos ao gênero

¹² No cotidiano daquele período assim chamada. No entanto, em **Projeto de Transformação do Modelo Tecno-Assistencial – Julho de 1991**, do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, esse serviço mais conhecido como Unidade de Internação, no referido projeto recebia o nome de **Centro de Tratamento para Pacientes Agudos**.

¹³ Segundo informação de Luiz Gasparim, funcionário do SSCF, que já atuava em área da administração em período anterior ao ano de 1990.

¹⁴ Pacientes de longo período de internação e de história de enfermidade, e/ou de inúmeras internações.

¹⁵ Pacientes de primeira internação com história recente de enfermidade, ou crônicos com reagudização de quadro clínico.

masculino e feminino. Paralelamente, também se constituiu a Unidade de Reabilitação de Moradores.

Desta forma, foi possível dar uma atenção mais diferenciada, bem como mais especializada de acordo com as especificidades dos quadros clínicos e missões dos serviços envolvidos, conforme Zago et al (2001).

O objetivo da Unidade de Internação era o de

oferecer assistência a usuários com quadro situacional agudo, em regime semi-aberto, de curta permanência, enfatizando o engajamento no prosseguimento de tratamento para o período pós-alta. Os princípios que orientam as ações são: vínculo, acolhimento, responsabilidade e resolutividade. (Zago et al, 2001, p.14)

A clientela como a acima mencionado, se caracterizava em psicóticos (de primeiro surto ou crônico reagudizado), neuróticos graves e usuários de substâncias psicoativas (etilistas e drogadictos), bem como alguns casos de deficiência mental grave.¹⁶

Conforme documento interno, desenvolvido pela equipe matricial do NAC (2004), referente a uma apresentação sobre o NAC denominada Unidade “X” (2004), em *PowerPoint*, a partir do ano de 1995 reavaliou-se propósitos e procedimentos na assistência prestada pela Unidade de Internação, considerando-se o tratamento individualizado; o respeito ao tempo de evolução do indivíduo, a orientação familiar focalizada/individualizada, a intensificação das visitas domiciliares, a ampliação das redes de ajuda, a ênfase no encaminhamento pós-alta, discussão com as equipes da rede, atenção diferenciada aos egressos de internação, bem como o desenvolvimento do projeto terapêutico individual – PTI em conjunto com a rede.

O número de leitos oferecidos (de 1990 a 2000) oscilou, iniciando com 46, chegando a 80 e reduzindo para 50, (30 homens e 20 mulheres em 2000), quando também oferecia ao Sistema de Saúde Mental de Campinas e região os chamados Leito-noite e

¹⁶ Os usuários de nível intelectual deficiente quando possível também eram levados nos grupos, sendo acompanhados de perto, no corpo a corpo, por algum funcionário no sentido de garantir apoio, acolhimento, quando conseguissem permanecer uma boa parte do tempo no grupo, sem comprometer a sessão e concomitantemente beneficiarem-se com sua inclusão na roda de integrantes, podendo ser melhor reconhecidos, compreendidos e acolhidos na relação com os outros integrantes.

Internação de curta permanência (72 horas), somando então mais 15 leitos para o Sistema.

A “Unidade de Internação” - UI também desenvolveu

em parceria com a Promoção Social, um projeto denominado Renascer, destinado a prestar assistência a moradores de rua, sem residência fixa, com transtorno mental, oferecendo subsídios técnicos para a Casa Renascer (abrigo especializado em oferecer moradia temporária a essa população). (Zago et al, 2001, p.72)

A UI, desde o seu início de seu funcionamento, organizou-se tendo como modelo de atenção na assistência o trabalho multiprofissional, através de equipes de referência.

Na triagem, eram entrevistados o usuário e o acompanhante (em geral familiares), dando-se já no primeiro contato o processo de continência/acolhimento, quando também se estabelecem as regras e/ou contrato de co-responsabilidades entre a equipe, usuário e familiares (ou terceiro solidário/responsável).

Com a criação da UI, mudou-se o processo de trabalho na instituição. As intervenções com relação às demandas dos usuários passaram a ser mais coletivas, com equipes de constituição multiprofissional, com práticas interdisciplinares (de caráter solidário, democrático, horizontalizado), oferecendo uma assistência mais integrada, pertinente à pessoa do usuário visto como um todo, participante do processo de trabalho terapêutico, através do desenvolvimento do projeto terapêutico individual. Projeto esse contratado e desenvolvido conjuntamente com a equipe responsável pelos respectivos cuidados. Salienta-se aqui a necessária habilidade no perfil dos profissionais de trabalharem em grupos e com grupos.

Quando se fala na atenção ou projetos terapêuticos individualizados ou singulares, vêm à mente as colocações de Foucault (1983) quando este se refere ao que denomina de as “disciplinas” e seus “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade” (1983, p.126). Foucault fala da disciplina enquanto anatomia política do detalhe como técnicas minuciosas de controle ou enquanto

mecanismos de poder e de controle sobre os outros.

Atualmente, na assistência à saúde, quando se refere à atenção individualizada ou singular, é no sentido de não se massificar o sujeito através de programas estritamente voltados para o coletivo, de não apenas generalizar as formas de atenção em detrimento às singularidades do indivíduo. Evidentemente, numa atenção individualizada, subentende-se olhar mais minucioso e de maior controle, mas em benefício da saúde e não em *coisificar* o sujeito. Da mesma forma, o trabalho interdisciplinar de equipe multiprofissional contribui para uma visão minuciosa, mas também mais ampla, onde o indivíduo é visto como um todo e de forma contextualizada (nas suas formas de estar e relacionar-se no mundo), e não apenas numa parte cindida do corpo.

São inúmeras as atividades terapêuticas, ou procedimentos de trabalhos desenvolvidos pelas equipes assistenciais, desde as chamadas matriciais (comuns a todas as referências) até as opcionais, no entanto limitarei a ênfase às de dispositivos grupais. As equipes por si já se constituem em grupos de trabalho, realizam reuniões, participam de supervisões clínicas e de planejamento. “As supervisões têm levado a equipe a rever seu papel institucional e as mudanças para tornar o usuário mais sujeito em seu tratamento”. (Zago et al, 2001, p.79)

Os grupos são ricos em estímulos, favorecem as trocas de informações, de experiências, vivências, contribuem para o aprendizado, ao crescimento pessoal e ao convívio com as diferenças.

Utilizo-me ainda, de alguns parágrafos do texto - Unidade de Atenção à Crise: repensando a prática da internação em saúde mental:

Um marco importante é a assembléia, atividade realizada semanalmente com todos os usuários e profissionais, onde são discutidas questões sobre a convivência, situações do cotidiano e sobre as condições de permanência no hospital, desde a definição do horário do banho até conflitos entre os usuários e entre usuários e profissionais.

O estar em grupo favorece a troca, na busca de maior solidariedade na convivência com as diferenças, procurando valorizar cada vez mais o indivíduo como um todo, com a potencialidade de cada sujeito. É na assembléia que surgem e se instalam compromissos recíprocos entre

profissionais e usuários.

O coordenador da assembléia tem por compromisso auxiliar o grupo na construção do sentido coletivo nesse encontro. (Zago et al. 2001, p.80)

O trabalho na UI trazia consigo o “convite à equipe de profissionais – arriscar-se na aventura da desconstrução, do embate com o cotidiano com cidadãos desterritorializados muitas vezes pela lógica asilar, bem como pelas práticas tradicionais dos atendimentos nos Serviços de Saúde.” (Zago et al. 2001, p.82)

Tinha como pressuposto realizar uma leitura do momento e do contexto dos usuários, de suas demandas, de respeito às particularidades dos sujeitos a partir da recuperação da história de cada um, considerando isso no processo de tratamento. Tal proposta implicava no respeito à subjetividade e singularidade das pessoas assistidas e da participação destas em seus projetos terapêuticos, bem como novos procedimentos e práticas de cuidados. Outrossim, há necessidade de uma desmistificação da loucura em diversos contextos, inclusive nos da saúde, promovendo o respeito, a compreensão e a convivência com as diferenças, bem como da diversidade do ser humano e suas necessidades. Como afirmam Zago et al. (2001), “As questões relativas à convivência num espaço físico de tratamento podem ser contempladas e discutidas, (...), nas Assembléias da Unidade, que contam com a participação de todos os pacientes internados e dos profissionais.” (p.85-6)

Ao longo do tempo, a partir da experiência, observações, discussões clínicas, bem como através dos atendimentos e atividades específicas e paralelamente com as ideias de serviços alternativos, iniciou-se na Unidade em 1999 a proposta de particularização do atendimento para psicóticos, neuróticos e dependentes químicos. No início do ano de 2000, conforme Ramos, C. *et al* (2007, p.301) a equipe da Unidade de Internação, apresentou como proposta no Seminário Interno do SSCF, o Projeto de criação de dois Núcleos, ou seja: Núcleo de Atenção ao Alcoolismo e Drogadicção – NAAD e o Núcleo de Atenção à Crise – NAC, este último com dois espaços distintos, sendo eles: NAC-1 e NAC-2.

Inicialmente as equipes de referência aos usuários, que eram três (“Abóbora”,

“Verde” e a “Azul”)¹⁷ da UI como um todo, deliberaram pela constituição de uma equipe de referência centrada especificamente na assistência aos dependentes de substâncias psicoativas.

Em setembro de 2000 constitui-se a Equipe de Referência “Azul”, como específica para os dependentes químicos, com 16 leitos.

A partir desse contexto iniciava-se o “caminho” que no ano seguinte (2001), daria origem ao aparelho assistencial (em substituição ao NAAD) denominado Núcleo de Atenção a Dependentes Químicos – NADeQ (que ainda em 2001 mudara-se para o espaço físico do antigo e já fechado Hospital Psiquiátrico Tiberiá, mas que posteriormente volta para a área física do SSCF e a ocupar o ex-espaço físico da Unidade de Internação).

Em agosto de 2001, na ênfase também dos trabalhos de reabilitação, reintegração social e de dispositivos alternativos, criou-se a primeira moradia do NAC.

Em janeiro de 2002 organizam-se os espaços de tratamento NAC1 (espaço mais bem protegido, com maior concentração de recursos humanos e com usuários em franca crise e manifestação aguda de sintomas) e NAC2 (espaço de livre circulação e de maior corresponsabilidade) que viriam a ser ocupados em março do mesmo ano.

Pela complexidade do que viria a ser tratado na atenção às crises humanas (sintomáticas, familiar, social), e no respeito às singularidades do homem, tornava-se necessário repensar os espaços de atenção não visando o institucional como um fim, apenas o tempo necessário da evolução do quadro clínico para então prosseguir-se o tratamento nos recursos da rede comunitária, conforme Zago et al (2001. p.91). Repensando a prática da internação em Saúde Mental, já no ano de 2000 constituía-se o Núcleo de Atenção à Crise – NAC, dentro do contexto de reflexões e transformações¹⁸.

O Núcleo de Atenção à Crise (NAC) é um serviço especializado na atenção à saúde mental, que atende pacientes psicóticos e neuróticos graves em crise. Funciona de forma integrada e articulada aos serviços de saúde da rede municipal de Campinas, parceiro e retaguarda aos outros equipamentos. Desta forma, auxilia na construção de vinculação terapêutica, ou na recuperação e revinculação em tratamentos e serviços, tanto no período

¹⁷ Nomes fantasia, por consenso dos usuários.

¹⁸ Em Agosto de 2001, o NAC inaugurou sua primeira moradia na comunidade de Sousas/Campinas-SP, cujos usuários eram acompanhados pela equipe do mesmo Núcleo.

de internação do paciente como no de seguimento (*follow-up*) pós-alta. Exerce práticas abrangentes de forma interdisciplinar, através de equipes multidisciplinares que funcionam como referências, centradas na singularidade de cada indivíduo, onde o sujeito assistido e seus familiares compartilham na construção do projeto terapêutico.

Atualmente, o NAC tem suas vagas reguladas por psiquiatras do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; é também referência para as unidades de urgência e emergência dos Hospitais Gerais de Campinas, notavelmente HC da UNICAMP e Hospital Celso Pierro de Campinas.

Consideram-se a reflexão sobre as críticas à instituição fechada de Goffman:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (1987, p.11)

O NAC, diferentemente da instituição total, se propõe como lugar de tratamento de curta permanência, “um lugar de passagem” correspondente ao tempo de recuperação segundo o tempo de evolução no processo de recuperação do próprio sujeito e não por um “tempo” imposto, longo ou curto (por exemplo, ser curto no caso de remissão de sintomas). No entanto pretende-se um tempo breve, tendo-se em vista a melhora suficiente para que o paciente continue o tratamento em serviços da comunidade, num ir e vir, sem sofrer segregação intensa ou longa de contextos de seu dia a dia (num movimento de abertura).

Considerando-se o primeiro artigo de Goffman (1987) “As características das instituições totais” no qual ele faz um exame geral da vida em estabelecimentos, e dá como exemplo de participação involuntária os hospitais para doentes mentais (outro exemplo seria os presídios), pode o NAC ainda apresentar algumas nuances da chamada instituição fechada.

Alguns aspectos, “recortes”, vistos separadamente do todo ou do contexto num sentido mais amplo, podem ser observados se pensarmos, por exemplo, na internação compulsória. Estas se referem a indivíduos que são internados involuntariamente, por encontrarem-se sem discernimento de seu próprio estado, ou sem a compreensão suficiente no sentido de colaborar com os cuidados que lhe são cabíveis. Estes por vezes aceitam ou

se sujeitam à internação sem concordar com a mesma, mas para não contrariar os familiares. Em outras vezes, sentem-se rancorosos ou ficam ressentidos com os familiares ou membros do *staff* da instituição, por se sentirem coagidos e submetidos às condutas que percebem como impostas, apesar de tais condutas de controle serem avaliadas como de proteção e/ou de cuidados segundo olhar do lugar de dirigentes ou cuidadores. Algumas vezes, percebe-se que foram enganados por alguém quando encaminhados para uma internação, por membros da família ou até por algum funcionário da saúde menos preparado, “–Você fará apenas uma consulta e em seguida volta para casa...” Nessas ocasiões o paciente diz que fora (de fato) enganado, traído. Geralmente isso ocorre devido a dificuldades no manejo, no diálogo, ou pela complexidade e condições do caso, por exemplo, da própria sintomatologia como estados de percepções distorcidas da realidade, desconfianças, sentimentos de perseguição, ansiedades, medos, irritabilidade, prepotência, arrogância, hostilidade, agressividade, apatia, indiferença, negativismo e outras, características de quadros clínicos na área da saúde mental.

Goffman chama os estabelecimentos sociais de instituições. Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de “fechamento” (Goffman, 1987), sendo algumas mais fechadas do que outras.

No estudo das instituições totais, Goffman coloca que o “fechamento” ou o caráter total das instituições é simbolizado pelas barreiras ou tipo de proibições na relação social com o mundo externo. Categoriza as instituições e cita os hospitais para doentes mentais como um dos agrupamentos, ou seja, como locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapacitadas de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional. No entanto o que distingue uma instituição como total é o fato de a mesma apresentar em grau intenso, muitos dos atributos que as define como tal.

O NAC se constitui em dois espaços terapêuticos, NAC1 e NAC2. O primeiro é um espaço mais bem protegido, para usuários com manifestação intensa de sintomas, que necessitam mais da atenção e de cuidados técnicos; o segundo funciona de portas abertas, com circulação livre pelas dependências, interagindo com outros espaços e Unidades da

Instituição, onde ocorre troca de afeto e de saberes previsto para usuários com maior nível de autonomia, com melhor discernimento e compreensão de seu próprio estado e formas de participação no processo de tratamento.

Um diferencial do paciente em instituição de saúde mental é que na maioria das vezes, ele não necessita de permanecer no leito como ocorrem nas situações de outras necessidades clínicas, relacionados ao corpo físico (dificuldades motoras ou outras). São pessoas que deambulam pela instituição, e expressam desejos e preocupações com relação à reestruturação de seu tempo no dia a dia, bem como compromissos e responsabilidades externas (familiares, ocupacionais e outras). Sentem-se cerceadas a partir da internação, ou pela condição enferma que também aprisiona, com limitações e sofrimentos. Cerceamento esse que também necessita de atenção e cuidado, mesmo que colocado como de “bom sentido”, que deve ser objeto de reflexões nas suas formas de acontecer enquanto possibilidade de “exercícios de poder pelo poder” conforme considerações de Foucault (1983). As chamadas formas de cuidados também necessitam de atenção no sentido de promover e garantir o desenvolvimento do ser humano.

Em 2009 é proposta a “fusão” e/ou integração dos recursos humanos das equipes dos Núcleos, ou seja, do Núcleo Clínico, NADeQ e NAC. Primeiramente o Núcleo Clínico é reestruturado, transformado em moradias distribuídas na comunidade, ficando apenas alguns leitos clínicos de retaguarda, uma vez que os hospitais gerais não ofereçam leitos clínicos específicos para pessoas portadoras de transtornos mentais e com problemas de ordem clínica. Outro fator discutido com relação à necessidade do Núcleo Clínico é a do envelhecimento de usuários de moradias e em decorrência a necessidade de cuidados clínicos mais intensos e frequente.

Com relação ao NADeQ é apontado, por exemplo, o fato de que dele desmembrou-se e criou-se o “CAPS AD – Independência” numa das regiões de Campinas, e ficando o NADeQ como oferta de leitos de retaguarda (em menor número de leitos que no período anterior o da criação do CAPS AD). No entanto, por um lado, o CAPS não tem feito o encaminhamento para o uso intensivo dos leitos de retaguarda (ou para internação de usuários). Por outro lado, há também outras demandas contempladas pelo serviço como os

chamados casos de co-morbidades em que se avalia quais aspectos de transtornos devem ser definidos como prementes para determinados tipos de abordagens terapêuticas, por exemplo, se a de um quadro de psicose ou se da dependência. De todo modo, importa mostrar que o processo de organização dos aparelhos é bastante dinâmico, com mudanças na estrutura e funcionamento que ocorrem por pressões de várias ordens econômicas e políticas, não apenas como elaborações que são estabelecidas pelos membros da equipe no projeto terapêutico.

No primeiro semestre de 2009, é vivida e elaborada uma fase de transição dos respectivos serviços, à medida que as equipes se re-ajustam, se reorganizam enquanto equipe nos modos de prestação de assistência à população.

No segundo semestre de 2009 já funciona o Núcleo de Retaguarda, que se constituiu a partir da junção e integração das equipes de trabalhos do Núcleo de Atenção à Crise – NAC, do Núcleo de atenção a Dependentes Químicos – NADeQ e Núcleo Clínico. A partir disso são constituídas três equipes multiprofissional, Equipe 1, 2 e 3, que assistem aos usuários dos três núcleos citados. Em cada núcleo citado os usuários são divididos também em três grupos que são assistidos respectivamente pelas três equipes de profissionais. Cada equipe é constituída por um psiquiatra, um médico residente em psiquiatria, um médico clínico, um psicólogo, um estagiário de psicologia, uma terapeuta ocupacional, uma estagiária de terapia ocupacional, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem para os turnos manhã e tarde e um para o período noturno, sendo que o Núcleo de Retaguarda conta também com três monitores de atividades recreativas, além de assistentes sociais e recursos diversos de outros dispositivos/equipamentos assistenciais do SSCR bem como de forma articulada com os da Rede Municipal. O Núcleo de Retaguarda fica assim denominado por se constituir em retaguarda aos serviços de saúde mental da comunidade e/ou rede municipal de Campinas – SP.

CAPÍTULO 3

Novos procedimentos de trabalho: A Assembleia no Cândido Ferreira

A assembleia no espaço do tratamento psiquiátrico institucional consiste-se numa atividade de abordagem grupal, verbal, em que se reúnem todos os integrantes, pacientes e membros do quadro de pessoal de uma unidade de tratamento. Uma reunião comunitária, semanal, com o objetivo de discutir o cotidiano no ambiente. Foro de partilha de informações onde se pode atingir a todos e reciprocamente ser alcançado. Espaço de acolhimento e de reconhecimento de melhoras, de afloramento e potencialização de facilitadores terapêuticos. Momento que possibilita o entendimento e vivência de fatores como participação, comunicação, solidariedade, cooperação e outros; desencadeadores de um movimento de busca e reconstrução de conhecimentos, beneficiando a organização do ambiente, o tratamento e a recuperação de usuários.

A assembleia se caracteriza por ser um evento de múltiplos aspectos e de contribuições diversas. Desta forma, desperta olhar de lugares diferentes com busca de sentido e significados distintos, sob diferentes tipos de perguntas.

Por um lado, pode produzir a “velha terapêutica”, quando se pergunta se a dinâmica que opera do ponto de vista relacional numa assembleia traz a prática clínica, ou seja, do ponto de vista das intervenções, diante de alguns sintomas, que produz a lógica de acolhimento, nova construções de vínculos, e outros. Poderíamos por exemplo questionar: A assembleia é significativa num *setting* de pacientes psicóticos?

De outro, também nos dá a escuta de queixas relacionadas a questões da estrutura e funcionamento do ambiente físico, que requerem soluções administrativas. Ou ainda, de questões de ordem organizacional referentes ao inter-relacionamento pessoal, relacionadas à estruturação do tempo nos espaços da instituição, bem como da interação das pessoas na sua diversidade de circunstâncias, posições, papéis, funções e outros. Então, outras problematizações como: a assembleia é indicadora da condição psicodinâmica nas

relações interpessoais no ambiente de tratamento? Ela pode ser utilizada no reconhecimento de recursos e limitações das dinâmicas dos serviços de cuidado à saúde mental? Ela contribui para um ambiente inter-relacional integrado e coeso entre seus participantes?

No entanto, ainda podemos indagar: a assembleia é/ou, deve ser abordada como um dispositivo grupal decorrente das transformações na assistência à saúde mental? Ou teria sido um dispositivo estratégico para as mudanças e pela sua eficiência e diversidade de efeitos e sentidos continua necessária e significativa nas práticas assistenciais coletivas.

Os analistas institucionais mencionam a utilização de uma “Assembléia Geral” como um dispositivo de análise institucional, também utilizado nos processos de desinstitucionalização, conforme Regina Benevides de Barros (2004), em seu texto: *Institucionalismo e dispositivo grupal* e Sonia Altoé, com: *Histórias de interseção entre psicoterapia institucional e análise institucional* (2004).

Na obra *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (Baremlitt, 1996, p.151) no tópico Glossário, elaborado por Gregório F Baremlitt e Cibele Ruas de Melo é citado da forma como empregado pelo institucionalismo: “AGENCIAMENTO OU DISPOSITIVO: é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes (...) entre si”.

Sob o olhar de um instrumento da reforma psiquiátrica; possibilitador do respeito à singularidade, do respeito à dignidade, da escuta à subjetividade, das relações democráticas, transparentes, horizontalizadas, do resgate da cidadania, enfim do respeito aos direitos humanos, careceria esse dispositivo de lapidações e *insights* enquanto modalidades e formas de aplicações?

A assembleia se constitui numa instância de abertura e respeito à subjetivação, permitindo às pessoas, pacientes e funcionários, dialogarem sobre seus espaços de convivência nos vários sentidos como: o físico, a estruturação do tempo, as interações pessoais e outros, na medida em que propõe como objetivo o diálogo sobre a convivência no dia a dia, possibilitando a reflexão, a crítica, sugestões, num processo de co-participação e co-responsabilidades.

É grande a riqueza, diversidade de interesses e possibilidades que este

dispositivo instiga e oferece. Por vezes conflitantes, dependendo do lugar ou por onde a olhamos. Por exemplo, do olhar epistêmico, de quem olha de fora e pergunta: o que é a assembleia? É um dispositivo? É um processo terapêutico? Para que serve? E por outro lado, o de quem a olha com interesses, portanto contaminado, ou seja, o de quem quer anunciar como ela deve ser, ou em dizer: a Assembleia serve para determinado propósito, e a enfoca do ponto de vista relacional, da prática clínica, de algumas situações que ela produz, da lógica do acolhimento, da terapêutica e até daquele que participa da mesma.

Por conta dos inúmeros fatores e contribuições deste dispositivo, desde o ponto de vista da prática clínica, como na organização e funcionamento dos serviços/institucional, é fácil reconhecer a importância de se estudar este dispositivo.

É fato que existe, na realidade brasileira, considerando-a em seu processo de mudanças na assistência à saúde mental, trabalhos referindo-se à eficácia dos grupos no resgate do direito ao exercício da cidadania e reintegração na sociedade. Vide por exemplo Lancetti (1993, p.155–72) em seu texto “Clínica grupal com psicóticos – a grupalidade que os especialistas não entendem”, em que se refere à necessidade de se instituir dispositivos coletivos democráticos e terapêuticos e de contribuição ao movimento de transformação, referindo-se precisamente ao dispositivo identificado como assembleia. Contudo, especificamente no Cândido Ferreira, penso que um melhor esclarecimento do surgimento e da trajetória desses dispositivos seja necessário, e da contextualização no que se refere à sua produção e ampliação, suas conexões aos movimentos históricos internos e da instituição com o movimento externo.

Na diversidade de aspectos e dúvidas, num processo de investigação arqueológica/histórica, de indagação em indagação, revolvendo lembranças, alguns registros de ata, textos descritivos, bem como observações, discussões e reflexões com colegas, surgiu afinal a pergunta: *Como surgiu a assembleia no Cândido Ferreira?*

3.1 Funcionamento da assembleia na Unidade de Internação

Na década de 80, conforme pode ser comprovado por alguns documentos internos, como registro localizados em algumas atas e relatórios anuais, já se realizavam reuniões, com grupos de funcionários do corpo de enfermagem, grupos com funcionários de atividade meio¹⁹, grupos de pacientes de determinados “pavilhões”²⁰, grupos de alcoolistas, grupos de pacientes com atividades internas das alas (masculina e feminina) e de pacientes com atividades externas. Grupos e reuniões, que eram realizados por mim (psicólogo), bem como por outros integrantes da equipe técnica.

Havia grupo de pacientes, que se queixavam das atitudes de funcionários, dificuldades de relacionamento entre os próprios pacientes, da dificuldade de realização de determinadas atividades como as lúdicas em espaços onde também ocorriam outras atividades coletivas como assistir TV, queixas de conversas entre pacientes e enfermeiros logo pela manhã atrapalhando o sono de outros, etc., e discussão de busca de soluções, e alternativas aos problemas que se levantavam, pedido para mudança de dormitório, queixas da comida, ou para repetição, problemas relacionados a sexualidade, pedido de visitas de familiares, de cigarros ou compra destes, alta, perda de roupas ou objetos pessoais, horário de televisão, pedido para participar de atividades internas (auxílio na troca de camas, limpeza) ou externas (colher jabuticaba, cuidar da horta, varrição, buscar roupas na rouparia, etc).

Na Unidade de Internação a assembleia funcionava como uma forma de intervenção grupal, onde eram atendidos neuróticos graves, psicóticos em crise, dependentes de substâncias psicoativas e alguns casos de deficiência intelectual. A assembleia convidava as pessoas presentes, entre usuários e integrantes da equipe, a discutirem a convivência no cotidiano. Viabilizava espaço democrático com poder de reflexão e opinião de alternativas para melhora da qualidade do espaço de convivência e tratamento.

¹⁹ Recursos humanos de setores como da manutenção, rouparia, lavanderia, higienização e outros, que garantem condições de trabalho para o pessoal de atividade fim ou seja, da assistência propriamente dita.

²⁰ Dormitórios coletivos com grande número de leitos.

O método de trabalho na realização da assembleia²¹ se refere a uma modalidade de abordagem grupal, com encontros semanais de uma hora. A sala (geralmente salões ou refeitórios) é organizada em círculo (figuras 1 e 2), na época (década de 1990) com média de 50 participantes, dentre eles um coordenador, um relator, representantes de equipes de referências dos usuários como psicólogos, terapeutas ocupacionais, professor de educação física, monitores de atividades, membros do corpo de enfermagem, estagiários, entre outros, e principalmente a presença dos próprios usuários. A assembleia constituía-se numa instância de escuta e livre expressão, proporcionava intervenções que favoreciam mudanças estruturais tanto relacionadas ao espaço físico como nas relações interpessoais, sugerindo novas atividades em conformidade com as demandas dos participantes.



Figura 2. Disposição das cadeiras em formação circular para facilitar a comunicação. O relator utiliza-se de uma mesa para redigir a ata com as respectivas pautas. Fotografia de: Anatole Carvalho Inhota.

²¹ Usarei o tempo de verbo no presente por atualmente funcionar de forma semelhante.



Figura 3. Entrada no grupo. As cadeiras ficam algo próximas para que a estrutura física do grupo seja “continente”, facilite a integração e coesão. Fotografia de: Anatole Carvalho Inhota

“A assembleia desencadeia discussões referentes aos hábitos, rotinas e regras, contribuindo para a formação e mudança de hábitos, na organização e dinâmica do setor como um todo” (Nogueira et al, 2009, p.5), além de contribuir para que os usuários possam vivenciar a elaboração das regras, o que facilita a compreensão das mesmas e de forma mais horizontalizada. Isso, de certa forma, se deve à rotatividade dos usuários e à repetitividade de problemas, também em virtude de manifestações semelhantes e inerentes às suas condições de vida e de saúde/doença em que possam se encontrar. No entanto, “o foco não é a enfermidade, mas a convivência entre os usuários e membros da equipe” (Nogueira et al, 2009, p.5). Contudo, as manifestações dos quadros clínicos são susceptíveis de serem percebidas e melhor compreendidas, facilitando a promoção de seus cuidados.

Esse processo não vem pronto, ou a partir de uma linha verticalizada representativa de poderes, é algo construído, fruto da interação e participação democrática entre os seus integrantes. Trata-se de um espaço horizontal no sentido da igualdade de expressão, com abertura a críticas e sugestões. Todos têm o direito a voz.

Apesar de contemplar um grande número de pessoas, a assembleia é um instrumento que preza pela singularidade, respeito à subjetividade, reconhecimento, sentimentos de pertença e acolhimento.

Um dos resultados observados na dinâmica desta ferramenta é a detecção de ruídos na interação, que refletidos e discutidos, possibilita a melhora em aspectos como: maior coesão, cooperação, solidariedade, humanização e resolução de problemas referentes ao ambiente físico, além da organização e funcionamento do setor e das relações interpessoais.

A assembleia é uma intervenção que integra funcionários e usuários, utilizada como instrumento de referência que favorece o exercício de cidadania, muitas vezes perdido, sendo estimulada e trabalhada a autonomia ainda que dentro do contexto de tratamento, possibilitando que o integrante seja sujeito neste processo.

3.2 Assembleia na Unidade de Internação: Descrição

A assembleia na Unidade de Internação – UI²², aqui descrita é uma reunião comunitária²³, semanal, com duração média de 1 hora, constituída em geral por um grupo aberto, desenvolvidas no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e conta com cerca de 50 pessoas dentre pacientes e diversos membros do quadro de funcionários. Este dispositivo costumeiramente ocorre no refeitório, por tratar-se de um espaço físico suficiente para este tipo de grupo.

Extraordinariamente, mesmo em se tratar de atividade de livre participação, quando por alguma dificuldade de realizar-se no espaço descrito, esta acontece em território mais aberto e mais sujeito a estímulos ou “ruídos”²⁴ como os salões ou pátio, onde transitam pacientes, funcionários e surgem demandas não pertinentes ao movimento do grupo em questão.

Sistematicamente de forma antecipada é solicitado ao pessoal da higienização para que façam aferição do local; chão, mesas, cadeiras, para retirada caso necessário de

²² Serviço de tratamento na saúde mental, em nível de internação psiquiátrica na década de 90.

²³ Em que os membros de uma comunidade se reúnem.

²⁴ Qualquer manifestação que comprometa a comunicação.

farelos de pães, leite derramado, copinhos, etc. decorrente do café da manhã, anteriormente servido a uma população na maioria de psicóticos, alguns bastantes regredidos e com manifestações intensas de sintomas.

Local limpo; verifico a luminosidade e arejamento do ambiente como luz, ventilador, vidraças.

Faço o círculo de cadeiras que acomodará o grupo.

Cuido que a roda de cadeiras seja o mais perfeito no sentido de facilitar a comunicação visual e auditiva; os assentos cuidadosamente arranjados um ao lado dos outros, evitando espaços por trás do círculo, que possam facilitar o trânsito ou permanência de integrantes, evitando inseguranças e receios dos que estiverem sentados durante a reunião sem preocupação que possa ocorrer algo às suas costas.

Deixo uma entrada, espécie de boca do grupo, espaço criado com a ausência de uma cadeira ou mais, próximo e na direção da entrada do refeitório por onde chegam os usuários do serviço.

Coloco uma mesa à frente de uma das cadeiras para acomodar o relator da reunião, um dos cuidadores, que utilizará um livro ata próprio da assembleia; em posição voltada para o centro da roda e com fácil visão da entrada.

Como coordenador da sessão, escolho sentar-me um tanto distante do relator, mas também defronte e em posição algo oposta das portas de entrada do recinto e do grupo, para facilitar o controle e melhor coordenação da dinâmica e eventos do grupo.

A participação dos integrantes é considerada uma obrigação (evidentemente não se obriga o usuário a participar), pelo fato de a assembleia ser uma das atividades elencadas no programa de tratamento. Trata-se de um evento integrador das várias referências, constituindo-se no dispositivo de referência mais abrangente da Unidade como um todo já que todos são convidados a participar da assembleia, desde as pessoas sob a assistência e membros do quadro de pessoal, incluindo estagiários e outros. Participam aqueles que têm interesse, disponibilidade e condição* favorável em participar (*no caso de pacientes).

Os membros do quadro de pessoal, incluindo estagiários e outros participantes na assistência são orientados a se sentarem de forma intercalada entre os usuários no grupo, estando os mais habilitados ao lado de usuários com maior dificuldade, garantindo assim

maior continência ou apoio. Evitando-se também a formação de sub-grupos dentro de um grupo maior.

Convido, eu e demais pessoas na assistência, simultaneamente os pacientes da Unidade, ou dependendo da disponibilidade dos colegas, primeiramente os que se encontram em áreas mais distantes do setor ou do local da reunião, uma vez convidados são recebidos no grupo que se constitui no refeitório da Unidade.

Os pacientes são contatados nos diversos espaços do Serviço, desde os que se encontram nos dormitórios, respeitando-se o estado dos que ainda se recuperam de insônias, cansaço, etc., em geral recém chegados ou em estado bastante agudo, bem como os localizados na sala de TV, sala de atividades de livre expressão, pátio, cantina ou jardim; sendo sabido por todos que neste momento não deve haver concorrência entre atividades. Para evitar ruídos, são desligados aparelhos de televisão e som. Os usuários são convidados um a um a se dirigirem e participarem da assembleia. Em geral comunico que temos uma grande reunião na qual a pessoa é informada que tem o seu lugar e é bem vindo e que a reunião faz parte do tratamento e que também lhe pertence. Indico o local.

Estando todos sentados aguardando o início da sessão, há sempre conversas, pessoas que se levantam, transitam pelo centro do grupo, que trocam de lugares. Alguns perguntam impacientemente quando iniciaremos, às vezes ameaçando se retirarem do grupo; e quando a coordenação está comigo, também aguardo por um silêncio significativo, ou momento oportuno para a abertura da reunião.

Cumprimento o Grupo, em geral lembrando e informando o dia da semana, segunda-feira, que é o dia desta reunião, e as pessoas parecem gostar de compartilhar também das informações referentes ao dia do mês, mês e ano corrente.

Início pela apresentação deste encontro chamado de Assembleia, que também se trata de uma reunião comunitária, semanal, com uma hora de duração conforme já descrito. Esclareço hora de início e término, que não precisa ser necessariamente rígido e que tem por objetivo conversarmos sobre o nosso dia a dia, o relacionamento entre as pessoas, tais como usuários com usuários, usuários com funcionários, sobre o relacionamento destes com as atividades da Unidade, a permanência neste local de tratamento e outros.

Coloco que a assembleia é um momento importante no acolhimento dos recém

internados no sentido de referenciá-los, orientá-los e ajudá-los a se integrarem no nosso ambiente, também é significativo no reconhecimento da melhora dos que estão saindo ou estão de alta. Esta atividade favorece as pessoas a transmitirem suas dúvidas com relação à permanência para tratamento na Unidade, devido ao afastamento de seus ambientes familiares, trabalhos, estudos e outros, bem como por trazerem queixas, reconhecimentos e sugestões no sentido de contribuir para uma melhor organização e permanência mais confortável no ambiente, para o usuário e familiares no sentido de se usufruir de um trabalho assistencial mais amplo e eficiente.

Após a apresentação do contexto coloco que no segundo momento o grupo ou as pessoas se apresentam, bastando dizer apenas o primeiro nome no sentido de facilitar a comunicação. A apresentação pode ser livre, saltitando entre os integrantes na roda do grupo ou de uma forma mais linear como que seguindo o movimento do ponteiro de um relógio e as pessoas uma a cada esquerda da outra, respectivamente se apresentando.

Em seguida, coloco que os assuntos ou pautas é o grupo quem traz. Esclareço que todos podem falar, bastando para tanto, prestar atenção nas questões do grupo e saber o momento oportuno de pedir a palavra e de se colocar. Caracteriza-se assim um terceiro momento onde fica propriamente aberta a sessão no sentido do grupo trazer e levantar as questões. Oriento deixar os informes para o final da pauta, como forma de evitar contaminação ou tendenciamento de assuntos.

Esclareço que primeiramente levantamos as questões, deixando a reflexão propriamente e a discussão para momento seguinte e para tanto recomendo uns quatro ou cinco itens arrolados para que haja tempo o suficiente de discussão e devidas deliberações e/ou encaminhamentos. No entanto é colocado que o grupo é livre para mudar a ordem de discussão dos temas registrados, podendo discutir os assuntos na medida em que são colocados, devido a ansiedades na resolução dos mesmos, ou como já citado após a elaboração da pauta, discutindo-se por ordem de colocação, ou por importância ou de urgência das questões, etc.

Nessa reunião do NAC não é permitida a participação de familiares, respeitando-se a privacidade dos usuários, a não ser quando um familiar esta acompanhando diariamente e até se hospedando na Unidade como forma de acompanhar o

familiar internado, já que está se relacionando na convivência diária no ambiente em comum.

3.3 Extensão e aplicabilidade da Assembleia nos diversos aparelhos assistenciais

Cabe relatar que atualmente, nos diversos equipamentos assistenciais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, bem como os gerenciados pela rede pública municipal e inclusive em outras cidades, também se realizam assembleias e outros tipos de grupos verbais como os de reunião de referência, de reunião multifamiliar e outros, evidentemente com diferenças peculiares e pertinentes aos *settings*, objetivos propostos, e estruturação de tempo.

Todos os moradores das Residências Terapêuticas são assistidos por serviços médicos multidisciplinares, como os oferecidos pelos Centros de Apoio Psicossocial (CAP), entre outros projetos individuais, de participação em programas de alfabetização a atividades de lazer. Ou seja, o tratamento não ocorre dentro das casas, a missão da Residência Terapêutica é ser apenas um lar. “Incentivamos ao máximo o ambiente democrático e a tomada de decisões coletivas. As Assembléias ditam as regras de convivência da casa e são utilizadas para debater a comida, o barulho, se vai ter festa, se pode namorar, transar na casa ou não”, explica Décio Castro Alves, coordenador do programa de saúde mental de Santo André. “É um poder que a sociedade tirou dessas pessoas na época dos manicômios e que temos de devolver”, completa Alves. (Moura, 2009, s.n.)

Um dos resultados observados na aplicação deste instrumento foi a detecção de ruídos no relacionamento inter-pessoal, que analisados, contribuíam na melhora em diversos fatores como: melhor adesão ao tratamento, coesão, cooperação, solidariedade, humanização no ambiente, resolução de problemas administrativos, melhor organização e funcionamento do setor e relacionamento entre as pessoas.

O dispositivo quando de sua realização é capaz de refletir o clima afetivo/emocional da unidade, consegue reproduzir na dinâmica do grupo fenômenos semelhantes, quanto às interações pessoais, dos ocorridos no dia a dia.

A assembleia se constitui numa referência para a unidade como um todo, integra funcionários e usuários, favorece o exercício e resgate da cidadania, estimula e trabalha a autonomia ainda que dentro do contexto de tratamento institucional e possibilita que o integrante seja sujeito neste processo.

CAPÍTULO 4

Método

Quanto à investigação, o material (e a construção de conhecimentos) da pesquisa se constitui em documentos da instituição, pesquisa bibliográfica, registros de atas de reuniões deste dispositivo em questão, e primordialmente dados de entrevistas (parte do processo de investigação que contribui com relatos, descrição de fenômenos observados, história e outros, experiências e vivências). As entrevistas foram realizadas com pessoas participantes do processo que têm memória privilegiada dessas reuniões na Unidade de Internação e que participaram do processo de transformação na assistência à saúde mental e do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, desde a co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas a partir dos princípios da Reforma psiquiátrica e Diretrizes do SUS.

De acordo com as linhas de trabalho expostas por Minayo (2004) bem como Scharaiber (1993), o trabalho alinhou as seguintes etapas:

a - Levantamento bibliográfico referente às transformações nas políticas de saúde pública, bem como referentes à saúde mental e relacionadas a reforma psiquiátrica e ao movimento antimanicomial no Brasil (vide bibliografia);

b - Levantamento de documentos como atas, fotografias, documentos internos da instituição, (ex. Projeto de transformação do modelo técnico-assistencial de julho de 1991);

c - Levantamento das pessoas com memória pertinente à origem e utilização do dispositivo, criação de um instrumento específico para as entrevistas;

d - Autorização para realizar a pesquisa:

- Oficial, junto à instituição onde foi realizada a pesquisa, conforme Anexo 1.

- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, conforme Anexo 2.

- Junto a cada entrevistado, conforme Anexo 3;

e - Realização de entrevistas: Seleção e captação da amostra conforme os critérios de inclusão descritos mais adiante. Realização de entrevistas semi-estruturadas

gravadas com 6 pessoas, em sessões de 30 a 90 minutos com descrição dos cargos dos entrevistados, sendo um deles ex-usuário da Unidade de Internação, com experiência da Assembleia, hoje monitor do Núcleo de Retaguarda (ex-Núcleo de Atenção à Crise – NAC), com contrato pela Associação “Cornélia Vlieg”²⁵;

f - Análise do conteúdo dos discursos a partir da construção de categorias de análise do contexto, considerando figurações (Elias) que se estabelecem na interação das pessoas entre si e no contexto da assembleia e do ambiente como um todo, a partir do lugar que cada um ocupa no contexto interacional.

4.1 Coleta de dados

Entrevistas

Quanto à captação dos sujeitos, foi considerado oportuno convidar pessoas com memória de participação e realização de assembleias na década de 1990, bem como as de passagem que vivenciaram e participaram naquele período da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial e do processo de desospitalização e criação de aparelhos alternativos e/ou substitutivos na assistência à saúde mental. Também considerou-se relevante escolher dentre estas, pessoas que desempenharam diferentes papéis, e que demonstraram envolvimento e efetiva participação na dinâmica da assembleia.

A amostra contou com 6 sujeitos significativos, considerando-se os critérios acima, bem como o tempo circunstancial da realização da pesquisa. Foram convidados 7 entrevistandos, entretanto, um desistiu de conceder a entrevista. Cabe salientar que o número de pessoas de determinados turnos de trabalho do *staff* da Unidade de Internação envolvidos com a assembleia dependia do interesse e afinidade com este tipo de atividade ao longo do tempo, bem como das demandas típicas de uma unidade de pacientes com manifestações agudas e intensas de sintomas psiquiátricos. No entanto, na prática da realização das assembleias, há também uma limitação natural de profissionais envolvidos,

²⁵ Sra. Cornélia Maria Elizabeth Van Hilckama Vlieg, hoje temos a Associação Cornélia Vlieg em sua homenagem.

uma vez que os funcionários estão sempre sendo solicitados a atender a intercorrências do cotidiano institucional.

Lista de entrevistados:

- 1 psiquiatra com cargo administrativo KIL – (psiquiatra)
- 2 enfermeiros, ambos com experiência administrativa (CAS e ACI)
- 2 monitores, um aposentado, e um ativo, ex-usuário da unidade de internação (MAC e TIG)
- 1 auxiliar de enfermagem (DOS, ex-usuário do período anterior à década de 90).

Quadro 1 - Entrevistados participantes da década de 1990

Identificação por Siglas/ cognomes	Idade	Sexo	Profissão/Função	Tempo de formação	Tempo de atividade em saúde mental	Tempo de atividade no SSCF
ACI	37	M	Enfermeiro / gestão	15 anos	11 anos	15 anos
CAS	47	F	Enfermeira / gestão	22 anos	22 anos	18 anos
DOS	48	M	Auxiliar de enfermagem / atendimento	23 anos	23 anos	23 anos
KIL	58	M	Psiquiatra / gestão	31 anos	30 anos	19 anos
MAC	63	F	Atendente / monitora	26 anos	24 anos	18 anos
TIG	59	M	Artista Plástico / monitor	9 anos	9 anos	9 anos

Quadro 2 - Relação das entrevistas concedidas.²⁶

Identificação	Data	Duração
ACI	17/mar/2009	45min
CAS	19/fev/2009	30min
DOS	01/abr/2009	1h
KIL	19/fev/2009	30min
MAC	26/mar/2009	1h20min
TIG	08/abr/2009	1h

Fontes de dados diversos

Dados complementares foram consultados a partir de:

- Anotações do pesquisador
- Sínteses dos resultados das reuniões encaminhados ao corpo de funcionários
- Livros-Atas das assembleias de usuários e de conselho diretor da instituição
- Fotografias
- Relatórios anuais da diretoria, relatórios preparados pela equipe profissional para eventos diversos
- Projetos de ex-superintendente
- Documentos internos da Unidade (atas do dispositivo e de reuniões de equipe técnica e da Instituição)
- Filmagens documentárias do SSCF
- Publicações e teses sobre a história do SSCF
- Entrevistas semi-estruturadas as quais foram gravadas,

²⁶ Conforme PARECER CEP: N° 237/2008, CAAE: 0914.1.000.146-08, deferido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – ANEXO 2.

Alguns profissionais que frequentam ou tiveram algum tipo de relação com a instituição também desenvolveram produção científica como teses de mestrados, doutorados e artigos. No Cândia tem sido usual a participação de funcionários, estagiários e residentes em eventos como congressos, simpósios e outros encontros, o que contribui para a sistematização de diversas iniciativas. A instituição mantém as publicações do jornal C@ndura – espaço aberto para um novo pensamento (tiragem de 3000 exemplares) que tem sido estímulo para publicações. Além disso, a instituição ao longo dos anos tem 3 publicações, uma do senhor Benedito da Cruz Passos, denominada *Retrospecto da vida do Sanatório Dr. Cândido Ferreira (Ex-Hospital de dementes de Campinas) dados de 1917 a 1973*, publicado em 1975. Em 2001 foi publicado o livro *A reforma psiquiátrica no cotidiano* com a participação de pessoas envolvidas com o projeto do Cândia e com a saúde mental e em 2007 foi publicado *A Reforma psiquiátrica no cotidiano II*; ambos foram bastante úteis no presente estudo.

Entre os materiais levantados, os livros-atas das reuniões foram todos identificados no decorrer da pesquisa, porque intencionava-se no projeto inicial realizar a pesquisa a partir da justaposição e do confronto dos dados de entrevista com os dados dos registros nos livros-ata. Os livros-atas se constituem em achados de grande validade, pois trazem informações históricas das assembleias, bem como registros de eventos que promoveram novas reflexões, discussões, ideias, e propostas de trabalhos.

Entretanto, verificando-se a enorme quantidade de registros produzidos no decorrer de um período de mais de dez anos, decidiu-se por centralizar o estudo nos dados de entrevista, deixando a pesquisa dos dados das atas para momento posterior.

Com referência ao levantamento de registros de reuniões, foi possível identificar alguns Livros-Ata com funcionários e com pacientes (livro utilizado pelo corpo de enfermagem), inclusive na década anterior ao do período focado por este estudo, fato que já denotava a importância e necessidade na utilização/prática de grupos com funcionários e pacientes, embora naquele período não houvesse a mesma abrangência das assembleias, quais sejam:

Primeiro livro: “A” (Arco-íris²⁷): ano 1982, com reuniões de 21/5/82 a 27/12/82, com pacientes relacionados a pavilhões e no mesmo livro uma reunião com funcionários no mês de maio/82.

Segundo livro: “B” (Arco-íris): reuniões com pacientes de pavilhões no ano de 1983 a 1986.

Para a década de 1990 foi possível localizar registros de atas nos seguintes livros:

Terceiro livro “C” (Arco-íris): Livro de atas com pacientes de 5/6/1991 a 28/8/95, algumas com nome de reuniões e outras já identificadas como assembleia e datada a partir de 11/09/1991.

Observação: posteriormente pude verificar que os livros acima pertenciam ao setor dos pacientes crônicos, moradores na instituição e coincidentemente pude constatar que no mês de setembro de 1991 também já realizavam reuniões com o nome de “assembleia”.

Durante o período da pesquisa foi possível localizar outros livros de atas, esses de fato pertencentes à Unidade de Internação, contudo também se constatou a ausência ou perda de alguns deles. Perderam-se ou não foi possível localizar, por exemplo, livros com registros de atas de 31/03/94 a novembro de 1999.

No início de 2002 o NAC (ex-Unidade de internação²⁸), que ainda ocupava o mesmo prédio, muda-se para outro espaço físico, que anteriormente era utilizado pelo ex-Hospital Dia – H.D., sendo bem possível que no processo de mudança tenha ocorrido a perda de alguns dos livros de atas.

Na análise e reflexão de algumas atas com Grupo de funcionários da enfermagem²⁹ percebia-se uma ênfase no estabelecimento do enquadre/contratualidade

²⁷ Arco-íris: nome fantasia dado ao setor de pacientes crônicos e de longa data de institucionalização.

²⁸ A Unidade de Internação existiu com esse nome até setembro de 2000, quando da apresentação do Projeto da Unidade de Internação dentro do Seminário Interno do SSCF, com a proposta de criação de dois núcleos: o Núcleo de Atenção ao Alcoolismo e Drogadicção (NAAD) e o Núcleo de Atenção à Crise, com dois espaços terapêuticos: NAC-I e NAC-II.

²⁹ Dois livros do ano de 1982, o primeiro “A” com uma reunião de maio/82 com funcionários e o segundo “B” com reuniões em 1982, com funcionários, sendo que em ambos os livros constam de reuniões também

referente à presença, pontualidade, sigilo e onde se discutiam questões referentes a rotinas, dificuldades de relacionamento entre os funcionários, dificuldades ou avaliação destes no desempenho de tarefas, cooperação, *feedback* ou esclarecimentos, orientações, distribuição de tarefas, horários, condutas, atitudes e dificuldades na relação entre os próprios funcionários e para com os pacientes.

Da mesma forma foi possível identificar algumas questões semelhantes em registros do mesmo período, década de 1980 em reuniões com pacientes, não com o nome de assembleia e da mesma amplitude, mas reuniões feitas com usuários que freqüentavam determinados dormitórios ou pavilhões, assim chamados por se tratarem de espaços físicos de uso coletivo, bastante amplos, onde havia inúmeros leitos.

Um fato importante já detectado apenas com o registro das datas é a de que já em 1991, ano seguinte ao do processo da co-gestão entre o “Cândido Ferreira” e a Prefeitura Municipal de Campinas, aparece a denominação de “Assembléias” para as reuniões realizadas na Unidade de Moradores. No livro as primeiras atas se referem apenas à realização de reuniões, sendo a primeira reunião datada de 05/06/1991 e o nome ‘Assembléia’ vai aparecer na reunião de 11/09/1991 (na unidade dos Moradores/Arco-íris). Vale comentar que as atas anteriores apresentam as mesmas características de redação e se referem ao mesmo tipo de evento e ao mesmo objeto de discussão, aos das chamadas “assembleias”.

Porém ao longo do período da pesquisa, como comentado anteriormente, foi possível localizar outros livros atas³⁰, sendo estes, sim, pertencentes à Unidade de Internação, mas que não invalida os comentários acima observados e que à semelhança do setor dos pacientes crônicos/moradores, que também era chamado de “Arco-íris”, tem a primeira ata que foi possível de ser encontrada, com o nome de “assembléia” e registrada em mês anterior ao dos “Moradores” e do mesmo ano de 1991, ou seja, em 29/08/1991 (Ata da Unidade de Internação).

Recordo-me que antes da realização das assembleias propriamente, tínhamos como prática a realização de grupos de usuários das respectivas referências da época (mais

com pacientes.

³⁰ Por conta da colaboração da Auxiliar administrativa Ruth Helena Bertazoli Almeida

centradas na figura do médico) e que tinham características semelhantes das assembleias, portanto como se fossem micro-assembleias.

Assim sendo, temos um acréscimo e mudança de listagem de livros a seguir identificados e complementados:

Quarto livro “D” (Unidade de Internação): livro com assembleias semanais de 29/08/91 à 03/10/91

Obs: estaria faltando um livro de 10/10/91 à 07/11/91 ?

Quinto livro “E” (Unidade de Internação): livro com assembleias semanais de 14/11/91 à 09/01/92

Obs: estaria faltando um livro de 16/01/92 à 22/10/92 ?

Sexto livro “F” (Unidade de Internação): com assembleias semanais de 29/10/92 à 17/12/92

Obs: estaria faltando um livro de 24/12/92 à 07/10/93 ?

Sétimo livro “G” (Unidade de Internação): com assembleias semanais de 14/10/93 à 02/12/93

Oitavo livro “H” (Unidade de Internação): com assembleias semanais de 02/12/93 à 24/03/94

Obs: faltam livros de 31/03/94 à 25/11/1999)

Nono livro “I” (Unidade de Internação e Núcleo de Atenção à Crise – NAC): livro com assembleias de 02/12/1999 a 12/03/2003.

Décimo Livro “E” (NAC): com registro de assembleias de 19/3/2003 a 7/01/2008.

Sexto Livro “F” (NAC): pertencente e em uso pelo NAC.

Além das atas, foi possível também a identificação de alguns negativos de quatro fotos tiradas da assembleia na década de 90, pelo enfermeiro Anatole Carvalho Inhota das quais foram selecionadas duas para este trabalho.

Além disso, existem documentos como a Ata de assembleia realizada para viabilizar a Co-Gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas - PMC, bem como o Estatuto modificado da Associação Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – SSCF, ou documento de contrato de co-gestão entre o SSCF e a PMC (documentos internos), que

demarcam oficialmente a mudança oficial do nome da instituição e a data de co-gestão que marcam, por assim dizer, o início do processo de transformações na instituição sob as influências intensas da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

4.2. Procedimentos

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, como instrumento de um roteiro em tópicos, com função disparadora de respostas espontâneas.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da instituição onde se realiza a pesquisa e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, assinado por ocasião das entrevistas, conforme Anexos 1, 2 e 3.

Devido à peculiaridade das pessoas a serem focadas, bem como à caracterização do trabalho, optamos por entrevistas semi-estruturadas, com algumas perguntas ou enunciado disparador do discurso, conforme Anexo 4.

4.3. Tratamento dos dados

O material recolhido nas entrevistas, após sua gravação e transcrição, de acordo com a proposta metodológica de Minayo (2004), passou pelas etapas de:

1. ordenação inicial, leitura flutuante (sem preocupação classificatória, interpretativa, de testar hipóteses, etc).
2. leitura analítica, mais atenta aos conteúdos específicos, cruzamento de dados e interpretação.
3. procedimento hermenêutico na análise do material narrativo e do contexto.

Conforme Minayo:

Como a fenomenologia, a hermenêutica traz para primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia. A pesquisa hermenêutica também analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação. [...]

O pesquisador tem que aclarar para si mesmo o contexto de seus entrevistados ou dos documentos a serem analisados. Isso é importante porque o discurso expressa um saber compartilhado com outros, do ponto de vista moral, cultural e cognitivo. (Minayo, 2000, p.221-222)

Quanto à abordagem metodológica, pretendemos ainda trabalhar com base em Denise Meyrelles de Jesus algumas contribuições da pesquisa-ação crítico-colaborativa. Além disso, a tese de Reginaldo Célio Sobrinho, “A relação família e escola a partir da processualidade de um Fórum de Famílias de alunos com deficiência: contribuições de Norbert Elias” também forneceu subsídios sobre os trabalhos com reuniões grupais, a partir do autor Norbert Elias com os estabelecidos e *outsiders*.

CAPÍTULO 5

Resultados e análise

Comentários sobre levantamento de dados

As perguntas propostas direcionaram as respostas dos entrevistados, entretanto, as transcrições mostraram o quanto o olhar de cada um variava de acordo com o lugar ocupado na estrutura organizacional da instituição, bem como da época em que o entrevistado começou a participar da assembleia. Ou seja, quando eles falam da história da assembleia, falam da sua própria história. Falar de sua trajetória na instituição ajudou a disparar as memórias sobre o envolvimento na assembleia.

Essa maneira do olhar diferenciado de cada um relacionado com a própria experiência de vida e profissional e do lugar que ocupa aonde a assembleia se desenvolve se aproxima do conceito de figuração, conforme discutido por Elias (2000).

Conforme Reginaldo Célio Sobrinho (2009, p.23), a “sociologia figuracional” de Elias busca compreender as relações humanas a partir da processualidade. Segundo Chartier (2001), citado por Sobrinho (2009), mais especificamente, a sociologia figuracional pergunta *como e por que* os indivíduos, ligados entre si numa dinâmica específica, constituem figurações que estão em permanente processo de constituição e de transformação. A interrelação dessas figurações gera uma nova figuração, lembrando os movimentos de uma coreografia que se constitui no dia a dia, construindo-se um novo saber no coletivo que não estava antecipadamente previsto. Esse processo de transformação, de subjetividade, de produção de conhecimento é muito bonito de verificar nos discursos dos participantes deste trabalho.

Alguns entrevistados deram ênfase a aspectos relacionados à avaliação do dispositivo em si, outros na função e promoção de fatores terapêuticos da atividade, e ainda outros abordaram a assembleia enquanto contribuição na integração das pessoas (usuários e funcionários), formação e ou aprimoramento dos profissionais. Muitos exemplos foram citados quanto à sua contribuição para soluções administrativas, auxílio no esclarecimento,

apoio e encaminhamento de situações de intercorrências relacionadas ao ambiente físico e de relação interpessoal ou interacional da unidade de tratamento. Finalmente, apareceu em algumas falas o ponto de vista de recurso em aspectos políticos na saúde e sua relação com a reforma.

Construímos categorias de análise que visavam a agrupar as falas por semelhanças e discrepâncias no conteúdo, de modo a permitir a elaboração de uma narrativa sobre o histórico do dispositivo no SSCF. Depois de diversos ensaios, definimos três categorias, com algumas subcategorias, como as mais relevantes para o agrupamento de temáticas tratadas, considerando os objetivos da presente investigação, quais sejam:

1. Dados históricos e descritivos; relações com a Reforma Psiquiátrica

2. Funções

2.1 Organização do serviço / Demandas práticas

2.2 Formação em serviço / Formação de pessoal / Aprimoramento

2.3 Aspectos terapêuticos

2.4 Exercício de Cidadania e Direitos Humanos

3. Proposta de aprimoramento do processo

A título de ilustração, apresentamos uma síntese de temas que consideramos que se encaixavam nas categorizações definidas.

1. Aspectos históricos e descritivos: Falas sobre a constituição histórica e o desenvolvimento do dispositivo no decorrer dos anos; Relações com a Reforma Psiquiátrica – Movimento Antimanicomial; Descrições do funcionamento, da organização espacial e do gerenciamento da assembleia.

2. Funções da Assembleia:

2.1 Organização do serviço / Demandas práticas / Qualidade de vida

Contribuição na organização e dinâmica do setor, esclarecimentos e orientações, bem como identificação, encaminhamento e resolução de problemas, (apoio à gestão). Solução e/ou encaminhamento de problemas, queixas, ou sugestões de reparos e melhorias relacionadas a questões de hospedagem, convívio, regras e estruturação do tempo.

2.2 Formação em serviço / Formação de pessoal / Aprimoramento

Formação e treinamento de recursos humanos. Participação na organização do andamento da assembleia, na compreensão e na participação técnica. Formas de interação no contexto geral da unidade (em equipe multiprofissional, na prática interdisciplinar, na socialização de saber).

2.3 Aspectos terapêuticos

Reconhecimento e promoção de funções terapêuticas na reabilitação, como acolhimento, amenização de ansiedade, integração com a unidade e seu funcionamento, no convívio com as diferenças e regras do contexto coletivo. Reconhecimento de melhoras e aspectos saudáveis. Sociabilização. Manejo de questões graves como luto, perdas, roubos, entrada de drogas, questões relacionadas à sexualidade e convivência num ambiente misto. Compreensão das diferenças relacionadas às subjetividades e a manifestações de sintomas.

2.4 Exercício de Cidadania e Direitos Humanos

Liberdade de expressão e comunicação. Direito às diferenças. Promoção da participação e cidadania. Prática de exercícios de democracia.

3. Propostas de aprimoramento do processo

Avaliação e problematização da assembleia. Propostas: sugestões, ideias inovadoras, aplicação ampliada a novos contextos (junto às famílias, na comunidade e como instrumento político).

Categoria 1:

Falas sobre Dados históricos e descritivos; relações com a Reforma Psiquiátrica

A possibilidade de levar uma roda de assembleia para os usuários só foi possível porque essa prática já acontecia entre os profissionais. Todos os processos de trabalho se davam em equipe e em grupos, então o terreno já estava preparado para a germinação da ideia da assembleia como atividade da assistência propriamente dita.

Numa das entrevistadas, CAS, associa momentos de discussões a grandes assembleias, porque para ela eram situações de participação e um lugar de decisões.

Eu lembro de grandes assembleias, em momentos bastante decisivos dessa relação do Cândido com a Prefeitura ou, da questão financeira, ou da questão mais política, que assembleias com trabalhadores foram também bastante decisivas... (CAS, nº 39)

CAS correlaciona a prática de realizar reuniões grupais com a própria história na instituição e nos chama a atenção para o uso desse recurso a se refletir na forma de funcionar da instituição como um todo.

Eu cheguei aqui no Cândido já havia a Assembleia, [em 1994] então eu não participei do por que, ou de como, daonde veio isso... Se isso foi criado aqui, eu acho que deve ter sido uma maneira de criar..., resolver um problema, que um coletivo de pessoas, não é..., com problemas específicos, mas também variados. (ACI, nº 27)

CAS confirmou uma lembrança que eu também tenho de que a assembleia foi gestada na Unidade de Internação e que, a partir dali, esse dispositivo foi se desdobrando e se multiplicando na sua aplicação prática com relação aos outros serviços.

Eu acho que a Unidade que disparou do Cândido a questão da assembleia, foi a Unidade de Internação. Acho que a partir daí isso vai se replicando e de jeito diferente. Por exemplo, nos moradores não era uma coisa de toda semana, naquele horário e tal, era muito em função de pautas que ficavam mais

prementes... (CAS, nº37)

A Unidade de Internação no começo da década de 1990 também era apelidada de “Agudos”, nome esse que também faço recordação. ACI relata que a Unidade assistia a 50 usuários³¹ e que havia mudado há pouco tempo, antes eram cerca de 80, 70 leitos.

Não se utilizava ainda de “equipe de referência”; os atendimentos e/ou atividades

eram baseadas no atendimento médico, era doutor fulano e a equipe dele, doutor beltrano... (ACI, nº 10)

CAS relata que ela se deu conta da importância da assembleia quando trabalhou na Unidade de Agudos (apelido da Unidade de Internação), em que a assembleia fazia parte da rotina. Recordar-se das dificuldades e tentativas em se fazer assembleias na unidade de moradores (chamada na época de “Arco-íris”), onde havia trabalhado anteriormente. Na minha experiência também confirmo a dificuldade de desenvolver a assembleia entre os moradores devido à apatia que apresentavam, ao grande marasmo que revelavam, à indiferença frente às atividades propostas, o embotamento afetivo, situação relacionada tanto ao quadro clínico quanto ao processo de desaculturação pelos longos anos de institucionalização. CAS fala e compara com a dos agudos que já se constituía em uma atividade de rotina.

MAC conta que a partir da assembleia, desencadearam-se várias mudanças e/ou inovações, como a separação de pacientes pelos critérios de quadro clínico, tipo de comportamento e modos de relacionamento entre os usuários.

A primeira vez eu fiquei assustada, porque foi muito tumultuado. Os pacientes bem confusos entravam, começavam a falar, já interrompiam. Alguns pacientes que estavam melhores sempre eram interrompidos, então era meio complicado, não é. E vinham, alguns pacientes ficavam irritados, porque naquela época eram juntos os pacientes que eram psicóticos com os pacientes dependentes

³¹ Na época também se falava em leitos

químicos. Então, os que eram dependentes químicos ficavam irritados em ver aqueles pacientes psicóticos que não estavam entendendo nada tumultuarem um pouco em assembleia, que eles queriam também falar algumas coisas da assembleia. Mas naquele momento era bem complicado pra eles e os pacientes dependentes químicos que tinham uma visão melhor que eles; queriam expor da ideia deles, eles ficavam um pouco irritados pelo tumulto da assembleia. (MAC nº 67)

Foi um processo de construção ao longo do tempo, de tal forma, que as necessidades dos usuários foram sendo contempladas. A constituição da assembleia se deu tanto na forma de fazer funcionar, como na possibilidade das conquistas dos usuários. Na assembleia, os usuários solicitaram até mesmo a mudança dos nomes das referências (equipes multiprofissionais que acompanham grupos de usuários) e o nome da unidade, para substituir o nome Agudos (nome utilizado para o setor na época) por “Recanto das Flores”³². As referências passaram a ser conhecidas pelas cores Amarelo (leito 1 a 15, aproximadamente), Abóbora (leitos 15 a 30, aproximadamente), Verde (leitos 31 a 50, aproximadamente). Na época até colocaram uma placa com o nome Recanto das Flores na porta de entrada do setor, no alpendre.

Surgiu tudo da assembleia (...) Até trocar, até escolher o nome para o grupo, por exemplo, a referência, (...). até tiraram o “agudo” não é, (MAC, nº 92)

Eles questionavam. Então, isso tudo era depois conversado com os funcionários.(...) Pedia-se sempre pra um funcionário da noite estar vindo pra assistir a assembleia, pelo menos uma vez por mês, (...) pra ver o tipo de reclamação que eles tinham, não é, pra ver o que podia melhorar. Inclusive até a rouparia. (MAC, nº 113)

A própria assembleia foi evoluindo ao longo do tempo no sentido de adquirir uma identidade, passando a fazer parte da cultura hospitalar e do regime de internação. No início, como psicólogo participante, tudo me parecia caótico, quando aconteceram as

³² “**Recanto das Flores**” - Nome escolhido sob votação pelos usuários em assembleia de 12/12/1991.

primeiras assembleias. Não havia regras instituídas. As pessoas levantavam a todo tempo, havia muita gente que fumava, tanto funcionários quanto usuários. Tudo era muito poluído: fumaça, ruídos, gente levantando, saindo, entrando. Hoje os próprios pacientes perguntam sobre a assembleia. Quando há atrasos, perguntam se não vai começar, algo na atmosfera desse trabalho foi sendo configurado ao longo do tempo. Aprendemos a fazer assembleia no SSCF; atualmente, pessoas que visitam a instituição e participam de uma reunião eventual ficam surpresos de ver que é possível fazer reuniões harmoniosas, com diálogo, com a participação de pessoas que estão em plena crise. Isso aconteceu à medida que os profissionais foram sendo interpelados a participar e começaram a envolver-se com esse espaço de trabalho. Não foi sempre assim. Segundo MAC, no começo, os médicos não participavam – ficavam na sala fazendo o prontuário.

Quando começou os médicos e os funcionários a participar mais da assembleia, eu acho que ajudou muito, porque ali eles iam (...) Eu acho que a assembleia pra ambas as partes é muito bom. (MAC, nº 137)

MAC conta que com a presença dos médicos, começaram a aparecer outros tipos de demandas de assuntos relacionados à figura ou profissional médico e então eram necessários esclarecimentos e orientações quanto aos fóruns de discussão das respectivas temáticas, ou seja, o que era da assembleia e o que era específico do núcleo³³ de saber médico. Melhor explicando, era preciso trazer para o coletivo apenas os assuntos do dia a dia e do coletivo na assembleia; outros tópicos, como os relacionados a efeitos de medicação, dietas, insônia, queixas físicas, seriam tratados junto ao médico (individualmente ou em grupo).

Era sempre falado, as coisas clínicas era pra ser falado na reunião do paciente, tinha também essa divisão. O que era da assembleia era da assembleia, o que era pra falar com o médico era..., mas era muito bom o médico estar participando naquele momento da assembleia. (MAC, nº 137)

³³ Ver conceitos citados, segundo Campos (1997), na categoria 2.2 *Formação em serviço / Formação de pessoal / Aprimoramento*.

MAC relata que o pessoal da higienização também assistia as sessões, eram convidados por trabalharem no setor e podiam dar esclarecimentos a queixas dos pacientes com relação a coisas que sumiam ou suspeitas de roubos. Informavam do encaminhamento de objetos encontrados, ocasião também em que se defendiam caso houvesse alguma dúvida relacionada à pessoa deles.

Funcionários de apoio, o pessoal da higiene assistia. Aqueles que trabalhavam no setor, até pra eles era bom, porque falavam [os pacientes] que sumiam coisas, (...) E ali eles podiam se defender também, porque eles sempre falavam “- ah roubaram”, mas não roubou, estava guardado. E sumia muita roupa também de alguns pacientes confusos, vestia a roupa do... [outro]. (MAC, nº 138)

O sucesso da assembleia teve importantes desdobramentos na saúde mental do município. CAS explica que hoje a assembleia é realizada em outros serviços,

Faz nos CAPS. Todos os CAPS tem assembleias e eu vejo uma preocupação dos gestores dos CAPS de não agendar coisas no dia da assembleia, de ter um cuidado com esse espaço, entendeu? Então, eu entendo que é um instrumento potente, tem sido no Cândido um instrumento potente, não só da participação do usuário como também do trabalhador. (CAS, nº 38)

CAS comenta sobre as repercussões na coletividade do Cândido decorrentes do Movimento antimanicomial nos objetivos, nas transformações do processo de trabalho e nas práticas assistenciais. Por exemplo, na experiência da constituição da primeira moradia assistida, ainda como desdobramentos da reforma no sentido de construção de outras alternativas para a internação (substituição de modelos).

Por esta razão faço resgate do projeto de transformação do Cândido, ainda hoje significativo, como resultado do desenvolvimento e ampliação de recursos tecnológicos e alternativos/substitutivos na rede de cuidados, por exemplo, na constituição dos dispositivos chamados Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, dentre outros (centros de convivência, oficinas de trabalho, etc.).

Dados descritivos: espaço, participantes e funcionamento

ACI relembra que as assembleias inicialmente eram realizadas dentro de um grande salão da ala feminina. Na Unidade de Internação, havia as alas masculina e feminina; cada ala tinha um salão e os respectivos dormitórios.

ACI relata que a assembleia tinha seu dia e que o grupo era estruturado para funcionar o mais ‘redondo’ possível, dentro do grande salão da ala feminina.

O Grupo era redondo, não é, as cadeiras eram assim organizadas de maneira o mais redonda possível (ACI, nº 30).

O salão utilizado para as assembleias era grande, mas nele foram instaladas divisórias constituindo a sala de equipe e o quarto clínico³⁴. No entanto, mesmo depois que se montou a sala de equipe (dos prontuários) e o quarto clínico, ainda assim as reuniões continuaram por certo tempo a serem realizadas no salão da ala feminina, até porque o salão da ala masculina também sofrera re-estruturações físicas com outras finalidades. Com, isso, o espaço ficou muito mais apertado, e a roda teve que se ajustar às condições de espaço.

Antes do horário da reunião, as pessoas que vão conduzir a reunião preparam a sala, colocando as cadeiras. Entre técnicos e pacientes, o grupo chegava a 50 integrantes. Em algumas épocas, não tinha cadeiras suficientes, então se recorria a bancos do pátio interno.

(...) Aí eles colocavam os bancos, aqueles bancos da praça, a gente levava pra dentro porque não davam as cadeiras, não é, e nós reuníamos ali, no salão, no primeiro salão. (MAC, nº 15)

Usar os bancos incomodava, tanto pelo desconforto, como pelo fato de não permitirem a montagem de um formato circular para a reunião. Ainda assim, o círculo de cadeiras e bancos configura um espaço de acolhimento, como reconhece ACI.

³⁴ Também chamado quarto de intercorrências.

Mas mesmo não sendo tão redondo, (...) isso é simbólico pra gente (...) que vê sentido no simbólico como simbólico, mas se a gente pensar no psicótico que não tem uma relação tão simbólica assim com as coisas, o que tinha era uma entrada, não é... Então ele tinha uma entrada, então ele podia passar por ali e sair por ali. Então era uma espécie de lugar pra entrar e sair e aí ele podia ter isso, independente da forma, ele tinha um lugar, ele tinha um banco dele ali, ele podia escolher e... era interessante isso. (ACI, nº 38)

O convite à participação era realizado aos pacientes e funcionários individualmente. Alguns se mostravam pouco disponíveis, outros confundiam os objetivos da assembleia com outra congregação com este mesmo nome.

Assembleia que eu conhecia assim..., era assembleia evangélica [risos]. Nem calculava que era a assembleia uma porção de pessoas reunidas, conversando, falando sobre algumas coisas dali, daquele local. Dali que eu comecei saber o que era uma assembleia, não é? (MAC, nº 10)

É uma teologia, como é que eu posso dizer pra você, é uma teologia que é religiosa, pois tem pessoas que às vezes vão nessa assembleia achando que está indo na igreja (DOS, nº 45) (...) chega lá, não é o esperado (DOS, nº 46), mas mesmo assim a pessoa fica. (DOS, nº 47)

ACI relembra que a assembleia era um grupo de livre participação onde os usuários tinham um lugar de participação.

Eu percebo que muitos iam e vinham, participavam assim..., mas eles..., (...) tinham ali como lugar deles também, isso era importante, e nós tínhamos uma tolerância maior com esse grupo (...) eles tinham o gesto espontâneo de ir e vir, de sair e voltar entendeu? Então, acho que a gente acolhia,”(ACI, nº 30)

O grupo quando bem conduzido e também quando parte de seus integrantes já conseguiu alguma melhora, tende a ser mais continente com os integrantes que apresentam maior dificuldade, oferece maior apoio, consegue maior adesão e participação de seus

integrantes. Consegue conter melhor em seu território indivíduos inquietos, com certo excesso de expressão, enfim, sem as devidas noções de limites para com eles e com os outros.

As pessoas ou grupos com boa capacidade de continência apresentam um espaço afetivo maior nas interações pessoais, possuem maior grau de tolerância, de compreensão, de fazer paciência, bem como capacidade de lidar com a postergação do alívio ou satisfação de determinados incômodos ou necessidades.

Podemos entender esse ir e vir como um direito, uma liberdade de se manifestar, ainda que pela deambulação, mas numa roda de diálogo, esse tipo de comportamento não tende a fortalecer o grupo como um todo. Trata-se muito mais de uma inquietação, por vezes de um andar a esmo, uma falta de limites, sendo que dentro de certos parâmetros, o grupo consegue conter as pessoas com mais dificuldades.

O objetivo, do ponto de vista dos profissionais, era utilizar a assembleia como um lugar de participação dos usuários, assim, era preciso assegurar um momento depois da assembleia para avaliar, do ponto de vista da compreensão dos fenômenos no campo grupal, o quanto reflete a dinâmica do setor, como uma espécie de barômetro, bem como uma avaliação do manejo técnico. Também era um momento para compreender como os pacientes se relacionavam uns com os outros.

Quando nós fazíamos a assembleia, nós íamos discutir depois da assembleia, a gente sempre discutia os fatos que eram falados na assembleia pelos pacientes. Então, a gente sempre ficava reunido conversando. Aí foi que surgiu a ideia de estar retirando os pacientes meio complicados que fazia tumultuar a assembleia. Na hora que estivesse assim um paciente tumultuando, uma pessoa retirava-o e levava-o pra outro local para não tumultuar a assembleia. (MAC, nº 68)

De fato, parece uma contradição convidar o usuário, mas pedir que se retire quando ele começa a tumultuar. Uma das questões construídas na prática da assembleia foi o estabelecimento de parâmetros de participação. Por exemplo, discutiu-se que o grau de

tolerância era até onde o usuário não comprometia a realização da assembleia em si, já que todo o grupo se dispunha a estar ali no coletivo para fazer a reunião. O grupo sinaliza com queixas (“Assim não dá”), inquietações e expressões de aborrecimento que não estavam satisfeitos. Quando possível, costumo convocar o grupo a ser co-responsável na decisão de convidar o indivíduo a se retirar.

No caso das pessoas com maior dificuldade de participação, uma pessoa com bom vínculo com o usuário que apresente maior limitação ou dificuldade, poderia ser chamada para sentar-se ao lado deste para promover continência, dar algum apoio, evitar alguma conturbação em potencial, como lembra MAC.

Ficava uma pessoa da enfermagem ou uma pessoa que era terapeuta ou, se não, um estagiário terapeuta, não é. (MAC, nº 67)

Os assuntos a serem discutidos na assembleia são estabelecidos no início da reunião. O grupo de usuários é quem traz os tópicos, queixas e sugestões, mas funcionários também podem elencar informações ou esclarecimentos. Ver capítulo 3, item 3.2, para os procedimentos iniciais da reunião.

Relações com a reforma

A assembleia está imbricada com a missão do serviço, que, por sua vez, segue as políticas de saúde mental. A questão chave, e bastante polêmica, é a internação, enquanto recurso da rede para dar uma retaguarda aos casos de maior intensidade que requerem cuidados de uma continência da crise. Assim, a problematização da internação faz parte da discussão dos dispositivos grupais. DOS fala dos trânsitos entre o internamento na instituição e a saída para a comunidade:

Eu acredito que a assembleia, apesar dela ser interna, ela passa uma informação para o usuário, onde ele também pode ter mais autoconfiança em si para enfrentar até mesmo a saúde lá fora, porque o dia que ele sai daqui essa assembleia o ajuda a governar melhor a saúde dele lá fora; paciente que fica aqui uns 40 dias e participa de umas 3 assembleias quando ele sai daqui, com

certeza ele vai acordar para saber o que é a saúde mental, ele acorda um pouco isso nessa assembleia. (DOS, nº 53)

MAC coloca que com a vinda da reforma, também vieram mudanças de procedimentos, como mudanças da forma de conter os pacientes, priorizando-se sempre em primeiro lugar o diálogo e condutas preventivas de forma a evitar-se a necessidade da contenção. Isso porque ocorre elevado grau de ansiedade, ou estados de exacerbação de ansiedade, angústias, medos, a falta ou alteração de determinados mecanismos do paciente (exemplo: os mecanismos de defesa conforme a psicanálise) que levam o paciente ao chamado *acting*:

A definição de *acting* (ou atuação) é muito imprecisa pelo fato de que os autores emprestam significados distintos a este fenômeno de surgimento muito comum nos processos terapêuticos.

No sentido estrito do termo, *acting out* designa uma determinada conduta que se processa como substituta de sentimentos que não se manifestam no consciente. Isso costuma ocorrer devido a uma das seguintes condições: quando os sentimentos represados correspondem às fantasias que estão reprimidas e que não são recordadas (como ensinou Freud), ou não são pensadas (segundo Bion), ou não são comunicadas pela verbalização, ou não conseguem ficar contidas dentro do indivíduo.

Conforme o seu tipo e grau, os *actings* podem ser classificados como normais ou patológicos ou, ainda, como benígnos e malignos. (Zimerman, 2000, p.180)

Outrossim, refletia-se e em último caso quando da necessidade da aplicação de algum tipo de contenção física ou de auxílio na noção de limites, compreendê-la enquanto forma de continência, acolhimento, apoio, proteção do usuário(s) e funcionários. MAC então cita outras técnicas como a do casulo, ou a da presença e contato humano mais próximo e de forma interacional, em nível de cuidados mais intensos, durante o processo de contenção (esclarecimentos, orientação, realização de contrato através do diálogo com o usuário, atenção quanto aos cuidados corporais, tempo de contenção, higiene, alimentação, etc). Em determinado período ao longo da década de 90, presenciei usuário, que já tinha vivenciado a contenção física, mas para o qual aparentemente o sofrimento e o desespero era grande devido ao seu estado, que ele próprio pedia por uma contenção física.

Alguns usuários não apresentam maior dificuldade de adesão aos equipamentos da rede, e necessitam de suportes que correspondam às suas singularidade.

Quando eu fui trabalhar no Cândido Ferreira já não tinha mais aquela coisa de dar choque, que paciente que ficava muito agitado noutra hospital tinha que passar (...), a medicação que melhorava o paciente era o choque, não é. Quando eu fui trabalhar no Cândido Ferreira, já não era o choque, (...) o modelo já era diferente, era a parte de você estar enrolando o paciente num lençol, o casulo não é, que fazia [a técnica] o casulo; você esquentava o paciente, fazia o casulo, colocava o paciente deitado na cama e você ia assim alimentando o paciente com líquido, não é. (MAC, nº 162)

Quando veio a reforma psiquiátrica, já veio com outras coisas melhores para o paciente, porque sempre o Cândido procurou fazer o melhor para o paciente. Aí veio também a libertação da camisa de força, porque o paciente ficava confuso assim. O Cândido Ferreira ainda usava a camisa de força [início da co-gestão], e nós usávamos, mas não era um castigo, o paciente era acompanhado, não ficava sozinho ficava num quarto. (MAC, nº 163)

A assembleia promoveu um espaço para discussão de algumas alternativas e também do significado da porta aberta.



Figura 4. Salão de entrada. Vista do interior da Unidade da Internação para a porta de entrada. Fotografia de: Carla Barreira Severino.

A porta aberta surgiu por intermédio dos pacientes e funcionários também, que achavam que ficava muito fechado. (MAC, nº 201)

A DAL [uma ex-funcionária] ela ajudava muito, a gente ficava com a porta aberta, sabe, tinha hora de ficar com a porta aberta, aí os pacientes iam, tinha uma pessoa que levava o paciente pra cantina, que naquela época (...) era a barraquinha ali que ficava... (MAC, nº 186)

A reforma psiquiátrica é isso, é onde você pode, você tem um espaço aberto, as portas estão abertas para você desenvolver atividades, desde que seja com responsabilidade, é lógico, em todos os espaços. (DOS, nº 53)

A estratégia de trabalhar com a porta aberta em alguns horários, alguns dias da semana fornecia um espaço de experimentação para que a alta pudesse ser vivenciada com algum esquema de suporte. Permitia entrar em contato com o lado saudável.

MAC também cita a oportunidade de realizar o chamado curso de

acompanhante terapêutico³⁵ como de aperfeiçoamento profissional no cuidado com os pacientes, o que aconteceu durante a reforma psiquiátrica. O acompanhante terapêutico, também já chamado de amigo qualificado, foi uma função que pretendia ampliar o espaço de convivência dos pacientes, pois permitia que saíssem, fizessem passeios, frequentassem lugares da comunidade com alguma autonomia, ainda que com um pouco de supervisão.

Eu acho que essa reforma da saúde mental nos ajudou pra isso, porque que antes falava com uma pessoa que estava com a saúde mental abalada que tinha que sair pra qualquer outro lugar, era proibido. (DOS, n° 53)

MAC relata que muitas coisas foram mudando ao longo do tempo a partir de demandas nas assembleias, que contribuíram em mudanças na estrutura física e/ou material, bem como de funcionamento da unidade contribuindo para melhoria e maior eficiência do serviço e conforto dos usuários.

Como salienta KIL, quando se fala na especificidade da saúde mental, existem inúmeros modelos defendidos por grupos diversos. Há defesas radicais da Reforma de um lado e também questionamentos sobre a situação da internação, se ela não deveria acabar por completo. “KIL” complementa:

Mas a gente tem que também avaliar que quando se está falando da questão da Reforma, de ampliar a questão de cuidado, não podemos cair num engodo de que não dá pra se prescindir da intensidade de cuidado. Hoje quando uma pessoa insere na questão do serviço nessa rede, eu estou dizendo, tem níveis de intensidade de cuidado, e vai ter situações que a pessoa vai precisar de um espaço mais continente, um tempo maior e um nível de intensidade maior pra gente poder estar cuidando. Então quando se está falando disso, tem que entender que hoje no modo da gente ver, a internação não é uma internação pronta do jeito que era caracterizada. Hoje a gente tem uma situação mais ampliada, desde que tiver essa intensidade de cuidado num lugar entre aspas mais restrito. Mas toda a articulação feita é pra que essa pessoa continue tendo

³⁵ Com o movimento antimanicomial, também surgiram cursos sobre residências terapêuticas.

uma convivência mais ampla possível. (KIL, nº 11)

Entre as opções que foram sendo implementadas, temos as moradias. As moradias foram uma interessante alternativa no movimento antimanicomial no sentido de reintegrar o indivíduo na sociedade, recuperando a sua cidadania. Trata-se de uma forma de romper o antigo modelo assistencial e criar uma nova clínica voltada para o social; ao enfrentar o sofrimento das pessoas portadoras de transtornos mentais, a moradia é uma proposta de solução para problemas que antes ficavam obscuras. Entretanto, com essa nova abordagem, também surgem novas demandas relacionadas à vida em comunidade. O SSCF foi pioneiro na implantação de moradias na região de Campinas (Yoshizumi, Seibt, Santos, Oliveira Filho, Hayashi, 2003). CAS mostra que os usuários foram discutindo sobre esses temas que lhes diziam respeito diretamente dentro do espaço da assembleia.

Lembro quando saiu a primeira moradia, (...) foi uma discussão também em assembleia..., porque isso mobilizou muita coisa..., - como é que vai alugar uma casa com televisão, não sei o que..., aparelho de som, sendo que tem trabalhador que não tem isso. Eu lembro de uma grande assembleia, que foi discutido com os trabalhadores. (CAS, nº 40). Então eu acho que a assembleia no Cândido tem uma história, não só de um instrumento da reforma, mas também desse jeito de trabalhar mais horizontalizado, mais participativo. Acho que a assembleia dos trabalhadores também ela é decisiva, foi decisiva em vários momentos, que a gente tinha riscos políticos ou financeiros... (CAS, nº 42)

“KIL” discute um ponto chave sobre a constituição da Reforma dentro das práticas do cotidiano. Era necessário encontrar um equilíbrio entre a internação total e a assistência articulada com uma rede de apoio para os períodos de crise. Com essa preocupação, ele traz uma re-significação ao conceito de cuidado, consequentemente da própria idéia da pessoa que se trata e/ou é tratada. Sugere o reconhecimento de novos recursos de cuidados tanto no sentido terapêutico quanto no desenvolvimento da pessoa nas suas diversas áreas de relação e de convivências. Isso nos remete a pensar na assembleia enquanto uma forma de estimular o relacionamento inter-pessoal nos contextos, mesmo

quando internado ou dentro de um CAPS.

A pessoa tem o direito de ser cuidada. Além disso, tem o direito de participar da questão do cotidiano; seja da questão da família, seja da questão que é informado na mídia, seja de participar das situações extra-unidades, seja não só aqui no Cândido como também nos CAPS; [...] lá também precisa de um trabalho mais intensivo e às vezes as pessoas ficam no pernoite ali no CAPS. Então tem toda uma estrutura que dá conta. Então aquele modelo anterior tá [acabado], teve ganho e um acumulado no sentido de como a gente poder aprimorar. (KIL, nº 11)

Célio Garcia, no Prefácio do livro de Ana Marta Lobosque – *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos* (1997), relata que para ele a relação entre o Movimento da Luta Antimanicomial e as práticas dos serviços de Atenção Psicossocial e de Reabilitação Psicossocial tratam de uma “clínica do social”. É preciso repensar questões e conceitos da própria clínica, como a psicanálise, questões de inserção social, bem como o “crivo da situação muito especial encontrada entre os usuários dos serviços”. (Garcia, 1997, p.12)

O tempo de nossa prática bate em função do acontecimento (Ana Marta se refere a Badiou), acontecimento no registro do amor na sua fenomenologia do encontro, desencontro, segregação, exclusão, violência, não bate com o tempo de livro ponto, nem com a grade dos itens da boleta administrativa e burocrática. Para isso, gerente e profissional no serviço de saúde mental teriam de fazer uso de escuta clínica, prática política (sem partido) sempre com o acontecimento. (Garcia, 1997, p.13 – itálico no original)

No discurso de KIL, o mesmo se refere a uma ampliação na questão do cuidado, mas também da intensidade de cuidados e de processos de articulação de recursos. Sua fala é a de que os dispositivos de tratamentos não podem ser encarados como algo pronto e acabado, em que as pessoas, pacientes e funcionários devam agir de forma extremamente docilizadas conforme conceitos de Foucault, ou enrijecidas e estereotipadas em que a matéria e os produtos do trabalho sejam como coisas de consumo.

Quando a gente faz a questão de um atendimento comunitário, a gente está entendendo que amplia de maneira exponencial o nível de cuidado. Uma coisa como antigamente, as pessoas ficavam restritas, sem outros estímulos externos, tá..., com alguns estímulos mas poucos, diferente da convivência hoje, atual, da possibilidade. Então quando a gente vai estar trabalhando nisso aí, então tem que, além do específico da técnica do atendimento em relação a questão da psicopatologia, precisa ver qual o arsenal, qual é o recurso que aquele indivíduo tem, e qual o recurso da própria comunidade em torno onde essa pessoa vive, pode desfrutar e ter outros tipos de atividades. E pode ampliar o recurso que essa pessoa tem no sentido dela ter mais autonomia, maior inter-relação e maior campo de aprendizado, seja de convivência, seja de uma profissão, seja educacional, seja de uma maneira mais ampla possível. (KIL, nº 11)

Garcia (1997) comentando Foucault faz menção à exclusão da “abertura em direção a linguagem”, fala sobre o “‘pensamento de fora’, afastado da subjetividade” e diz:

“Fora de si” seria o nome de uma tal experiência; recolhida por vezes no misticismo, na loucura ou em outro lugar, ao desenvolve-se ao desdobrar-se, pode ela ser recolhida na interioridade de um pensamento a ser considerado, de pleno direito, Ser e Palavra. Ainda que, situado longe da linguagem, prefira o pensamento “fora-de-si”, muitas vezes, o silêncio.

Difícil será trabalhar com esses “pensadores do de fora”, uma vez reunidos em assembléia já agora convocados para a luta política, em circunstâncias, é bem verdade, decorrentes de acontecimentos que lhes dizem respeito, isto é, a luta antimanicomial. (Garcia, 1997, p.14 – itálico no original)

Categoria 2. Funções da Assembleia

2.1 Organização do serviço / Demandas práticas

Temos que a assembleia não só se constitui num espaço onde nascem ideias, mas também de discussão, de elaboração, de deliberação, ou encaminhamento de várias

questões de interesse coletivo. Há temas que talvez não tenham se originado necessariamente na assembleia, mas nela tiveram sua ressonância, nela também cria e se discute o que está acontecendo.

Foi muito interessante perceber nas falas dos entrevistados que as demandas dos usuários não se restringiam a queixas relacionadas ao cotidiano. Havia uma busca por melhores condições de lazer e de cultura, ou, em síntese, de qualidade de vida, como veremos na análise que segue. A assembleia promovia qualidade de vida.

Depois da assembleia a gente saía pra caminhada...” (MAC, nº 65)

Demandas relacionadas a qualidade de vida

MAC recorda-se que aos domingos, ela e outros funcionários costumavam sair com grupo de usuários para pescar, ir à quadra de esportes, assistir jogos de pessoas que vinham jogar bola no campo do Cândido, os funcionários também brincavam, jogavam com os usuários quando não vinham as pessoas de fora. Isso porque os usuários se queixavam de se sentirem presos. Conta que a partir dessas experiências, os pacientes começaram a questionar na assembleia do por que não saírem durante a semana também, discutindo-se a partir daí a ideia da porta aberta, a qual situava-se na entrada do prédio da unidade, onde na área externa havia um alpendre de piso ladrilhado em que tinha-se uma ampla visão de toda a entrada da instituição, emoldurada com árvores, cantina enfim todo um movimento de pessoas que transitam(vam) à pé e em veículos pelo Cândido.



Figura 5. Vista do alpendre e porta de entrada da Unidade de Internação.
Fotografia de: Carla Barreira Severino.

No alpendre ou saguão externo, as pessoas sentavam-se nas muretas de contorno deste espaço para apreciar o contexto, estabelecerem diálogos, tocar violão, cantar em grupo, melodias de diversos tipos, como sertanejas, folclóricas, sambas, e músicas populares, etc. Jogava-se dominó, bingo. O envolvimento era tão grande que se chegou a colocar uma mesa para que se pudessem desenvolver outros tipos de atividades como desenhos, colagens, pintura, entre outros, ampliando o que se fazia na sala do Espaço Aberto³⁶.

Fora e ao redor do saguão, por vezes, brincava-se de bola, peteca, ia-se à cantina. Era um momento de descontração, em que o foco era o prazer, o lazer, a cultura, a sociabilidade, a dimensão saudável de cada um e do coletivo, que se dava espontaneamente e por esses momentos se esquecia da doença. Lembro-me de ocasiões em que apareceram até bandas que tocaram ali no ambiente do alpendre.

O pessoal de fora lá de Sousas, Joaquim [Egídio] vinham jogar ali, aí nós levávamos os pacientes pra jogar. Nós também jogávamos, às vezes quando

³⁶ Sala de atividades, espécie de ateliê.

não tinha jogo, nós jogávamos com os pacientes, na quadra também, então assim surgiu a ideia de por que não ficar a porta..., se abre aos domingos, por que não ficar com ela aberta, não é? (MAC, nº 200)

Conta MAC, que foi na Unidade de Internação que surgiu uma atividade de rádio que, segundo ela foi o embrião da Radio Maluco Beleza, através de alguns funcionários e alguns pacientes que gostavam de tocar violão e cantar. Cita um ex-usuário que mesmo após alta retornava para o setor para cantar no *hall* de entrada e que também insistia em tocar no salão interno. MAC também associa a atividade da rádio como demanda nas sessões das assembleias.

A rádio era lá embaixo [área do pátio], o DOS junto..., DOS, foi, surgiu a rádio com aquele menino ELO, nós fazíamos ali era feita ali, era feita a rádio, ali próximo de onde ficava a cozinha, e na sala onde se fazia as reuniões dos pacientes das referências. Ali tinha uma “radiozinha”, que fazia, então inclusive “rádio num sei o que lá do...”, nem era negócio “Maluco Beleza” não (obs: nome atual da rádio) era outra coisa. (MAC, nº 168)

Traz exemplos de confraternizações, de atividades de lazer, que se realizavam anualmente, tanto para os usuários como para os funcionários:

Final do ano, churrasco com os pacientes, indo pro Hopi Hari, pra chácara. Então isso tudo aí foi surgindo pela assembleia. Os pacientes davam idéia, “- por que não a gente passear fora”, - “por que não a gente não ir num parque de diversão?”, “- na praia!” Tudo isso foi surgindo na assembleia! Serviu de exemplo para os outros setores, aí começou o HD (Hospital Dia) fazer assembleia também,(...) Centro de Convivência fazia assembleia. (MAC, nº 209)

Também MAC, DOS e KIL colocam o quanto a assembleia gerava demandas e inovações ou melhorias no setor, que beneficiam o coletivo de pessoas.

Muitas coisas que acontecem e que tem no setor hoje, foi conseguido por eles

na assembleia. (DOS, nº 29)

Um grupo de usuários falar de algumas coisas que pode melhorar no ambiente onde ele está naquele período é bastante significativo. (KIL, nº 12)

Eles conseguiram uma sala específica para televisão, em outro momento eles conseguiram espaço para ateliê que hoje se chama Espaço Abeto. Isso também foi discutido em assembleia, e quanto isso trouxe de atividades para dentro do setor. (DOS, nº 30)

A assembleia incita a construção de outras situações boas e ajuda a se descobrir o que o usuário quer e necessita. Através dela criou-se o “Espaço Aberto”, um local semelhante a um ateliê, onde se desenvolvem vários tipos de atividades como desenhos, pinturas, música, jornal e/ou grupo de escrita, mural, cuidados com plantas, artesanatos, cuidados de beleza; entre tantas outras, também propiciaram-se atividades de culinária na copa do setor (com bolos, pães, pipoca, bolinho de chuva, etc.). Afora as atividades acima, também houve a criação de atividades chamadas de monitoria, que surgiram como proposta de lidar com as dificuldades do dia a dia e cujas queixas ou apontamentos apareciam nas assembleias. Através da monitoria, alguns usuários participavam no acompanhamento de algumas atividades da rotina e contribuíam com o setor e com outros usuários.

Tinha a monitoria, (...) conforme a função do monitor, eu não me lembro de todos agora, mas tinha banho, tinha escovação, tinha refeição, tinha..., acho tinha pátio. (ACI, nº 22)

Demandas relacionadas a necessidades do contexto institucional

Os entrevistados deram menos ênfase aos problemas do cotidiano, mas as atas registram queixas que se repetem em todas as sessões, como se não fossem solucionadas. Ainda assim, reconheceram que os usuários levantavam queixas e sugestões que auxiliaram na organização, manutenção e melhor funcionamento de alguns setores (por exemplo a rouparia, serviço de alimentação, etc.) relacionados com a assistência de forma a contribuir na eficiência e que as pessoas pudessem usufruir do tratamento de uma maneira mais

confortável.

O conforto dos pacientes, porque eles vêem o tempo, o calor, não havia ventilador (...), o quarto era quente. Teve reclamação, a respeito do calor, porque era muito fechado. (...) Foram os pacientes que viram que eles não estavam no conforto. Por intermédio de que? Por intermédio da assembleia, não é, que surgia... (MAC, nº 73)

MAC percebia que a assembleia funcionava como um recurso muito benéfico para a gestão, já que os usuários traziam questões pontuais que precisavam ser resolvidas, relativas a limpeza, uso coletivo dos espaços, incômodo com a fumaça dos cigarros, o controle externo sobre os horários de dormir e acordar, banho e alimentação.

Assim, até mesmo a gente aproveitava algumas coisas que o pacientes falavam pra estar melhorando. Tem assim, às vezes o paciente via uma cama quebrada, não é, ele falava: - “oh no meu quarto tá assim, há muito tempo tá uma cama quebrada, meu colchão já tá sujo, mijado, deitam na minha cama, aí”... não é. (MAC, nº 69)

Muitos reclamavam que fumavam dentro do quarto, uns não fumavam, então eles não gostavam daquilo. Que foi tudo na assembleia assim..., a gente começou... não é? (MAC, nº 109)

E às vezes reclamavam que os funcionários ficavam assistindo televisão até tarde. Porque eles não podiam, mas os funcionários..., tudo eles questionavam. (MAC, nº 112)

Inclusive até na assembleia surgia “– Oh, fulano tá com a minha roupa”, não é? “– Oh, fulano... já falei com o pessoal da enfermagem, mas ninguém ligou!” Aí a gente, ali mesmo ia lá, levava o paciente, trocava aquela roupa do paciente, colocava a roupa do paciente, não é, a roupa que era dele, já tirava, levava na rouparia, às vezes estava sem nome, sem o número, a gente procurava identificar. (MAC, nº 140)

As atas testemunham a ocorrência de uma série de queixas que parecem se repetir semana a semana, em parte por causa do fluxo de internações que manifestavam os mesmos tipos de dificuldades nas relações entre eles. De uma lado, aparecem queixas relacionadas à dinâmica das interações e às dificuldades de convívio com as diferenças; de outro, reclamações que demonstram a falta de resolutividade. Dentre as queixas que tendem a se repetir e que geralmente estão relacionadas a comportamento e atitudes dos próprios usuários, por exemplo, os que reclamam de não conseguir dormir porque outros usuários não deixam, porque esse últimos querem entrar no quarto, fumar no recinto, escutar rádio durante a noite, etc. Os mais confusos tendem ou acabam “fazendo trapalhadas” no uso de banheiros, roupas, objetos pessoais, etc., Há os costumes que as pessoas já trazem consigo do modo de vida que já tinham, mas que fazem parte das semelhanças e diferenças na convivência do dia a dia.

Além disso ocorrem questões relacionadas à estrutura física e/ou recursos humanos, que dependem de outras instâncias na prontidão da resolutividade, mas que na medida em que são contempladas também exigem ajustes da instituição para as demandas que tendem a persistir no futuro.

2.2 Formação em serviço / Formação de pessoal / Aprimoramento

Recordo que na década de 1970, os formandos na área de psicologia, por exemplo, não saíam das universidades com um preparo específico para trabalhar nas instituições psiquiátricas. O foco era voltado primordialmente para o estudo da psicopatologia quando do contato com os hospitais psiquiátricos. Lembro-me que na década de 1980 os estagiários de psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC - Campinas já desenvolviam estudos críticos das instituições por meio da disciplina de Psicologia Social.

Pela fala de ACI (que entrou no SSCF em 1994), mesmo para os formandos do início da década de 1990, na área de enfermagem e possivelmente em outras áreas, já havia alguma formação específica, mas ainda aligeirada. Penso que em fins da década de 1980 e até o início da década de 1990, não havia ainda muitas opções em nível de equipamentos

assistenciais, principalmente públicos, na saúde mental. A família que necessitava recorrer a atendimento especializado tinha poucas opções entre as clínicas particulares e as instituições psiquiátricas (para os casos de internação) de caráter privado/público, sendo que um ou outro hospital psiquiátrico mantinha atendimento ambulatorial. Portanto, no início dos anos de 1990, ainda estavam em vias de serem implementados os novos dispositivos de forma a constituir uma rede de serviços mais ampla, complexa e com inovações nos processos de trabalho.

Temos num estudo de Paulin e Turato “*Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970*” uma síntese que contribui para nossas discussões:

A década de 1970, no período estudado, poderia ser caracterizada pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. Todavia, o que predominou foi a política de privilegiamento do setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil. (Paulin e Turato, 2004, p.256)

O depoimento de ACI mostra que para além da construção dos hospitais, a capacitação dos profissionais é de fundamental importância. Na época, a formação acontecia em serviço. E mais, a assembleia teve um papel preponderante no seu aprendizado de como se trabalha num contexto humano em que o foco é a promoção da qualidade de vida.

Eu não tinha formação específica na área, não é..., só uma experiência muito rápida de Faculdade, rápido demais até..., meio que eu entrei pra ver como é que era o trabalho, o que eu podia aprender, contribuir, e foi uma grande escola pra mim, não é..., e nessa escola eu acho que a assembleia pode ter sido o que me lançou como profissional de saúde mental, assim..., porque até então era só enfermeiro, não é..., enfermeiro..., enfermeiro comum assim não é, mas voltado pra saúde mental (ACI, nº 17)

No começo eu fui mais como participante, ouvinte, não é..., e depois eu comecei a me sentir mais seguro, eu senti que podia me autorizar, você foi me dando confiança também a gente foi desenvolvendo, não é... (ACI, nº 18)

KIL defende a necessidade de se preparar para atuar na situação da assembleia. Não basta sensibilidade e intuição. Ele não subestima as dificuldades de trabalhar em equipe multiprofissional e considera que a assembleia é um laboratório

muito rico pra poder se capacitar, poder estudar, poder aprender e poder também objetivamente influenciar positivamente na questão daquela situação momentânea que existe. (KIL, nº 12)

Mas além (de) pra eles, também para os profissionais, também é um campo de aprendizado muito rico. Porque vai ter que aprender também essas coisas. Como lidar? Como intervir? Como saber aonde intervir? De que maneira que vai intervir? Qual o referencial teórico que vai utilizar pra fazer este tipo de intervenção? Mesmo porque às vezes tem situações que é tranquilo... de uma alegria, mas tem momentos de muita intensidade de sofrimento, tá? E às vezes se a equipe que está cuidando disso também não estiver instruída, capacitada, tá..., às vezes tem dificuldade. Nesse sentido que eu estou dizendo que é um grande campo de aprendizado. (KIL, nº 12)

Destaco o comentário de KIL quanto à importância da reflexão sobre a ação e sobre a necessidade de estudar, de buscar bibliografia. Neste sentido, considero que as contribuições de Denise Meyrelles de Jesus (2008) sobre o processo crítico-reflexivo no crescimento profissional sejam relevantes para este processo.

Jesus DM nos convida a pensar, sobre os modos e caminhos de como a pesquisa-ação crítico-colaborativa vem se processando e se constituindo. “Colocamo-nos o desafio de pensar sobre as configurações que se traçam entre a pesquisa e o cotidiano” (Jesus DM de, 2008, p.139), que por analogia trago para o campo da saúde mental e sob o olhar da formação de seus respectivos profissionais.

Empresto das reflexões de Jesus na área da educação especial, numa citação que ela faz e compartilha com Almeida e Sobrinho, para elaborar uma analogia no campo da saúde mental, que também lida com a inclusão social.

Acreditamos que, se quisermos uma escola [instituição] que atenda à diversidade, ou seja, uma escola [instituição] *inclusiva*, precisamos pensar com o outro, precisamos de um processo longo e constante de reflexão-ação-crítica com profissionais que fazem o ato educativo [de cuidado] acontecer. Se quisermos mudanças significativas nas práticas convencionais de ensino [cuidados], precisamos pensar a formação continuada dos educadores [cuidadores]. (Jesus; Almeida; Sobrinho, 2005, p.143, citada por Jesus, 2008, p.143, grifo e entre colchetes são meus)

KIL destaca inclusive a relevância da presente pesquisa como um processo que nasceu da problematização profissional do meu papel de coordenador das reuniões – processo este que promove uma reflexão crítica que pretende servir de subsídio para a prática em outros contextos.

Então por isso que eu estou falando, que eu estou parabenizando você, porque você viu, se empenhou e se sensibilizou e falou: “Escuta, tem uma coisa pra eu estar aprimorando”. É nesse sentido, tá...? Quanto mais profissionais, puderem estar fazendo isso e desenvolvendo... Porque o que, que é muito significativo da questão da área em que a gente trabalha, se a gente não fizer uma avaliação crítica do que a gente está fazendo no cotidiano, a gente não se aprimora. O nível de conhecimento que cada vez vai ampliando e vem numa velocidade intensa... Eu acho que esse tipo de nível de cuidado, de capacitação tem que ser estimulado, sempre... (KIL nº 30)

DOS refere que a assembleia foi fundamental para ele enquanto profissional, a partir do momento em que teve a incumbência de coordenar uma sessão, pois pôde perceber melhor as necessidades das pessoas e o quanto elas estavam distantes da terapia medicamentosa. Conta que esse dispositivo lhe trouxe muito mais dados a respeito dos usuários do que ele esperava e daí pôde avaliar a importância desse recurso. Relata que a assembleia abriu portas e foi muito importante tanto para o usuário como para o profissional no sentido da importância de eles poderem falar. Também diz que a assembleia na Unidade de Internação lhe abriu portas para outras assembleias além desse espaço.

Eu entendi que a assembleia ajudou muito o profissional e o usuário no sentido de abrir portas para que eles falassem também, isso foi muito importante.

(DOS, nº 27).

DOS explica que a assembleia favorece os pacientes na capacidade de expressão e isso beneficia na relação com os cuidadores; por sua vez, esses últimos também têm a oportunidade de prestar atenção em outros modos de expressão, já que, na sua opinião, tendem a subestimar a capacidade dos pacientes por considerarem que a medicação diminui a sensibilidade e nível de expressão do usuário.

DOS enxerga esse dispositivo como provedor de oportunidades de crescimento profissional na medida em que confere responsabilidades ao profissional. De fato, isso é significativo e observável na relação com os usuários, com o grupo e na interação com os outros colegas em equipe durante as sessões.

Avalia também ser importante que todos os funcionários participem da assembleia e se inteirem dos acontecimentos. Isso ajudará a compreenderem melhor (e até de se evitar mal entendidos) o comportamento e atitudes de pacientes. Comenta que a assembleia chama a atenção dos profissionais para as necessidades dos usuários e que isso os remete à realização de atividades em função das demandas que aumentaram e que atingem as diversas áreas profissionais e que estão além do cuidado exclusivamente medicamentoso.

Os profissionais têm que estar se preparando cada vez mais pra trabalhar com eles em atividades. (DOS, nº 30)

A assembleia é um meio de contribuir na elaboração e socialização do que acontece na unidade, mas também é preciso saber o que acontece na assembleia, suas configurações e as representações e/ou figurações que os pacientes fazem nela/dela, conforme conceitos de Elias (2000).

Empresto um parágrafo de Campos (1997) onde ele diz:

Sugere-se aqui uma aplicação dos conceitos de Campo e de Núcleo ao se planejar seja a formação, seja a prática profissional em saúde. Trabalhar-se com os conceitos de Campo de Competência e de Responsabilidade e o Núcleo de Competência e de Responsabilidade. Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a

cada profissão ou especialidade.

(...)

Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre processo saúde-doença. (Campos, 1997, p.248-49)

A assembleia se constitui em espaço de trabalho onde se desdobram atividades de campo, com a participação dos trabalhadores das várias áreas de conhecimentos, bem como o exercício de aplicações teórico-práticas específicas de cada núcleo de saber, por meio da prática interdisciplinar com a interação dos diferentes profissionais e respectivas especificidades.

2.3 Aspectos terapêuticos

A assembleia numa unidade de internação consiste numa atividade de livre participação; trata-se de um grupo considerado aberto (de usuários pertencentes a todas as referências). Uma atividade terapêutica porque faz parte do tratamento, é um grupo de caráter operativo; tem pautas, lida com questões do dia a dia e do coletivo, em que o objetivo não é especificamente a *psicoterapia* de grupo, ou seja, ter como objetivo trabalhar o emocional.

Há possibilidades de entrarem usuários ainda não preparados para participação em discussão coletiva, considerando o momento em que se encontram no tratamento e a evolução do quadro clínico. Este grupo se constitui inicialmente no agrupamento de pessoas na maioria com dificuldades nas relações intra e extra-psíquicas. Quando há pacientes muito confusos ou desorganizados mentalmente, delirantes, ou com quadro de manias, com exacerbação de humor e de atitudes, ou inquietações, eles podem incomodar ou interferir na dinâmica grupal de forma a comprometer ou dificultar por demais o processo, exigindo intervenções mais hábeis e ágeis, intensas e/ou diretivas, por parte do coordenador e dos técnicos co-participantes, no sentido de garantir a realização ou desenvolvimento da sessão.

Porque na medida e quando está falando da assembleia, eu acho a assembleia uma ferramenta muito importante porque... apesar de aparentemente estar muito, mas a partir daquela... de uma situação desorganizada é que a gente vai poder intervir e a pessoa tem autonomia de colocar o que está pensando. (KIL, nº 12)

Dentro de um enfoque psicanalítico, as sessões grupais promovem vários tipos de fenômenos em seu campo grupal, como mecanismos de regressão, projeções, transferências (positivas e negativas, para com o grupo como um todo/pertencimento, para com o coordenador/parental, paralelas ou com os outros integrantes/fraternal), contratransferência, dentre outros. (Zimerman, 2000)

Conteúdos místicos religiosos podem ter uma configuração tanto boa quanto ruim (protetora ou persecutória). Então quando DOS afirma fazermos teologia³⁷, traz uma conotação positiva; se estamos tratando do conhecimento de Deus, então buscamos o conhecimento do bem, ou da proteção do Pai (simbolicamente a igreja é a casa do Pai), logo a transferência para com o grupo é positiva, tanto para DOS como para os usuários a quem ele se referiu.

DOS, em sua entrevista, fala da importância da assembleia porque denota que nela os pacientes ficam mais a vontade para se expressarem à medida que ela se desenvolve. Acha que medicação às vezes tolhe a capacidade de expressão do sujeito, por essa razão avalia que os profissionais de forma geral devam participar desse dispositivo para se alertarem quanto às necessidades dos pacientes/usuários.

A assembleia trouxe mais dados sobre o paciente e de prestar atenção nessa outra maneira do paciente se manifestar. (...) Eu sou a favor que todos os profissionais participem da assembleia para acordar para essas necessidades. (DOS, nº 28)

Percebe que surgem fenômenos (como mobilizações, vínculos, transferências, etc, que podem ser utilizados como instrumentos terapêuticos) na relação entre os

³⁷ Ver Categoria 1 – Dados descritivos: espaço, participantes e funcionamento (DOS, nº 45).

integrantes.

Muitas vezes a força de expressão de um usuário reflete no outro, busca resposta no outro, então é muito interessante a assembleia nesse sentido, é importante. (DOS, nº 40)

Às vezes, um usuário se expressa tão bem informalmente naquele momento, que às vezes nós profissionais não conseguimos buscar a resposta no outro, e a expressão de um causa incômodo no outro, e o outro acaba falando. (DOS, nº 41),

Também observa que às vezes conseguem-se respostas do paciente no grupo que talvez não fossem tão fáceis no atendimento individual.

Às vezes você não consegue uma resposta no atendimento individual e na assembleia você consegue a resposta indireta, mas consegue ouvir; quem tá lá coordenando consegue ouvir isso, consegue perceber o quanto que a expressão do falar de um acorda a atenção do outro. (DOS, nº 41)

O relato de DOS, nos chama a atenção no sentido de que, às vezes, a proximidade de características em comum, por exemplo, sócio-econômico-cultural, facilitam a comunicação entre os usuários e no nível de entendimento dos mesmos, inclusive para os técnicos que acompanham a sessão.

Alguns dos entrevistados mostram que a possibilidade de estar presente e se colocar nas questões mais banais num *setting* de acolhimento já promove a recuperação da identidade como alguém que pertence àquele coletivo. TIG relaciona as queixas mais prosaicas ao processo terapêutico, utilizando a analogia de uma torneira que pinga, mostrando como as pessoas se sentem impotentes num ambiente institucional.

Você imagina, você num lugar que tem uma torneira d'água pingando o tempo todo e que te incomoda e você não tem com reclamar e nem você tem como consertar a tal torneira, que é um problema simples, não é? Mas você sabe que tem uma assembleia, que você pode ir lá e dizer que: - “olha, tem uma torneira,

*que está com defeito, está vazando água e aquele barulhinho dela está me incomodando, sem contar o desperdício que está acontecendo”, não é? Se você está em crise, isso já te dá um certo alento, de você poder pelo menos falar disso, não precisa falar da própria dor interior, seja qual problema que a pessoa tenha. O fato dela poder participar, não é, isso também se torna terapêutico, entendeu...? Eu vejo assim, não é? Eu citei o exemplo da torneira..., poderia ser qualquer outra coisa. “Eu acho o colchão macio demais”, ou qualquer coisa. [...] **Ele não tem de sofrer calado**, quieto, aquela coisa... Ele tem espaço pra expor. (TIG, nº 93, grifo meu)*

Essa atividade grupal permite ainda a ocorrência de outros fenômenos importantes na relação humana e terapêutica, além de dados/informações, as atitudes de ajuda entre eles, acolhimento, demonstração de interesse de um para com o outro, troca de apoio, bem como generalização dos processos terapêuticos para outros espaços de convivência social.

A assembleia..., eu percebi, que tinha um efeito positivo na recuperação.” (ACI, nº 17)

Porque no cotidiano das pessoas, quanto que às vezes não tem dificuldades de ordem familiar, que às vezes as pessoas não têm o aprendizado pra poder lidar e às vezes numa assembleia disso aí..., às vezes a pessoa fala, “puxa vida, quando tem uma situação dessa, eu já sei como lidar em casa”, já..., imagine qual o ganho disso! Então é um trabalho bastante significativo nessa questão da assembleia. (KIL, nº 12)

Um conceito importante sobre o qual se baseiam as abordagens grupais é o de que o indivíduo tende a reproduzir seu modo de perceber, sentir e reagir para outras situações semelhantes de sua vida. Logo, muito de seu comportamento, quando reproduzidos nas sessões grupais podem ser observados, trabalhados no aqui e agora e portanto vivenciados.

Ocorrem processos de aprendizagem nas dinâmicas grupais que podem ser transferidos para outras situações. Mas os integrantes da assembleia a frequentam porque acreditam nela, e que as outras pessoas compartilham desta mesma visão otimista e de esperança, e de que seja um espaço em que se presa pela verdade e solidariedade, por esta razão também se constitui num espaço de reparação dos maus entendidos.

O relacionamento também do paciente com o funcionário, então até inclusive ali tinha alguns pacientes que brigavam assim durante, assim no dia anterior brigou com o funcionário, aí ele chegava ali na assembleia, o paciente ia até ao funcionário pedir desculpas, porque no dia anterior tinha xingado aquele funcionário. (MAC, nº 132)

Na assembleia quanto que um não ajuda o outro, (...) de acolher, que às vezes o usuário mesmo toma a voz do coordenador. Nesse sentido, de perguntar: Por que sua família é assim? Dar sugestão, mostrar interesse, então a assembleia é fundamental mesmo (DOS, nº 42)

A assembleia é um espaço que auxilia a todos, tanto os usuários quanto os funcionários a lidar com certas situações delicadas porque nelas, por vezes, afloram assuntos carregados de muita ansiedade e mesmo angústia, tais como ameaças de agressões ou outros tipos de abusos por parte de usuários, perdas de parentes ou conhecidos antes ou durante o período de internação, ou no próprio setor (um companheiro, um funcionário, etc), roubos, suspeita de entrada de drogas, etc. São acontecimentos que, pela emergência e delicadeza, necessitavam de atenção e cuidados dentro do contexto coletivo, que abre um espaço para elaboração da dor.

A assembleia caracteriza-se como um espaço em que se consegue atingir o coletivo, falar com todos e onde as pessoas individualmente também podem se manifestar. Então, para esses tipos de circunstâncias delicadas recorre-se à realização de assembleias extraordinárias.

Um roubo, (CAS, nº 45)

Algum óbito que o paciente às vezes... (...) (CAS, nº 47)

O WAS era uma pessoa que comentava muito isso, não é..., assim... ao invés de assembleia ele falava, “vamos fazer uma roda”, não é, mas ele sempre é..., em situações de extrema tensão, “vamos sentar e fazer uma conversa, vamos fazer uma roda pra tentar...” (CAS, nº 50)

Na construção da assembleia enquanto lugar de pertencimento, a assembleia passou a ser vista como um espaço de continência até para aquelas pessoas que ainda não estavam integradas a essa possibilidade de convívio. Segundo TIG, esse espaço é importante como meta, até mesmo para

a pessoa que não esteja em condições de ir até a assembleia, que não está com a crítica muito boa, mas ela percebe que tem um campo pra evoluir e chegar até uma assembleia e que ela vai ser ouvida, e que isso pode talvez até contribuir terapeuticamente como acolhimento, não é. Aquele acolhimento assim..., dizer – Não, olha, você não está aqui apenas como objeto, você está como uma pessoa atuante, não é, então o papel da assembleia também [se] poderia acrescentar que ela é terapêutica. Essa aí é uma opinião minha assim, que ela tem esse papel também terapêutico. (TIG, nº 88)

A assembleia ajuda no estabelecimento de relação de intimidade com troca de afetos, confiança, acolhimento, favorece a comunicação.

A relação entre eles fica (...) mais íntima, de poder conversar mais sobre eles, sobre a família, e coisas que às vezes num grupo fora da assembleia se não consegue, às vezes em atendimento individual você não consegue e de repente na assembleia acontece, relação de confiança mesmo. (DOS, nº 43)

A heterogeneidade é uma característica dos grupos – há diferenças individuais de história de vida, de gênero, de faixa etária, diagnóstico. No caso do SSCF, um aspecto importante era a inclusão de dependentes químicos na unidade de internação. Na década de

1990 a assembleia era um grupo bastante heterogêneo, pois tínhamos alcoolistas e drogadictos como participantes, juntamente com os pacientes psiquiátricos propriamente ditos.

Na época, a gente tinha alcoolistas, (...) dependentes, mas o perfil ainda era daquele alcoolista tradicional, aquele que tinha uma família às vezes, (...) mas que tinha um abuso de álcool e aí todos os problemas clínicos e sociais que disso deriva, não é. Essa era uma clientela que eu acho que se beneficiava da assembleia, porque eles se organizavam, não é..., de uma maneira a que permitisse, ou que desse um objetivo ou um sentido pra eles, (ACI, nº 27)

ACI assinala alguns aspectos, que para ele eram bastante terapêuticos ou positivos, da relação entre alcoolistas e os psicóticos (na época a incidência de internação de drogadictos ou de co-morbidades com uso de drogas era menor e ACI se refere aos casos típicos de etilismo).

A participação deles era uma coisa de grande sentido pra eles. Porque contribuía muito para (...) os psicóticos, (...) que estariam muito mais desorganizadas, com maiores dificuldades. Eles ajudavam essas pessoas, (...) essa ajuda (...) era muito positiva, quando ela era bem feita e isso se dava a partir da assembleia. É terapêutica, ou seja, a assembleia desdobrava relações possíveis, ou vínculos possíveis pra que o trabalho de recuperação daquela pessoa se desse. Então digamos, (...) os que têm tendência mais neurótica ajudavam mais os que tinham tendência mais psicótica e esta relação quando era boa, quando havia uma boa troca, uma boa comunicação era muito positiva. (ACI, nº 28)

A assembleia é o espaço de discussão do/no coletivo; tem coisas que estão no nível do coletivo, por exemplo: quando se fala do ambiente em comum, das questões relacionadas a horário, regras que têm a ver com o coletivo/rotina da convivência e aí poder falar esse assunto é do espaço da assembleia. E quando se trata de outros assuntos, poder dizer: essa questão é do grupo do projeto terapêutico ou da referência específica, então tem

certa organização que reflete nos usuários.

Eles se organizam bem nesse sentido, o usuário consegue ficar mais organizado. (DOS, n° 60)

2.4 Exercício de Cidadania – Direitos Humanos

ACI relata que quando colocamos num grupo pessoas consideradas insanas, para poderem falar da maneira que lhes seja possível, a comunicação acontece, mas não necessariamente na fala – é preciso ouvir também o olhar, a atitude, de uma forma mais ampla. Usa de uma expressão forte numa de suas falas, quando se refere à assembleia como lugar de respeito à subjetividade, de escuta, de direito a voz e da liberdade de expressão, como podemos ver a seguir:

*Naquela época a gente já fazia bastante essa reabilitação, essa reforma. Porque a reforma era porque a gente estava ouvindo todos não é... **Sai da camisa de força e entra a expressão pessoal** da maneira como puder ser feita. Isso a gente acolhia, (...) a gente trabalhava dentro do possível aquilo lá, (ACI, n° 59)*

Como já mencionado, através de Célio Garcia, há o que ele chama de clínica do social, que penso deve se dar em nível de um tratamento mais intensivo. Os pacientes na área da saúde mental, quando internados, transitam pelo ambiente de tratamento como um todo. Muitas vezes se apresentam comprometidos na capacidade de se organizarem e administrarem questões relacionadas ao cotidiano de suas vidas. Mas mesmo com certo comprometimento, e na medida em que melhoram, às vezes trazem preocupações na resolução de questões relacionadas à sua vida na comunidade, como de ordem familiar, de trabalho, estudos, necessidades relacionadas à sua relação com a igreja, econômico-financeiras (contas a pagar, dinheiro a receber), animal de criação com o qual se preocupam, se sua casa está sendo roubada, com a vizinhança com quem se desentenderam ou foram ameaçados e tantas outras questões. Daí, por exemplo, a importância da clínica no

social, sendo a assembleia um espaço onde trazem esse tipo de demandas, embora não seja o fórum para essas questões em si, porque na assembleia o foco é o cotidiano da unidade de tratamento. No entanto, são ouvidos, esclarecidos e orientados quanto ao encaminhamento do respectivo assunto, por exemplo, nas reuniões de referência do usuário em questão.

Ele se coloca e isso é importante e ele está no momento de crise, se ele está no setor sendo cuidado para crise e isso não impede dele desenvolver várias atividades e a assembleia é o ponto de reivindicação. Na assembleia, eu tive a oportunidade de ouvir pessoas reivindicando para ir ao banco, “- eu tenho meu pagamento lá e eu preciso ir ao banco, como é que eu faço?” (DOS, nº 55)

Na assembleia os pacientes votam, tanto é que escolheram os nomes das referências, da unidade. Escolhem sobre lugares para irem passear (Bosque de Campinas, Horto Florestal de Americana, Holambra, Praia, Exposição de Artes em Campinas, São Paulo e outras cidades, etc).

Eles escolhiam inclusive até atividades que eles queriam na rua, não é. A gente saía pro cinema, aí já tinha a doutora SAD, o REF que era professor de Educação Física (...) íamos muito no Taquaral, no cinema, no Shopping. (MAC, nº 102)

Isto tudo também é cidadania, porque antecipa a saída da instituição e o retorno à vida em comunidade, demanda qualidade de vida.

Acima de tudo, participam, discutem junto da equipe e de sua família o seu próprio projeto terapêutico, mas na assembleia discutem de certa forma o projeto de tratamento da própria unidade.

Acaba fazendo também um apoio pra gestão, quando você dá voz para o usuário e o gestor toma aquilo como questões que têm de ser resolvidas, ou discutidas. Eu acho que ainda hoje é um espaço que a equipe pode se apropriar pra organizar o Setor. É dar voz mesmo para o usuário enquanto um instrumento facilitador da gestão. (CAS, nº 55)

CAS dá como exemplo como ainda é feito hoje, por exemplo,

no NAC a gente discute na assembleia do NAC desde das relações, mas também da organização, de como é que está... (CAS, nº55).

E complementa:

o dia-a-dia, a relação com a lavanderia, com o SAN [Serviço de Alimentação e Nutrição], com o transporte... Eu acho que acaba sendo um lugar bastante potente nesse sentido, de apoio à gestão também, de apoio à “Reforma”, espaço de construção da cidadania e também pra gestão não é? (CAS, nº 56)

TIG reafirma várias das observações colocadas noutros momentos deste estudo neste fragmento de sua entrevista:

*Assembleia é um espaço dinâmico, um espaço de participação de todos entre usuários, técnicos, quem for convidado, uma oportunidade de estar falando, uma expressão de democracia também, e também uma expressão de segurança, vamos dizer interior não é, da pessoa saber que ele está num lugar e tem oportunidade de falar daquilo que ele acha que está certo ou errado, da oportunidade de reclamar mas também sugerir melhoras, uma oportunidade também de se integrar, **saber que faz parte de um grupo e não é apenas conduzido por um grupo.** (TIG, nº 44, grifo meu).*

Conforme TIG, o usuário é visto na sua singularidade. A pessoa não é obrigada a comparecer, então tem algumas que não comparecem, outras são mais entusiasmadas, fazem questão de comparecer e estão mais comprometidas com a assembleia. A participação livre e a espontaneidade são importantes para que o sujeito possa de fato contribuir e até discordar no diálogo,

É bom ter alguém discordando no diálogo. (TIG, nº 70),

Se fosse algo que todos têm que comparecer, certamente perderia quase que o espírito da assembleia. (TIG, nº 71)

Liberdade de expressão, a gente está ali porque quer, dá uma opinião porque quer dar, e quando discorda porque tem um argumento pra isso também, e uma vez que concorda com a determinada atitude tomada pelos “assembleianos”, o pessoal que está ali, entende, é porque foi esclarecido, houve esclarecimento, e é sobre esse ponto de vista que eu quis dizer, que é bom... (TIG, nº 72)

Categoria 3 - Propostas de aprimoramento do processo

De forma geral, todos os entrevistados afirmaram que foi por meio da assembleia que muitas atividades foram surgindo nos vários contextos, a partir de demandas, reclamações, elaboração coletiva. As pessoas foram configurando modos de organização e de cuidados. Esse processo se relaciona embricado com a própria reforma, mas muitas atividades já se desenvolviam mesmo antes da co-gestão ou da assembleia, com as peculiaridades e limitações da época. Os entrevistados acreditam na assembleia como algo que veio para ficar; não se trata de um modismo.

A assembleia é recurso; eu fico imaginando se a internação hoje não tivesse assembleia, eu fico pensando porque a assembleia tem todos esses dados, ela existe e eu acredito que ela sempre vai existir. (...) Ela é fundamental porque ela é acolhedora, ela não escolhe grupos. As portas estão abertas, vai começar a assembleia. Ela é livre, então as pessoas se expressam da maneira que podem, da maneira que sabem, da maneira que estão. (DOS, nº 56)

KIL nos convida a refletir o processo de assistência dentro da saúde mental, ainda que considerando-se sob uma possível diversidade de seus modelos, e dentro do contexto da reforma psiquiátrica. Em sua fala também traz a noção de que os serviços se reconfiguram nas maneiras de se estruturarem e de funcionarem, portanto possuem uma história, estão em constante processo de transformação, não estão prontos e terminados. E como diria Norbert Elias (1994), nem de todo previsíveis e planejados.

Refere que quando se está falando em se ampliar a “questão do cuidado”, há de considerar-se a questão dos níveis de intensidade de cuidados. (*vide KIL, nº11, p. 91*). KIL

fala da riqueza do material que as sessões de assembleias trazem para reflexão, análise e estudos que contribuem para o aprimoramento profissional e da oportunidade de inovações das interações contratuais junto com os pacientes e condições de trabalho.

Propõe que sempre que possível se deva oferecer novos espaços que enriqueçam a convivência e o desenvolvimento das pessoas, quer em nível de tratamento, profissional, bem como em outras áreas de interações como familiar, comunitária e outras possíveis. Propõe uma postura crítica, de análise, de estudos sobre a própria prática profissional no sentido de poder inovar-se e aprimorar-se.

Então quanto mais espaço a gente pode ofertar para as pessoas experimentarem, convivência, trocar afeto, então a gente tem que ofertar (KIL, nº 12)

Eu acho que pra discussões das mais variadas não é, acho que a gente pode explorar mais, inclusive. Acho que a gente explora pouco (...) esse mecanismo (CAS, nº 67)

Ao propor a ampliação e aprofundamento do trabalho com a assembleia, diversos viéses apareceram. A assembleia deveria ser utilizada como campo de formação, capacitação, aprimoramento e habilitação dos recursos humanos em serviços de saúde mental. MAC ressaltou especificamente o quadro dos funcionários da higienização, que teriam que ser convocados a participar com regularidade. CAS considera que a assembleia deve ser acionada para situações emergenciais. DOS e CAS propõem que as assembleias poderiam se expandir junto aos familiares e à comunidade para discutir os projetos na assistência à saúde. A assembleia também poderia ganhar um caráter de conselho local, com maior poder político. TIG propõe que a assembleia deveria fazer parte das atividades de todos os serviços, e também propõe a assembleia que congregue representantes de todos os serviços.

Quando fala de sentir-se um enfermeiro da saúde mental a partir de suas experiências e vivências nas assembleias, ACI sugere que os profissionais das várias categorias possam ser acolhidos e integrados no contexto dos serviços de saúde mental

através da participação destes em assembleias, considerando a possibilidade de assimilação e aprendizados nesse contexto, de sua dinâmica e formas de interações entre os usuários entre si, funcionários entre si, e dos diversos tipos de relações possíveis, enfim das pessoas nesse universo interacional, e das formas de lidar, se relacionar.

MAC, por sua vez, propõe que funcionários da higienização possam participar das assembleias de forma mais sistemática uma vez que os mesmos frequentam o ambiente diariamente e há funcionários da higiene nos serviços durante o dia todo, sendo que os mesmos têm de trabalhar nos mesmos locais que os pacientes frequentam com toda a dificuldade de atitudes e comportamentos desses, além de terem que trabalhar onde as pessoas transitam, como salas, corredores, banheiros e quartos. Fala ainda da periculosidade por vezes de estarem trabalhando e por vezes pacientes passarem pelo local como o de chão molhado, estar puxando água com rodo, ou presença de produtos de limpeza, de terem de arrumar quartos e pacientes não colaborarem, por exemplo, recusando-se a sair da cama ou do quarto, ou usarem o WC quando se está limpando. MAC fala da assembleia como recurso que promove alívio de estresse, de integração, apoio e descontração, ou seja com fatores terapêuticos para os próprios funcionários.

Acho que a assembleia é muito bom, fazer sempre para os pacientes e estar sempre também focada em cima dos funcionários também, não é. Tanto faz assim..., assim até os funcionários da higiene, acho que deveriam estar participando. Grupo de apoio... (MAC, nº 228)

CAS propõe o uso do dispositivo em situações de intercorrência ou emergenciais do setor como um todo, bem como sua utilização de forma mais frequente além da rotina estabelecida. Entretanto, a prática da assembleia tem nos ensinado sobre a importância de tomar alguns cuidados para o desenvolvimento deste trabalho considerando os seus objetivos. É preciso ter uma equipe fixa, ainda que haja elementos flutuantes, um cuidado com a organização do espaço, com o convite à participação, com a definição da pauta, com o registro da ata e com a discussão posterior e encaminhamentos de resoluções. Caso esses cuidados não sejam assegurados, há risco de banalizar esta ferramenta que vem se mostrando tão importante.

Teve uma determinada situação num plantão, que o PAC [psiquiatra] estava aqui, estava muito tenso... [refere-se ao ambiente], foi um período prolongado e ele falou: - “quase liguei pra você... pra fazer uma assembleia, porque estava difícil”. E eu falei – “tá autorizado a fazê-lo, num precisa..., num precisa ter autorização, num precisa estar a equipe [toda] não é....” Acho que é um dispositivo pra discutir qualquer tipo de situação. Acho que a gente explora pouco nesse sentido entendeu? (CAS, nº 69)

Destaco a necessidade de se realizar assembleias sempre em co-parceria com outros funcionários, devido às inúmeras variáveis que ocorrem durante uma sessão, desde coordenar o grupo na sua dinâmica interacional até possíveis ameaças de brigas corporais, e outras circunstâncias que implicam que as vezes transcendem as possibilidades da coordenação.

CAS, em especial, contribuiu com sugestões que podem ser viáveis na ampliação e aplicação da assembleia para novos contextos. Ambos DOS e CAS propõem que membros das famílias poderiam ser convidados em algumas ocasiões a participarem da assembleia. CAS assinala que não se trata da reunião multifamiliar, que já é de rotina, no serviço de internação; refere-se a reuniões abertas à comunidade.

Não sei se na Assembleia (...) a gente pudesse marcar alguns encontros com familiares e usuários, se a gente não pudesse montar aqui um Conselho Local do Cândido, entendeu? Eu acho que tem dos CAPS. Cada CAPS tem hoje seu Conselho Local. E eu acho que a gente tinha que ter um aqui também. (CAS, nº 71)

Apresenta também, uma visão mais política na utilização da assembleia enquanto um espaço de negociações junto às várias instâncias de poderes e de decisões. Refere-se a conjunturas de caráter econômico-financeiras em situações de crise junto a entidades conveniadas, ou junto a funcionários e propõe que se criem novos espaços de reunião junto aos familiares e com a comunidade. O objetivo é reconfigurar formas de relacionamentos, no sentido de promover o desenvolvimento, o fortalecimento, e a

participação da comunidade no projeto de assistência à saúde mental num movimento de fora para dentro da instituição e vice e versa.

TIG propõe desdobrar esse tipo de dispositivo nos vários contextos como em outros serviços e de assembleias que congreguem todos os serviços, no sentido de promover a troca de conhecimentos, experiências desses serviços, mas também reconhecendo as peculiaridades singulares de cada equipamento assistencial. A proposta de TIG é coerente com o pensamento Elisiano no sentido de que por meio dos processos interacionais, ocorram trocas e configurações de novos saberes e a construção do conhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

J- Mas, a ideia da porta aberta?

(193.) MAC- Foi da porta aberta, foi discutida na assembleia

J- Também?

(194.) MAC- Foi!

J- Não, discutida eu acredito que sim, mas...

(195.) MAC- Mas dos pacientes na assembleia, os pacientes colocavam isso.

J- Os problemas que pudessem surgir e tal, mas a ideia de se abrir a porta...?

(196.) MAC- Foi da assembleia, com certeza.

J- É?

(197.) MAC- Você pode estar olhando os livros lá, que foi que eles se sentiam muito fechados ali, que eles gostariam de estar ficando um pouco ali, era ótimo! Até a gente se sentia bem com aquela porta aberta. Sempre fugia algum, não é, a gente sentia falta.

J- Corria atrás...

(198.) MAC- É. Ficava o DIR lá dentro não é, e nós ficávamos ali, eu a DAL a CEL, ficávamos ali, porque antes da..., porque quando não tinha enfermeira pra trabalhar aos domingos, eu trabalhava..., o atendente, um auxiliar, não é, e nós saíamos com os pacientes pra pescar.

J- Caminhar...

(199.) MAC- É, caminhar, jogar, ver os..., as pessoas vinham de fora fazer o jogo ali na...[praça de esportes].

J- Futebol.

A assembleia está intensamente emaranhada no movimento da reforma, tanto que é difícil identificar como surgiu a postura de permitir a abertura das portas da Unidade de Internação, como se vê no diálogo acima, no qual eu, entrevistador, e MAC, tentamos negociar num rico contrapasso: onde é que se decidiu pelas Portas Abertas, se na própria assembleia ou em outra instância. Nós participamos juntos desse significativo momento da

história do SSCF, o qual emerge em nossa memória como lembranças matizadas por tais figurações.

Essa história, como bem lembra MAC, está registrada nos livros de ata, para quem quiser confirmar, para quem tiver dúvidas. Se foi ou não uma resolução da assembleia não importa tanto, mas revela que os usuários tiveram oportunidade de discutir entre eles e também com os profissionais, as implicações dessa decisão.

Da assembleia saem questões, mas também entram e nela figuram ideias. Pode-se olhar para o cotidiano e nele intervir, entrever-se e fazer consenso, ainda que seja apenas para discordar ou dizer o que não se espera. Essas questões quando se configuram no consenso pesam e fazem a diferença na balança de poder entre grupos ou do indivíduo e o grupo.

Na assembleia um indivíduo pode ter a fantasia de sentir-se engolido, mas também pode sentir-se mais forte. No processo de configurações, compartilham-se subjetividades, representações, saberes que se somam e se reconfiguram em novas construções de conhecimentos que podem melhor instrumentalizar o sujeito, potencializando-o no alcance e perspectivas de vida. As figurações que se trocam nas interações estabelecidas nos grupos, podem configurar-se na visão do eu próprio, do grupo, da sociedade e caminhos de vida, entre tantas a figurar.

No acolhimento de usuários, desde a chegada, muitos deles se queixam de se sentirem presos, recorrência que possibilita uma ideia do grau do sofrimento e da necessidade de abrir-se para a evolução da vida.

Há que saber quais portas abrir, cuja chave deve estar no interior de cada um.

O contexto da assembleia favorece o exercício da convivência e do respeito à singularidade das pessoas, do conhecimento de si próprio e do outro, tanto no contexto de tratamento como no convívio social em seu sentido mais amplo. Esse espaço caracteriza-se num universo no qual o paciente tem voz e escuta, tanto dos demais usuários como dos profissionais numa linha de relação horizontalizada.

O histórico que construímos sobre a assembleia no SSCF de 1991 a 2000, durante a vigência da Unidade de Internação mostra que esta promoveu uma série de conquistas. Por meio dela, muitas necessidades coletivas foram e continuam sendo

atendidas. Pode-se dizer que ela é um lugar onde há interação entre as pessoas, ou seja, um espaço em que se configuram modos de organização e de cuidados. De fato, a partir da co-gestão, como já mencionado no início desse estudo, muitas mudanças foram potencializadas, como a constituição do Hospital Dia - HD, a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, o Núcleo de atenção à Crise - NAC, o Núcleo de Atenção aos Dependentes Químicos – NADeQ; estes são alguns exemplos de inúmeros serviços criados.

Decorrentes desse processo e também no espaço da assembleia surgiram demandas de natureza cultural e social, como artística, esportiva, lazer entre outras, mostrando o quanto a busca pela qualidade de vida, para além da mera resolução de desconfortos do cotidiano, tiveram espaço para emergir.

Interessante notar que as falas das pessoas envolvidas demonstram que seus anseios ultrapassam questões que tratam de higiene e alimentação. É muito mais que isso, essas vozes rompem as fronteiras de caráter organizacional e clínica, ampliando para outras formas de expressar-se e conviver socialmente. Por exemplo, a participação desejada em atividades de artes plásticas, música, canto, mosaicos, artesanatos em geral, passeios tanto dentro do município como intermunicipal e interestadual, participação em movimentos antimanicomiais, prática de futebol, yoga, tai chi chuan, confraternizações e outras.

A análise dos dados (atas, documentos, entrevistas, etc.) revelou que a realização da assembleia e outras atividades em grupos já vinham acontecendo praticamente desde o início da co-gestão. Considera-se a realização deste convênio como um marco inicial de práticas transformadoras, já implicadas sob os princípios e diretrizes dos movimentos relacionados com a reforma psiquiátrica e antimanicomial.

A Assembleia Geral Extraordinária do Sanatório Dr. Cândido Ferreira de 24 de abril de 1990 marca o momento precursor da realização do convênio de co-gestão junto a Prefeitura Municipal de Campinas em maio deste mesmo ano³⁸. Este convênio viabilizou a reestruturação do modelo assistencial que vinha impregnado das diretrizes da reforma.

³⁸ Vide Capítulo 2 - item: 2.4 Documentos do Cândido – Registro do início de mudanças.

A nova estrutura organizacional favorece os processos dinâmicos de configurações através das interações entre os coletivos. Considerando tal fato, esta pesquisa confirma que a assembleia não está desvinculada das políticas públicas em saúde mental. Percebe-se que a prática de assembleias começa pouco depois do citado convênio, da mesma forma que a realização de grupos para discutirem as rotinas de trabalho; são práticas exercidas quase que simultaneamente.

Isso nos leva a crer que a assembleia foi utilizada como um instrumento da reforma psiquiátrica e antimanicomial, se não estrategicamente planejada, foi se configurando desta forma, inclusive tendo-se como modelo práticas semelhantes adotadas na transformação de outros locais, como na cidade de Santos e São Paulo. Este dispositivo pode ter sido utilizado no processo de desconstrução de instituições e na constituição de novos aparelhos de uma forma bem mais politizada, dada a participação de trabalhadores, usuários e familiares em movimentos históricos da reforma. Contudo, na Unidade de Internação do SSMF, ela se constituiu numa prática contínua, por conta de sua riqueza, como vimos nas contribuições apontadas durante este trabalho. Hoje, a assembleia é utilizada nos diversos equipamentos da rede de cuidados do Município de Campinas como também em outras cidades.

Durante a realização das entrevistas, é marcante o envolvimento dos entrevistados com a assembleia, enquanto forma de trabalho e das configurações que os mesmos construíram, através dos processos de interação e participação neste dispositivo. Esse envolvimento passou a revelar de forma consensual, a importância desse recurso, o que auxiliou na delimitação das categorias a partir da análise e compreensão de alguns fenômenos grupais, bem como dos fatos expressos nos acontecimentos, problemas, queixas, sugestões e necessidades.

No diálogo com os entrevistados percebeu-se a ênfase quanto à contribuição da assembleia para os usuários, para os profissionais, para a Unidade de Internação e para a instituição como um todo. Eles prezam pela continuidade na utilização deste dispositivo. Falam dele como recurso importante na integração e vinculação das pessoas (usuários e profissionais) no contexto do tratamento (ambiente, integrantes e dinâmica funcional) e de

inúmeros benefícios, notadamente para os recém chegados.

Alguns enfatizam dos benefícios no sentido do aprimoramento, capacitação e habilitação para o trabalho no campo das relações humanas e da saúde. Percebem a importância e a utilização do mesmo enquanto instrumento estratégico na implantação dos princípios e conceitos dos movimentos da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, assentados no respeito aos direitos humanos.

No desenrolar das falas, além de avaliar a propriedade de assegurar a continuidade da assembleia, também levantaram-se propostas para estender e inovar a aplicação para outros contextos. Falou-se da necessidade de um constante estudo reflexivo-crítico, teórico e prático na utilização deste e outros modos de trabalho.

Após este estudo, num movimento de reflexão sobre minha própria prática, percebo que no contexto da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial, desencadeou-se uma série de mudanças na área da assistência à saúde mental. Refletindo sobre minha formação (graduação) em psicologia clínica e minha atuação inicial no SSCF, relembro algumas atividades como o trabalho com testes, atendimentos psicológicos individuais no acompanhando de pacientes, entrevistas de elaboração de história clínica, atendimento de famílias, acompanhamento de estagiários de psicologia, seleção, avaliação e treinamento de funcionários, entre outros. Nesse período, eu também já realizava atividades de grupos tanto com pacientes, como com famílias e também com funcionários (por exemplo os que acompanhavam pacientes em suas áreas de atuação). No entanto a assembleia tem suas peculiaridades, desde os fenômenos próprios de grandes grupos, como os decorrentes de seus objetivos, tempo de duração, a especificidade do *setting* e da clientela assistida. Naquela época, não eram realizadas assembleias, da forma como a conhecemos hoje, além das grandes diferenças e transformações decorrentes do contexto histórico, político, econômico cultural.

O processo de desconstrução dos hospitais psiquiátricos de forma geral e a implantação de novos dispositivos de cuidados mobilizaram novas formas de organização dos serviços bem como propuseram objetivos diferenciados, que demandaram a identificação de novas necessidades e procedimentos de cuidados.

Foi possível perceber uma promoção dos cuidados quanto às abordagens grupais, sendo este um campo em que vários profissionais, inclusive de áreas diversas, necessitaram desenvolver essa prática. Concomitantemente, no “Cândido” em particular, houve uma otimização dos recursos humanos, o que favoreceu o desenvolvimento dos trabalhos em equipes multiprofissionais, de modo a promover uma assistência do indivíduo como um todo.

Acredito que este trabalho oferece subsídios para demais estudos de aprofundamento nas assembleias ou em outros dispositivos que tenham como núcleo de ação a participação coletiva e horizontalizada nas relações entre os profissionais e os usuários dos serviços, bem como entre seus pares.

Demais estudos nessa linha podem ser sugeridos, como:

- a investigação da relação destes dispositivos na desconstrução dos hospitais psiquiátricos,
- a utilização da assembleia nos processos de formação de equipes multiprofissionais,
- a vinculação da assembleia na relação da adesão do usuário no processo de tratamento,
- a contribuição da assembleia na amenização dos estados de ansiedade,
- e nos atrevemos a ir para outros espaços institucionais onde se possa refletir sobre esses encontros, evidenciando as diferentes formas de expressão no convívio social.

No desenvolvimento deste estudo pretendia-se fazer uso dos livros de registros de atas das assembleias com os usuários da Unidade de Internação. Por circunstancia de tempo no desenvolvimento dessa pesquisa, avaliamos ser prudente focar a pesquisa no conteúdo das entrevistas.

Foram levantados e identificados vários livros atas constituindo numa quantidade significativa de material, razão também pela qual se optou por centralizar o tempo nos dados das entrevistas. Constatou-se também a perda de parte dos livros, no entanto os que foram encontrados se constituem na oportunidade de novos estudos ou de

ampliar e enriquecer o da presente pesquisa. Tal material é rica fonte de dados que merece uma pesquisa em momento futuro.

Para finalizar, trago uma significativa fala de TIG:

Às vezes a gente fala um pouco com a emoção, fala também com o coração e com a razão, não vamos deixar de ver assim. Mas eu gostaria de deixar algo sobre a assembleia, que a gente pudesse frisar bem, deixar bem claro, naquilo que eu te disse, que a assembleia dá oportunidade do indivíduo em crise e onde há crise há sofrimento, dele ter a certeza de que não precisa sofrer calado, não precisa sofrer em silêncio, ele pode falar, não é? E tem espaço que ele pode estar dizendo. Quando eu disse que a assembleia é pequena diante da reforma psiquiátrica, eu exemplifiquei que uma gota d'água em comparação com a caixa d'água é menor, mas, porém também é água. (TIG, nº 176)

A dignificação do atendimento institucional da forma como é desenvolvido e estudado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - SSCF, tal qual “a gota de água” de TIG, possibilita a revelação de propriedades de trabalho que possam ser utilizadas em outras áreas institucionais, principalmente onde se zela pela inclusão social e em que se lida com grupos ou coletivo de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida ES de, Castro CGJ de, Lisboa CA. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Série **Saúde & Cidadania**. 1998. Volume 1. 49p.

Altoé S. Histórias de intersecção entre psicoterapia institucional e análise institucional. In: Rodrigues H de BC, Altoé S. (Orgs.). **Saúdeloucura** 8 – análise institucional. Número 8. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004. p.39-64.

Amarante P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. 136p.

Amarante PD de C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. 142p.

Barbier R. **A pesquisa-ação**. Trad. de Lucie Didio. Brasília, DF: Líber Livro; 2004. 157p.

Barbier R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Tradução: Estela dos Santos Abreu, com a colaboração de Maria Wanda Maul de Andrade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985. 280p.

Barembliitt GF. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo; 1996. 235p.

Barros RB de. Institucionalismo e dispositivo grupal. In: Rodrigues H de BC, Altoé S (Orgs.). **Saúdeloucura** 8 – análise institucional. Número 8. São Paulo: Editora HUCITEC; 2004. p.65-78.

Bosi E. **Memória e sociedade**: Lembranças dos velhos. 12ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2004. p.414.

Brasil. Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8**. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988. 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5). [online] [Acesso em: 27/11/2009].

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Áreas Temáticas BVS MS. Saúde Mental. **Mostra Virtual Memória da Loucura** – Conheça a história da psiquiatria no Brasil. [online] [Acesso em: 18 Fev. 2009] Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **A História do SUS**. [online] [Acesso em: 5/7/09]. Disponível em: http://157.86.8.13/sus20anos/index.php?option=com_content&view=article&id=54:a-historia-do-sus&catid=31:geral

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. [Acesso em: 9/jul/2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf

Brasil. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. **Lei n. 10.216, de 6/4/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [online] [Acesso em: 07 jan. 2009]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?e id=232459>

Campos, GW de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. (Orgs). **Agir em Saúde** um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.385.

Carvalho FB de. **História, interdisciplinaridade e saúde mental**: o serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira. Campinas, SP [Tese - Doutorado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Carvalho MC. Os desafios da desinstitucionalização. In: Figueiredo AC, Cavalcanti MT (Orgs). **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização** – contribuições à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA; 2001. 304p.

Delgado PG. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te-Corá; 1992.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P (Coordenador). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau; 2005. 224p.

Elias N, Scotson JL. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Tradução: Vera Ribeiro; tradução do posfácio à edição alemã, Pedro Süsskind; apresentação e revisão técnica, Federico Neiburg. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2000. 224p.

Elias N. **A sociedade dos indivíduos**. Organizado por Michael Schröter; Trad. Vera Ribeiro; revisão técnica e notas, Renato Janine Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. 201p.

Elias N. **Introdução a sociologia**. Tradução de Maria Luisa Ribeiro Ferreira. Lisboa: Edições 70, 1999, 1970. 202p.

Foucault M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 1996. 79p.

Foucault M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro; 1975, 99p.

Foucault M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva; 1997.

Foucault M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Tradução Lígia M. Pondré Vassallo. 2ª ed., Petrópolis, Vozes; 1983. 280p.

Garcia, C. Prefácio. In: Lobosque, AM. **Princípios para uma clínica antimanicomial** e outros escritos. São Paulo: Editora Hucitec. 1997. 96p. p.11-16.

Goffman E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.; 1987. pp.7-144.

Instituições Psiquiátricas – As violações de direitos humanos em instituições psiquiátricas no Brasil. In. **Direitos humanos no Brasil: 2003**: relatório anual do Centro de Justiça Global [organização e edição: Sandra Carvalho; Trad. Carlos Eduardo Gaio... et. al.]. Rio de Janeiro: Justiça Global, 2004. 139 p., p.111-20.

Jesus DM de. O que nos impulsiona a pensar a pesquisa-ação colaborativo-crítica como possibilidade de instituição de práticas educacionais mais inclusivas? In: Baptista CR, Caiado KRM e Jesus DM de. Et alii. **Educação Especial**: diálogo e pluralidade. Porto Alegre: Editora Mediação, 2008. p.139-60.

Karterud SW. Reuniões comunitárias e a comunidade terapêutica. In: Kaplan HI et al. **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Tradução José Otávio de Aguiar Abreu e Dayse Batista. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.498-505.

Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? [online]. 2000. **Cadernos do IPUB**/19; 6:15-36. [Acesso em 20/01/2010]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0102-311X200600050001800029&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en>

Landini TS. A sociologia processual de Norbert Elias. **IX Simpósio Internacional Processo Civilizador**. Tecnologia e Civilização. 2005. Ponta Grossa. Anais ... Ponta Grossa, PR: UTFPR, 2005.1 CD. [on line]. Brasil. Acesso em: 22/12/2009. Disponível em: http://www.pg.cefetpr.br/ppgep/Ebook/cd_Simpósio/artigos/mesa_debates/art27.pdf

Lancetti A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A. (Org). **Saúde Loucura: grupos e coletivos** 4. São Paulo: Ed. Hucitec; 1993. p.155-72.

Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS; Minayo MC de S; Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz; 2006. p.615-34. (Saúde em debate, 170).

Lobosque AM. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. Saúdeloucura (textos) 13, direção de Antonio Lancetti. São Paulo: Editora HUCITEC; 1997. p.96.

Macedo CF. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. [online]. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006. [Acesso em: 12 nov. 2008]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>

Minayo MC de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000. 269p.

Moura G. Uma casa diferente. **Revista do Brasil**. Edição 31. Publicado em 01/01/2009. [online] [Acesso em: 17/7/2009], Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/31/uma-casa-diferente/view>

Neiburg F. Apresentação à edição brasileira – A sociologia das relações de poder de Norbert Elias. In: Elias, Norbert. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2000. 224 p.

Nogueira JAS, Siqueira, JLD, Minatogawa M, Pereira KMCP. Assembleia: abordagem grupal na atenção à saúde mental. Resumo de trabalho/Pôster. In: VII Congresso Internacional Salud Mental y Derechos Humanos. 2008 dez. Buenos Aires, Argentina, 2008. In: jornal **C@ndura** – espaço aberto para um novo pensamento. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Campinas, SP, 2009 fev/mar – Ano XIII, ed. 47, p.5. Disponível em: www.candido.org.br

Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS (et al) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 19-39.

O'Hearne JJ. Análise Transacional em Grupos. In: Kaplan HI, (et al). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Trad. José Otávio de Aguiar Abreu e Dayse Batista. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.164.

OMS – OPAS. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990.

Passos B da C. **Retrospecto da vida do Sanatório Dr. Candido Ferreira** (Ex-Hospital de Dementes de Campinas). Dados de 1917 a 1973. Coligidos e coletados por Benedito da Cruz Passos. Campinas – S.P. Editora Palmeiras; 1975, 145p.

Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, [on line] Rio de Janeiro, vol. 11(2): 241-58, maio-ago, 2004. [Acesso em: 17/01/2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>

Peduzzi M & Palma JJJ da. A Equipe De Saúde. **Saúde do Adulto** – Programas e Ações na Unidade Básica (Schraiber, LB; Nemes, MIB; Mendes-Gonçalves, RB; Orgs), p. 234-50. São Paulo: Hucitec; 1996.

Queiroz MS. **Saúde e doença**: um enfoque antropológico. Revisão técnica: Sérgio Fernando Torres de Freitas. Bauru, SP: EDUSC, 2003. 230 p. (Coleção Saúde & Sociedade)

Ramos CCP, Guimarães CSS, Nogueira JAS, Minatogawa M, Ippólito PF. Ser ou não ser NAC (Núcleo de Atenção à Crise), sendo NAC “Núcleo de Atenção a um cuidado antimanicomial bem protegido”. Somos, então, um CAPS IV? Eis a questão. In: Merhy EE e Amaral E. (Orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec; 2007. p.295-313.

Saraceno B. **Libertando Identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte / Rio de Janeiro; 1999. 176p.

Sassaki RK. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença mental ou transtorno mental? [online] mar/abr. 2005. **Revista Nacional de Reabilitação**. [acesso 12 abr 2009] São Paulo, ano IX, nº43, p.9-10. Disponível em: <http://www.planetaeducacao.com.br/novo/artigo.asp?artigo=1321>

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Ata da Assembléia com usuários da Unidade de internação de 11/fev/1999**. (Documento interno). Campinas, S.P., 1999.

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Ata da Assembléia Geral Extraordinária do Sanatório Dr. Cândido Ferreira. Realizada aos 24 de abril de 1990**. Documento de Averbação em 11 de maio de 1990. (Documento interno). S.P., Campinas SP, 1990, 17p. (solicitação de averbação, Ata de 15p. Relação de integrantes.)

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Estatuto Social**. Estatuto com alterações dos artigos segundo e artigo cinquenta e quatro, parágrafo único, aprovadas na Assembléia Geral Extraordinária realizada no dia 27 de março de 2001. (Documento interno). Campinas S. P. 2001.

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Manual de organização**. (Documento interno). Campinas, 1997, 16p.

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Projeto de transformação do modelo técnico-assistencial – julho de 1991** – Projeto de transformação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. (Documento interno). Campinas SP, 1991, 6p.

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Relatório de atividades 2007 e Plano de ação das atividades a serem desenvolvidas durante o ano de 2008**. (Documento interno). Campinas SP, 2008. 74p.

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de saúde/Ministério da Saúde; 2002, 213p.

Sobrinho RC. **A relação família e escola a partir da processualidade de um fórum de famílias de alunos com deficiência**: contribuições de Norbert Elias. [Tese Doutorado] Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias de atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. Rio de Janeiro, 2002, vol.9, n.1, PP.25-59. ISSN 0104-5970. [Acesso em: 9/jul/2009], Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>

Vinogradov S, Yalon ID. **Manual de psicoterapia de grupo**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992, 215p.

Yoshizumi AT, Seibt CL, Santos C, Oliveira Filho V de, Hayashi VMH. Do hospital psiquiátrico à residência terapêutica. Desospitalização e reinserção. In: Venetikides CH, Maceno DM, Pedotti MAC, Moysés SJ (Orgs). **Saúde mental em Curitiba**. Secretaria Municipal da Saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2003. 184p.

Zago AP, Ramos CCP, Oki N. Unidade de Atenção à Crise: repensando a prática de internação em saúde mental. In: Harari A, Valentini W. (Orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2001. p.71-104.

Zimerman DE. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Benelli SJ. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Rev. Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, dez. 2004, vol.21, nº3, p.237-52.

Benelli SJ, Costa-Rosa A da. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. [online]. maio/agosto. 2003. *Rev. Estudos de Psicologia (Campinas)*. PUC-Campinas, [Acesso em 20/dez/2009]. vol. 20, nº 2, p. 35-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000200004&Ing=pt&nrm=isso . doi: 10.1590/S0103-166X2003000200004

Benevides MV. Cidadania e Direitos Humanos. [online]. In: **Cadernos de Pesquisa**. Fundação Carlos Chagas, nº 104. São Paulo: Cortez Ed; 1988. p.1-11. [Acesso 11 jan 2010]. Texto disponível em www.iea.usp.br/artigos

Bosi E. **O tempo vivo da memória**: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial; 2003. p.59-67.

Brabender V. Psicoterapia grupal de pacientes internados. In: Kaplan HI e Sadock BJ. (Orgs). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996, p.506-15.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil). [online] [Acesso em 27/11/2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 1999; 4: 393-404.

Campos GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valores de uso e a democracia em instituição: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MC de S, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 219-46. (Saúde em debate, 170).

Delgado PGG. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis, S.A. & Costa, N.R., orgs. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes; 1987, p.171-202.

Elias N. Norbert Elias por ele mesmo. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2001. 166p.

Foucault M. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta; Trad. Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000. 370p.

Foucault M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Trad. Salma Tannus Muchail. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Foucault, M. **Microfísica do poder**. 10ª ed, Rio de Janeiro: Graal; 1992, 244p.

Gebara A, Lucena R de F. O poder e cotidiano: breve discussão sobre o poder para Norbert Elias. [on line] In: **IX Simpósio Internacional Processo Civilizador**. Tecnologia e Civilização. 2005. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. [Acesso em: 22/02/2009]. Disponível em: http://www.pg.cefetpr.br/ppgep/Ebook/cd_Simposio/artigos/mesa_debates/art1.pdf

Gerschman S e Santos MAB dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. [on line]. 2006, vol.21, nº61, pp.177-90. [Acesso em 12/jan/2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>

Goffman E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 159p.

Kanas N. Psicoterapia de grupo com Esquizofrênicos. In: Kaplan HI e Sadock BJ. (Orgs). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996, p.338-47.

Machado AL. **Movimentos de saberes e cuidados em saúde mental: a religiosidade pela via da subjetividade**. [Tese Livre-Docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

Moreira, R. **Memória, loucura e velhice: os ganhos no processo de envelhecimento pós reforma psiquiátrica** (Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – Campinas/SP) [Dissertação Mestrado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-am. Enfermagem** [online]. 2003 dez, 11, (6): 786-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600013&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-11692003000600013

Osorio LC, Valle MEP do. **Terapia de famílias: novas tendências**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002. 157p.

Reis AOA, Marazina IV e Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora.

Saúde Soc [online]. 2004, vol. 13, nº 3, pp. 36-43. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902004000300005. Acesso em: 31/12/09. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300005&script=sci_arttext&tlng=pt

Schraiber LB. **O médico e seu trabalho** – limites da liberdade. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

Setton M da GJ. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. maio/jun/jul/ago, nº 20. Rio de Janeiro: Ed. Autores Associados; 2002. p.60-70. [online], [Acesso em: 19/12/09] Disponível em: <http://www.anped.org.br/rbe/rbe/rbe.htm>

Severino AJ. **Metodologia do trabalho científico**. 22ª ed. rev. e ampl. de acordo com a ABNT. São Paulo: Cortez; 2002.

Siqueira J, Nogueira J, Benalia D, Pantaleão K. Respeito à singularidade das pessoas. [C@ndura](http://www.candido.org.br) - espaço aberto para um novo pensamento. Campinas, SP, Abr/Mai 2009- Ano XIII, Nº 48, p.7. Jornal do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Disponível em: www.candido.org.br

Turato ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003. p.351–68.

Vicente CM. **Reflexões sobre os procedimentos institucionais com a memória individual e com a memória institucional em duas instituições totais**: Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo e Hospital de Juqueri. [Tese – Mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.

Vieira PP. Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault. In: Rago M. & Martins AL. (Orgs). **Revista Aulas**. ISSN 1981-1225, Dossiê Foucault, N. 3 – dezembro 2006/março 2007.

Vinogradov S, Yalon ID. **Manual de psicoterapia de grupo**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Vygotski LS. Manuscrito de 1929. (Introdução e A. A. Puzirei) [online]. Julho/2000. **Educação & Sociedade**. [Acesso em: 10/12/09]. Vol. 21, nº 71, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a02v2171.pdf>

ANEXO 1

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PARECER Nº 07/2008

Acerca do pedido de parecer desta Comissão para
REALIZAÇÃO DE UM PROJETO DE PESQUISA.

Título: “Visão histórica da Assembléia, da Unidade de
Internação, do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira,
Campinas, SP, na década de 90”.

Solicitante: JERSON APARECIDO DE SOUSA NOGUEIRA

Orientação: Prof.^a Dr^a. Lucia Helena Reily.

Finalidade:

**Tese de Mestrado do Curso de Pós-graduação Strictosensu -
Mestrado profissional “Saúde, Interdisciplinaridade e
Reabilitação”.**

Local: CEPRE/FCM/UNICAMP – Campinas, SP.

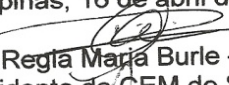
Foram apresentados a esta CEM os aspectos éticos da pesquisa, resumo, objetivos, anexos (entrevista para pessoas com alguma memória no surgimento do dispositivo Assembléia no SSCF, Roteiro da entrevista, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Orçamento no modelo do CEP e Justificativa), que após análise e leitura por esta Comissão de Ética Médica não foram encontradas nenhuma objeções ou questões que impeçam sua realização, sendo louvável a recuperação da memória do projeto do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira dentro do que preconiza a Reforma Psiquiátrica para o cuidado de usuários da Saúde Mental em nossa cidade.

Como ponderado nos aspectos éticos, nos documentos enviados, “já que não há riscos neste estudo, não cabe a questão de ponderação;”, no que concordamos e afirmamos a possibilidade deste estudo e sua realização junto a profissionais e dentro das dependências de nossa instituição. Não há nada que seja possível infração de preceitos da Ética Médica, podendo-se reafirmar apenas a necessidade de criação e manutenção de um Comitê de Ética em Pesquisa, no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, já que este trabalho demonstra o vasto campo de pesquisas científicas que nossa instituição vem se tornando cada vez mais.

Sugerimos que os resultados desta pesquisa, ao seu término, possam ser socializados e difundidos junto aos trabalhadores da

rede de serviços da Saúde Mental de Campinas, como estímulo à preservação da memória histórica dos processos de aprimoramento do trabalho e do cuidado com sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Campinas, 16 de abril de 2008.


Dra. Régia Maria Burle – CRM 77574
Presidente da CEM do SSCF.

Dra. Régia Burle
Clínica Médica
CRM/SF 77.574


Dr. Jorge Márcio Pereira de Andrade – CRM 103282
Secretário da CEM do SSCF.

ANEXO 2



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 27/05/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 237/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0914.1.000.146-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “VISÃO HISTÓRICA DA ASSEMBLÉIA, DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO, DO SERVIÇO DE SAÚDE DR. CANDIDO FERREIRA, CAMPINAS-SP, NA DÉCADA DE 90”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Jerson Aparecido Sousa Nogueira

INSTITUIÇÃO: CEPRE/FCM

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/04/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/05/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Investigar a origem de um dispositivo de abordagem grupal e de como ele foi construído através do tempo, dentre de uma instituição psiquiátrica, no contexto da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial e qual contribuição pratica desse dispositivo.

III - SUMÁRIO

Serão realizadas entrevistas com participantes da “Assembléia”, reunião semanal dos pacientes e funcionários do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, realizada desde a década de 90, que a seguir serão analisadas por metodologia qualitativa, na tentativa de avaliar a contribuição deste tipo de estratégia gerencial na organização e funcionamento do serviço. Serão entrevistados funcionários, dirigentes e pacientes da instituição. Espere-se um total aproximadamente de 15 entrevistas. A metodologia parece adequada.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto esta bem elaborado. O risco para os participantes é pequeno. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está claro. O projeto traz um orçamento e um cronograma adequado.

Recomendamos que seja incluído no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa / FCM / UNICAMP.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de maio de 2008.

Profa. Dra. Carmen Sylvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e esclarecido – (TCLE);

I – Dados de identificação da fonte da pesquisa:

Nome do entrevistado.....

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: A ASSEMBLEIA ABRE PORTAS: UMA VISÃO HISTÓRICA NO CONTEXTO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

Pesquisador: Jerson Aparecido Sousa Nogueira (CRP-06/3964)

Cargo/Função: Psicólogo, clínico/hospitalar do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – SSCF.

Unidade: Núcleo de Atenção à Crise - NAC - do SSCF.

Fone: (19) 3758-8610 (NAC)

e-mail: jerson@fcm.unicamp.br

lureily@fcm.unicamp.br

III - Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa.

O presente estudo busca registrar a memória de pessoas acerca do surgimento do dispositivo Assembleia na prática das ações de cuidado em saúde mental, junto aos usuários da unidade de internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Para isto solicitamos que você discorra sobre algumas questões. Você é livre para expressar suas idéias. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se você tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados. Como se trata de uma pesquisa de esclarecimentos quanto ao surgimento e história de um dispositivo de trabalho, suas contribuições poderão ser referidas/narradas sob sua autorização. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

IV - Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias ao entrevistado da pesquisa.

- Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem isto lhe traga qualquer prejuízo.
- Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

Campinas, ____ de _____ de 2007.

**Assinatura da fonte/pessoa
entrevistada da pesquisa**

**Assinatura do pesquisador
Fone: (19) 3294-1301**

Tel. CEP (019) 3521-8936

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Helena Reily – (19) 35218814 / 35218805

ANEXO 4

Roteiro da entrevista

Parte I – Caracterização – Informações Gerais:

- | | | |
|---|--------|-------|
| 1. Nome: | Idade: | Sexo: |
| 2. Profissão | | |
| 3. Tempo de formação nessa profissão | | |
| 4. Tempo de atividade profissional na área de Saúde Mental | | |
| 5. Tempo de atividade profissional no “Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira” | | |

Parte II – Especificidade do objeto de pesquisa

1. Poderia me falar um pouco sobre sua história na vinculação/participação com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.
2. Fale das suas lembranças da Assembleia.
3. Que papel a Assembleia tem para o usuário?
4. Que papel a Assembleia tem para os profissionais?
5. Como você avalia esse tipo de dispositivo no contexto atual das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial?

Entrevista(s) realizada(s) em: _____