

ERRATA:

s/p. Agradecimentos, primeira página, última linha: primeira, ao invés de priemeira.

s/p. Agradecimentos, terceira página, 7o. parágrafo: português, ao invés de protuguês.

s/p. Resumo, 4o. parágrafo, vírgula fora de lugar.

s/p. Apresentação, 2o. parágrafo, qualidade de vida, ao invés de qualidade vida.

s/p. Apresentação, 4o. parágrafo, construção de outros, ao invés de construção outros.

s/p. Sumário, segunda página, item 1., numeração 180 fora de lugar.

p. 35, 5o. parágrafo, Campos adverte, ao invés de Merhy adverte.

p. 42, 1o. parágrafo deveria estar na página 56, na introdução do item 1.3.

p. 69, 2o. parágrafo, no fato de, ao invés de no fato de que.

p. 75, 1o. parágrafo, esses termos, ao invés de esses tempos, e se inseriram, ao invés de se inserirão. 4o parágrafo, como nas que ocorrem, ao invés de com as que ocorrem.

p. 77, 4o parágrafo, Policlínica I, ao invés de Policlínica.

p. 78, 1o. parágrafo, Como se apresentam em sua singularidade e sua identidade? ao invés de Como se apresentam e se identificam?.

p. 90, 1o. parágrafo, continuam válidas, ao invés de continuam válida.

p. 102, 1o. e 2o. parágrafos inexistentes.

p. 106, 4o. parágrafo, disse, ao invés de diz.

p. 107, ocupar das, ao invés de ocupar da.

p. 109, de A2 a A6, Policlínica I, ao invés de Policlínica.

p. 112, 6o. parágrafo, para lá havia 4 meses, ao invés de para lá 4 meses.

p. 114, 5o. parágrafo, Centro de Saúde do Campos, ao invés de Centro de Saúde de Campos; 6o. parágrafo, fechar aspas ao final.

p. 118, 5o. parágrafo, "sujeitado" ao invés de "subordinado".

p. 156, 4o. e 5o. parágrafos, 2a. e 3a. linhas, ; ao invés de :.

p. 158, nota de rodapé, ROTELI, ao invés de (Roteli, e NICACIO, ao invés de NICOCIO.

p. 159, 4o. parágrafo, 3a. linha, incluir: oferecendo, desta maneira,.

p. 164, 3o. parágrafo, 6a. linha, quer sejam ao invés de que sejam.

p. 165, 4o. parágrafo, 3a. linha, naquilo que ao invés de aquilo que.

p. 174, 6o. parágrafo é texto nosso ao invés de citação.

p. 178, 4o. parágrafo, 5a. linha, doente mental, ao invés de doente mental e.

p. 183, 7o. parágrafo é texto nosso ao invés de citação. Os próximos 8 parágrafos devem estar na página 186, ao final.

p. 184, 2o parágrafo é texto nosso ao invés de citação.

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor em SAÚDE MENTAL. 04, novembro, 94
CAMPINAS (SP).

Orientador(a)

MARIA HELOISA DA ROCHA MEDEIROS

**A REFORMA DA ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL EM CAMPINAS : UM ESPAÇO
PARA A TERAPIA OCUPACIONAL**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

1994

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

MARIA HELOISA DA ROCHA [MEDEIROS n/467/nm

**A REFORMA DA ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL EM CAMPINAS : UM ESPAÇO
PARA A TERAPIA OCUPACIONAL**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Depto. Psiq. e Psicol. Méd., FCM, Universidade Estadual de Campinas, como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutor, sob a orientação da profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro [Smeke. t

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

M467r Medeiros, Maria Meloisa da Rocha
A reforma da atencao ao doente mental em Campinas : um espaco
para a terapia ocupacional / Maria Meloisa da Rocha Medeiros. - -
Campinas, SP : [s.n.], 1994.

Orientador : Elizabeth de Leone Monteiro Smeke.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Saude mental. 2. Saude publica. 3. Terapia ocupacional.
I. Smeke, Elizabeth de Leone Monteiro. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas. IV. Titulo.

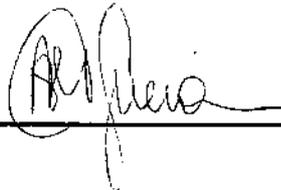
**Este exemplar corresponde à redação final da
Tese defendida por Maria Heloisa da Rocha
Medeiros e aprovada pela Comissão Julgadora em**

Data _____

Assinatura _____

Comissão Julgadora:







Círcia M. Guimarães

AGRADECIMENTOS

Ao me deparar com os primeiros tropeços na redação de minha dissertação de mestrado, minha orientadora me disse: "Fazer uma dissertação, Heloisa, é como andar num barco à deriva... Aproveite e vá olhando todas as paisagens!" _"Bela ajuda!", eu pensei. "Como posso ir, sem saber onde vou chegar? O que é que eu faço com a minha necessidade de controle? Cadê meu porto seguro?"

E porque eu estava tratando da epistemologia da Terapia Ocupacional e tinha que buscar na filosofia muitos dos seus fundamentos, naquele momento meu barco parecia percorrer os mares europeus, indo das ilhas gregas ao continente. Bonito... Bonito, mas sofrido.

Pensei que esse sofrimento fosse por causa da minha inexperiência e que, após aquela viagem eu estaria mais tranquila para outras. Decidi, então, ingressar no doutorado, e Elizabeth Smeke aceitou me orientar assim que meu primeiro orientador se aposentou.

Ao me deparar com os primeiros tropeços na redação de minha tese de doutorado minha orientadora me disse: "Fazer uma tese, Heloisa, é como entrar numa mata desconhecida e ir descobrindo seus caminhos... Talvez você encontre trilhas já percorridas, ou então você mesma terá que construí-las. Aproveite e desfrute das paisagens..." _"Bela ajuda!", eu pensei. "De novo, essa história de me largarem em lugares desconhecidos." Mas como eu estava decidida a viajar, topei o desafio. Só que desta vez tomei algumas precauções: retomei minha terapia e minhas aulas de antiginástica, fiz um programa de emagrecimento e passei a andar todos os dias em volta da lagoa do Taquaral. Sabia que precisaria estar em forma!

Fui à campo fazer as entrevistas. As pessoas se dispuseram, e gentilmente me cederem seus tempos, atenção, materiais e documentos relevantes. Em seguida, foi minha ex-aluna, Renata Palu, quem transcreveu as fitas gravadas, me ajudando muito naquela primeira

1

tarefa. Outra boa ajuda veio da CAPES, em forma de bolsa de estudo, que me possibilitou o acesso à informática...

Naquela fase, os encontros com Beth eram cheios de informações, indagações, textos, documentos e muita curiosidade de ambas as partes: que caminho seguir? Muitas eram as novidades, e eu tinha que quebrar a cabeça para aprendê-las.

Precisava, inclusive, aprender a lidar com computador. E foi com o Ricardo que tive as primeiras aulas e as primeiras crises no enfrentamento daquela máquina. Muito trabalho me aguardava...

Naquela altura, o grupo de docentes da Terapia Ocupacional da UFSCar, compreendendo as dificuldades e importância da minha empreitada, me concedeu um ano e meio de afastamento integral de minhas funções naquele departamento, o que foi fundamental para que eu pudesse seguir viagem.

Trabalhando em casa, mas embrenhada no meio da "mata" daqueles estudos, recebi, incontinentemente, o acolhimento, paciência, carinho e alegria de Emília, Pedro e Eunice.

Os amigos-de-toda-hora, Márcia, Verinha, Cecília, Fred, Lourdes, André, Neudi, Lineu, Michelle, Selma e Léa, não se cansaram de oferecer ajuda: dispunham-se a ouvir, emprestar material, bater longos papos e tomar muitos cafezinhos, fazendo com que os momentos de angústias, dúvidas e perdições, fossem se tornando cheios de sentido.

Porém, ainda eram necessários outros tipos de ajuda, o que, sabiamente Beth me indicou: Emerson Merhy e Arthur Hipólito de Moura.

Novos encontros, mais livros e indagações, mais crescimentos e descobertas. Por fim, um primeiro "boneco" a ser examinado pela banca de qualificação.

Por suas leituras atenciosas, grandes foram as contribuições de Adriano, Áurea, Egberto e, extra-oficialmente, Arthur.

Uma etapa já estava vencida, mas ainda havia mais caminhos a percorrer. O tempo não pedia licença e o prazo ia se esgotando...

Àquelas alturas, eu já me acostumara a ser uma viajante e tinha abandonado as precauções, inicialmente tomadas, de me cuidar mais intensamente. Com isso, e com o prenúncio de que a viagem estaria no fim, acabei entrando numa grande turbulência emocional: chôros e ranger de dentes não foram só no sentido figurativo! Ana Paula e Raquel me socorreram odontologicamente e com uma super dedicação afetiva.

Tudo parecia dar "tilt"!

Os vários "emergencistas" da informática foram acionados: Ricardo, Paulo (PT), Fred e Gustavo. Sem contar as super ajudas e correções de digitação feitas pelas incansáveis Cecília e Márcia!

Emília, Eunice e Pedro ganharam o prêmio de "Paciência de ouro" por aturarem minhas instabilidades emocionais, oferecendo-me vários de seus recursos: comidinhas especiais, quartos arrumados, autonomias nas decisões do dia-a-dia, conversas gostosa e até... sua pediatria!

Verdadeiros pronto-socorros, foram todos os amigos que, com suas conversas e ombros, me ajudaram, passo-a-passo, a sair do terreno pantanoso em que me encontrava.

Meus pais, irmãos, sobrinhos e afilhada foram solidários, compreendendo a minha pressa e ausência em muitas ocasiões.

O "velho e grande amigo" Percival, mais uma vez, me deu aquela ajuda na correção do português, mesmo com todas as minhas indecisões para concluir o trabalho.

Eu parecia não querer me soltar dele, sempre achando novas coisa para incluir, para corrigir... Beth me chamou para terra firme com sua dedicação e torcida, mas me alertando para as tarefas concretas que ainda tinha que realizar.

Arthur, outra vez, me premiou com sua leitura minuciosas do meu texto quase pronto, o que me proporcionou repensar algumas questões e a vontade de mexer novamente no texto...

Finalmente, a composição da banca examinadora, e um apêto no coração: "Estará terminado? Afinal, como podem, duas arianas, fazer e concluir um trabalho juntas?"

A verdade disto tudo é que este trabalho está datado, revelando um processo inscrito num tempo muito especial. Dele resultou a vontade de investir em novas viagens.

Então, só para não dizer que eu não disse:

FIM.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o processo de transformação da assistência ao doente mental, ocorrido no município de Campinas, SP., no período de 1989 a 1991, quando foi proposta a criação de uma nova política para a área.

Analisando os princípios que a orientaram, destacam-se temas e questões levantados pelos Movimentos Sociais precedentes - o da Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial -, e pelas experiências que se encaminharam na perspectiva da desospitalização, desinstitucionalização e das ações regionalizadas de atenção ao doente mental.

A particularidade da experiência ocorrida em Campinas foi resgatada a partir da análise de documentos e de depoimentos de seus atores sociais, indicando os conflitos e contradições surgidos naquela trajetória.

Considerando a importância das transformações das subjetividades dos atores para que pudessem se envolver ativamente naquele processo, assinalou-se a relevância e pertinência de alguns fatores e acontecimentos - aqui estudados como dispositivos analisadores -, que instigaram mudanças necessárias para a implementação daquela política.

Destacou-se também a oportunidade e adequação da incorporação do instrumental teórico-prático da Terapia Ocupacional na lida com o doente mental - objetivando sua melhor qualidade de vida, nas inovações efetivadas nas práticas já existentes e na criação de novos serviços.

Considerou-se, por fim, que a Terapia Ocupacional, enquanto profissão e área de conhecimento, é elemento essencial para a efetivação de transformações dos paradigmas relacionados à atenção à pessoa em cuidado - como sujeito da sua própria cura, e um recurso importante no processo mesmo de reorientação de relações intra-institucionais.

SUMMARY

This study is about the changing process of the assistance of the mentally ill people, which happened in the city of Campinas, São Paulo, during the period of 1989-1991, when there was suggested the creation of new policies for the area.

Analysing the principles that oriented that proposal, there were found themes and issues brought up by former Social Movements, such as the Sanitary Reform and the fight against traditional psychiatric hospitals. There also have been found similarities with other experiences that went in the direction of dehospitalization, deinstitutionalization and regionalized actions of attention to the mentally ill.

The particularity of that study was recovering the history of the experience happened in Campinas, through the analysis of documents and testimonies of their social actors, indicating the conflicts and contradictions that appeared along that trajectory.

It was focused the relevance and proper manner of some events happened (here studied as analysers devices), that functioned as provoking factors of the changes in the subjectivity of the actors involved. This was the major contribution for the creation and implementation of new mental health policy in Campinas.

It was emphasized the opportunity and suitable incorporation of the theoretical and practical tools of occupational therapy to deal with the mentally sick. This was done with the purpose of improving their quality of life and well-being, including new procedures to the already existing practices and also by the development of new services.

Finally it was considered that Occupational Therapy as a profession and area of knowledge is an essential element to the effectiveness of the changes in the paradigmas related to the way of caring people, and an important resource of the process itself of re-orientation of the intra institutional relations.

APRESENTAÇÃO

Este estudo nasceu de uma necessidade: a de aprofundar algumas questões de ordem prática e teórica a respeito das experiências atuais que se dirigem para a transformação da assistência ao doente mental, buscando compreender em que medida os instrumentais da Terapia Ocupacional poderiam contribuir ou não para a efetivação destas propostas.

Baseadas nos princípios da Reforma Sanitária e da nova Constituição Brasileira que consideram a saúde como direito de todo cidadão e obrigação do Estado promovê-la e a definem como sendo uma melhor qualidade de vida e não apenas ausência de doenças, tais experiências implicam amplas reformulações sociais, tanto na esfera das políticas sociais, administrativas e econômicas, como na das representações sociais dominantes.

Para a área da Saúde Mental, esses princípios contém a crítica aos modelos tecnológicos predominantes em nossa sociedade - o asilar e o medicalizante - ambos promotores da exclusão social dos doentes mentais, uma vez que os segregam e os estigmatizam; em contrapartida, indicam outras direções para a assistência, como a desospitalização e desinstitucionalização do doente mental, e a criação de serviços alternativos com a atenção de equipes multidisciplinares.

Sua efetivação implica a desconstrução dos paradigmas precedentes e a construção outros, capazes de responder mais eficazmente as necessidade da demanda na perspectiva de uma melhor qualidade de vida.

Procurando identificar os elementos mais significativos que contribuíram para as transformações práticas e paradigmáticas de uma das experiências que se propunha nesta direção - Campinas, 1989 a 1991, buscamos, ao mesmo tempo, relacioná-los aos fundamentos e modelos teórico- práticos da Terapia Ocupacional, a fim de indicar a sua conformidade e oportunidade àquele projeto.

Como sou terapeuta ocupacional, e como a Terapia Ocupacional é uma profissão e uma área de conhecimento que se dirige prioritariamente às atividades humanas, o estudo desenvolvido também sofreu esta influência, uma vez que a metodologia adotada para a análise daquela experiência compreendeu não só a discriminação e descrição dos determinantes históricos, culturais e contextuais que a determinaram, mas também o processo dos envolvimento pessoais dos atores que a efetivaram.

Identificando seus analisadores, ou seja, aquilo que se mostrou como elemento desencadeador ou instigante de mudanças necessárias para a consecução das transformações da assistência ao doente mental, buscou-se verificar também, a sua potencialidade reprodutiva em outras experiências.

Os motivos, objetivos e métodos assumidos neste estudo são explicitados na parte introdutória desta tese.

O primeiro capítulo abrange uma descrição e uma reflexão dos movimentos e políticas sociais, seus temas e problemas, que mais proximamente influenciaram o processo analisado. Em sua primeira parte focalizou-se os movimentos e políticas sociais, em nível nacional, relativos à Saúde Mental a partir dos anos 70; na segunda, retomou-se brevemente a história da Saúde em Campinas, e por último, um destaque para as principais questões levantadas e problematizadas por esses movimentos e que dizem respeito aos objetivos deste estudo.

O material empírico, recolhido através de entrevistas com os atores sociais envolvidos naquela experiência, é exposto no segundo capítulo. Sua exposição é subdividida em duas partes, referindo-se às entrevistas com os atores do nível central e as do nível local.

No terceiro capítulo são apresentadas as discussões e análises dos temas e questões levantados durante o processo de transformação da assistência ao doente mental, e apontados

os seus dispositivos analisadores com destaque para sua importância e pertinência às experiências similares. Uma reflexão sobre a questão da formação dos profissionais de Saúde Mental e sua relação com as exigências recentes da área conclui este capítulo.

Por fim, é apresentada uma reflexão sobre a Terapia Ocupacional, indicando sua pertinência e importância para as atuais proposições transformadoras da atenção ao doente mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: NA PISTA DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL.....	1
1 ORIGEM DO ESTUDO E DO PROBLEMA.....	2
2 A ESCOLHA DE UM CAMINHO PARA CONHECER	10
CAPÍTULO I: OS CAMINHOS E DESCAMINHOS DA SAÚDE MENTAL....	21
1 A SAÚDE MENTAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS	22
2 CAMPINAS E O MOVIMENTO DAS TRANSFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS NA SAÚDE MENTAL.....	42
3. DESOSPITALIZAÇÃO, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, AÇÕES REGIONALIZADAS.....	56
CAPÍTULO II: OS ATORES DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CAMPINAS	72
1 ATORES: SUJEITOS OU OBJETOS?	74
2 OS ATORES DO NÍVEL CENTRAL.....	79
3 OS ATORES DO "NÍVEL LOCAL".....	108
CAPÍTULO III: BUSCANDO A COMPREENSÃO DOS TEMAS E QUESTÕES LEVANTADOS NOS PROCESSOS DE TRANSFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA AO DOENTE MENTAL.....	146
1 OLHANDO ATRAVÉS DOS DISPOSITIVOS ANALISADORES.	148
2 DISCUSSÃO DA IMAGEM VISTA ATRAVÉS DOS ANALISADORES.(OU, PRIMEIRAS CONCLUSÕES)	161
3 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL "PSI" E OS NOVOS PAPÉIS A SEREM ASSUMIDOS. A RECONSTRUÇÃO DE SABERES E DE SUBJETIVIDADES NA PRÁTICA CRIATIVA.	165

CAPÍTULO IV: A REFORMA DA ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL EM CAMPINAS: UM ESPAÇO PARA A TERAPIA OCUPACIONAL.....	177
1 A TERAPIA OCUPACIONAL E SUA INSERÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO. 180	
2 TERAPIA OCUPACIONAL : UM BREVE HISTÓRICO.....	182
3 A TERAPIA OCUPACIONAL E OS DISCURSOS CONTEMPORÂNEOS DA SAÚDE MENTAL.	187
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A TERAPIA OCUPACIONAL: UM DISPOSITIVO ANALISADOR PRESENTE NO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM CAMPINAS.....	193
BIBLIOGRAFIA.....	197

INTRODUÇÃO
NA PISTA DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO DOENTE
MENTAL

1.1 ORIGEM DO ESTUDO E DO PROBLEMA

Uma das pressuposições comumente encontrada no senso comum de usuários e técnicos dos serviços de saúde a respeito das diferentes profissões e dos serviços de saúde oferecidos numa dada instituição é a existência de uma somatória linear de recursos científicos (portanto, verdadeiros e necessários) que constituiria um todo harmonioso de esforços.

O exame crítico do conjunto dos meios utilizados nos serviços - os tratamentos propostos e as técnicas, os recursos e aparelhagens disponíveis - permite identificar, no entanto, distintas e até mesmo antagônicas concepções de homem, mundo e sociedade, implícitas nas técnicas e procedimentos adotados, gerando, muitas vezes, conflitos intra-institucionais com relação às finalidades sociais que se propõem a atingir.

Para superar esta percepção aparente e superficial do funcionamento dos diferentes sistemas de Saúde é preciso entender como a comunidade científica, em sua atuação política, tem se relacionado com as questões das doenças, em geral, e com a loucura, em particular, no âmbito das políticas sociais, para então compreender o porquê de tal ou qual tecnologia a orientar práticas de saúde.

Na área da saúde mental, por exemplo, a história dos tratamentos dispensados aos loucos, principalmente a partir do século XVIII, é exemplo clássico de trabalhos que se dirigem prioritariamente à exclusão ou adaptação social dos indivíduos, entendendo adaptação como um modo submisso de estar no mundo, seguindo um padrão pré-estabelecido de conduta desejável.

A exclusão, como prática de segregação social efetiva e como forma de proteger os interesses das classes dominantes em diferentes tempos e lugares históricos, é conhecida desde há muito tempo. Hoje, as prisões, os manicômios, asilos e "lares" para menores exemplificam e atualizam esse modelo.

A adaptação social é outro modelo assistencial que, por meio de novas explicações científicas, não deixa de cumprir a função de resguardar determinado grupo social, através de

procedimentos controladores, tais como o uso intensivo de medicamentos ou ações psicologizantes, em nome de uma normalidade definida e estabelecida por seus interesses.¹

No Brasil, o modelo asilar de exclusão tem sido a tônica predominante da assistência ao doente mental desde o séc. XVIII, ressalvas feitas a dispersas e isoladas iniciativas de atenção mais consistente à saúde. Atualmente, as políticas sociais em vigor introduzem um novo posicionamento em relação à saúde, que passa a ser encarada como "direito de todos e dever do Estado".

No caso da área da Saúde Mental, interessa observar o modo como tem ocorrido a interação dos diferentes profissionais envolvidos nos projetos assistenciais mais recentes, baseados nos princípios da Reforma Sanitária e, principalmente, verificar se tal interação tem indicado elementos que sugiram a construção de um novo conceito e um novo modelo de atenção à saúde/doença mental.

Tais projetos, assumindo outra racionalização para os serviços públicos, buscam uma competência diferenciada a fim de resolver mais eficazmente os graves problemas de saúde mental no país. Dentre as ações racionalizadoras, verifica-se um investimento contra a hospitalização psiquiátrica, que, além de símbolo e lugar privilegiado da exclusão do doente mental, tem representado um custo muito elevado para o Sistema de Saúde do país.

Trabalhos multidisciplinares têm sido indicados como alternativos ao modelo médico, hegemônico nas práticas de saúde, considerado insuficientes para a resolução dos graves problemas da área.

Nestes novos investimentos, verificam-se a organização de ações ambulatoriais, integradas ou não a Centros e Postos de Saúde e a criação de programas e serviços específicos tais como os Hospitais-dia, Centro de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, Pronto-socorros, etc.

No entanto, tanto a desospitalização como a criação de outros recursos assistenciais não têm garantido alteração profunda das relações prejudiciais de dominação nas práticas de

1. Cf. MANNONI, M. O Psiquiatra, seu louco e a Psicanálise, ed. Zahar, S.P., 1981, p. 23.

saúde, apontadas como responsáveis pela exclusão social do louco. A mera desospitalização ou mudança espacial dos serviços não garante que os tratamentos persigam formas de atingir a construção de um sujeito autônomo, de devolver a este sujeito a auto-estima e de respeitar suas diferenças e suas subjetividades.

O trabalho multidisciplinar, por sua vez, é sempre uma questão complicada para o desenvolvimento de um projeto comum, quer por razões das formações diferenciadas, interesses corporativos das categorias, quer por atitudes individualistas de ascensão social de seus membros.

A prática multiprofissional somente alcançará dimensão transformadora quando os agentes envolvidos se perceberem e se assumirem como sujeitos construtores de um processo social, colocando-se numa postura de aprendizagem constante, buscando superar o seu fazer alienado e se comprometendo na reflexão aprofundada de questões conflitivas, sejam conceitos, atitudes ou valores, para reorientarem e transformarem as práticas institucionais de que fazem parte. Este é um dos grandes focos que caracteriza a atenção da Terapia Ocupacional contemporânea.

Como o conjunto de práticas e relações sociais que define as instituições "não é a soma de indivíduos, nem mesmo a justaposição de suas respectivas atividades, mas a resultante das práticas institucionais de seus agentes"², cabe investigar como os agentes e suas atividades têm se adequado e se transformado em práticas institucionais mais ou menos coerente com a nova dimensão apontada pela Reforma Sanitária.

E, considerando que "todas as instituições são focos de incêndio (...), [pois] para onde se desloca o investimento na estratégia de hegemonia, para lá se deslocarão as labaredas da contradição"³, caberia perguntar que contradições e conflitos internos encontram-se no processo de criação em que aquilo que estava instituído é questionado, quais as principais

2. ALBUQUERQUE, J. A. G. Objeto Institucional: um equívoco bem sucedido, mimeo, p. 3.

3. LUZ, M. T. A instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia, ed. Graal, RJ, 1986, p. 10.

divergências que surgem no processo e que caminhos novos são trilhados a partir desses embates.

Nesse sentido, passa a ser crucial identificar as ações capazes de provocar mudanças subjetivas numa situação de estrutura hierarquizada, como são as instituições.

Segundo G. Lapassade,

"se quisermos analisar o que se passa num grupo, quer seja "natural" ou "artificial", pedagógico ou experimental, é preciso admitir como hipótese prévia que o sentido do que se passa aqui e agora nesse grupo liga-se ao conjunto da contextura institucional de nossa sociedade".⁴

No entender desse autor, as relações humanas são regidas por instituições, na disposição seja de lugares e dos instrumentos de trabalho, seja dos horários, ritmos, programas, seja de relações de autoridade. Assim, a "base" do sistema social é "instituída" pela cúpula, ao lado do Estado, que estabelece o que vai ter força de lei.

No entanto, é também no espaço das instituições que,

"quando se suspende a repressão da cúpula sobre a base, a capacidade instituidora desperta nas unidades de base; liberta-se a palavra social; torna-se possível a criatividade coletiva; inventam-se em todo lugar novas instituições que já não são, ou não são ainda, instituições dominantes, marcadas pelo domínio do Estado".⁵

Guattari diz que para avançar na realidade das lutas efetivas é necessário investigar as práticas mais imediatas dos sujeitos, considerando a relação dialética existente entre o particular e o geral.

"Enquanto se mantiver uma distinção absoluta entre a vida privada e a vida pública, não se avançará nem um passo! Esclarecer os engajamentos políticos, os engajamentos de classe, quando isso não consiste simplesmente em refugiar-se no discurso, demanda que isto seja falado no nível da prática mais imediata, quer seja ela uma prática militante, uma prática médica ou uma prática familiar, conjugal, etc".⁶

4. LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições, Francisco Alves, RJ, 1977, p. 14.

5. Idem, ibidem, p. 15.

6. GUATTARI, F. "As lutas do desejo e a psicanálise" In: Revolução molecular: pulsações políticas do desejo, Brasiliense, SP, 3a.ed., 1987, p. 25.

É nessa relação que se constrói a qualidade de vida. Através da inserção dos atores no ambiente, da busca de satisfação e realização pessoal e profissional, conquistando a condição de cidadania é que os indivíduos se tornam sujeitos do processo histórico. E só quem está identificado com um projeto é capaz de criar.

Em outras palavras, se se quer compreender o processo global, é preciso caracterizar de que maneira se explicitam e se articulam os diferentes modelos teóricos e práticos, as aspirações e anseios pessoais dos diferentes agentes. Para tanto, pergunta-se:

1. Há necessidade do consenso - enquanto fator de estabilidade e integração ou conflito - enquanto fator essencial para a mudança e desintegração - entre os atores envolvidos na construção de um novo projeto?

2. Há espaço para que os agentes se tornem sujeitos históricos, abrindo-se à possibilidade de criar, de sentir e de se afirmar positivamente a fim de transformar consistentemente a textura social em que se inserem?

1.1.1 O Problema

A divisão social do trabalho e o desenvolvimento do conhecimento em vários campos do saber têm desencadeado diversificações e especializações das profissões também na área da Saúde. Determinadas historicamente, tais profissões assumem características práticas e teóricas correspondentes ideologicamente às forças sociais e políticas dominantes em determinados contextos.

Dado que o conhecimento é produzido nas práticas sociais, cabe ao analista identificar os argumentos, contribuições e hipóteses que surgem das interações de saberes e procedimentos na assistência à Saúde Mental relativos ao processo de transformação e implantação de um novo modelo.

As atuais proposições inovadoras para a área são consequência de longo processo de lutas contra o modelo hospitalocêntrico, tradicional na assistência ao doente mental.

Intensificado a partir dos anos 70, este processo possibilitou que várias práticas alternativas se efetivassem, com experiências no sentido da Medicina Comunitária e com a criação de alguns serviços extra-hospitalares, incentivando o atendimento por equipes multiprofissionais.

A Reforma Sanitária, atualmente em processo de implantação, engloba princípios trazidos dessas experiências, mas impõe que se acelere e se estenda o debate, para a concretização de um modo mais efetivo de lidar com problemas já detectados e outros que venham a surgir no processo.

É minha hipótese que a reforma do Modelo Tecnológico e Assistencial proposta pela Reforma Sanitária para a Saúde Mental e as reorganizações atuais dos serviços abrem um campo mais próximo da atuação geral da Terapia Ocupacional, pois implicam uma abordagem mais abrangente do problema a ser tratado.⁷

Em função dessa hipótese, cabe verificar com que perspectiva e em que medida a Terapia Ocupacional, enquanto área de produção de um saber específico sobre o homem, está sendo requisitada. Em outras palavras, trata-se de verificar que conhecimentos práticos e teóricos específicos são necessários para compor o novo modelo de assistência indicado pela Reforma Sanitária, naquilo que diz respeito à Saúde Mental.

Um dos principais problemas apontados pelos agentes sociais mais comprometidos com os princípios da Reforma Sanitária é o da construção de um novo modelo de atenção na Saúde que responda à necessidade de uma profunda transformação ético-cultural de nossa sociedade. Não se trata de realizar um novo rearranjo dos serviços existentes, mas sim de questionar radicalmente o suporte ideológico e conceitual acerca de homem e do mundo contido nas explicações sobre doença e saúde e suas conseqüentes práticas assistenciais, a fim de transformá-las.

De modo a identificar o nó crítico no processo de reordenação dos serviços de Saúde Mental, é preciso investigar como agem os agentes institucionais formuladores ou

7. A origem da Terapia Ocupacional encontra-se nos princípios do Tratamento Moral, desenvolvido por Pinel no século XVIII, estando, portanto, atrelada às questões da Saúde Mental desde sua origem. Mesmo que, enquanto profissão, a Terapia Ocupacional só tenha se constituído no início do século XX, incorporando conhecimentos e princípios da medicina moderna, nem por isso se distancia do que entendemos por saúde mental.

administradores de uma nova proposta na condução de sua implantação e diante dos conflitos surgidos.

Em síntese, as questões fundamentais que decorrem da hipótese acima levantada são:

1. Que concepções acerca de saúde e doença concorrem para a constituição do novo modelo de atenção no processo histórico atual?
2. Em que direção estão se dando as mudanças dessas novas práticas?
3. Em que perspectiva os instrumentais teórico-práticos, produzidos no interior da Terapia Ocupacional têm sido incorporados na construção desse modelo?
4. Em que medida estes conceitos e o instrumental teórico-prático têm sido compatíveis com as exigências do processo em curso?
5. De que modo este instrumental tem contribuído ou poderá contribuir para a construção da nova proposta assistencial?

Para levar adiante esta discussão seria preciso, naturalmente, acompanhar uma experiência concreta, de modo que se pudesse observar não apenas os aspectos teóricos mas também o processo como um todo e a atuação dos diversos agentes nele envolvidos.

Escolhi investigar, numa das experiências recentes que se propunham efetivar os princípios declarados na Reforma Sanitária para a Saúde Mental - aquela realizada nos serviços municipalizados de Saúde em Campinas (1989-1991), os elementos mais significativos do entendimento que se tem a respeito da doença e saúde mental no modelo assumido, a fim de que pudessem auxiliar na elaboração de uma proposta concreta de atuação da Terapia Ocupacional.

A escolha da cidade de Campinas como foco de investigação se deu por ser ela tradicionalmente uma referência na área de assistência médica, tanto para o estado de São Paulo como para o restante do país, e porque neste período estava sendo administrada pelo Partido dos Trabalhadores, cujas proposições políticas para a área da Saúde identificam-se em muitos pontos às das proposições da Reforma Sanitária.

O fato de as propostas de integração e reorganização dos diferentes serviços de saúde terem começado em Campinas antes de muitos outros municípios permitia supor que

fosse facilitada a implantação do novo modelo, uma vez que os agentes institucionais já estariam envolvidos e familiarizados com tal perspectiva.

Ao desenvolver a análise e o estudo sistemático do novo modelo de assistência que se propôs no período estudado, as seguintes questões tornaram-se relevantes:

1. Que proposta realmente foi instituída nos diferentes serviços de atenção ao doente mental em Campinas?
2. Quais suas finalidades?
3. Que concepção de saúde e doença mental está sendo usada?
4. Que recursos humanos e materiais são utilizados?
5. Que clientela é atendida?
6. Como se dá a interação entre os profissionais?

1.2 A ESCOLHA DE UM CAMINHO PARA CONHECER

"O ato de conhecer, no seu primeiro impulso é uma descoberta de incerteza e de dúvida. Sua raiz é o julgamento desconfiado, seu sucesso, um acesso verificado" (Gaston Bachellar).

1.2.1 A produção de conhecimento:

A pesquisa científica é um modo especial de investigar a realidade. O homem sempre teve curiosidade de conhecer as coisas que o cercam e sempre procurou dar-lhes explicações a fim de buscar sustentação para o seu viver cotidiano, criando o que chamamos de conhecimento.

Sem querer entrar profundamente na questão epistemológica, o método é, em última instância, um caminho que se trilha na investigação da verdade, com vistas a alcançar um fim determinado; é um modo lógico de desenvolver um pensamento, instrumentalizado em técnicas para alcançá-lo.⁸

É porque sempre conhecemos a partir de um determinado ponto de vista que temos que levar em conta a relatividade do conhecimento produzido, a sua não-neutralidade. Afinal, "o explicado vive sempre no não explicado"⁹. O conhecimento é sempre a representação da coisa conhecida e cada época tem sua impressão ou intuição do ser, do objeto, da matéria que se investiga. A interpretação da realidade passa não só pela questão da epistemologia, como pela questão dos valores envolvidos neste processo. Por isso,

"o princípio de interpretação não é mais do que o intérprete (...); a vida da interpretação (...) é crer que não há mais nada do que interpretações".¹⁰

8. Cf. ARANHA, M. L. A. e MARTINS, M. H. P. *Filosofando - Introdução à Filosofia*, SP: Moderna, 1986.

9. BUZZI, A. *Introdução ao Pensar*. Petrópolis: Vozes, 1979. p. 21.

10. FOUCAULT, M. "Nietzsche, Freud e Marx", publ. Anagrama, Porto, 1980, p. 21.

O equívoco decorrente de desconsiderar o papel do intérprete e, portanto, de crer na neutralidade e objetividade do conhecimento produzido tem levado alguns a considerar científicos apenas os conhecimentos produzidos a partir da adoção de determinada forma de conhecer.

Como salienta Foucault,

"No fundo da prática científica existe um discurso que diz: 'nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira está presente aqui e em todo lugar'".¹¹

O que importa salientar é que o cientista nada mais faz do que propor declarações sobre a realidade dentro de determinada metodologia, utilizando-se de uma linguagem rigorosa e de instrumentos mediadores que eliminariam a percepção imediata e subjetiva da realidade em busca de uma descrição mais objetiva e precisa dos fenômenos.

A escolha de uma metodologia de pesquisa é, pois, decisão crucial no trabalho, uma vez que representa uma perspectiva teórica e uma opção filosófica acerca da realidade, dando-lhe sustentação e delineando a finalidade do conhecimento produzido, revelando a identidade existente entre o pesquisador, o seu objeto e a abordagem escolhida.

Como a produção teórica é uma ação humana histórica contextualizada e uma aproximação interpretativa da realidade, cabe ao pesquisador, no processo de sua investigação, investigar-se a si próprio e, ao invés de tentar a neutralidade impossível, buscar explicitar suas concepções.

"o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa uma posição ideológica em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões, etc. são produzidas".¹²

11. FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 113.

12. MYNAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*, SP-RJ, Hucitec-ABRASCO, 1992. p. 221.

Enfim, a escolha da metodologia de pesquisa é polêmica, não havendo consenso entre as diversas concepções de ciência e seus procedimentos. No caso das ciências humanas, como o objeto de estudo é o próprio homem, as implicações consequentes da interação entre o pesquisador e o pesquisado são incontestáveis.

1.2.2 O destino desta pesquisa:

A questão da mudança de tratamentos dispensados ao doente mental no contexto brasileiro atual possibilita diferentes abordagens de investigação, traduzidas nas formas como têm sido compreendidos, elaborados e implementados os projetos assistenciais alternativos às formas asilares, hospitalares e excludentes características do modelo predominante nas políticas da saúde em nossa sociedade.

Os princípios da Reforma Sanitária em vigor - "Saúde como direito de todos e dever do Estado" - fundamentaram-se em um novo posicionamento em relação às necessidades sociais, tais como a universalização da atenção à saúde, a mudança no próprio entendimento sobre doença e saúde e as ações institucionais que respondessem eficazmente a essa demanda.

Promulgados constitucionalmente e, portanto, instituídos socialmente, os princípios que representam, em parte, o produto das lutas e das conquistas políticas realizadas na esfera mais ampla da sociedade, envolvendo vários agentes sociais (partidos políticos, grupos ligados a interesses privatistas, grupos ligados a propostas de transformações sociais mais radicais), orientam as políticas sociais a serem implementadas.

No entanto, tais princípios podem, de instituídos, passar a se configurar como promotores de movimentos instituintes, na medida em que são eleitos como norteadores de práticas político-institucionais pelos agentes institucionais no processo de criação e implantação de novos modelos de atenção à saúde mental.

Embora um modelo institucional seja a expressão de um poder político e, por isso mesmo, revela determinada conformação do Estado, sua efetivação depende muito

concretamente dos acordos que os agentes institucionais, cientistas e políticos fazem entre si. De fato, "quando elaboram projetos tecno-assistenciais, os formuladores de políticas estão produzindo antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daquele".¹³

A análise das inovações no Serviço de Saúde Mental em Campinas no período de 1989 a 1991 exige a verificação do modo como elas foram criadas e difundidas, quais as principais alterações que produziram no processo de trabalho e como foram recebidas e assumidas pelos novos e antigos trabalhadores de saúde da rede.

É preciso sempre considerar que, ao estudar uma dada realidade social através de suas instituições e agentes, as coisas estão sempre em permanente processo de mudança. Portanto, ao isolar um determinado momento histórico para análise, não se pode querer fixá-lo ou absolutizá-lo. Sua delimitação visa permitir o reconhecimento do dinamismo interno e o modo como se relaciona com o contexto social em movimento do qual faz parte. Em outras palavras, a análise busca desvelar o sentido reprimido das representações sociais dos agentes institucionais acerca do seu objeto e técnicas de trabalho, e o modo como se engajam no processo de transformação da assistência ao doente mental.

A hipótese geral deste trabalho é a de que as diferentes interpretações a respeito dos princípios norteadores da Reforma Sanitária, no que concerne à área da Saúde Mental, teriam relações com o modo desses agentes se envolverem e desenvolverem suas práticas sociais e profissionais. Isto é, a disputa de projetos políticos e sociais configuraria o modelo (prático e teórico) predominante das práticas de saúde.

A escolha por investigar a perspectiva interpretativa dos agentes sociais serve justamente para resgatar o momento criador do processo, em que não existem só acordos e perguntas epistemológicas, mas todo um conjunto de interesses e desejos que impregnam as práticas, atividades e projetos político-institucionais cotidianos.

13. MERHY, E. A Saúde Pública como política. São Paulo: Hycitec, 1992, p. 26.

Ao identificar os interesses dos grupos envolvidos na composição de dada política social, é possível compreender as condições reais em que são produzidos os projetos "objetivos e racionalizadores" dos formuladores de política de Saúde, e expor a inexistência da "neutralidade científica" do conhecimento e técnicas subjacentes às práticas institucionais cotidianas.

No entanto, para entender a dimensão e as consequências institucionais das medidas e ações adotadas, não é suficiente a análise puramente formal das estruturas. Mais que isso, é preciso entender as decisões pessoais dos agentes envolvidos, "porque é somente a partir de pessoas concretas, de carne e osso, que a linguagem é falada"; (...) cria-se o mundo humano através da palavra".¹⁴

Esta perspectiva de investigação tem sido ressaltada por vários autores, que reconhecem o poder político dos profissionais de imprimir suas tendências corporativas, ideológicas, de adesão ou não a projetos oficiais, interferindo na construção de propostas alternativas ou sustentando a perspectiva conservadora.

Campos, em seus estudos sobre recursos humanos na saúde, salienta que a investigação do modo como a representação da política prevalece entre os trabalhadores de saúde pode servir de parâmetro para a definição de novos conteúdos dos programas de desenvolvimento de recursos humanos. Tal investigação, pode contribuir para o planejamento estratégico de implementação de uma nova política para a Saúde, principalmente a que se propõe democrática, e que considere os profissionais de saúde agentes políticos, produtores de serviço, militantes de movimentos corporativos, mas também sujeitos que perseguem uma cidadania plena".¹⁵

Acima de tudo, trata-se de compreender em que medida os agentes se sentem sujeitos do processo de mudança e como pensam e agem para implementar mudanças políticas e culturais; trata-se, assim, de identificar que conceitos de saúde e doença têm servido de

14. ALVES, R. In: BRHUNS, H. T. *Conversando sobre o corpo*, Campinas: Papyrus, 1986. p. 36 e 28.

15. CAMPOS, G. W. S. "Recursos Humanos na Saúde": fator de produção e sujeitos sociais no processo de Reforma Sanitária", In: CAMPOS, G. W. S., MERHY, E. E. e NUNES, E. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 49 e 40.

referencial para a prática e que tratamentos têm sido dispensados aos doentes mentais e demais clientela da Saúde Mental.

1.2.3 O caminho escolhido:

A perspectiva adotada neste trabalho é a de um estudo de caso em que se faz uma reflexão acerca dos acontecimentos e das representações sociais, e uma re teorização da Terapia Ocupacional, partindo-se da análise cuidadosa e sistemática dos depoimentos pessoais dos atores envolvidos no processo.¹⁶

Para tanto, consideraram-se dois princípios básicos:

1 - cada indivíduo é portador da cultura e subcultura às quais pertence, sendo delas representativo; e

2 - os modelos culturais, ideológicos e políticos são interiorizados - mesmo se, às vezes, de modo conflitante - pelo indivíduo e podem desempenhar um papel explicativo das práticas sociais.¹⁷

Neste tipo de abordagem, o número de pessoas entrevistadas não se define em função de princípios estatísticos, podendo um pequeno número ser bastante representativo. Trata-se de pesquisa eminentemente qualitativa, com informações obtidas através de entrevistas não-diretivas com certo número de pessoas previamente selecionadas (entrevistas "semi-estruturadas" e "relatos orais"). As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados, e seu direcionamento decorreu de um ponto de partida dado pelo entrevistador e explorado pelos entrevistados sem questionamentos fechados. Quando necessário, o entrevistador, a partir de sua escuta, balizava certas questões.

16. Sempre que necessário, foram utilizadas também outros documentos e depoimentos.

17. MICHELAT, G. "Sobre a utilização de entrevista não-diretiva em sociologia", In: THIOLENT, M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária, São Paulo: Polis, 1987.

Tentou-se identificar, na fala dos atores sociais envolvidos, valores culturais, ideológicos e pressupostos teóricos assumidos que possam ter influenciado no direcionamento do processo de implementação da proposta de transformação na assistência ao doente mental. Procurou-se resgatar a história destas mudanças, vivenciada e relatada em entrevistas individuais por dois grupos de pessoas:

1 - os que participaram previamente da formulação da proposta de ação para a área da Saúde em Campinas, sendo que alguns participariam posteriormente de funções administrativas da Secretaria Municipal de Saúde,

2 - os que a "receberam" e tinham o papel de efetivá-la concretamente junto ao atendimento que prestavam à população.

O objetivo era identificar as relações de entendimento entre os dois grupos, no que tinham de antagônico, consensual ou complementar, e suas implicações para a implementação da proposta. Em outras palavras, investigava-se:

1. Como cada uma das partes entendia ou valorizava as novas mudanças;
2. As identificações ou rejeições, pessoais ou técnicas que estiveram em jogo;
3. O nível de autonomia dos técnicos diante da proposta;
4. As ferramentas técnicas requeridas para sua efetivação.

Tomou-se por referencial o ano de 1989, por ter este marcado o início de uma nova gestão político-administrativa municipal (a do Partido dos Trabalhadores). Não está em questão, no entanto, avaliar uma proposta partidária; ao contrário, o objetivo é verificar as inter-relações entre os atores sociais envolvidos no processo de mudança política daquele momento, na medida em que se configuraram como favorecedoras do processo de criação e de implantação de um novo modelo institucional. Interessa, isto sim, verificar entre as medidas e ações práticas adotadas, quais funcionaram como propulsoras para o processo de mudanças institucionais, quer no nível de suas estruturas hierárquicas, quer no nível dos comportamentos e desempenhos pessoais dos agentes de saúde da rede.

1.2.4 Os instrumentos utilizados:

A entrevista, conduzida ou não de forma não-diretiva, é sempre uma técnica problemática, já que pressupõe uma situação de interação entre dois indivíduos e proporciona determinados tipos de comportamentos, respostas e interpretações, decorrentes de uma situação desigual entre o entrevistador e o entrevistado.

Adotando a concepção de "analisador" formulado por Lapassade, pode-se encarar esta polêmica de modo mais satisfatório. Para o autor, o analisador "é tudo aquilo que favorece a decomposição de uma matéria, acontecimento, realidade, em seus elementos constitutivos". A análise, por outro lado, "é coisa do homem, é trabalho do pensamento". O analisador é um dispositivo intermediário entre o pesquisador e a realidade.¹⁸

Encontram-se "analisadores" em várias áreas do conhecimento (na química, biologia, física e, inclusive, na clínica - como os testes, os brinquedos, a disposição dos móveis, etc -). A idéia básica é a de que eles podem se caracterizar como **elementos desencadeadores** de uma dada situação, que depois será interpretada segundo o olhar teórico em questão.

Assim, a entrevista desempenhou papel de "analisador", provocando não só o relato, mas também um enunciado de uma expressão própria de cada entrevistado em relação ao vivido, proporcionando à pesquisadora diferentes compreensões importantes acerca dos mesmos acontecimentos.¹⁹

As entrevistas realizadas foram direcionadas em torno de 6 tópicos, que se diferenciaram entre os dois grupos apenas pelas funções que os caracterizavam. São eles:

1. Explicitação da proposta para a área de Saúde Mental em Campinas.
2. Histórico das mudanças ocorridas nesta área desde o processo de

municipalização dos serviços de Saúde Mental:

- para os técnicos da Rede, pediu-se o relato das mudanças vividas por eles;

18. LAPASSADE, G. O analisador e o analista, ed. Gedisa, Col. Hombre y Sociedad, Barcelona, Espanha, 1979. p.17

19. Foram realizadas 14 entrevistas, as quais, depois de transcritas, resultaram num total de 376 páginas digitadas.

- para os do nível central, pediu-se o relato do processo de elaboração da proposta.

3. Explicitação sobre a fase em que se fizeram as entrevistas:

- para os técnicos da Rede, pediu-se a descrição dos serviços realizados decorrentes de sua participação na definição e adesão à proposta;

- para os do nível central, pediu-se a descrição do processo de implantação da proposta como um todo.

4. Avaliação do momento e perspectivas futuras.

5. A trajetória de vida do personagem (sob o foco de sua formação teórica e de sua atuação político- institucional e técnica).

6. Posição sobre a atuação de outros profissionais de saúde para essa proposta, em especial sobre o Terapeuta Ocupacional.

1.2.5 Procedimentos de coleta de material e análise

Foram realizadas sete entrevistas com o grupo envolvido nos processos de formulação e administração política da proposta e sete com as equipes ou pessoas diretamente envolvidas no atendimento à população que recorria aos serviços de Saúde Mental. Na época havia 16 equipes.

As entrevistas foram realizadas durante o ano de 1991 e início de 1992, mas se reportaram também a épocas precedentes.

A escolha do primeiro grupo decorreu basicamente de indicações da então administração municipal, como pessoas reconhecidamente envolvidas no processo de formulação da nova proposta para a Saúde Mental e que estiveram comprometidas com os princípios da Reforma Sanitária.

Houve a preocupação de selecionar, dentre os nomes indicados, pelo menos um representante dos grupos ou instituições envolvidas, já que a política de Saúde Mental no município não é realizada apenas com os recursos da Prefeitura Municipal de Campinas.

Assim, no primeiro grupo, havia representantes da então administração municipal da Saúde, tanto da área de Saúde Mental quanto da área de planejamento geral, representantes das duas Universidades locais e representantes de grupos de trabalhadores de Saúde Mental, funcionários municipais.

A escolha do segundo grupo foi feita entre alguns profissionais que já atuavam nas equipes da Rede Pública de Serviços de Saúde, e com alguns novos contratados, considerando que qualquer equipe seria representativa para avaliar o processo de implementação da proposta. Não haveria discriminação entre equipe "nova" ou "velha", já que a proposta era nova para todos.

Das 16 equipes existentes no momento da pesquisa, a escolha foi mais ou menos aleatória; as entrevistadas foram as disponíveis e compatíveis em função dos horários.

Além das entrevistas, o trabalho de análise valeu-se de:

1. textos e documentos produzidos nas comissões de trabalhos e nos Seminários realizados entre os trabalhadores da área naquele período;
2. documentos que subsidiaram a proposta, tais como os produzidos e divulgados na VIII Conferência Nacional de Saúde; e
3. bibliografia específica dos temas e problemas apontados pelos entrevistados, bem como referenciais históricos e teórico metodológicos de pressuposição e posteriormente de análise.

Os textos produzidos em encontros específicos explicitam, de forma mais clara, conteúdos da proposta da nova organização dos serviços de saúde, bem como as discussões de pontos cruciais a respeito de seu entendimento e de sua implantação. Assim, teve-se em mãos algo mais sistematizado das falas dos próprios agentes, o que propiciou o aprofundamento da discussão do projeto.

Muitos dos documentos analisados foram cedidos de arquivos pessoais dos profissionais entrevistados ou indicados, pois não se achavam à disposição, de modo organizado, na Secretaria da Saúde. O fato de não se organizarem e se arquivarem documentos

produzidos em reuniões, encontros e conversas em que efetivamente se produz um conhecimento parece ser a tônica dos nossos serviços assistenciais, o que prejudica o trabalho de resgate da história vivida, que acaba sem registro e se perde.

Assim, pode-se dizer que este trabalho de coleta e organização dos documentos acabou se transformando também num dos objetivos da pesquisa.

CAPÍTULO I
OS CAMINHOS E DESCAMINHOS DA SAÚDE MENTAL

1.1 A SAÚDE MENTAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS

O recorte histórico adotado neste trabalho tem por referência a Reforma Sanitária, que, como movimento social, buscando superar a crise assistencial e paradigmática na área social e da saúde, apontou a necessidade de transformações radicais na esfera do conhecimento e da assistência na área da Saúde Mental. Denunciando os graves problemas sociais e de saúde decorrentes das práticas e políticas precedentes, este movimento colocou novos problemas em questão, gerando outros tantos conflitos no cenário social.

Não interessa aqui a história das políticas de Saúde em tempos precedentes, havendo já vasta bibliografia crítica e elucidativa sobre o assunto que merece referência obrigatória.²⁰

Alguns estudiosos da área alertam que as inovações requeridas para o atual Sistema de Saúde só terão consistência se suas instituições forem renovadas pelos princípios da Reforma Sanitária, transformando-se qualitativamente, a fim de responderem eficientemente às necessidades de saúde da população, o que implicaria uma nova consciência sanitária, uma nova ética profissional, um paradigma científico fundado em uma teoria social da doença, e, finalmente, uma transformação das práticas sanitárias".²¹

O princípio básico e norteador da Reforma - Saúde, direito de todos, dever do Estado - coloca para a área de Saúde Mental a necessidade de uma nova abordagem do problema nas esferas da legislação, administração e, principalmente, do conhecimento e da assistência, requisitando uma nova e clara definição do papel dos profissionais de saúde para a efetivação das mudanças necessárias.

20. Dentre os autores citaremos alguns: DONNANGELO, M. C., *Medicina e sociedade*, ed. Pioneira, S.P., 1975; NUNES, E. D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*, Global ed., 1983; GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, tese de mestrado, S.P., USP, 1979, (mimeo); LAUREL, A. C. 'A Saúde-Doença como Processo Social'. In: *Medicina social ...*, S.P., ed. Global, 1983; MERHY, E. E. *O capitalismo e a Saúde Pública*, S.P., ed. Papyrus, 1985 e muitos outros.

21. TEIXEIRA, S. F. (org.), "Reformas Sanitárias na Itália", p. 231.

Embora a Reforma Sanitária, enquanto consagração de um movimento social, tenha como um dos seus marcos históricos a 8a. Conferência Nacional de Saúde (1986), o 'movimento sanitário' que a engendrou iniciou-se a partir da década de 70.

Naquele período, intensificaram-se as denúncias de fraudes na Previdência, das péssimas condições de vida da maioria da população - o que favorecia as epidemias urbanas - e do alto índice de mortalidade infantil e de morbidade. O modelo político e econômico vigente demonstrava não poder cumprir as promessas de melhoria dessas condições.

A partir dessas denúncias, realizadas pelos grupos mais progressistas de profissionais da saúde, estudantes e cientistas, assim como por entidades religiosas, associações de bairros, sindicatos, etc., consolidou-se o chamado "Movimento Sanitário", organizado principalmente em torno do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Reclamavam-se novas políticas sociais, propondo-se a descentralização do poder nas decisões das políticas de saúde e a transformação e a intensificação da assistência nos serviços públicos. Lutava-se pela democratização das instituições públicas da Saúde e, em última instância, pela redemocratização do país.

No âmbito da Saúde Mental, as críticas eram dirigidas especialmente ao modelo hospitalocêntrico (com alta taxa de uso de psicotrópicos e de cronificação dos doentes), enormemente favorecido nos anos precedentes pela política de financiamento público das empresas privadas de prestação de serviços de saúde, principalmente as hospitalares e farmacêuticas.

Os profissionais da saúde contrapunham ao modelo vigente numa proposta "política de saúde mental centrada nas linhas gerais de integração e racionalização de recursos, regionalização, trabalho voltado à saúde mental nas unidades básicas de saúde, atenção ao nível familiar e escolar, preocupação com as condições de existência do paciente"²².

Sem dúvida, foi a partir daí que se intensificaram novas experiências na assistência à Saúde Mental, com a organização dos profissionais e de pacientes em torno de denúncias

22. CESARINO, A. C. "Uma experiência de Saúde Mental". In: Saúde Loucura, n.1, ed. Hucitec, S.P. 1989, p. 6

contra a discriminação social do doente mental e contra as demissões de profissionais engajados. A falência dos modelos tradicionais levava à reorganização das práticas e de conhecimentos, à implantação de novos modelos assistenciais, à troca de experiências internacionais e regionais, à participação popular na elaboração e encaminhamento de propostas de reformulações legislativas e políticas.

É preciso realçar, no entanto, que as experiências inovadoras na saúde mental resultaram não só do estímulo do movimento de denúncias contra o sistema hospitalocêntrico, mas também das particularidades históricas do período.

Sem querer estabelecer relação causal e mecânica entre a conjuntura econômica da época e os rumos que a psiquiatria brasileira tomou a partir de 1970, Resende chama a atenção para o fato de que, naquele período, ocorria um aquecimento da economia nacional, com escassez de mão-de-obra. Por isso mesmo, não era simples coincidência que se propusesse "manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho". Além disso, a muitos dos críticos do sistema liberal de empresariamento em saúde assumiram posições de destaque na administração do Ministério de Saúde INPS e das Secretarias de Saúde.²³

Até mesmo o Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde passou a denominar-se Divisão Nacional de Saúde Mental, o que refletia alguma mudança em nível dos conceitos e das práticas psiquiátricas e psicológicas a serem implantadas.

No entender de SILVA FILHO,

*"o discurso psiquiátrico surge das cinzas a que estava reduzido o antigo esquema asilar (...) E a psiquiatria social é o véu que esconde a face dos técnicos burocratas instalados no planejamento assistencial. Desse momento em diante, não cessam de surgir as propostas de trabalhos comunitários, de integração de serviços, de racionalização da assistência, de racionalização dos custos."*²⁴

Procurando abordar não mais o tratamento das doenças, mas a promoção da saúde mental, alguns programas foram lançados na perspectiva de comunidades terapêuticas ou de

23. RESENDE, H. "Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica". In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (orgs.) Cidadania e Loucura, ed. Vozes, e ABRASCO, R.J., 1987, p. 63-64.

24. SILVA FILHO, J. F. "O Sistema de Saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil". In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 39(3): 135-146, 1990, p. 141.

modelos preventivo-comunitários, os quais condenavam o macro-hospital, preconizando ênfase no atendimento ambulatorial, utilização do médico generalista, simplificação do cuidado, expansão da cobertura de atendimento, criação de equipes multiprofissionais, regionalização e interiorização dos serviços de saúde.

O termo prevenção passou a ser palavra-chave no debate sobre os modelos de atenção à saúde no período, sendo assumido pelas várias correntes preventivo-comunitária.

Lancetti ²⁵ ressalta, no entanto, que o termo "prevenção" está sujeito a inúmeras interpretações, o que ocasiona confusão nos discursos que o adotam sem as devidas distinções.

No modelo assistencial de Caplan ²⁶, por exemplo, "doença mental" é entendida como desajuste individual ou coletivo aos princípios sociais e valores culturais, e "cura" a melhor adaptação individual ou coletiva aos mesmos princípios. A Comunidade é um conjunto equilibrado de indivíduos que partilham dos mesmos valores sem contradições ou conflitos. A "crise" faz parte do processo de crescimento e amadurecimento, sendo "saúde" o enfrentamento maduro da crise.

A atenção "psi" se transforma em ferramenta necessária para atender à demanda sempre existente, pois 'paciente' é todo aquele que apresenta conflitos com o modo de vida predominante na sociedade.

Outro significado para "prevenção" é encontrado na 'utopia despótica' do alienismo, que pressupõe a vocação de prevenir a sociedade dos desarrazoados. Para esta corrente trata-se de isolar o paciente da comunidade, prevenindo-a de sua ação negativa. Isto demonstra que não existe uma prática única, mas sim várias formas de prevenção, datadas historicamente, que acabam muitas vezes coexistindo num mesmo cenário social, produzindo efeitos ideológicos encobridores da realidade.

É o que diz Lancetti:

"A promiscuidade conceitual do preventivismo gera um objeto primordial que visa à neutralização do conceito de classe social, a

25. LANCETTI, A. "Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental". In: VÁRIOS, "SAÚDELOUCURA, n° 1", ed. Hucitec, SP, 1989.

26. Cf. LANCETTI, idem.

despolitização dos movimentos comunitários, sua intencionalidade e eficácia consiste na captura dos movimentos autogestivos e a produção de sujeitos carenciados".²⁷

Exemplo típico desse movimento é o Plano Integrado de Saúde Mental (PINSAM), proposto em 1977. Para o plano, "o sujeito do tratamento passou a ser a coletividade, ficando o hospital reservado a situações especiais. A psiquiatria não pode permanecer à espera dos casos, a ênfase do atendimento estando centrada na atenção extra-hospitalar".²⁸

De maneira a explicitar as "pulsões" deste movimento, vamos pontuar fatos mais concretos, de modo a exemplificá-los.

Resende identifica o primeiro quinquênio da década de 70 como tendo sido o período de relativa prioridade dada à psiquiatria dentro da política do governo, quando efetivos esforços foram feitos no sentido de controlar as internações, quer para evitá-las, quer para controlar o tempo de permanência dos doentes no hospital.

O autor enumera alguns exemplos de experiências nesse sentido: a instalação de Centrais de Vagas de Internação em Pernambuco; a proibição de internações no Juqueri; a criação de prontos-socorros; o estabelecimento de convênios com as faculdades de medicina, em São Paulo.²⁹

A partir de 1974, o investimento governamental na área da saúde mental começa a declinar. Os anos do 'milagre econômico' deixam um saldo negativo nas condições de vida da população, com perda do poder aquisitivo, aumento de acidentes de trabalho, aumento dos padrões de morbidade e mortalidade infantil e surgimento de epidemia de meningite nas duas maiores cidades do país.

Em 1975, a lei 6229 criou o Sistema Nacional de Saúde, ao qual caberia racionalizar a distribuição dos recursos do setor, mas cuja lógica privatizante em nada alterava o

27. LANCETTI, A. op. cit., p.84.

28. Para uma análise crítica de PINSAM, cf. VERAS, R. P. e GERALDES, P. C., "Reflexões críticas sobre a proposta de prevenção em saúde mental no Brasil", In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, jul/ago 1990, vol. 39, n.40, p.158.

29. REZENDE, H., op. cit., p.65.

modelo básico de produção e organização de serviços que continuava excluindo grandes parcelas da população de seus atendimentos.³⁰

A avaliação feita pelos trabalhadores de Saúde Mental das políticas de Saúde do período ressaltava o caráter injusto do Sistema, visto como provocador de desigualdades sociais; a população, financiadora da assistência, não tinha adequado acesso aos serviços, recebendo atendimento de péssima qualidade, estando alijada de qualquer participação nas decisões políticas.

Em relação ao seu papel social desempenhado no sistema de atenção, os trabalhadores de Saúde Mental faziam a seguinte avaliação:

"se encontram submetidos a uma prática institucional sobre a qual não têm controle, escapando-lhe até mesmo o domínio do seu instrumento, isto é, a Psiquiatria atua por seu intermédio no controle social do trabalhador, substituindo reivindicações como seguro desemprego, por exemplo, agindo fundamentalmente como atenuação de tensões sociais que são cada vez mais "psiquiatrizadas". Por outro lado, encontram-se alijados das decisões sobre suas condições de trabalho, condições salariais, etc".³¹

Durante a década de 70, foi marcante a influência das mudanças provocadas pela Psiquiatria Democrática italiana, pela Antipsiquiatria inglesa e pela Análise Institucional francesa no direcionamento dos movimentos nacionais de Saúde Mental. Basaglia, Castel e Guattari, entre outros, participaram do I Congresso do Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em outubro de 1978.

As críticas e denúncias ao modelo hospitalocêntrico se inscreviam num cenário de crise política evidenciada pelas vitórias do MDB nas eleições parlamentares de 1974 e municipais de 1976.

A crise financeira da Previdência acabou por provocar novas reestruturações de ordem política e administrativa no âmbito governamental. Em 1977, foi implantado o Sistema

30. Cf. Associação Psiquiátrica da Bahia, "Contribuição da A.P.B.", para o I ENCONTRO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL, S.P, 1979, p.4. (mimeo)

31. Idem, p.8

Nacional de Previdência Social (SINPAS), com o objetivo de reorganizar todo o sistema Previdenciário e da Saúde.

O sistema objetivava, entre outras coisas, que as ações de saúde saíssem do âmbito do INAMPS e passassem para o Ministério da Saúde e que o modelo de gestão dos serviços fosse descentralizado e hierarquizado, com ênfase às ações de atenção primária à saúde. Para tanto, criou-se o projeto Prev-Saúde, o qual, no entanto, seria engavetado pela crise político-ideológica institucional e financeira da época.

A preocupação com os gastos excessivos das internações psiquiátricas e o Convênio de cogestão entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde resultaram numa intervenção nos hospitais e asilos, visando sua reformulação técnica e administrativa e o melhor atendimento aos usuários. As modificações envolveram novos grupos de profissionais da área, com contratação de terapeutas ocupacionais, para 'humanizar' os grandes manicômios.

No período de 82 a 85, no âmbito do processo de redemocratização vivido pelo país, abriram-se possibilidades de concretização de propostas pautadas na qualidade da assistência pública contra a mercantilização da doença mental, ao mesmo tempo em que forças contrárias a esse movimento colocavam-lhe vários obstáculos, na perspectiva de fortalecer a rede privada e deteriorar ainda mais os serviços públicos.

A política oficial foi a criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha por objetivo uma reforma administrativa para racionalização de gastos e diminuição das despesas, principalmente com a assistência médica, e a proposição de um novo plano para a saúde, que viesse ao mesmo tempo equacionar o rombo da Previdência e aliviar as tensões e pressões emergentes da sociedade civil.

Nessa direção, foram elaboradas as Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais, em linhas gerais, questionavam o modelo privatizante e propunham a descentralização administrativa dos recursos, orientando para a utilização plena da capacidade dos serviços

públicos, para a hierarquização de níveis de atenção e para a integração entre as instituições de saúde.³²

O plano foi implantado oficialmente em 1983 como forma de concretizar os princípios do CONASP. Pelas AIS, os Estados e Municípios poderiam receber recursos financeiros através de convênios com o INAMPS, mediados pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que era composta pelos Ministérios de Educação e Cultura, da Previdência e da Saúde.

As AIS foram implantadas em muitos municípios do país e representaram um impacto político importante para aquele contexto histórico: época das lutas pela abertura democrática, com eleições para governadores estaduais (1982) e movimento pelas eleições diretas à presidência da República (1984).

Com as AIS, os municípios ampliaram a cobertura assistencial e adotaram os princípios da descentralização da gestão, hierarquização e regionalização dos serviços, dando início a sistematização da Rede Básica de Serviços de Saúde.³³

Insatisfeitos com as medidas que vinham sendo adotadas pelos órgãos oficiais, os trabalhadores da Saúde Mental foram se articulando em torno de um movimento internacional - a *Rede de Alternativas à Psiquiatria* - que propunha reunir as várias experiências alternativas à psiquiatria tradicional, divulgá-las, discuti-las e garantir-lhes continuidade.³⁴

Durante o ano de 1982, vários encontros regionais foram organizando, dando corpo a princípios comuns de lutas na área da Saúde Mental, tanto os mais amplos - como

32. Ver para este tema, além do que já foi posto, TEIXEIRA, S. F. (org.) Reforma sanitária - em busca de uma teoria, Cortez/ABRASCO, S.P., R.J., 1989; LUZ, T. M. "Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de 'transição democrática'- anos 80. In: PHYSIS, revista de Saúde Coletiva, v.1, n.1, 1991, UERJ. R.J.

33. Campinas, que já vinha há algum tempo elaborando uma proposta semelhante para a saúde do município (o Pró-Assistência), numa perspectiva de integração dos serviços oferecidos pela Prefeitura, Estado e as universidades locais - a UNICAMP e a PUCAMP, foi uma das primeiras cidades a assinar o convênio AIS, em 1984.

34. "A Rede surgiu em Bruxelas, em 1975, como resposta a uma necessidade de reunir várias experiências alternativas à Psiquiatria Tradicional, tendo como objetivos iniciais promover a circulação de informações sobre este trabalhos." Seguiram-se vários encontros nos anos subseqüentes em Paris (76), Trieste (77), Quernavaca (78), São Francisco (80) e novamente no México (81) houve o I Encontro Latino Americano. Em abril de 1982, realizou-se o I Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria em São Paulo, reunindo cerca de 300 pessoas. Em Belo Horizonte, no Rio de Janeiro, na Bahia, em Pernambuco e no Rio Grande do Sul, neste mesmo ano também começou-se a articular os trabalhadores de saúde mental em torno da Rede. Esta Rede publicou alguns Boletins informativos que eram organizados e divulgados inicialmente pelo grupo de São Paulo. Boletins n. 1,2,3.

defender os direitos humanos no interior das instituições psiquiátricas e custodiais; impedir a internação e a psiquiatrização dos conflitos sociais, etc - até os mais específicos - como o desenvolvimento de novas metodologias de atuação; reivindicações trabalhistas para o setor; questionamento da formação acadêmica.³⁵

Em final de 1982, foi aprovado o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em que eram assumidas e explicitadas as grandes distorções do setor, conseqüentes da ênfase na hospitalização e do uso abusivo de psicotrópicos.

Este modelo, vale lembrar, estava centrado no saber e procedimento médicos, na psiquiatrização da comunidade e no privilegiamento do setor privado de atenção.

As proposições contidas no Programa seguiam os princípios e diretrizes básicos do Plano CONASP - Reorientação no Âmbito da Previdência Social- e tinham como objetivos básicos descentralizar a atenção psiquiátrica do hospital psiquiátrico, fazer da rede ambulatorial (primária e secundária) o centro da atenção psiquiátrica e promover alternativas aos serviços privados e lucrativos contratados pela Previdência.

Nesta década, podia-se observar grande efervescência na área da Saúde Mental, com várias experiências alternativas, movimentos e encontros de trabalhadores de Saúde Mental. Uma série de normas e portarias foram baixadas no sentido de uma reforma psiquiátrica nacional. Experiência significativa ocorreu no governo Montoro em São Paulo, depois desmantelada pelo próprio PMDB. Na avaliação do psiquiatra Cesarino, que participou diretamente dos movimentos do período em questão, a experiência teria sido positiva no sentido de constatar que "é possível oferecer um serviço de bom padrão a partir do poder público".³⁶

No entanto, o próprio psiquiatra ressalta que para tanto é necessário que haja "decisão política de melhorar esse trabalho, que se traduz em apoio efetivo, verbas, prestígio etc. e presença de pessoal técnico capacitado e ainda não desmotivado e descerebrado pela

35. REDE ALTERNATIVAS À PSIQUIATRIA, Boletim n.1, fevereiro de 1982.

36. CESARINO, A. C. "Uma experiência de Saúde Mental". In: SaúdeLoucura, n.1, Hucitec, S.P., 1989, p.19.

burocracia e pelo autoritarismo"³⁷. A desmontagem do trabalho foi sentida, pelos agentes, como traição:

*"Com a perda das eleições de 1985, sabíamos que havia uma grande ameaça à continuidade do projeto, principalmente porque sua grande infra-estrutura era da prefeitura. Não sabíamos, entretanto, que o grande inimigo haveria de vir do governo do Estado, após a vitória do PMDB."*³⁸

Autocrítica bastante pertinente diz respeito ao fechamento da experiência à participação popular:

*"Possivelmente a ausência da comunidade em nosso projeto, como elemento decisivamente participante, foi o que facilitou sua destruição após as mudanças gerais da política estadual e municipal"*³⁹

Talvez um dos marcos mais importantes da história recente das políticas sociais do país, no que tange à participação democrática na formulação de políticas, tenha sido a 8a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Muito concorrida, com cerca de 4.000 pessoas, teve a participação dos setores mais mobilizados da sociedade, incluindo representantes de sindicatos, associações de bairros, partidos políticos, intelectuais, e representantes das organizações dos profissionais da saúde.

Esta grande mobilização pretendia modificações concretas no sistema de saúde, tendo como lema "Saúde, direito de cidadania, dever do Estado".

A concepção de saúde intrínseca a esse lema é radicalmente nova nas práticas e políticas de saúde do país, caracterizando uma perspectiva social que pressupõe "um conjunto de condições coletivas de existência, {dentre} as quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais, etc."⁴⁰

37. Idem, ibidem.

38. Idem, ibidem, p.28.

39. Idem, ibidem, p.31.

40. LUZ, M. T. "Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática'- anos 70". In *PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, UMS-UERJ & Relume Dumará*, v.1, n.1, 1991, p.88.

Contrapunha-se, assim, à definição tradicional e socialmente dominante de saúde - a ausência de doença ou um estado biológico e abstrato de normalidade, e impõem uma nova lógica de conceber e estruturar o Sistema de Saúde.⁴¹

As questões apontadas para a Reforma Sanitária contribuíram enormemente para o avanço nos debates por uma nova ordem social democrática, numa época prévia à reformulação da Constituição Brasileira.

Defendia-se a universalização da atenção (todo cidadão tem o direito à saúde), abolindo-se a categoria de "indigentes". Os serviços deveriam dar conta de ações complexas e especializadas, não se restringindo à "medicina dos pobres".

Coerentes com os princípios e conceitos assumidos pela Reforma Sanitária, as reformulações estruturais no Sistema de Saúde necessárias exigiriam transformações profundas em todas as políticas sociais, tais como a integração institucional entre as áreas da Saúde, Educação, Habitação, Transporte, e entre as instâncias federais, estaduais e municipais.⁴²

Pela Reforma Sanitária atual, a saúde passa a ser compreendida não mais como um bem-estar abstrato, circunscrito em si mesmo e intrínseco ao corpo individual, mas como indissociável da condição de vida humana digna, implicando a satisfação das necessidades vitais mais gerais do ser humano.

Isto significa extrapolar da concepção puramente médica de saúde, restrita ao corpo biológico individual, para contemplar as demais esferas de necessidades humanas (moradia, proteção, reconhecimento, alimentação, afeto, educação, espiritualidade, etc) e os interesses coletivos que representam a sustentação dessas necessidades (quer na esfera econômica, profissional ou social) como suas dimensões características e não simples condições moduladoras.

41. No Relatório Final da 8a. Conferência, 1986, o termo Reforma Sanitária aparece como sendo "modificações necessárias ao setor saúde que transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira ..[implica uma ampliação do] próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, [e uma revisão] da legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde". p.2.

42. "A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária". Idem, *ibidem*, p.10.

Ter saúde, em síntese, é desfrutar as possibilidades reais de moradia, educação, trabalho, lazer.

Deste modo, pode-se entender como os princípios norteadores da Reforma Sanitária propiciam o questionamento das instituições atuais e de seus preceitos fundadores, como, por exemplo, o caráter paternalista do "Estado do Bem Estar".

A proposta reorientava o tipo de participação e atribuições dos níveis Federais, Estaduais e Municipais em suas instâncias de gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde, preconizando uma nova relação com o setor privado e priorizando o fortalecimento do setor público. Assim, incentivava a unificação interinstitucional dos serviços de saúde e enfatizava a necessidade da participação popular no novo Conselho Nacional de Saúde.⁴³

Ainda se discutia a viabilização das propostas da Reforma Sanitária, no que dizia respeito principalmente aos processos de financiamento e político-administrativos, quando se instalou, em 1987, a Assembléia Nacional Constituinte.

Diante de tantas e tão radicais propostas de mudanças, vários bloqueios e oposições se interpuseram, na tentativa de diluí-las e mesmo rejeitá-las. Através de uma manobra política, permitida pela falta de clareza dos passos a ser seguidos pela descentralização, saiu vencedora a tendência de unificação dos serviços de saúde interinstitucionais na Previdência Social, com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

Com a regulamentação do SUDS, em 1987, as normas e programas em saúde mental seguiram a lógica de descentralização e expansão dos serviços. Incrementaram-se as ações extra-hospitalares, como a abertura de leitos psiquiátricos e enfermarias especializadas em hospitais gerais, hospitais-dia e hospitais-noite, oficina e lares abrigados e núcleos de atenção psicossocial, principalmente na região sudeste.

43. O papel do CNS seria o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do SUS, definindo políticas, orçamento e ações e, finalmente, estabelecer que os recursos da Saúde seriam determinados através da pré-fixação do percentual mínimo sobre as receitas públicas", constituindo os Fundos Únicos de Saúde em nível federal, estadual e municipal". Idem, *ibidem*, p.17 e 19.

Ainda em 1987, foi lançado, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental o lema "Por uma sociedade sem manicômio", como rumo a ser dado ao movimento. Neste Congresso, os trabalhadores de Saúde Mental explicitaram seus princípios no "Manifesto de Bauru":

"Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta anti-manicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se na luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça, e melhores condições de vida".⁴⁴

Para Merhy e Souza, apesar de alguns avanços em direção às propostas contidas na Reforma Sanitária, muitos problemas ainda permaneceram insolúveis e várias questões são focos de polêmica para a transformação do Sistema de Saúde na perspectiva de "saúde: direito de cidadania".

Merhy aponta as questões do modelo tecnológico e assistencial assumido atualmente, no qual ainda prevalece o predomínio tecnológico da ação médica, propondo

"(...) um sistema que associe a lógica tecnológica da epidemiologia à clínica, que assuma a não-neutralidade das ações de saúde, com gestão pública e democrática".⁴⁵

Campos assinala os sérios entraves de viabilização do SUS, cuja implantação foi regulamentada em 1990, como decorrentes dos conflitos entre os papéis e perfis dos administradores em nível federal, estadual e municipal, que, com tendências e perspectivas

44. II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, "Manifesto de Bauru", Bauru, dezembro de 1987.

45. MERHY, E. E. "Brasil pós-64: financiamento dos serviços de saúde". In: CAMPOS, G. W., MERHY, E. E., NUNES, E. D. Planejamento sem norma, S.P., Hucitec, 1989, p.95 e 96.

políticas distintas, preconizam concepções e entendimentos diversos acerca do poder, dificultando sua gestão.⁴⁶

Os recursos humanos, regulamentados por diferentes contratos de trabalhos, salários e atribuições distintas, também são foco de problemas.

O financiamento das ações do SUS ainda não está definido, não se estabelecendo a proporção que cabe às ações mais individuais e às mais coletivas, ou quanto deve ser destinado pela União ou pelos Estados, Municípios, dentre outras indefinições.

Segundo os autores citados, a participação popular no âmbito das decisões dos serviços não tem sido efetiva, o que torna vazia a aspiração democrática contida inicialmente nas proposições da Reforma Sanitária.

Por outro lado, a questão do modelo tecnológico e assistencial ainda é um dos desafios a ser enfrentados, uma vez que sua alteração implica uma consciência sanitária e de saúde por parte dos técnicos, da população e dos administradores contrária à visão medicalizante e privatizante dominante em nossa sociedade.

Merhy adverte que

"A lógica de exclusão, do desrespeito ao paciente, da fragmentação das ações de saúde, predomina nos serviços privados, filantrópicos, federais e também nos municipais, A municipalização por si só não vai alterar a ordem. (...) [do modelo neoliberal] Se não derrotarmos a hegemonia da medicina privada, que se revela inclusive na privatização da coisa pública, a municipalização, bem como o SUDS e o SUS vão se desmoralizar".⁴⁷

Com relação ao movimento antimanicomial na área da Saúde Mental, alguns avanços foram alcançados na esfera do Congresso Nacional. Em 1989, através do projeto lei n.3.657, o deputado Paulo Delgado propôs a extinção progressiva dos manicômios, em resposta à pouca eficácia das reformas intra-hospitalares na resolução dos problemas do doente mental institucionalizados. (Esta lei, até a conclusão deste trabalho, ainda não foi promulgada).

46. CAMPOS, G. W. S. "Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil". In: Saúde em Debate, n.28, março 1990, p.24-27.

47. Idem, ibidem, p.27.

Outro importante foco de luta que tomou corpo no movimento pela transformação da assistência ao doente mental foi a questão da cidadania, que envolve discussões e análises aprofundadas relativas às concepções de sociedade, democracia, homem e mundo e requer a revisão de posições e valorações acerca de nossas práticas diárias.

Lancman, analisando as principais leis que regulamentaram o confinamento dos loucos ao longo da história, destaca suas semelhanças, avanços e retrocessos em relação à compreensão e estigmatização do louco nos diferentes contextos históricos, atentando para o fato de elas não contemplarem a questão dos tratamentos adotados, referendando, desta sorte, os cuidados como coisa de exclusividade médica.⁴⁸

Em relação à capacidade de o doente mental exercer pessoalmente atos da vida civil, encarregando-se dos cuidados de seus bens, a autora observa que "o projeto de Lei Paulo Delgado não modifica a situação; [no entanto], ao "se criar uma Legislação que controla a internação e restringe o poder médico, garantindo os direitos civis e sociais, a cidadania dos doentes mentais volta a ser colocada em questão".⁴⁹

Como se pode perceber, o movimento pela efetivação da Reforma Sanitária extrapola o simples ato jurídico e mostra a existência de uma luta no interior do aparelho estatal no qual a Reforma da atenção ao doente mental vai deixando marcas e ganhando força, criando um 'berço' institucional que permite que a vontade política de transformação possa ser proposta.

48. Lancman estabelece relações entre as leis de 1838 na França, a lei de 1934 no Brasil e o Projeto de lei de Deputado Federal Paulo Delgado de 1989).

49. LANCMAN, S. "A norma psiquiátrica e as leis". In: Revista de Terapia Ocupacional da USP, n.2, v.4, p.164-172, 1991. p.172.

Pinçando fatos relevantes dos Movimentos sociais e das políticas de Saúde no anos 70 e 80

Nos anos 70, o movimento de saúde mental apontava, prioritariamente, como política alternativa para a área ações e medidas institucionais que revertessem o quadro de exclusão social do doente mental, a predominância das internações hospitalares e os maus tratos realizados no seu interior.

Propunha-se, uma assistência pública que permitisse:

- a integração e racionalização dos recursos públicos;
- a regionalização da atenção;
- o trabalho de Saúde Mental nas unidades básicas de Saúde;
- a ênfase no atendimento ambulatorial e nas unidades básicas, com vistas à diminuição da taxa de internação e reinternação;
- a atenção a familiares e escolas; e
- a melhoria das condições de existência dos doentes dentro dos hospitais.

A resposta, no âmbito das políticas oficiais, foi um certo investimento contra os macro-hospitais, tendo havido, em certo contexto, a proibição de internação no Juqueri e a adoção do modelo preventivo-comunitário nas ações de saúde, visando a expansão da cobertura de atendimento através de:

- trabalhos comunitários;
- ênfase no atendimento ambulatorial;
- integração de serviços; e
- racionalização da assistência e de custos, por meio da atenção simplificada de cuidados, equipes multiprofissionais, regionalização e interiorização dos serviços.

Assistiu-se, nesta década, uma certa reforma manicomial, com desospitalização, regionalização da assistência e introdução de novos elementos na equipe multiprofissional. Isso, entretanto, não foi duradouro, observando-se, a partir de meados da década, um

desinvestimento e a volta da predominância do internamento como prática de exclusão ou recolhimento do doente mental nos hospitais psiquiátricos.

Com a adoção do modelo "preventivo-comunitário", ocorreu a expansão de ações 'psiquiatrizantes' da população, concorrendo para o maior controle social, principalmente dos trabalhadores, psicologizando-se questões eminentemente políticas, como a questão do desemprego e de condições adversas no trabalho.

A utilização pelo Estado de fragmentos de um discurso progressista resultou no esvaziamento ou obscurecimento de propostas revolucionárias e no mascaramento ou "modernização" do papel polialesco e normatizador da psiquiatria no campo social.

Na década de 80, as inovações requeridas pelos trabalhadores de saúde mental ligados aos movimentos de criações alternativas à psiquiatria tradicional diziam respeito a:

- defesa dos direitos humanos no interior das instituições asilares;
- impedimento da internação;
- impedimento da psiquiatrização dos conflitos sociais;
- questionamento da formação acadêmica dos profissionais da área;
- desenvolvimento de novas metodologias para dar conta da demanda; e
- reivindicações trabalhistas coerentes com as necessidades do trabalho a ser desenvolvido.

Houve, neste período, uma elaboração mais cuidadosa e detalhada no texto dos programas oficiais. O Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, elaborado pelo CONASP em dezembro de 82, condenava a ênfase à hospitalização, ao uso abusivo de psicofármaco, ao modelo predominantemente médico, à psiquiatrização da comunidade e ao privilegiamento do setor privado de prestação de serviços.

A redução da importância da participação da rede hospitalar no tratamento psiquiátrico foi consequência não só de prerrogativas econômicas intrínsecas na medida, como

a redução de orçamento e a desativação de hospitais, mas também do reposicionamento teórico a respeito de sua lógica preceitual.

Passando a considerar o distúrbio psiquiátrico como um episódio no ciclo natural da saúde e doença do indivíduo, sujeito às influências dos seus relacionamentos intrapessoais e ambientais, recomendava-se que o paciente fosse encarado dentro do contexto familiar e sócio-cultural.

Portanto, propunha-se que a assistência deveria:

- a. ser predominantemente extra-hospitalar,
- b. utilizar vários recursos e técnicas diagnósticas e terapêuticas, valendo-se dos conhecimentos e procedimentos multiprofissionais e
- c. basear-se nas estratégias da Atenção Primária, as quais implicavam:
 - ações regionalizadas - evento psiquiátrico atendido na e com recursos da comunidade;
 - ações integradas - programas concernentes à área na rede básica de serviços de saúde, incluindo os PAMs, do INAMPS e os outros Centros de Saúde Municipais e Estaduais;
 - utilização de outros recursos metodológicos que não os estritamente psiquiátricos (enfermagem, serviço social, psicologia clínica e terapia ocupacional dentre outros);
 - utilização do generalista treinado para atender com resolução casos de emergência e de acompanhamento ambulatorial, com supervisão da equipe técnica;
 - promoção de ações de prevenção e promoção de Saúde Mental; e
 - ações disciplinadoras dos mecanismos de encaminhamentos, para evitar rotulações e tratamentos errôneos.
- d. utilizar recursos e métodos extra-hospitalares, intermediários entre a internação e a atenção ambulatorial, tais como os hospitais-Dia, hospitais-Noite, pré-internações, pensão e oficinas protegidas, priorizando o atendimento aos egressos de hospitais.
- e. realizar internação integral somente quando a sintomatologia fosse associada ao risco para o próprio paciente e/ou a terceiros, e pelo menor tempo possível;

f. realizar a implantação de pequenas unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais.

O que se verificou como resultado dessas medidas foi a expansão da rede de serviços extra-hospitalar, principalmente de ambulatórios especializados, nas grandes cidades e capitais. Houve também a incorporação de atenção à saúde mental nas unidades básicas de saúde, abertura de enfermarias especializadas e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, geralmente universitários, intervenções oficiais punitivas em hospitais com condições subumanas de atendimento. Apesar disso, pouca coisa foi feita com relação à clientela já cronicada e residente em hospitais.

Foi neste período que se iniciaram e se concretizaram as experiências alternativas à internação, tais como Hospital-dia, Hospital-noite, Oficinas abrigadas, Centro e Núcleo de atenção psicossocial. Mesmo que em número reduzido e concentradas principalmente na região sudeste, essas experiências denotam um avanço importante no movimento social, pois ocorreram no interior mesmo das instituições públicas, apontando uma tendência à expansão.

O Movimento de Luta Antimanicomial, presente em muitos espaços sociais, o projeto de Lei de no. 3657 do deputado Paulo Delgado, ainda em processo de análise no Senado, os convênios de cogestão com entidades filantrópicas, como no caso de Campinas, a intervenção política administrativa municipal em hospital privativo, como ocorreu em Santos, são exemplos da mobilização e indignação dos que se opunham às formas discriminatórias e inoperantes para uma transformação real do modo de lidar com a loucura, contidas nas proposições políticas oficiais para a área, e nas representações sociais predominantes.

Os temas problematizados no período, naquilo que compõe a preocupação deste trabalho, e ainda presente atualmente, serão focos de análise posterior, mas podem ser esquematicamente resumidos em:

1. desospitalização, desinstitucionalização, ações regionalizadas, serviços descentralizados;

2. definição dos papéis e a formação do profissional "psi"; a reconstrução de saberes e de subjetividades na prática criativa.

1.2 CAMPINAS E O MOVIMENTO DAS TRANSFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS NA SAÚDE MENTAL

"A luta antimanicomial consiste em atuar como um movimento que modifique as práticas e a cultura psiquiátrica dominante.(...) Para esse objetivo devemos organizar um corpo de idéias que dê sustentação a projetos terapêuticos capazes de resgatar a autonomia dos sujeitos adoecidos: qual alternativa tomar?"⁵⁰

A preocupação de historiar a situação da assistência à saúde em Campinas é a de destacar as marcas deixadas neste cenário pelas organizações e movimentos que ali ocorreram e influenciaram o momento analisado.

Segundo L'ABBATE, a organização da atenção médica em Campinas tem início com os hospitais filantrópicos e privados, já no século passado.⁵¹

A criação destes hospitais estava relacionada a todo um processo de institucionalização da Medicina como ciência normatizadora, traduzida num "novo tipo de racionalidade, integrando um novo tipo de Estado", conforme Machado⁵². Aliado a eles, os serviços públicos de vacinação e saneamento compunham o sistema de Saúde de Campinas.

Localizada a 100 km. da capital do Estado de São Paulo, sua urbanização foi especialmente acelerada devido ao processo de acumulação de capital promovido pela cafeicultura e industrialização crescente, tendo, no final do século XIX, uma população equivalente à da capital.

A partir de 1920, Campinas registrava um novo período de expressivo desenvolvimento, ampliando seu parque industrial, diversificando a produção de sua agricultura e introduzindo novos setores de economia, gerando novos serviços.

50. CAMPOS, F. C. B. 'Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental'. In: Vários, "Psicologia e Saúde - repensando práticas". ed. Hucitec, S.P., 1992, p.63.

51. As informações apresentadas neste capítulo se embasam largamente no trabalho de L'ABBATE, S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas, São Paulo, 1990. (tese de doutorado, Departamento de Sociologia, FFCHL/UPS, cuja riqueza de informações e brilhantes análises foram essenciais para o desenvolvimento do estudo aqui proposto.

52. MACHADO, R. e outros. "Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil". R.J., GRAAL, 1987, p.157.

Dentre estes, destacavam-se os serviços hospitalares. Aos primeiros hospitais, juntaram-se os hospitais especializados, fundados em torno dos anos 20 até os anos 40, como os de psiquiatria - Sanatório Cândido Ferreira e Bierrenbach de Castro -, e os de outras especialidades médicas (pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, maternidade), além de hospitais gerais.

Um novo impulso ao crescimento da cidade ocorreu na década de 50 e início dos anos 60, quando apareceram novos estabelecimentos da indústria metal/mecânica, química, de papelão, borracha, etc., quase todas de capital estrangeiro.

Apesar do grande crescimento populacional (de 100.000 habitantes, em 1950, para pouco mais de 180.000, em 1960), a cidade ainda conseguia manter um padrão razoável de urbanização até o final da década de 60.

Já a partir de 1970, um processo de industrialização pesada e de alta tecnologia se instaurou em Campinas, provocando intenso e desequilibrado crescimento urbano. Apesar de ter trazido uma sofisticação na oferta de serviços para as camadas mais ricas da população, "por outro lado, contribuiu para a deteriorização de vida da grande maioria da população".⁵³

A expansão urbana seguiu um novo padrão de crescimento com a instalação de bairros populares em áreas distantes do centro, sem infra-estruturas, deixando grandes espaços vazios no interior da malha urbana; ao mesmo tempo, ocorria a verticalização da área central da cidade.

Com isso, verificou-se sensível piora do nível de qualidade de vida da população, principalmente a dos moradores dos bairros mais distantes da periferia e das favelas. Aumentou enormemente a carência de moradias, transportes, escolas e equipamentos de saúde, evidenciando a desigualdade dos serviços entre alguns bairros da área central e os da periferia.

Neste panorama se deu o início à expansão significativa do setor público de assistência a saúde, sem, no entanto, uma relação orgânica com o setor privado.

53. L'ABBATE, S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas, São Paulo, 1990. (tese de doutorado, Departamento de Sociologia, FFCHL/UPS, p. 151.

"Em 1977 e 1978 são implantados 16 postos de saúde em bairros da periferia que vêm somar-se aos 8 já existentes - 4 da Secretaria Estadual e 4 da Secretaria Municipal. Os hospitais constituem-se nos primeiros a funcionar como hospitais públicos (como o Hospital Municipal) ou atendendo ao setor público (como os hospitais universitários)".⁵⁴

O setor privado de prestação de serviços de saúde expandiu-se e estruturou-se através das políticas de Saúde e Previdência Social que, a partir de 1967, com a criação do INPS, privilegiaram este setor através de convênios e compra de serviços.

Segundo L'ABBATE, a rede pública municipal de postos de saúde instalada no final dos anos 70 estava baseada na perspectiva da Medicina Comunitária e da participação popular, mostrando-se bastante deficitária em relação aos recursos humanos e materiais para se desenvolver e responder às necessidades de saúde da população. Como não contava, sequer, com serviços públicos hospitalares que lhe desse retaguarda, acabava por prestar um serviço que se convencionou chamar de "medicina de pobre".

Alguns Centros de Saúde da Secretaria Estadual complementavam esta rede, mas funcionando de forma separada dos postos municipais e obedecendo a programação estabelecida em nível estadual para os atendimentos baseados na programação vertical.

Um outro estudo sobre a questão Saúde em Campinas descreve e analisa detalhadamente, desde a perspectiva do movimento social, o processo de implantação dos Postos de Saúde da Prefeitura nos bairros periféricos na década de 70 ⁵⁵. Tal estudo revela os mecanismos internos e imediatos das relações e contradições existentes entre as estruturas institucionais - no caso, a Prefeitura - e o Movimento Social Urbano no momento da implantação da rede municipal de postos de saúde e ressalta a fundamental importância da articulação entre os agentes institucionais e a população na busca de um modelo inovador, que satisfizesse as reais necessidades de saúde e de melhoria da qualidade de vida.

54. Idem, p.157.

55. SMEKE, E. L. M. Saúde e democracia - experiência de gestão popular: um estudo de caso". Tese de doutoramento no Departamento de Med. Prev. e Social da F.C.M., UNICAMP, 1989.

Os agentes institucionais envolvidos mais profundamente com o processo procuravam instituir uma forma de assistência que não reproduzisse a relação de poder para com os usuários e fosse efetiva na redução dos graves problemas de saúde da população.

Estes agentes, que se localizaram primeiramente no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, no início dos anos 70, investiram em ações de promoção da saúde, numa abordagem biopsicossocial que se fundamentava na história natural da doença.

Procuravam instituir atividades "extra-murais" junto às famílias assistidas pelo Centro de Saúde de Paulínia, e projetos comunitários concentrados no LEMC - Laboratório de Educação Médica para a Comunidade - onde se desenvolviam atividades pioneiras de atendimento integrado à saúde da comunidade, caracterizadas por ações de triagem de casos patológicos, implementação de serviços de imunização e de atuações junto a escolares. A idéia era formar o "chamado médico generalista, competente para uma medicina integral". No entanto, o que se verificou, após algum tempo, foi a reprodução das práticas das especialidades médicas, desarticuladas entre si e sem a integração teórico-prática almejada.

Havia a perspectiva de trabalhar no sentido da educação popular que "agregaria profissionais recém formados e estudantes, consolidando um compromisso político junto às categorias excluídas em processo de organização.⁵⁶

Absorvida em parte pela administração municipal de 76, no final de 1978, já havia sido contratada a grande maioria dos médicos para a implantação da rede de postos de saúde na cidade de Campinas, cujo critério passava pelas reivindicações dos moradores organizados e por um processo de entrosamento "pedagógico" entre a Secretaria e a população. Nestas ocasiões, assinalava-se a busca de uma postura de conscientização crítica de saúde, doença, condições de vida, etc, através de reuniões diretas com o próprio secretário, técnicos e o maior número de pessoas da região solicitante. A participação popular organizada era, inclusive, um dos critérios de eleição para a instalação dos Postos.

56. Idem, p.70.

No período de 1977 a 1981, a característica das ações de saúde nos serviços públicos municipais foi marcadamente sublinhada pelo Movimento Popular, que ia se organizando e se estruturando a partir de pessoas e grupos capazes de aglutinação, no sentido de

"interferir de alguma forma nas regras e normas que dão direção aos negócios públicos. Em Campinas, nesse período, assumiram a forma característica dos Movimentos Sociais Urbanos, com nítido caráter reivindicatório, expressando necessidades de habitação, uso de solo, infraestrutura básica, bens de serviço e equipamentos coletivos, com o objetivo de suprir carências de bens de consumo e serviço de determinadas camadas populares habitantes da periferia de Campinas, num acontecer dinâmico, a partir das relações entre várias organizações já instituídas com outras se instituindo, num processo de recomposição intensivo e continuado".⁵⁷

A Assembléia do Povo, organizada pelas Comunidades Eclesiais de Base foi o principal veículo das reivindicações das classes trabalhadoras no período, juntamente com as Sociedades Amigos de Bairro, integravam o Movimento Popular em Campinas, nas mobilizações pelas questões da Saúde.

Foram marcantes na esfera dos serviços e políticas de Saúde em Campinas, no período, os conflitos e contradições intrainstitucionais provocados por um novo jeito de entender e "fazer" saúde.

Apesar das dificuldades expostas pelas disputas no interior da instituição, parte do trabalho em saúde baseava-se em dois eixos fundamentais - compromisso político com a emancipação social e democracia interna - permeados por uma perspectiva "pedagógica", o modelo desejado de intervenção na saúde buscava corresponder à "filosofia de Atenção Primária da Organização Mundial da Saúde".⁵⁸

Tal perspectiva, que determinava a postura do ato político transformado, orientava-se pela negação do modelo preponderante da relação médico/paciente calcado numa relação de poder em que o domínio do saber impõe-se numa relação de exclusão do doente e de sua

57. Idem, p.71.

58. Idem, Carta aberta à população, dos médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, cit. p. 128.

submissão ao processo de decisões e ações do técnico. A nova prática, ao contrário, se configurava no processo de fornecer quantitativa e qualitativamente informações e saberes da esfera médica aos usuários e equipe dos serviços.

Questões reais, como a existência de focos de esquistossomose nos córregos que banhavam bairros periféricos, se transformaram em verdadeiras mobilizações populares, promovendo amplo debate no que dizia respeito ao entendimento das relações entre a doença e as condições específicas de saneamento e, sobretudo, à conscientização das condições de intervenção política por parte da população.

Apesar da grande mobilização popular e do empenho dos agentes de saúde em implementar o novo "jeito de fazer saúde", manobras políticas de caráter repressor, pulverizaram o movimento, com demissão de algumas das principais lideranças, restabelecendo a estrutura hierárquica de poder tradicional.

Cabe ressaltar que mesmo estando a possibilidade de criação de um novo modelo diretamente relacionada à condição de liberdade e ausência de repressão, as marcas do processo analisado ficaram cunhadas nas pessoas que dele participaram, que continuaram acreditando e desejando um novo modo de fazer saúde.

Outro aspecto importante de salientar é que, embora houvesse vários serviços de saúde ligados ao setor público, tanto Municipal como Estadual, e dois hospitais universitários de caráter público, não havia praticamente nenhum nível de integração formal entre eles até 1982.

Nesta época, assumiu a Secretaria Municipal de Saúde um novo secretário. Já tendo tido experiência institucional na rede pública envolvendo cuidados primários à saúde, ele investiu esforços para alterar o panorama da assistência pública à saúde, principalmente na perspectiva da integração dos serviços.

No que concerne especificamente às questões da Saúde Mental, foi a partir de 1982, em torno do Projeto "Pró-Assistência", que se reuniram alguns representantes das instituições locais num grupo de trabalho para elaborar as primeiras propostas para a área, na perspectiva da municipalização dos serviços existentes.

Na época, o serviço público local contava apenas com um ambulatório de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde, um ambulatório municipal e alguns poucos e insuficientes leitos nos hospitais da UNICAMP e da PUCCAMP.

A PUCCAMP, embora sendo uma universidade particular, também se engajou na proposta conjunta da assistência pública do projeto "Pró-Assistência", oferecendo atendimento na clínica de psicologia e no ambulatório de terapia ocupacional e alguns leitos no seu hospital. Mantinha, no entanto, um serviço de caráter docente-assistencial à população, o que não era suficiente para o atendimento à demanda.

Os serviços de terapia ocupacional em Campinas, por sua vez, se introduziram gradativamente a partir da criação do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da PUCCAMP em 1978. A preocupação central do grupo de profissionais responsáveis pelo curso era formar os alunos para a realidade de mercado. Muito influenciado pelo modelo médico de especialidades patológicas, o curso incentivava trabalhos nas áreas das especialidades das clínicas médicas, arriscando-se, no entanto, nas chamadas áreas sociais, tais como os trabalhos em creches, asilos e orfanatos e associando-se à FEAC (Federação Assistencial de Campinas), que tinha atuação assistencial-administrativo com a maioria das entidades assistenciais da cidade.

Somente depois de 82, com a reformulação dos currículos (mínimo e pleno) e com a mudança significativa de seu corpo docente, a perspectiva de formação do terapeuta ocupacional foi substancialmente alterada, oferecendo-se disciplinas na área de filosofia, sociologia, saúde pública, reforçando a formação pessoal do aluno enquanto elemento crucial nos processos terapêutico, social e político das ações de saúde.

Gradativamente, a Terapia Ocupacional passou a se inserir em trabalhos junto aos Postos de Saúde da PUCC, descobrindo e inventando novas possibilidades de atuação, na perspectiva não só de tratamento, mas de promoção de saúde, passando a atuar em locais e com grupos não tradicionais da sua área. Nas escolas, promoviam-se atividades junto a alunos e professores, contribuindo para a reelaboração do programa de Saúde Escolar. Com grupos de vizinhos, cujas necessidades de lazer eram comuns, criavam-se espaços de convivência. Com

grupos de pacientes e seus familiares, realizavam-se atividades para responder à necessidade de atenção para os problemas dos afazeres cotidianos, dificultados por suas deficiências pessoais.

No espaço dos Postos de Saúde, integraram-se a grupos de pacientes e de funcionários, contribuindo para a dinamização e transformação dos atendimentos dados às gestantes, hipertensos e crianças, introduzindo questões e atividades que possibilitassem a compreensão e apreensão do próprio corpo naquela relação específica e contingente com a doença ou estado de cuidado.

Na área da saúde mental, docentes e alunos de Terapia Ocupacional desenvolviam trabalhos no hospital "Cândido Ferreira", no ambulatório estadual "Senador Saraiva" e no ambulatório próprio da PUCCAMP. Outros trabalhos foram desenvolvidos nas enfermarias de pediatria e clínica cirúrgica, junto aos casos que demandavam um tempo grande de internação, no Hospital Celso Pierro da PUCCAMP. No ambulatório próprio eram atendidos os pacientes com comprometimentos físicos para o desempenho de suas atividades diárias, visando a sua restauração física e sua independência nessas atividades.

Desta forma, pode-se dizer que a Terapia Ocupacional nos serviços públicos de saúde em Campinas foi iniciada pelas práticas docente-assistenciais desenvolvidas pelos docentes da PUCCAMP. Todos estes serviços, no entanto, apenas complementavam o que de fato constituía o serviço de atenção aos doentes mentais em Campinas: os hospitais psiquiátricos.

Os atendimentos eram feitos predominantemente pelos hospitais psiquiátricos, particulares os de caráter eminentemente lucrativo, que canalizavam a grande maioria da demanda para uma assistência de internação.

No documento elaborado pelo grupo de trabalho para a elaboração do programa de Saúde Mental para Campinas, junto ao Projeto do "Pró-Assistência", encontram-se as seguintes avaliações e proposições para a área:

"Uma análise sumária da situação da assistência em Saúde Mental, em Campinas, revela diversos vieses. Para começar, não há integração entre os trabalhos das diversas instituições, os fluxos de pacientes não são racionais, não há critérios de regionalização e

hierarquização. Isto conduz a uma situação onde existe, ao mesmo tempo, duplicação de atividades e lacunas importantes. A par disto, a falta de recursos é crônica e os recursos existentes são com frequência mal utilizados. Diante desta situação, a subcomissão de Saúde Mental do Pró-Assistência, após reunião intra e inter-institucionais, elaborou uma proposta de trabalho a partir das seguintes premissas:

1. A atenção em Saúde Mental deve ser integrada ao Sistema Geral de Saúde, tanto quanto possível e em todos os níveis.

2. Deve ser considerada como porta de entrada no Subsistema de Saúde Mental, exceto para casos de emergência, a equipe primária de Saúde.

3. Deve-se dividir o Subsistema de Saúde Mental em níveis de complexidade crescente.

4. Deve-se assegurar que haja um fluxo adequado de pacientes e informações entre estes níveis a começar por mecanismos de referência e contra-referência.

5. A prestação de serviços deve ser regionalizada de modo a haver o mínimo de deslocamentos e burocracia para a população.

6. Deve-se assegurar aos diversos níveis do sistema a terminalidade adequada de modo a serem evitadas internações e outros procedimentos sofisticados e dispendiosos. 7 - O sistema deverá assegurar a continuidade dos tratamentos".⁵⁹

No mesmo período foram baixadas as portarias para se instituírem as AIS (Ações Integradas de Saúde). O projeto tinha muito em comum com o Pró-Assistência desenvolvido em Campinas, o que implicou a agilização da abertura de convênio com a Previdência Social, firmado em 1984.

59. GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO PRÓ-ASSISTÊNCIA, "Documento", Campinas, 1983. Este documento fez parte do Programa de Integração, Hierarquização e Regionalização dos Serviços e Instituições de Saúde no município de Campinas. S.P., subordinado às diretrizes gerais do Programa de Ações Integradas de Saúde, do Ministério de Saúde, Ministério de Prev. e Assist. Social e da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Fazendo uma avaliação do momento final de sua gestão, o secretário de Saúde do município constatou que, embora tivessem sido efetivados alguns investimentos para a melhoria de instalações e equipamentos e de aumento de funcionários nos serviços de saúde, a rede básica de centros de saúde de Campinas ainda não tinha se transformado na "porta de entrada do sistema de saúde do município".⁶⁰

O convênio de municipalização dos serviços de saúde, incluído no projeto SUDS e assinado em 1987 foi, segundo o secretário, um aprofundamento do processo que já vinha sendo desenvolvido no município.⁶¹

A proposta de municipalização dos serviços de saúde, aludida pelos Planos e Programas oficiais, provocou mudanças na área da Saúde Mental em Campinas, mas não alterou significativamente o quadro geral da assistência, tanto no nível da quantidade, quanto da qualidade das ações, que continuavam se realizando prioritariamente através das internações psiquiátricas em hospitais particulares.

O panorama se manteve mais ou menos estável apesar de algumas iniciativas isoladas dentro de alguns serviços públicos (no sentido de melhorar a qualidade da assistência) e das mobilizações da população organizada em torno das questões da saúde (em que se exigia não só a abertura de novos centros de saúde em bairros carentes, como um "projeto de atenção à saúde para as classes trabalhadoras")

Alguns poucos terapeutas ocupacionais foram contratados pela Secretaria Estadual de Saúde para atuar em programas que demandavam maior complexidade de atenção, tal como o de Hanseníase, ou para atuar na Policlínica, cuja proposta era oferecer atenção global aos pacientes e que contava com maior infra-estrutura e com recursos mais complexos, tais como Raio X, laboratórios e equipe multiprofissional.

Ao lado disso, o que se constatava era que, em 1989, o setor privado de assistência à saúde de Campinas crescia, constituindo-se de 18 hospitais, sendo 8 especializados

60. SANTOS, N. R. "Prestação de Contas na Gestão de Saúde de Campinas". In: Revista Saúde em Debate, n.21, junho 1988, pp. 7-9.

61. Idem, Ibidem.

(maternidade, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia e psiquiatria) e 10 gerais. O total de leitos era de 2.017, sendo que 1.139, localizados em 11 hospitais, eram leitos conveniados ao SUDS; os 878 leitos restantes estavam destinados à clientela particular, o que traduzia o efeito da política de subsídios públicos à rede privada de prestação de serviços.

L'Abbate chama a atenção para o fato de que "dos 1.139 leitos contratados através do SUDS, 697 provinham dos hospitais psiquiátricos e apenas 442 pertenciam aos outros 7 hospitais gerais e de outras especialidades, fazendo com que a percentagem de leitos conveniados ao SUDS fosse 80% nos hospitais psiquiátricos e variem de 30 a 60% nos demais".⁶²

Além dos hospitais, houve também grande expansão de consultórios e clínicas particulares ligadas às áreas básicas e especializadas.

Organizado em empresas e cooperativas médicas, o setor privado cresceu significativamente na oferta de assistência. Dados de 1989 indicam que a cooperativa médica de Campinas, a UNIMED, era responsável pelo atendimento de praticamente 30% da população da cidade, mantendo convênio com 770 empresas.

Apesar dos vários esforços para alterar o quadro, este era o contexto em que a equipe escolhida pelo Partido dos Trabalhadores, que elegeu o prefeito de Campinas em 1988, encontrou. A nova administração de Campinas teve, de 1989 a 1991, como secretário da Saúde um médico sanitarista.⁶³

Vale ressaltar que

"embora estivesse assumindo o governo municipal em 1989, o PT vinha desenvolvendo há alguns anos, as linhas gerais de uma proposta para o setor público da saúde. Em Campinas, desde que o Partido iniciou suas atividades, profissionais ligados a várias instituições do setor saúde constituíram um Núcleo de Saúde, no qual se discutiam e se elaboravam propostas relacionadas à área de saúde, não só em relação ao sistema público de saúde, como também quanto à participação do movimento

62. L'ABBATE, op. cit. p.160.

63. Este secretário foi um dos entrevistados deste meu trabalho, cuja entrevista se deu após a crise política-administrativa que culminou na expulsão do prefeito do PT, e na consequente saída deste e de outros elementos da administração municipal.

sindical e do movimento popular na discussão e proposição de projetos para a área".⁶⁴

Mesmo havendo a separação entre as instâncias do Partido e da Administração Municipal, o PT era reconhecidamente o formulador da política da administração e sua meta prioritária era a recuperação, otimização, ampliação e adequação da assistência à saúde pelo setor público municipal.

No Plano Diretor que a Secretaria Municipal apresentou ao Convênio SUDS, em janeiro de 1989, foram colocadas as prioridades para que tais metas fossem alcançadas:

"1. Caminhar para a instalação da rede básica que seja efetivamente porta de entrada do sistema, planejada localmente, conforme a realidade de morbi-mortalidade da sua área de cobertura, e que possa resolutivamente responder aos problemas de saúde presentes nesta área que sejam vulneráveis às ações de saúde das grandes áreas médico-odontológicas, ao nível individual e coletivo, e que comporte todos os insumos que sejam otimizados neste nível, de acordo com seus objetivos.

2. Criar condições objetivas de retaguarda laboratorial, radiológica e de tratamento que sirvam prontamente às necessidades desta rede básica.

3. Viabilizar o pleno uso dos Ambulatórios públicos de especialidades em função do modelo assistencial.

4. Reordenar o Hospital Público Municipal, para que se possa cumprir as efetivas metas na área de urgência/emergência no município.

5. Capacitar e ampliar os recursos humanos de acordo com as necessidades que o novo modelo assistencial exige".⁶⁵

Com a criação de novos serviços e a integração dos serviços estaduais com a rede municipal, a cidade, em 1991, contava com uma rede básica de 38 centros de saúde da Secretaria Municipal e 3 postos de saúde da PUCCAMP.

64. L'ABBATE, S., op. cit., p.278.

65. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS.Plano Diretor do SUDS., Campinas, janeiro, 1989, p.4.

Além destes serviços, a rede de ambulatórios municipalizados constituía-se de 3 Postos de Assistência Médica do INAMPS e dos ambulatórios da UNICAMP e da PUCCAMP. O Ambulatório de Saúde Mental Municipal foi desativado e seus técnicos integrados em outros programas, conforme o novo modelo assistencial. Os leitos hospitalares da rede pública estavam distribuídos entre o Hospital Municipal "Mário Gatti", o Hospital e Maternidade da UNICAMP, o Hospital e Maternidade da PUCCAMP, aos quais, a partir de 1990, somaram-se os do Sanatório "Cândido Ferreira".

A história dos serviços públicos de Saúde Mental em Campinas não se diferenciava muito da dos demais serviços de saúde. Até 1989, sofreram algumas alterações em decorrência das políticas precedentes, mas ainda contavam com poucos recursos e ofereciam baixa cobertura de atenção. A demanda maior era canalizada para os hospitais psiquiátricos privados; a que era atendida pelos dois ambulatórios públicos era "filtrada" pelas especializações das formações técnicas dos profissionais que lá atuavam.

Com a extinção da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, em 1987, e com a proposta de municipalização contida nos programas oficiais, as Secretarias Municipais de Saúde receberam "uma herança que apresenta alto grau de complexidade", conforme texto do "Segundo Documento", elaborado pelo grupo de trabalho de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas:

"Municipalizaram-se os centros estaduais de saúde, ambulatórios de saúde mental, alguns poucos hospitais públicos, raros laboratórios, em Campinas recentemente os PAMs (postos de assistência médica) do INAMPS, mas o grosso do investimento no setor - leia-se rede hospitalar privada conveniada - continua centralizada, não em São Paulo, e sim em Brasília. Assim, a descentralização que se consegue é da rede de menor custo, para a qual o INAMPS aceita o repasse dos pagamentos".⁶⁶

A frágil e controvertida reordenação estrutural nos serviços públicos de saúde demonstra a forma de o Estado manter o controle e a dependência das relações com os níveis

66. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS - Segundo Documento, Saúde Mental. Campinas, 1991, p.6

municipais, reprimindo, através do não repasse de verbas ou das infra-estruturas necessárias para seu bom funcionamento, a criação de novos modelos de atenção.

A rede de serviços na área de saúde mental, no início de 89, era basicamente composta de dois ambulatórios (um próprio da Prefeitura, o outro municipalizado) e por alguns poucos centros de saúde que contavam com profissionais especializados. Nesses ambulatórios, se concentrava um grande número de profissionais, posteriormente deslocados para outros locais.

Ao fundamentar a necessidade de transformação dos serviços de Saúde Mental em Campinas, vários dos entrevistados salientaram a existência de um processo de 'cronificação ambulatorial' da demanda atendida naquele sistema, além da ausência total de atendimentos a psicóticos e alcoolistas, prontamente encaminhados para internação.

Sérias críticas foram feitas a um dos ambulatórios, tanto na perspectiva do modelo assistencial preponderante, como pelas posturas de ordem ética adotadas por alguns profissionais, que desrespeitavam os pacientes e não respondiam eficazmente à demanda específica, cronificando-a num modo doador-receptor de medicação.

Ao mesmo tempo, surgiram muitas queixas relativas ao modo como foi se transformando a atenção ao doente mental, tanto com relação aos deslocamentos espaciais dos técnicos, a desmontagens de trabalhos, como aos questionamentos e incompatibilidades de modelos teóricos assumidos ao longo do processo de mudança.

As divergências de opiniões e de interesses permeavam todos os níveis de funcionários, fazendo com que o movimento de transformação institucional pretendido pela nova equipe administrativa, percorresse um caminho singular no enfrentamento dos conflitos, indicando que a questão da identificação com uma dada proposta institucional equivale a um processo de ressonância pessoal com o novo objeto institucional.

1.3. DESOSPITALIZAÇÃO, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, AÇÕES REGIONALIZADAS

Ao analisar as principais questões colocadas pelos movimentos sociais que influíram nas atuais reformulações da assistência ao doente mental e as respostas obtidas acerca do projeto a ser construído e implantado em Campinas no período estudado, verificamos que 3 imagens principais eram comuns: a desospitalização, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana. Em função disso, passou a ser necessário investigá-las, em sua origem mais ampla, para depois verificar como elas se colocaram singularmente na experiência estudada.

A desospitalização era encarada como um dos princípios centrais que nortearam a proposta, se opondo a ações cronificantes e excludentes dos doentes mentais realizadas tradicionalmente nos hospitais psiquiátricos.

O Hospital Psiquiátrico como uma Instituição Total:

A análise das práticas hospitalares ou asilares como sendo um ato de exclusão e cronificação dos doentes mentais é encontrada em vários autores que se dedicaram a um estudo sociológico dessas instituições, tais como os trabalhos de Erving Goffman, principalmente no livro "Manicômios Prisões e Conventos".

É a partir das análises das relações existentes dentro dessas instituições, que o autor as denomina de "totais". 'Totais', porque o indivíduo que lá permanece convive exclusivamente com as normas e regras daquela instituição, sem qualquer possibilidade de relação com o mundo externo ou de assumir um comportamento mais individualizado que implique uma ordem diferente da estabelecida para todos os internos. Mais especificamente Goffman diz:

"Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participante e lhe dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de 'fechamento'. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais 'fechadas' do que outras. Seu 'fechamento' ou seu caráter total é

simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico _ por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, floresta ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais..." (...) "A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; (...) "Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu."⁶⁷

Dentre as caracterizações das instituições hospitalares ou asilares, apontam-se aquelas que ocorrem com mais frequência nos hospitais psiquiátricos.

A existência de um plano racionalizador para as atividades mais básicas do indivíduo, tais como dormir, comer, brincar e trabalhar, faz com que essas atividades passem a ser executadas num mesmo local e sob uma única autoridade - o Hospital, num mesmo horário para todos e sempre em conjunto com os outros. Deixam de ser necessidades de cada um para ser obrigação, algo planejado supostamente para 'atender os objetivos oficiais da instituição'.

Para que esses objetivos se realizem de uma forma segura, a instituição lança mão de alguns recursos estratégicos, tais como: a vigilância constantes aos internos, a imposição de restrições no relacionamento e no convívio com o pessoal que lá trabalha, estabelecendo uma clara divisão de ambiência social. Tal divisão se reflete tanto no nível das decisões sobre os rumos de suas ações, quanto no nível das restrições de transmissão de informações, principalmente em relação ao diagnóstico e aos planos de tratamento da equipe, favorecendo a distância e o controle dos internos.

O controle irá se manifestar também no rol de outras atividades do paciente, como o trabalho, que, muitas vezes, assumirá o caráter de obrigatoriedade para o 'ajustamento básico' exigido dos internos.

"o tempo integral do interno é colocado à disposição da equipe dirigente; neste caso, o sentido de eu e de posse do internado pode tornar-se alienado em sua capacidade de trabalho".⁶⁸

67. GOFFMAN, E., "Manicômios, Prisões e Conventos", ed. Perspectiva, S. P., 1974, p.16 e 20.

68. Idem, Ibidem, p.21.

Hospitais: locais de doentes e de tratamentos. O Tratamento Moral.

As instituições hospitalares de atenção ao doente mental, constituem um modelo tecnológico de assistência, formalizado a partir daquilo que é chamado de Tratamento Moral, em finais do séc. XVIII com Pinel.

Este tipo de abordagem, embora criticada e abandonada posteriormente, tem sido retomada e aprimorada de tempos em tempos e em diferentes lugares.

Partindo da pressuposição de que o louco era portador de uma desordem racional interna que o levava a se comportar de forma alienada do restante da sociedade, passou-se a encará-lo como um doente. Da mesma forma que os demais doentes, sua constituição, organismo e funcionamento deveriam ser conhecidos para ser tratados.

O tratamento proposto era proporcionar os meios para o surgimento de uma nova ordem racional interna. Para tanto o hospital deveria deixar de ser somente um abrigo, para cumprir o papel de reorganizador dos indivíduos, e sua estruturação, organização e funcionamento passaram a ser um dos meios essenciais do processo de tratamento.

O trabalho dos doentes era considerado o principal meio de cura, pois nesta perspectiva,

"Trabalho significa coordenação dos atos, atenção, obediência a um encadeamento de fases da produção que permitirá chegar ao produto; significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, da submissão a uma seqüência coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento".⁶⁹

A abordagem da doença mental como uma desordem racional interna do indivíduo e seu tratamento através do trabalho encontra fundamento nos princípios filosóficos do Racionalismo - corrente de pensamento que considera o homem como tendo uma natureza

69. MACHADO, R. "Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil". R.J., ed. Graal, 1978, p.441.

humana racional, capaz de conhecer e dominar a natureza através do uso adequado desta capacidade. Através da utilização da racionalidade influenciada pelas atividades laborativas que lhe dariam ordenação e desenvolvimento, o Tratamento Moral proporcionaria ao sujeito comportamento adequado ao convívio social.

O método se adequava coerentemente à concepção do 'novo homem' aclamada pelos pensamentos racionalista e empirista predominantes na época da revolução burguesa. Enfatizava a tese da primazia da mente humana (razão) enquanto ponto central de equilíbrio e desequilíbrio social e suas técnicas terapêuticas - estivessem centradas nas atividades humanas, de uma maneira geral, ou no trabalho, em particular - se propunham a um acompanhamento e à constatação empírica de seus efeitos na mente do paciente.

Além dessa motivação de natureza mais epistemológica, o tratamento moral encontrava ainda outra motivação ou respaldo, de cunho eminentemente social.

O modelo correspondia às necessidades trazidas pela questão populacional em virtude da nova organização econômica e política do capitalismo. A aptidão para o trabalho não significava critério de normalidade ou patologia em sociedades não industriais.⁷⁰

No período de transição para o capitalismo a participação potencial das práticas de saúde se dirigia primordialmente para a questão das dimensões da população. Isso se referia à

"importância da população como força produtiva potencial, o que, nas condições de época, assume o caráter da força política estatal"(...) "O crescimento da população proletarizada não decorreu de técnicas de fomento da fertilidade ou de controle da natalidade que tivessem sido bem sucedidas, mas sobretudo da 'libertação' para o mercado de trabalho da população camponesa e dos pequenos proprietários expropriados"(...) "Não obstante, a partir desta questão, constituiu-se um saber e desenvolveram-se técnicas".⁷¹

70. RESENDE, H. "Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica". In: VÁRIOS, "Cidadania e Loucura", Petrópolis, ed. Vozes e ABRASCO, 1987, p.15-73.

71. GONÇALVES, R. B. "Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de saúde de São Paulo". Tese de Doutorado, FCM USP, 1987, p.91.

A aptidão para o trabalho, na nova ordem das coisas, não comportava mais as diferenças individuais, o ritmo de cada um, a expressão do trabalhador na tarefa ou obra realizada, produto de um processo de trabalho integral.

Na divisão social do trabalho, o lema 'trabalha-se para viver' foi invertido para 'vive-se para trabalhar'. Impôs-se uma racionalização das tarefas e uma nova disciplina. O tempo e a liberdade se impunham de forma nova. O trabalho passou a ser regido por um sistema de vigilância e controle acirrado, estando voltado para a produção. A necessidade de mão-de-obra para indústria fez com que se recrutasse o maior número de pessoas, fazendo-se sentir, em todos os momentos, a repressão aos mendigos e vadios. Estes, quando não recrutados para o trabalho, eram presos ou asilados, devido ao aumento da complexidade urbana que recebia um contingente cada vez maior de pessoas.

Assim, os asilos psiquiátricos acabaram alargando seu âmbito de ação e acumulando funções sociais - nem sempre explícitas - de abrigo, exclusão e normatização social. Pela ação classificatória de seu saber, desempenharam a função de 'padronização de normalidade' estendível a toda sociedade, e adotaram, a partir daí, ações restauradoras, caracterizando seu papel 'curativo'.

Uma outra leitura das realizações de Pinel:

Há quem avalie de forma distinta e positivamente todo o movimento alienista de Pinel e seu discípulo, Esquirol.⁷²

Reconhecendo que Pinel realizou uma ruptura no campo das idéias em relação à loucura e a seu tratamento em sua época.

72. Cf. CAVALCANTI, M. T. "O Tear das Cinzas: um estudo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica". Dissertação de mestrado, UFRJ, 1992.

Partindo do princípio de que havia uma razão a ser restabelecida no alienado, Pinel considerava de suma importância a atuação do médico. O médico deveria ser um exemplo de retidão e justiça, e, através da relação intermediada pela razão, levaria o alienado à cura.

Esquirol levou a proposta de Pinel às instituições, promovendo o hospital a um "instrumento de cura nas mãos de um médico hábil". Entendia que era necessário cuidar também do asilo, pois sem esses cuidados as curas seriam muito mais difíceis. Também chamava a atenção para a necessidade de visitas constantes aos doentes, e de uma convivência mais próxima nos seus afazeres diários inclusive.

Valorizava a arquitetura do asilo, que deveria ser a mais próxima de uma vila ou cidade, com ruas, parques e lugares próprios para que os alienados pudessem realizar os exercícios tão necessários ao seu estado.

Justificando a liberdade através de exemplos de inúmeros casos em que a contenção e reclusão dos doentes lhe eram prejudiciais, e que se acalmavam tão logo soltos. A escolha individualizada de atividades para o doente era ressaltada como algo a ser cuidadosamente prescrita.

Concordava com Pinel quanto aos benefícios do isolamento para o alienado, mas tomava-o como regra para todos. Para ele, deveria ficar isolado apenas quem apresentasse as seguintes necessidades e condições: 1- Por sua segurança, pela sua família e pela ordem pública; 2- Ação das causas exteriores que produziram e manteriam o delírio; 3- Para vencer sua resistência contra os meios curativos; 4- Para lhes submeter a um regime apropriado a seu estado; 5- Para lhes fazer retornar seus hábitos intelectuais e morais.⁷³

As questões tratadas pelos alienistas parecem ainda atuais, sendo temas de discussões e reflexões nos meios dos trabalhadores de saúde mental.

Para as análises de alguns autores que encontram uma importante contribuição de Pinel no campo das idéias, esta abordagem possibilita a perspectiva de tratamento e curabilidade da alienação mental.

73. ESQUIROL, E. "Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médic-legal". New York: Arno Press, 1976, p.774.

*"A idéia de que há algo a ser feito. Existe um meio de ação, que passa pela relação com o alienado, na qual encontra-se sempre o jogo de possibilidade de uma saída para fora da loucura, mesmo que isso nem sempre se realiza. O alienado não se encontra totalmente mergulhado em sua alienação, donde a importância de ganhar sua confiança, pois qualquer tratamento para a alienação depende de uma mediação que é o próprio alienado."*⁷⁴

Apesar dessas avaliações positivas, constata-se, ao longo da história, que esse modelo se estendeu para além dos alienados, acarretando um abuso de enquadramento classificatório a todos os que incomodavam determinada qualidade de ordem social.

A mudança de perspectiva: buscando o respaldo nas ciências.

O abandono do Tratamento Moral como modelo psiquiátrico hegemônico no final do séc. XIX foi resultado dos vários processos de mudanças por que passava a sociedade e dos modos como se deveria proceder na construção do conhecimento. A primazia do positivismo na filosofia e nas ciências ofereceu a oportunidade para que os princípios daquele modelo fossem rechaçados como não verdadeiros porque 'não científicos'. Os asilos nem sempre funcionavam como ambiente familiar e ordenado, como se pregava, os hospitais apresentavam superpovoados, com doentes abandonados à própria sorte.

Uma das críticas ao modelo dizia respeito à necessidade do internamento como uma condição essencial do tratamento. Em contrapartida, propunham-se formas alternativas de assistência fora dos hospitais - em locais mais próximos e familiares ao doente - como mais positivo para seu restabelecimento, uma vez que evitariam a estranheza das pessoas para com seus distúrbios de inteligência e comportamentos.

Outras críticas dirigidas às explicações mesmas da doença mental resultaram em novas tecnologia de tratamentos (as correntes organicistas, behavioristas, etc).

74. CAVALCANTI, M. T. "O Tear das Cinzas: um estudo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica". R.J., Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1992, p.92.

A desmistificação de todas as estruturas asilares foi realizada por Freud, que passou a explicar a loucura para além da aparência do comportamento através dos processos do inconsciente. Tomando o significado do simbólico como fundamento de suas explicações sobre o inconsciente e a loucura, o fator essencial e central passou a ser a expressão e a compreensão de sua manifestação.

A partir daí, não fazia mais sentido ensinar uma nova seqüência de ações ou disciplina, mas sim desvelar os sentidos inconscientes e simbólicos de cada paciente, numa relação específica e individualizada entre o médico e o paciente.

Com isso, segundo Foucault, Freud acabou por estabelecer uma nova relação de autoridade médica:

*"uma retirada para fora do espaço do asilo a fim de apagar os efeitos paradoxais do sobre-poder psiquiátrico(..) também {significou a} reconstituição do poder médico, produtor de verdade, num espaço preparado para que esta produção permaneça sempre adequada ao poder."*⁷⁵

No entanto, a retomada de alguns pressupostos teóricos do Tratamento Moral e de seus procedimentos terapêuticos tem estruturado outras formas e espaços de assistência e tratamento.

Modelos como os implantados por Meyer no Estados Unidos, ou por H. Simon na Alemanha no final do séc. XIX, são exemplos desta retomada. Seus esforços eram investidos prioritariamente na atenção às ações laborativas dos doentes e nas relações intra-institucionais, mas utilizavam-se do hospital como recurso essencial do tratamento.

Mesmo algumas experiências mais recentes, como a Psiquiatria de Setor na França, nome dado à Reforma Psiquiátrica ocorrida no pós-guerra e oficializada em 1960, são consideradas por alguns autores como trazendo alguns dos pressupostos do Tratamento Moral.

A Reforma Psiquiátrica de Setor se difere dos demais por tentar prioritariamente o deslocamento da assistência hospitalar para uma atenção descentralizada, criando serviços

75. FOUCAULT, M. 'A Casa dos Loucos'. In: "Microfísica do Poder". ed.Graal, R.J., 4a. edição, 1984, p.125.

localizados em diferentes locais da cidade, mais próximos da casa e da vida do doente. O hospital deveria ser utilizado somente para os casos em que não fosse possível outro tipo de atenção, cuidando-se para que o doente não ficasse internado por muito tempo.

A Psiquiatria de Setor é "herdeira" do alienismo por considerar o fato psíquico como doença e como exclusivo do indivíduo, construindo uma assistência baseada nos conhecimentos e procedimentos médicos.

Estas diversificações de práticas e de modelos assistenciais em relação ao doente mental revelam a polêmica conceitual que persiste ainda hoje a respeito do que venha a ser a loucura, doença, cura e tratamento, bem como as adequações destas concepções aos interesses dominantes numa dada organização social.

Contestando o mito da neutralidade do conhecimento e das ações curativas.

O modo de, ainda, se conceber as instituições psiquiátricas como um espaço privilegiado de tratamento e politicamente neutro é criticado veementemente por aqueles que se preocupam com os sofrimentos e preconceitos causados por este tipo de abordagem.

"O papel das instituições psiquiátricas (...) transcende o de tratamento da doença mental, segundo o modelo médico-curativo com o qual ela tradicionalmente se identifica. (...) os asilos mantêm esta aparência e cumprem em parte essa função, como forma de legitimar a sua existência. Para isto eles se revestem de um aparato médico-assistencial, contratando técnicos em número insuficiente e investindo em programas humanizadores paliativos por vezes fadados a não dar certo e que terminam colaborando para manter e mascarar esta situação".⁷⁶

As críticas apontam que o advento dos hospitais psiquiátricos não foi suficiente nem eficaz para resolver o problema do doente mental, cumprindo muito mais a função de excluí-los

76. LANCMAN, S. "O Dilema do Uso de Atividades Terapêuticas nos Hospitais Psiquiátricos Brasileiros". In: "Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar", p.28.

do meio social, mesmo que prestando assistência de caráter 'humanista', do que a de curá-los e promover a sua reinserção social.

A internação prolongada dos doentes é uma prática mantida há muito tempo, provocando sua cronificação. Mesmo com a adoção de outros princípios teóricos que resultaram em outras técnicas psiquiátricas de tratamento, como a perspectiva organicistas e fisiológica das doenças mentais e o uso de psicofármacos, o resultado ainda é o mesmo: pacientes cronificados que não retornam à vida social.

*"Os saberes e práticas acumulados ao longo dos anos, apesar de pressuporem diferentes concepções nosológicas e além de proporem formas de intervenção diversa, passam a conviver e dividir os mesmos espaços institucionais. Essa convivência poderia aparentar uma incompatibilidade que, no entanto não ocorre, mas o que há é uma somatória de propósitos. O caráter médico dos psicofármacos e sua intenção de influir na sintomatologia psíquica, no delírio, não está desvinculado do seu caráter repressivo e normatizador. Ou seja, o processo de utilização dos psicofármacos não só não se opõe ao tratamento moral como o completa e o reforça."*⁷⁷

É em função disso tudo que a questão da desospitalização do doente mental tem sido levada como bandeira de luta de vários movimentos sociais, que acabaram por responder com modelos alternativos de assistência.

Os passos da desospitalização e da desinstitucionalização:

Algumas das experiências, por terem sido referidas pelos atores institucionais entrevistados como influenciadoras dos projetos que se propunham a realizar na assistência municipal de Campinas, serão aqui brevemente localizadas.

As experiências francesas foram trazidas pelos atores como referência para a estruturação de serviços descentralizados e regionalizados municipal - como a "Psiquiatria de

77. Idem, Ibidem, p.29.

Setor" - e outras, como inspiradoras para a alteração das práticas cronificadoras, repressivas e excludentes, como as das "análises institucionais". Desenvolvidas principalmente na Clínica La Borde, elas se constituíam em técnicas específicas baseadas em conceitos e recursos psicanalíticos para transformações das relações intra-institucionais.

As estruturas e implantação dos setores na França ocorreram basicamente a partir de três formas:

1. em locais onde já havia hospital psiquiátrico e onde a implantação se deu do hospital em direção à cidade;
2. onde não havia hospital psiquiátrico e foram feitas pesquisas sobre as necessidades da população a fim de se decidir que estruturas deveriam ser organizadas; e
3. onde os setores se estabeleceram a partir de hospitais gerais aliados a estruturas intermediárias.⁷⁸

Pretendia-se fundamentalmente a subversão do fenômeno asilar.

Para os defensores da Psiquiatria de Setor, a experiência possibilitou a criação e o estabelecimento de práticas que se dirigiam à prevenção das doenças mentais, reintroduzindo a questão da loucura no espaço social, bem como a rediscussão e o reposicionamento dos papéis dos terapeutas.

No entanto, as críticas a essa experiência apontam para as confusões que se estabeleceram entre os diferentes conceitos e práticas, ao se subestimar as diferenças reais entre elas: comunidade terapêutica e psiquiatria comunitária; reformas das estruturas hospitalares e 'psiquiatria de extensão'; assistência e prevenção; e papel do terapeuta e papel do conselheiro.⁷⁹

Outra experiência - imagem - também referida pelos entrevistados foi a do movimento da 'antipsiquiatria'.

78. Cf. CAVALCANTI, M. T., op. cit., p.104.

79. idem, ibidem, p.105.

Há quem considere que não se pode falar de uma antipsiquiatria, mas das antipsiquiatrias que se desenvolveram na história da psiquiatria moderna. Elas se identificariam pelo questionamento ao poder do médico sobre o doente. O que foi questionado

*"(...) é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder."*⁸⁰

A instituição psiquiátrica, enquanto representativa e efetivadora da relação de poder, foi o cerne da luta antipsiquiátrica, que se manifestava e se organizava de diferentes modos.

A importância da antipsiquiatria é reafirmada pelos que pretendem romper com o círculo de poder que entremeia as instituições psiquiátricas e o saber médico, que em troca, pretende dar ao indivíduo o direito de realizar a sua loucura, levando-a até o fim.

Pretendendo libertar o indivíduo de um diagnóstico e de uma sintomatologia que o inscreva no rol dos doentes e anormais, a antipsiquiatria experimentou formas alternativas de atuações, tais como as comunidades terapêuticas e outros tipos de contratos terapêuticos em que se procurava a transformação das relações pessoais e institucionais.

Para Guattari, o movimento foi muito mais "um fenômeno literário" do que uma proposta de modelo assistencial. As antipsiquiatrias de Laing e Cooper, na Inglaterra, e de Basaglia, na Itália, teriam servido muito mais como denúncia, via meios de comunicação de massa, das ações repressivas da psiquiatria na sociedade.

*"A descoberta da articulação da repressão psiquiátrica com as outras formas de repressão foi, a meu ver, um fenômeno decisivo, cujas consequências estamos ainda por avaliar. No entanto, esta tomada de consciência foi, por sua vez, parcialmente por certas correntes psicanalíticas, para as quais não custava nada dizer que a psiquiatria era uma infâmia. subentenda-se: nós, com nosso divãzinho, curamos o mundo sem tocá-lo e sem fazer mal a ninguém."*⁸¹

80. FOUCAULT, M., op.cit., p.123 - 124.

81. GUATTARI, F. 'Antipsiquiatria e Antipsicanálise'. In: "Revolução Molecular: pulsação políticas do desejo". S.P., ed. Brasiliense, 1987, 3a. ed., p.129.

Comentários e apreciações à parte, interessa salientar que os movimentos contemporâneos de transformação da assistência psiquiátrica, do mundo ocidental coadunam-se, de certa forma, com os movimentos de desinstitucionalização, mas imprimem em seus processos, as tonalidades das forças e movimentos sociais predominantes em cada contexto.

A mesma palavra de ordem - desinstitucionalização - assumiu características diferenciadas que resultaram em políticas sociais diferentes nas várias experiências levadas a cabo durante as reformas psiquiátricas ocorridas nos Estados Unidos e Europa no pós-guerra, por exemplo.

Num sentido mais 'reformista', o termo era entendido como modernização dos serviços psiquiátricos. Num sentido mais 'radical', passou a ser utilizado por técnicos e políticos que se empenhavam pela abolição de todas as instituições de controle social: para os administradores, o termo significava, sobretudo, um programa de racionalização de recursos financeiros e administrativos, visando a redução do número de leitos hospitalares e de gastos públicos.

A experiência dos Estados Unidos, por exemplo, encaminhou-se prioritariamente para a desospitalização dos doentes como forma de redução de custos. A partir de então, o incentivo maior foi dado à implantação de uma rede de Centros Comunitários de Saúde Mental, numa perspectiva preventivista de atenção, de modo a evitar a internação. Nestes centros, o que se observava era a divisão social dos trabalhos médicos entre as equipes multiprofissionais, reproduzindo, em grande medida, a cronificação dos doentes e os tratamentos desenvolvidos nos hospitais.

Com relação aos doentes já cronificados, a desospitalização significou o abandono dos pacientes que, sem opções de recursos assistenciais, acabaram morrendo ou vivendo perambulando pelas ruas dos grandes centros urbanos.

Outra experiência referida pelos atores entrevistados é a da Reforma Psiquiátrica Italiana, liderada por Basaglia, Rotelli e outros - a Psiquiatria Democrática Italiana. Tal

experiência vem se desenvolvendo até nossos dias e caracteriza-se por ser uma experiência mais radical, na direção oposta às demais.

Sua grande diferença está no fato de que não se procura uma solução pronta e idealizada tecnicamente, mas partir para um processo de desconstrução de modelos e valores cristalizados socialmente. Sua crítica visa atingir o modo cartesiano-racionalista de organizar a vida social, procurando descartar inclusive, o paradigma de doença mental que vem se construindo desde Pinel.

O objetivo da Reforma Italiana é 'desinstitucionalizar' a doença mental; ou seja,

"desmontar todos os aparatos que a sustentam, começando pelo paradigma racionalista 'problema-solução'. (...) 'A crítica atinge as bases epistemológicas da psiquiatria tradicional e questiona a própria neutralidade da ciência em geral.'"⁸²

Nesta perspectiva, visa-se a 'desmontagem de aparatos externos e internalizados'. Todas as instâncias sociais voltadas para a exclusão da loucura, sua disciplinarização e controle - legislações, hospitais e tratamentos cronicantes, e a representação social da loucura, internalizada em cada um, como algo a ser punido, extirpado, isolado, são objetos de desmontagem.

Segundo os defensores da Psiquiatria Democrática, o fato de existir um hospital psiquiátrico já é ameaça para os que pensam em 'sair da linha'. A desconstrução do hospital representa algo diferente do que sua simples substituição por outro serviço de menor porte.

A concepção de 'ação terapêutica' também é criticada e recriada, no enfrentamento cotidiano e singular dos problemas e na construção dinâmica de novas e indiretas estratégias de tratamento. Nesta abordagem procura-se não se fixar os modelos de atendimento desenvolvidos a fim de se evitar novamente a sua cristalização e a cronificação dos doentes e dos serviços.

82. KINOSHITA, R. T. 'Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana'. In: VÁRIOS, "Saúde Mental e Cidadania". ed Mandacaru e Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, S.P., 1987, p.78-79.

Nas alternativas de atenção ao ser que sofre duplamente - o sofrimento psíquico e a discriminação social - busca-se constituir serviços que atuem como provocadores de mudanças sociais.

"Transforma-se os modos pelos quais são tratadas as pessoas para transformar o seu sofrimento."⁸³

Retomando alguns pontos relevantes para a análise:

O Movimento Sanitário da década de 70 e 80, a Luta Antimanicomial, a criação da Rede Alternativa à Psiquiatria, os movimentos de desospitalização e de desinstitucionalização da doença mental, bem como os movimentos populares que ocorreram em Campinas na década de 70, etc., impulsionaram e delinearão a direção da Reforma Sanitária atual, especialmente com relação à atenção à Saúde Mental.

Destes movimentos, pode-se identificar suas marcas deixadas no processo aqui analisado.

A tônica principal da maioria das propostas alternativas para a Saúde era reparar as grandes distorções e desperdícios de recursos públicos do setor, buscando uma nova ordem racionalizadora para uso dos recursos e dos serviços públicos, propondo-se a uma maior resolubilidade das ações de saúde face às reais necessidades da população.

No dizer dos que queriam uma mudança concreta nas políticas sociais, estas deveriam assegurar a cidadania plena e o direito à saúde, visto como dever do Estado.

Era necessário reestruturar a assistência pública e privada, de modo a não se sobrepor serviços nem recursos, objetivando maior eficiência e abrangência dos serviços assistenciais, bem como uma efetiva economia de despesas. Tratava-se de moralizar os serviços públicos e privados, fiscalizando e reorientando as práticas assistenciais da Saúde numa perspectiva de maior qualidade.

83. Idem, *Ibidem*, p.79.

Vários grupos de pessoas ligadas às ações de saúde localizadas em prefeituras, em secretarias estaduais e coordenadorias de saúde mental, e também nas universidades, se envolveram no projeto de construção de modelos assistenciais alternativos, colaborando para a montagem de um novo Sistema de Saúde. Algumas universidades, fazendo-se representar não só pelas atividades assistenciais próprias que pudessem compor o sistema, mas também como espaço privilegiado de pesquisa e produção de conhecimentos, em muitos casos, tiveram papel relevante no processo.

As proposições de reformas para a Saúde Mental figuravam no bojo da Reforma Sanitária como alternativas ao modo como a área vinha se organizando. Deficiente e sem capacidade de resolver os problemas que deveria atender, carecia, como as outras áreas de saúde, de uma transformação em sua forma de funcionamento. Para tanto, dever-se-ia embasar o novo rumo da Saúde Mental na concepção de saúde proposta pela Reforma, a saber, a melhor qualidade de vida.

No entanto, esse era um processo em nível nacional, e que não está concluído ainda hoje, enfrentando várias oposições e resistências, tanto no âmbito interno como externo aos serviços de assistência. Como salienta LUZ,

"Os interesses contraditórios, enraizados no solo político brasileiro, se manifestam com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica destas políticas. As proposições de uma mudança estrutural através de uma reforma sanitária, por exemplo, têm sido impedidas por obstruções, boicotes, desentendimentos e distorções colocadas por tais interesses, internos e externos às instituições de saúde. Isso dificulta que, para além dos discursos e das normas, a prática institucional experimente transformações consistentes".⁸⁴

Assim é que determinados modelos ou projetos de reformas na Saúde puderam se concretizar com maior ou menor sucesso, em regiões onde os seus agentes enunciadores conseguiram se aliar a grupos e às forças políticas locais que também lutavam por tais intentos.

84. LUZ, M. T., op. cit. p.84

CAPÍTULO II
OS ATORES DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CAMPINAS

*"De maneira mais geral, dever-se-á admitir que cada indivíduo, cada grupo social, veicula seu próprio sistema de modelização da subjetividade inconsciente, isto é, uma certa cartografia feita de referenciais cognitivos, mas também míticos, rituais, sintomatológicos, a partir da qual ele se posiciona em relação a seus afetos, sua angústias e tenta gerir suas inibições e pulsões de todo tipo."*⁸⁵

*"É através da cartografia das formações subjetivas que nós podemos esperar nos distinguir dos investimentos libidinais dominantes."*⁸⁶

Ao querer entender o modelo que embasava a nova proposta para a Saúde Mental em Campinas, demos conta de que procurávamos um 'objeto institucional' ainda em processo de se instituir, e que se propunha a substituir o tradicional já instituído. No caso, o conceito de loucura, cunhado no processo de implantação de um novo modelo de atenção.

85. GUATTARI, F. 'Linguagem, consciência e sociedade' In: "Saudeloucura 2". Hucitec, S.P., 1990, p.9.

86. GUATTARI, F., ROLNIK, S. "Micropolítica - Cartografias do Desejo". ed. Vozes, R.J., 1986, p.134.

II.1 ATORES: SUJEITOS OU OBJETOS?

A tomada de posição teórica não é capaz, por si só, de causar transformações nas organizações profissionais. No entanto, pode-se dizer que crises institucionais, dentro de certa medida, refletem a inadequação dos pressupostos teóricos que lhe deram legitimidade.

Através da investigação das falas dos atores envolvidos naquele processo, quisemos verificar que linha institucional estaria se realizando naquelas práticas concretas pois, segundo Guilhon de Albuquerque,

*"Uma instituição só existe na prática de seus atores institucionais, prática que consiste em intervir nas relações sociais submetidas à soberania da instituição."*⁸⁷

Ao falar de relações sociais dentro de um contexto institucional em transformação, o conflito é a palavra que vem mais imediatamente à cabeça. Porém,

*"Ao se perceber que a vida social é um processo, contraditório e complexo, em que a realidade tem que ser permanentemente negociada por diferentes atores, a possibilidade do conflito e da disrupção perde o seu caráter catastrófico e anormal para ser encarada como mais um fenômeno a ser pesquisado".*⁸⁸

Apesar disso, em nossa sociedade estratificada e hierarquizada, predomina a perspectiva de olhar uma instituição como um nível de formação social onde os atores que lá atuam são reconhecidos e nomeados por suas posições hierárquicas nos postos verticalizados de função e de poderes.

Como já foi apontado, os atores institucionais aqui investigados foram caracterizados em dois grupos:

- 1- os de "nível central", responsáveis pela formulação inicial da proposta, e,
- 2- os de "nível local", que "receberam" a proposta e tinham o papel de efetivá-la concretamente junto ao atendimento que prestavam à população.

87. GUILHON ALBUQUERQUE, J. A. "Metáforas da Desordem". ed. Paz e Terra, R.J., 1978, p.72.

88. VELHO, G. "Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea". In: FIGUEIRA, S. A. (coord.) "Sociedade e Doença Mental", ed. Campus, R.J., 1978.

No entanto, cabe ressaltar que estes tempos foram utilizados apenas na perspectiva de nomear a situação temporo-espacial que se inserirão pois não é possível considerar o ator de nível central apenas os que atuam na administração da Secretaria da Saúde, nem o ator de nível local os que atuam na rede periférica, nem o ator do nível local-regional os que trabalham em serviços especializados de referência para toda a região.

Embora compondo grupos de tarefas mais ou menos comuns, o que há são processos de subjetivações que se unem e se distanciam em torno de um projeto de transformação de uma dada realidade social, cujas mudanças implicam o redimensionamento e a alteração de valores sociais profundamente arraigados.

Para falar das identidades dos atores, tomaram-se por referência as concepções de Guattari sobre identidade, singularidade, e subjetividade.

A identidade está associada a uma referenciação, a uma "circunscrição da realidade a quadros de referências, quadros esses que podem ser imaginários." Tal referenciação pode ser entendida tanto na perspectiva freudiana de processos de identificação, como as que ocorrem nos procedimentos policiais, no sentido da identificação do indivíduo, através de seus documentos pessoais, impressões digitais, etc. Ou seja,

"a identidade é aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável." 89

Tomada como um conceito existencial, a singularidade se opõe ao que é entendido por identidade. Singularidade, portanto, é a maneira como todos os princípios constitutivos do ego se articulam e funcionam, de modo a dizer da maneira particular de como a gente sente, como a gente tem vontade ou não de falar, de ficar ou ir embora...

A subjetividade diz respeito a uma outra esfera de relação do sujeito, considerada como sendo produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais. "A subjetividade de

89. Idem, ibidem, p.69.

fato é plural, é polifônica(...). Ela não reconhece instância dominante de determinação comandando outras instâncias segundo uma causalidade unívoca."⁹⁰

Diferentemente do que ocorre com a identidade, na subjetividade ocorrem "agenciamentos coletivos de enunciação." Em suma, a subjetividade é uma instância aberta a todas as determinações contextuais, caracterizada por um processo interno de produção, sendo produto das relações sociais, econômicas, culturais, antropológicas, etc, por qual passou o indivíduo.

As subjetividades, produzidas a partir das diversas relações que o homem estabelece em suas experiências de vida, tendem à evolução contínua e irreversível, diferenciando-se em complexidades cada vez maiores. Na base dessas subjetividades, funciona a sociedade, que por sua vez é configurada por elas. Por isso mesmo é que qualquer mudança efetiva no campo social, depende de uma mutação na esfera das subjetividades, que por sua vez decorrerá de condições concretas da esfera social.

Como na sociedade ocidental contemporânea a alienação é a forma dominante de organização, estando presente e constituindo as subjetividades, é somente através de experiências totalizadoras que os sujeitos podem mudar o mundo em que vivem.

Para a finalidade do nosso estudo é necessário assumir essas diferenciações, uma vez que se pretende distinguir os processos de subjetivações, singularizações e de identificações por que passaram os atores sociais durante o processo de construção de uma nova proposta assistencial para a Saúde Mental em Campinas.

90. GUATTARI, F. "Linguagem, Consciência e Sociedade". In: VÁRIOS, "Saúdeloucura 2", ed. Hucitec, 1990, pp.3 e 7.

II.1.1 O trabalho com as entrevistas:

Ao longo do contato mais direto com as falas daqueles atores, a investigação tomou a direção de identificar o seu "grupo sujeito", embora mantendo a distinção das funções ocupadas administrativamente, isto é, os do "nível central" e os do "nível local".

Do grupo do nível central, entrevistamos alguns dos participantes da administração municipal de saúde no período 1989-1992, além de alguns representantes de outras instituições que tiveram participação relevante no processo.

Têm-se, então, no primeiro grupo, o secretário municipal da saúde, a diretora da saúde, duas assessoras da área de saúde mental, um representante da UNICAMP no grupo da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), e uma representante da PUCC, participante do grupo de elaboração da proposta de assistência à saúde mental no projeto Pró-Assistência.

No segundo grupo, encontram-se os técnicos de 50% das equipes de saúde mental da Rede de Postos de Saúde do período: C.S. Jardim Conceição; C.S. do Jardim Santa Mônica; C.S. do Parque Valença; C.S. Campos Elíseos; Policlínica; C.S. Vila Rica; e Hospital-dia "Dr. Cândido Ferreira".

Após a realização e transcrição das entrevistas, surgiu uma questão de ordem metodológica: como lidar com este material, tão rico e tão complexo, pleno de informações e de leituras diferentes a respeito dos mesmos acontecimentos?

A percepção diferenciada de um mesmo fato demonstra o quanto cada indivíduo transforma os significados socialmente produzidos a partir mesmo do lugar que ocupa na rede de relações sociais. Através da atividade e pensamento de cada um, os significados se singularizam, se subjetivam, adquirindo um sentido pessoal de acordo com as experiências e motivos próprios.

Para que se pudesse organizar aquelas falas de forma a atingir os objetivos propostos inicialmente - identificar o grupo sujeito do processo de transformação da assistência ao doente mental-, foi necessário que se voltasse às entrevistas com outra série de questões:

1. Quem são estes atores? Como se apresentam e se identificam? 2. Quem são os "outros"? No que se diferem e no que se identificam? 3. Qual era o projeto de cada um? 4. Como propunham construí-lo? 5. Como foi construído tal projeto?

Primeiramente apresentar-se-ão as entrevistas do grupo do "nível central".

Para melhor compreensão do leitor, e com a preocupação ética de preservar as identidades das pessoas entrevistadas, de agora em diante elas serão identificadas como: E1 - o secretário municipal de saúde, E2 - a diretora municipal de saúde, E3 - a primeira assessora da área de saúde mental daquela gestão, E4 - a assessora que assumiu posteriormente aquela função na mesma gestão, E5 - o representante da UNICAMP e E6 - a integrante do grupo de trabalho do projeto Pró-Assistência.

II.2 OS ATORES DO NÍVEL CENTRAL

1. Quem são estes atores? Como se apresentam em sua singularidade e sua identidade?

Nos depoimentos obtidos neste grupo, pudemos identificar diferentes níveis de apresentações, relativas às funções e papéis desempenhados:

. os formuladores da nova política de Saúde e a equipe administrativa .

A equipe dirigente do Serviço Municipal de Saúde de Campinas, na gestão de 1989 a 1992, foi apresentada por vários entrevistados como sendo composta por diferentes atores sociais, dentre eles o secretário municipal, cuja escolha fora feita no momento mesmo da campanha política para as eleições municipais de 1988.

Este fato foi assinalado por E2 como bastante relevante pois, segundo sua opinião, indicava as disposições existentes na época, de se constituir uma gestão democrática e de participação popular. Assim como ele, todos os demais secretários municipais foram apresentados à população antes mesmo das eleições.

Para E2, muitos dos assessores do secretário faziam parte de um grupo de trabalho do Partido dos Trabalhadores que estudava questões da Saúde e, principalmente, dos Serviços Públicos de Saúde. Identificando suas ineficácias, distorções e descredibilidade social, este grupo procurava e indicava formas alternativas de reabilitá-los e torná-los efetivamente públicos e eficientes. Este grupo era identificado como integrante dos formuladores da nova política para a área da Saúde Mental.

No entanto, segundo depoimento de E4, o grupo formulador da nova política era constituído por 6 pessoas da área da Saúde Mental e mais 10 ou 15 da área de saúde geral, e se reuniram durante meses para elaborar o Programa de Saúde do Partido dos Trabalhadores. Todos eram ligados aos serviços de Saúde Mental da prefeitura ou à psiquiatria da UNICAMP; dentre eles, alguns militavam no Partido e outros traziam sua experiência da Rede Básica de

Saúde. Todas essas pessoas, entretanto, criticavam a ausência de uma política para a área no âmbito da prefeitura.

Para E3 esta avaliação era equivocada, pois afirmava que o Programa para a Saúde Mental do PT fora discutido informalmente e apenas entre os petistas que participavam do Núcleo de Saúde do Partido.

E2, por sua vez, relatou que, uma vez vencidas as eleições de 1988,

E2: "e tendo como referencial o Programa do PT para a área de Saúde, o Secretário de Saúde indicado já na época da campanha, reuniu uma equipe de 8 pessoas que antes mesmo da posse iniciou o trabalho de definir diretrizes políticas para o trabalho à frente da Secretaria Municipal de Saúde. Essa equipe era formada por 4 médicos sanitарistas, 1 médico emergencista e com especialização em UTI, 1 enfermeira sanitарista e 1 médica psiquiátrica. Logo se constatou que as diretrizes apontadas no Programa eleitoral do partido eram excessivamente genéricas e não se constituíam numa proposta suficiente para o início dos trabalhos. Várias reuniões foram feitas antes da "posse" e nelas se tentou qualificar melhor as propostas contidas no Programa...Foi neste espaço de discussão coletiva que foram discutidas as primeiras diretrizes para a área de Saúde Mental."

Outra instituição referida como atuante neste processo foi a UNICAMP. Na versão de E5, a UNICAMP estaria somente dando continuidade a um papel desempenhado já há algum tempo, pois o departamento de psiquiatria daquela Universidade vinha participando das atividades políticas do município há muitos anos. Primeiramente, por iniciativa de um dos seus residentes, depois formalmente, compondo a Comissão Interinstitucional Municipal. Segundo seu depoimento, naquela nova gestão municipal, o departamento de psiquiatria foi novamente solicitado a enviar um representante para dar continuidade aos trabalhos da CIMS, cuja tarefa era colaborar na avaliação dos serviços próprios e conveniados de Saúde Mental existentes em Campinas, e participar da elaboração de uma política para a área.

Com relação a esses depoimentos, pode-se observar na fala de E2, a sua preocupação com relação às identidades profissionais das pessoas - médicos e enfermeira -, e à legitimidade de suas ações, uma vez que se reuniram com o apoio do secretário e discutiram sobre o programa do partido. Assim, esta fala, tal como a de E4, indica o Partido como um dos

principais atores formuladores da nova proposta, enquanto que E3 identifica-o como sendo o grupo que assumiu a Secretaria Municipal da Saúde, e E5 acrescenta ainda colaboração da UNICAMP.

Perguntados por que e como se envolveram naquele trabalho, os entrevistados relataram suas identificações e motivações mais pessoais com aquele processo.

E2 justificou seu envolvimento, como decorrente de sua militância anterior na Saúde Pública, e o descreveu como sendo a vontade de

E2: "buscar a maneira de diminuir o sofrimento (da população), (...) dar todas as respostas possíveis, (...) criar em cima da precariedade existente nos serviços, (...) saber que é possível fazer isso".

E3 disse ter se envolvido, por seu desejo estar

E3: "acoplado intimamente com a totalidade da proposta de Saúde, e mais ainda, com o projeto de governo que naquela época existia, que era o projeto do PT para governar esta cidade."

E4 relatou que sua inserção e envolvimento se deram por vários motivos. Primeiramente, porque já atuava num dos Centros de Saúde do município nesta área, tendo então, uma identidade com as polêmicas existentes dentro da Saúde Pública. O outro motivo era pela sua preferência e escolha pela atividade institucional, particularmente em instituição pública em detrimento de uma atuação em consultório particular.

Referiu-se a este trabalho escolhido, como sendo

E4: "apaixonante, ...(por oferecer) mais instrumentos para lidar com situações mais abrangentes.... Meu desejo era ser um instrumento de transformação".

Diferentemente daquelas pessoas, E5 deixou claro que a sua participação naquele processo fora apenas decorrente da necessidade de resposta à solicitação feita pela secretaria municipal de saúde, para que ocupasse a representação da UNICAMP na CIMS.

E1 explicitou que seu envolvimento com a área da Saúde Mental se devia a um compromisso político assumido durante a campanha eleitoral. Assinalou que a priorização desta área foi demonstrada logo na primeira semana de sua gestão, quando convocou todos os profissionais do Estado e da Prefeitura e propôs a municipalização rápida dos dois ambulatórios e o início do processo de discussão e elaboração de propostas para uma política de Saúde Mental para o município.

Podemos observar as implicações dos envolvimento pessoais no processo identificando nestas apresentações, um forte traço de corporativismo, tanto partidário, profissional como institucional, revelando processos de subjetivações circunscritos a quadros de referências externas. Os relatos chamam a atenção, por prevalecer uma apresentação de si, obscurecida por uma identidade institucional.

2. Quem são os outros? No que se diferem e no que se identificam?

Uma outra forma de os agentes se apresentarem é através da diferenciação que fazem de si em relação aos outros: daquilo no outro que não crêem ser, da negação daquilo que crêem pensar diferentemente, que não querem, daquilo a que se opõem, quer sejam pessoas, situações ou coisa.

O outro ainda pode ser o "estranho -em-nós":

"esta experiência de ruptura do sentido vigente, tal como vivida pelo suposto em si identitário, em torno do qual se organiza o tipo dominante de subjetividade daquele momento..."⁹¹

A identificação pode também se dar pelo que fazem os agentes ou pela ressonância que têm com partes daqueles com quem se aliam em determinadas circunstâncias, ou daqueles em cujos trabalhos ou idéias se referenciam para sua prática.

91. LEAL, L. G. " Subjetividade e História". artigo de cunho didático, UFPE, Recife, 1993, mimeo. p.4.

Assim é que, além desse grupo específico, outros personagens e acontecimentos influenciaram na construção da nova proposta na atenção à Saúde Mental, antes mesmo do período analisado, deixando transparecer alteridades relevantes com relação à identidade do projeto.

As alteridades mais significativas que se evidenciaram para os agentes de nível central foram:

- "o outro" como diferente onde aparecem:
 - . "o outro" como as políticas precedentes
 - . "o outro" como os agentes de nível local
 - . "o outro" como as políticas atuais
- "o outro" como igual onde aparecem:
 - . "o outro" como as experiências externas e teorias inspiradoras
 - . "o outro" como as experiências efetivadas no nível local

2.1 - os "outros" como diferentes:

2.1.1 - as políticas precedentes.

Ao assumir a gestão administrativa municipal de 1989, o novo secretário de saúde identificou os "outros", como sendo as propostas e os modelos adotados na saúde mental nos períodos precedentes, explicitando sua discordância mais especificamente, aos modelos de atenção baseados no preventivismo. Segundo E1, os idealizadores daquele modelo procuravam reproduzir, na saúde mental, o que estava sendo implantado no restante da atenção à saúde, transportando mecanicamente uma visão muito hierarquizada do que vinha a se constituir um Sistema de Saúde em atenção primária, secundária e terciária. Dizia achar equivocada a

pretensão de somente se criar ambulatórios de Saúde Mental como forma de 'situar' os hospitais psiquiátricos e, desta forma, evitar as internações.

Tentando compreender melhor essa história a que E1 se referia, buscou-se na entrevista de E6 - uma das componentes do grupo que elaborou a proposta para a Saúde Mental no projeto Pró Assistência em 1983 para Campinas - os elementos que pudessem referendar ou não tais discordâncias.

Segundo o depoimento de E6, a elaboração daquele projeto foi motivada pela constatação de inúmeras insatisfações e preocupações com relação ao serviço de saúde oferecidos à época.

E6: "Pretendia-se uma intervenção técnica na saúde, que contemplasse uma atenção global, integral ao ser humano compreendido como um ser biopsicossocial.... Essa era uma máxima para nós, essa definição de saúde".

Baseados nos trabalhos e idéias desenvolvidas por Luis Cerqueira e seus assessores, o grupo do Pró-Assistência admitia que os Centros de Saúde, por serem locais a que tinha acesso uma população de uma região bem delimitada, com problemas específicos, poderiam ser o lugar privilegiado para trabalhar em nível de hierarquização dos problemas de saúde mental, na perspectiva da atenção aos aspectos psicológicos e emocionais dos usuários.

E6 esclareceu, no entanto, que os serviços pensados não eram para pacientes doentes mentais.

E6: "Inclusive acho que, nessa primeira fase da elaboração das propostas, nós tínhamos uma idéia de que jamais, em tempo algum, no Centro de Saúde se poderia fazer psicoterapia, se poderia fazer um atendimento assim. Tinha que ser só trabalho preventivo, só promocional de Saúde, e que dali você só encaminhava..."

A atenção mais especializada ficava por conta dos ambulatórios, que deveriam ser expandidos, e dos hospitais, que deveriam ser reformulados, de modo a sanar a cronificação por eles provocada, com trabalhos de equipes multiprofissionais.

A tônica principal era oferecer uma "atenção à saúde mental" às mulheres, às crianças que têm dificuldades escolares, aos adolescentes e até mesmo a adultos, mas não um "atendimento mesmo" a um problema de outra grandeza nesta área. Segundo sua opinião, a preocupação básica era criar um sistema em que se garantisse que a população tivesse acesso aos serviços. Também aí o trabalho deveria ser multiprofissional.

Além disso,

E6: "a outra máxima era: a atenção à saúde deve ser universal, o mundo tem direito a ela'. Como é que se vai garantir isso? Acho que essas eram as duas preocupações mais básicas: a de criar e oferecer alguma coisa, e de que era responsabilidade do Estado, responsabilidade da Universidade que estava participando disso, oferecer esse tipo de assistência. Como é que era exatamente essa assistência, eu não sei se se tem hoje exatamente o que se é para fazer. Eu acho que caminhamos bastante, mas não está muito claro."

Ao que parece, a experiência a que E1 se referia dizia respeito aos ambulatórios criados e desenvolvidos na rede Estadual, principalmente na capital, como vimos no capítulo I deste trabalho.

Também E3 fez alusão a esse mesmo fato, ao enfatizar que os trabalhos realizados nos serviços públicos de Campinas eram incompatíveis com a diretriz de integração ao restante do sistema de saúde. Criticou os modelos de atenção adotados nos dois ambulatórios, caracterizando-os como sendo de "especialidades" e "doadores de receitas e medicação". Por este motivo, os pacientes egressos dos hospitais e que por lá passavam eram

E3: "cronificados pelo ambulatório, ...(pois) não eram acompanhados em sua totalidade e eram tratados como meros receptores de medicação".

A ineficácia deste modelo era apontada por E3, não só pela pouca resolução dos problemas mais graves da área, como também pela pequena cobertura da demanda que representava.

E2 mostrou que sua preocupação e divergência era principalmente com relação ao sistema de atendimento como um todo, dado que as questões emocionais dos pacientes não

eram abordadas com eficiência pelos clínicos gerais ou especialistas médicos, o que era identificado como sendo um modo mesmo de se conceber e definir os serviços da Rede Básica de Saúde:

E2: "nas propostas anteriores, os Centros de Saúde seriam o Postinho para 5.000 habitantes, para se fazer curativos, aplicar vacinas, fazer ações simplificadas de saúde".

2.1.2 - os atores do nível local.

Para esta categoria de atores os "outros", muitas vezes, eram os que exerciam os atendimentos locais, cujas práticas assistenciais, nas perspectivas de suas avaliações, deveriam ser modificadas, e seus agentes reciclados num nova abordagem metodológica.

Segundo E1, embora reconhecendo que a maioria do pessoal que trabalhava na área pública de saúde fosse progressista, apresentando até um discurso de identificação com o projeto da Reforma, "mesmo não sendo do mesmo partido socialista", esses mesmos elementos foram indicados como 'outros', na medida em que manifestaram resistências ao processo de elaboração da nova proposta.

Segundo E1, os psicólogos e assistentes sociais impunham sua resistência às mudanças por uma questão de insegurança profissional na lida com os problemas de saúde mental diagnosticados epidemiologicamente, predominantemente perturbações mais graves no âmbito das doenças mentais, tais como psicose, esquizofrenia, alcoolismo, etc.

Além disso, identificava uma postura de resistência ideológica por parte dos psiquiatras que atuavam no serviço público, ao alegarem que a sua atuação deveria se restringir à utilização de psicofármacos e de consultas rápidas:

E1: "encaravam de forma muito restrita o papel da instituição pública como prestadora de serviços, e delegavam a ela os trabalhos de prevenção, promoção e educação em saúde mental, sendo impossível desenvolver outros modelos".

E1 atribuiu essas concepções manifestas pelos profissionais à forte influência do neoliberalismo nas instituições psiquiátricas:

E1: "o saber clínico sobre a doença mental e sobre a construção de instrumentos (de atenção) está muito ligado ao mercado, ao consultório. Foi pensado assim pelos médicos, psicólogos, principalmente Freud e várias correntes da psiquiatria".

E3 também endereçou a sua crítica à postura dos profissionais que trabalhavam nos ambulatórios, tanto na perspectiva do modelo assumido, quanto da ética do atendimento ali efetuado:

E3: "(Havia) uma grande 'autonomia' dos profissionais, o que dificultava o entrosamento com o restante do sistema de saúde, até mesmo dentro do mesmo espaço físico, e tinha como consequência um delineamento do perfil da demanda atendida, recortado conforme o que se queria atender,... prevalecendo um modelo de assistência por agendamento em consultas individuais".

A ociosidade dos profissionais e o atendimento rápido com portas abertas também foram apontados e caracterizados por E3, como posturas pouco éticas.

E2 também se referiu como "outros", a formação profissional dos elementos das equipes de saúde mental, que, na sua opinião, já no decorrer do processo de mudanças,

E2: "não se achavam preparados para assumir a proposta, mesmo com toda a discussão anterior. {Era de esperar que} a seqüência de reuniões iria instrumentalizar o pessoal, com trocas de experiências possíveis de proporcionar uma disposição maior para se trabalhar naquela linha, o que não acontecia...".

Para E2, aqueles profissionais somente repetiam práticas já conhecidas e avaliadas como insuficientes ou prejudiciais, tais como "as consultas de receitas" feitas pelos psiquiatras e, no caso dos psicólogos, a falta de iniciativa para atender outras demandas restringia-os a atendimentos de grupos tradicionalmente realizados pelo pessoal de enfermagem.

E2: "Nada estava sendo tocado no que diz respeito às necessidades mais básicas (específicas) da população alvo, ou pelo menos, eram experiências muito esporádicas, muito raras, de alguns profissionais que estavam dando conta do seu recado."

E1 também enfatizou discrepância de formação dos profissionais ao se referir à perspectiva pessimista de alguns psiquiatras e psicólogos em relação à cura do doente mental:

E1: "Quando eles chamam o indivíduo de doente mental é igual a câncer há cem anos atrás, igual à raiva, igual a AIDS agora: candidato ao óbito; não é um óbito, mas é um crônico permanente".

Segundo E1, seria por isso que teriam ocorrido as resistências em relação à sua perspectiva de atenção ao doente mental.

Muitas destas observações nos levam a pensar, que no extremo da busca de identificação o 'outro' passa ser "eu mesmo", à medida que não se consideram as diferenças como propulsoras de novos estados de relações, desejando a sua sujeição.

. as políticas atuais

E1 apontou outros "outros", quando sublinhou diferenças que distinguiria o projeto pensado para Campinas da política desenvolvida em nível da Secretaria de Saúde do Estado. Segundo sua interpretação, ao se pretender desincentivar as internações apenas pelo mecanismo de restrição ou não pagamento de AIH após um determinado período de internação, sem o oferecimento de outras alternativas de assistência aos egressos dos hospitais, tal política acabaria por provocar novas e sucessivas internações.

E1 indicou ainda a política do boicote financeiro, por parte das instâncias federais e estaduais de governo, como mais um "outro" que emperra o processo de implantação do SUS, dificultando, conseqüentemente, a efetivação das transformações desejadas para a assistência municipal ao doente mental.

2.2 - "o outro" como igual:

Os atores também se definem pelo que fazem ou desejam fazer num conjunto de práticas ou de grupos específicos em que encontram espaços para o desenvolvimento da criatividade.

Tomando a definição de subjetividade, formulada por Guattari, como sendo "agenciamentos coletivos de enunciação", podemos incluir neste coletivo os "outros iguais", os que estiveram 'por trás' da particularidade desta experiência, como agenciadores de novas subjetividades.

. as experiências externas e teorias inspiradoras.

Ao serem questionados sobre quem eram seus "iguais", isto é, quais eram as experiências de referências, ou o modelo teórico adotado, ou de onde tiraram suas proposições para a assistência à Saúde Mental em Campinas, obtivemos algumas respostas concordantes em relação a alguns referenciais.

Sem dúvida nenhuma, os vários movimentos na área da Saúde que precederam este momento foram indicados como tendo oferecido nova perspectiva para o setor, no sentido de uma profunda reformulação do Sistema de Saúde vigente, reivindicando e apontando caminhos que resultaram em alterações e reformas institucionais e até mesmo constitucionais.

Em Campinas, o movimento urbano articulado aos trabalhadores da Saúde da Prefeitura, entre 1977 e 1981, foi um marco importante na conquista de um espaço institucional para o debate e resoluções das questões de saúde, contemplando os reais interesses, necessidades de todas as categorias sociais, de modo a envolver a participação de representantes de várias instituições e demais setores sociais locais.⁹²

92. ver SMEKE, E. L. M. "Saúde e Democracia - Experiência de Gestão Popular: um estudo de caso". Tese de doutorado, Depto. de Medicina Preventiva e Social, FCM, UNICAMP, 1989. (mimeo)

Além disso, muitas das formulações para a área da saúde mental contida no projeto do Pró-Assistência, continuavam válidos em muitos pontos, como um dos norteadores da nova proposta, principalmente em seu início.

E4, ao tentar classificar o modelo que estava sendo construído, definiu-o como sendo um "híbrido", um "misto" de vários outros.

Trouxe como fato de comparação a experiência ocorrida em Santos, da qual o novo modelo se diferenciava e se aproximava:

E4: "Santos adota um modelo basicamente da psiquiatria italiana, que é diferente do nosso, embora teoricamente a gente se refere muito à psiquiatria italiana. A diferença é que Santos começou a lidar com a saúde mental (na esfera municipal), a partir de dentro de um Hospital; o nosso ponto inicial e central de atuação não é esse. Tanto que nós começamos pela Rede, e isso é basicamente outro modelo".

E4 também se referiu ao modelo da OMS de trabalhar com Centros de Saúde, e ainda às experiências da França e da Argentina como contribuições importantes para o desenvolvimento do atual programa.

Entre os teóricos 'inspiradores', citou Castell, Foucault, Berlinguer, Basaglia, Guattari e Gregório Matos. Acabou por escolher um nome para esta experiência:

E4: "talvez seja uma psicologia institucional, com inspiração na psicologia comunitária e na interdisciplinaridade".

E1 caracterizou o modelo por ele desejado como "de proteção, ajuda técnica e social" e o situou na perspectiva da linha institucional italiana e francesa, de inspiração psicanalítica lacaniana.

. as experiências efetivadas no nível local.

Também foram apontados como iguais alguns trabalhos desenvolvidos em nível local:

E1 referiu-se ao desempenho dos profissionais que se envolviam seriamente na área pública, dedicando-se integralmente ao desenvolvimento de serviços de boa qualidade, atendendo os casos específicos e "duros" da área, como os psicóticos e alcoolistas. Citou os trabalhos dos centros de saúde do 'Tancredão' (Campos Elíseos), do Integração, do Castelo Branco, do Jardim Aurélia e de Barão Geraldo. Ressaltou sua importância para o desenvolvimento da proposta como um todo, pois foi a partir deles que se passou a idealizar mais concretamente um outro tipo de recurso - os Centros de Apoios - , que deveriam funcionar de maneira diferenciada da dos Centros de Saúde.

Assim como eles, outras pessoas que atuavam no nível local foram referenciadas como importantes elementos na construção do Hospital dia, quando se dispuseram a aprofundar as questões teóricas e práticas, em busca de um modelo novo de atenção.

3. Qual era o projeto de cada um?

Novas mudanças viriam a acontecer no cenário de Campinas a partir da entrada desses personagens, que traziam novas bagagens e novos desejos de atuar naquele momento. Tais mudanças passavam não só pelo rearranjo dos serviços existentes, como pela contratação de novos funcionários, criação de espaços novos, ocupação de alguns já existentes, mudanças de prédio e, principalmente pela construção de um novo modelo de atenção. Afinal, o que eles queriam fazer? Qual era o seu projeto?

3.1 - oferecer atendimento à demanda específica da Saúde Mental, em moldes alternativos à internação hospitalar.

E2 dizia que a necessidade de intervir na área da Saúde Mental do município decorria não só porque o PT defendia a criação de uma política para esta área em seu Programa de Governo, mas porque havia uma alta prevalência de doenças mentais no município.

O que se queria era constituir uma Rede Básica de Saúde capaz de atender as patologias mais prevalentes e estender as ações de Saúde Mental através dessa Rede, em todos os seus níveis.

Na esfera específica da Saúde Mental, a desospitalização, a humanização do atendimento ao doente mental e a incorporação dos seus conhecimentos à prática dos demais profissionais de saúde eram as expectativas mais prementes de E2.

Era sua aspiração também, que a proposta contemplasse a extensão da assistência em saúde mental à rede básica, de modo a atender mais e melhor a demanda específica. Os serviços de Saúde Mental poderiam contribuir no sentido de melhorar a eficácia das outras clínicas, através de uma interação de trabalhos.

Contrário ao modelo dominante de predominância de internações psiquiátricas, E1 explicitou seu modelo de atenção em saúde, como sendo de proteção, ajuda técnica e social, dizendo não separar isto do doente mental.

Para E1, cura significava

E1: "restabelecer a capacidade de viver em sociedade. ... Não é criar um padrão de comportamento, mas permitir a reinserção da pessoa segundo as suas necessidades pessoais; não as do regime, do sistema, do médico, mas as da pessoa. Se é criança, é ela conseguir viver em família, conseguir estudar; se é adulto, conseguir trabalhar; se é velho, conseguir ser um aposentado tranquilo, feliz, andar, passear."

E1 também manifestou a sua grande preocupação com relação à criação de serviços alternativos de assistência aos graves problemas de saúde mental. Enfatizou a necessidade da criação do Hospital-dia, como um serviço relevante para a consecução do projeto de reinserção social dos doentes mentais. Destacou a necessidade

E1: "de mexer nos hospitais, de criar atendimentos de urgência. ... de acabar com os dois ambulatórios existentes, criar várias equipes de saúde mental para atuar na Rede, bem como criar unidades com internações breves em hospitais gerais."

3.2 - desestigmatizar a área da Saúde Mental.

Ao apresentar o seu projeto, E3 revelou buscar o reconhecimento da corporação médica, ao reivindicar que a Saúde Mental deveria ser encarada como mais uma área médica. Pretendia que o projeto viesse desestigmatizar esta área dentro da própria corporação.

E3: "A idéia era mudar a visão da saúde mental entre as pessoas que trabalhavam com ela e entre os trabalhadores de Saúde em geral para, juntamente, mudar a visão da população do sofrimento psíquico, da loucura, da marginalização do doente mental. Queríamos desmistificar a Saúde Mental como qualquer outra área da saúde: pediatria, Saúde da mulher, etc. Partia-se da proposta central de "tratar" o paciente fora do hospital psiquiátrico, dentro da premissa básica de que o hospital como instituição total cronifica e marginaliza o paciente retirando-o do meio familiar, social em que vive. O paciente poderia ser acompanhado por técnicos da área, ou de outras áreas - clínico geral por exemplo - perto da sua casa, sem ter que se deslocar até o centro da cidade ou até a uma das duas universidades. Isso, acompanhando a proposta geral da saúde que era de regionalização do atendimento à população. Dai a proposta de descentralização da atenção à Saúde Mental, com profissionais da área nos vários Centros de Saúde."

3.3 - criar uma política de Saúde Mental para o município.

E4 apresentou sua versão sobre o que se queria atingir com a proposta geral do grupo inicial. Em primeiro lugar queriam elaborar uma política para a área, coisa que não se tinha no município. Uma grande preocupação apontada era a de que esta política deveria contemplar a Rede Básica, como lugar privilegiado das atenções em saúde mental, como uma 'porta de entrada' para todos os problemas da área, rompendo com a perspectiva tradicional de atenção primária e secundária em saúde mental.

Queriam efetivar atendimentos aos casos graves e específicos da área, numa atenção descentralizada e regionalizada à saúde da população.

4. Como propunham construir esse projeto?

4.1 - através de reformas administrativas.

Para que tais projetos se efetivassem era necessário uma nova forma de planejamento e de gestão governamental.

Alguns atores anunciaram isso de uma maneira clara em suas entrevistas:

No entender de E2, para que a proposta de transformação da assistência ao doente mental em Campinas pudesse se realizar,

E2: "Era necessária uma reforma administrativa em termos da estrutura dos serviços, que estavam organizados de modo vertical".

De fato, os serviços estavam centralizados no nível da Divisão de Saúde da Comunidade, na Secretaria, de modo que os coordenadores de serviços do nível local não tinham nenhum poder ou responsabilidade pelos profissionais que lá trabalhavam, o que tornava difícil o gerenciamento da Rede.

Tratava-se de mudar as formas de relações entre os agentes, para alterar as práticas realizados no nível direto de assistência. Esperava-se que a descentralização organizacional provocasse a descentralização assistencial.

4.2 - com a criação de equipamentos estratégicos.

A criação de uma Central de Vagas própria, era considerado um recurso estratégico importante para se atingir a meta da desospitalização, pois é este tipo de equipamento que concentra e controla todas as vagas de todos os hospitais de Campinas e região.

A necessidade de se criar uma nova Central de Vagas, segundo E4, era o fato de que o controle e distribuição das internações estavam centralizados e realizados pelo Pronto

Socorro psiquiátrico da PUCC, cujo desempenho era avaliado como inadequado para se evitar as internações. Além disso, pela dimensão populacional de Campinas, era cabível e viável a criação de mais um desse equipamento,

E4: "pois, pela estimativa da OMS, para cada 600 mil habitantes é necessário um Pronto Socorro".

E4 avaliava que, com a criação de mais um Pronto Socorro a Secretaria passaria a gerenciar a Central de Vagas e controlar a triagem para internações, preferencialmente para o hospital psiquiátrico onde se exercia a co-gestão.

4.3 - com a participação de todos.

E4 enfatizou sua preocupação para com uma postura democrática no encaminhamento dos trabalhos:

E4: "o grupo se propunha a não fechar nada em normatizações, em programas verticais. Queriam pensar juntos e de forma integrada aos princípios adotados pela secretaria para os demais programas de saúde. A proposta para a área deveria (...) partir de um diagnóstico da região onde estaria o profissional, a fim de atender as especificidades locais".

Para E4, a elaboração desta política deveria ser efetivada através de discussões interdisciplinares desencadeadas no processo de estabelecimento do que seria ou não do domínio específico dos profissionais da área. Isto concorreria para evitar encaminhamentos desnecessários e uma melhor qualificação nos atendimentos dos demais profissionais naquilo que se referia à atenção aos aspectos emocionais dos clientes.

Também E2 explicitou que, aliada ao conjunto das preocupações já citadas,

E2: "havia a convicção de que a melhor qualificação da proposta teria que ser feita com a participação de todos os profissionais da área envolvidos, e de que o serviço de Saúde Mental organizado de maneira vertical na Secretaria não era compatível com o modelo assistencial que começávamos a vislumbrar... Para mudar isto, era necessária uma ampla discussão com todos".

Alinhado a esta preocupação, E1 também falou de suas iniciativas para o estabelecimento de um trabalho coletivo de elaboração de uma proposta concreta para a Saúde Mental, convocando, logo ao assumir o governo, todos os profissionais da área a participarem de um Seminário.

4.4 - através de um estudo epidemiológico.

Para E1, era necessário que se fizesse um estudo epidemiológico da região para ver a incidência de patologias e distúrbios graves de saúde mental, o que indicaria a demanda ou não de atendimentos e serviços mais especializados. Era necessário também que se realizasse uma avaliação dos serviços públicos existentes, a fim de reconhecer suas condições de resolubilidade dos problemas detectados.

Para justificar tais intentos, E1 valia-se de estimativas baseadas em estudos epidemiológicos feitos na Grande São Paulo, que indicavam a inadequação dos serviços existentes para o atendimento dessa demanda específica.

4.5 - com o aval político.

E1 explicitou a sua disposição, enquanto governo, de sustentar uma proposta ousada naquelas perspectivas, com viabilidades política e financeira para sua efetivação, assinalando ainda, a condição e a necessidade da participação coletiva para a sua construção.

4.6 - com contratações e treinamentos de pessoal.

Ciente das discrepâncias de formações técnicas e teóricas dos profissionais para assumirem tal projeto, E1 avaliava, no entanto, que estas questões se resolveriam facilmente, desde que houvesse

E1: "a adesão de um conjunto de profissionais à determinada concepção de saúde/doença, de compromisso profissional para com o serviço".

E4 relatou que a equipe de Saúde Mental desejada, deveria ser constituída por psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, com bagagens teóricas e práticas condizentes com os trabalhos a serem desenvolvidos num serviço público renovado. Para tanto pretendiam realizar concursos públicos que valorizassem determinados conhecimentos e posturas. O treinamento deste novo pessoal também teria uma atenção especial:

E4: "A gente se reunia na Secretaria, discutia as diretrizes do novo projeto, as dificuldades que estavam tendo nos Centros de Saúde, oferecia material para ler, discutia... mas procurávamos evitar o contato, a contaminação com o que já tinha."

Quanto à terapia ocupacional, a grande maioria dos entrevistados expressou a convicção da necessidade de sua inserção naquele processo, uma vez que a compreendiam como uma profissão ainda não contaminada pelos modelos cronificantes e ineficazes, predominantes nos serviços públicos até então. Consideravam, a partir de experiências desenvolvidas e conhecidas por eles junto aos Postos de Saúde da PUCC e mesmo em outros locais onde havia o profissional, que a abordagem da terapia ocupacional, enquanto preocupada com a reinserção ativa das pessoas em seu meio, era totalmente compatível com a proposta almejada.

Em vários depoimentos foi demonstrada a intenção de se conseguir a contratação destes profissionais que, no entanto, dependia da aprovação da Câmara de vereadores para a criação deste cargo dentre os funcionários municipais.

5. Como foi construído tal projeto? Qual foi o conjunto das condições que tornou possível a sua efetivação?

Ao se colocarem diante de um processo de transformação institucional e social, os atores sociais enfrentaram conflitos de toda ordem: funcional, teórica, afetiva e política, que marcaram e delimitaram os caminhos seguidos por eles.

Na busca de enfrentá-los e superá-los, algumas estratégias já conhecidas foram utilizadas, enquanto outras foram sendo criadas durante o percurso.

5.1 - reformas administrativas:

Segundo vários depoimentos, a Secretaria iniciou o processo fazendo uma reformulação das funções administrativas, redefinindo as funções dos profissionais de nível central, que passaram a ser assessores do secretário, e não mais chefes dos serviços de sua área técnica.

A partir disso, delegou-se ao coordenador local a responsabilidade sobre o conjunto da equipe de profissionais imediatamente ligados ao serviço.

A reação dos profissionais a essa mudança, segundo a avaliação de E2, foi de "resistência corporativa", principalmente por parte dos dentistas e do pessoal da Saúde Mental.

E2: "Alegavam estar sendo desprestigiados profissionalmente, enquanto que a avaliação que nós tínhamos, era exatamente a oposta, acreditando estar prestigiando a coordenação única local, horizontalizando o poder."

5.2 - práticas de Seminários e de interlocuções.

Fator importante no decorrer do processo foram os espaços de interlocuções entre os agentes envolvidos.

O primeiro Seminário dos trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em março de 89, foi um marco importante para o início dos trabalhos da nova gestão, tendo seus resultados avaliados singularmente por alguns dos nossos entrevistados.

Segundo a avaliação de E1,

E1: "o seminário entusiasmou o pessoal ao mesmo tempo que provocou um grande conflito, gerando inclusive reações de oposição."

Tais reações, segundo entendimento de E1, decorreram das interpretações equivocadas de alguns sobre aquele acontecimento, como tendo sido o momento de o secretário passar uma proposta nova, fechada, e que lhes iria dar mais trabalho.

E1 disse sentir que os profissionais reagiram negativamente às críticas feitas ao modelo de assistência ambulatorial, pois vários deles trabalhavam lá há muitos anos, com orgulho do que realizavam, e temiam que aquilo fosse destruído, não vislumbrando nada no lugar.

Notou também o descontentamento por causa das críticas feitas ao descompromisso dos funcionários no atendimento à população e das novas normas propostas - exigência do cumprimento dos horários e controle direto pelo coordenador do serviço local.

Outra reação percebida por E1 foi a de insegurança dos profissionais em relação a nova tarefa: trabalhar com os problemas predominantes da área a partir de um diagnóstico epidemiológico, ao invés de se aterem às possibilidades de suas especialidades técnicas. Na sua percepção, alguns não se sentiam capazes e outros, os psiquiatras, se recusavam a alterar a forma de tratar os pacientes.

Ao falar deste Seminário, E3 o caracterizou como tendo sido o espaço em que

E3: "foi apresentada, discutida e aceita a proposta de descentralização da saúde mental e a relação de hierarquização com os outros serviços do sistema: Pronto Socorro da PUCC, o da UNICAMP, ambulatórios das Universidades e hospitais psiquiátricos".

Segundo E3, foi também neste espaço que surgiu a reivindicação para que houvesse liberação dos profissionais para seus processos de reciclagens e supervisões.

Inicialmente aceita e incorporada pela Secretaria, tal proposta foi posteriormente rechaçada, e as liberações suspensas. Isto aconteceu pois, na opinião de E3, a perspectiva de tal proposta estaria baseada numa 'visão liberal' da atuação profissional, num modelo próximo ao das práticas de consultórios particulares, o que acabava reforçando a

E3: "visão privatizante das escolas formadoras, inadequada à prática em Saúde Pública, pois é carente de uma visão crítica acerca da situação sócio - econômica - cultural do paciente".

Na versão de E2, apesar dos conflitos surgidos no seminário, foi a partir daí que se iniciou um processo de aprofundamento sobre as questões específicas da saúde mental e a possibilidade da elaboração de propostas concretas. Segundo ela, iniciou-se uma fase de indagação e de reconhecimento sobre a especificidade da doença mental e, conseqüentemente, do modo de tratá-la:

E2: "No seminário é que foi ficando mais claro o que era atender a questão da Saúde Mental. Ai é que começou a ficar claro que não era suficiente para desospitalizar a gente pensar numa equipe em nível do Centro de Saúde, com a estrutura do Centro de Saúde que a gente tinha. A gente tinha que ter vários tipos de serviços."

Para E3, entretanto, a aceitação das propostas colocadas no Seminário, por parte dos profissionais, foi apenas aparente, pois estaria condicionada à manutenção do que já existia, o que era incompatível com a proposta mais geral de descentralização e regionalização dos atendimentos.

E2 e E3 também fizeram referência às diversas reuniões, seminários e encontros de reciclagem dos profissionais, que contaram, inclusive, com assessoria de pessoas externas aos serviços locais e de reconhecida experiência na área.

5.3 - o envolvimento dos atores locais na construção diária da nova assistência.

Para E2, o projeto começou a ficar mais visível à medida que os profissionais começaram a querer realmente lidar com a mudança do modelo calcado na hospitalização, e a

dar conta de que problemas sociais e familiares interpunham novos problemas para a desospitalização, requisitando novas resoluções para o enfrentamento.

Na opinião de E2, foi a partir de seus envolvimento que os profissionais passaram a reconhecer a necessidade de criação de outros serviços, diferentes dos ambulatórios e dos centros de saúde, onde se pudesse oferecer atenção integral e diária, com participação de outros profissionais além dos psicólogos e psiquiatras (terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, professores de educação física, de artes). Pensava-se nos Centros de Apoio.

Começaram a vislumbrar uma certa organização estrutural e recursos necessários, o que, de acordo com E2, significava ter equipes da saúde mental nos centros de saúde, estabelecer integração com a Secretaria de Educação para os trabalhos com escolares, criar Centros de Apoio para atendimento integral e extra-hospitalar, oferecer atendimento de urgência especializado com mais um Pronto-socorro além do da PUCC e ter uma estrutura hospitalar própria.

5.4 - contratação de novos profissionais

A partir do reconhecimento da complexidade da estrutura necessária para o atendimento da demanda específica da área, foram contratados novos elementos e o projeto foi sendo implantado, com a instalação de 8 equipes mínimas em centros de saúde. A idéia era haver rodízio entre os profissionais em toda a estrutura de serviços para se garantir uma visão de conjunto.

A escolha dos centros de saúde onde houve a colocação das novas equipes de saúde mental, se deu em função da incidência de demandas específicas, da necessidade apontada pelas equipes locais e pelas condições de espaço físico existentes.

Segundo E4, a seleção de novos profissionais deu-se através de concursos públicos, em que se valorizavam os requisitos relativos a conhecimentos e experiências em Saúde Pública, além do conhecimento técnico específico na área de atuação.

Quanto à terapia ocupacional, a grande maioria dos entrevistados expressou a convicção da necessidade de sua inserção naquele processo, uma vez que a compreendiam como uma profissão ainda não contaminada pelos modelos cronificantes e ineficazes, predominantes nos serviços públicos até então. Consideravam, a partir de experiências desenvolvidas e conhecidas por eles junto aos Postos de Saúde da PUCC e mesmo em outros locais onde havia o profissional, que a abordagem da terapia ocupacional, enquanto preocupada com a reinserção ativa das pessoas em seu meio, era totalmente compatível com a proposta almejada.

Em vários depoimentos foi demonstrada a intenção de se conseguir a contratação destes profissionais que, no entanto, dependia da aprovação da Câmara de vereadores para a criação deste cargo dentre os funcionários municipais.

5.5 - a criação de novos serviços

5.5.1 - a nova Central de Vagas

A partir de 1990 a nova Central de Vagas começou a funcionar no prédio do ERSA, e a da PUCC, somente às noites, finais de semanas e feriados.

5.5.2 - a criação do Hospital dia

A idéia de criação dos Centros de Apoios, cogitada várias vezes entre aqueles profissionais, teve que ser "adiada por uns tempos", segundo E4, devido à inviabilidade do seu financiamento pelo governo estadual e federal. A negação de financiamento para este tipo de projeto era justificada pela compreensão de que os Centros de Apoios se assemelhavam aos ambulatórios anteriores.

A partir dos obstáculos encontrados para a criação dos Centros de Apoio, o investimento do grupo foi canalizado para a criação de outro recurso: o Hospital dia, que deveria estar em lugar central e de fácil acesso. No entanto, com a dificuldade de encontrar local adequado para sua implantação no centro da cidade, o Hospital-dia acabou se instalando, contraditoriamente, à porta de um hospital psiquiátrico e distante do centro. A sua instalação foi decorrente de um fato novo surgido no período.

5.5.3 - a co-gestão do hospital psiquiátrico "Dr. Cândido Ferreira".

Segundo E4, ao mesmo tempo em que se buscava um local para a instalação do Hospital dia, houve a solicitação por parte de um dos hospitais psiquiátricos particulares de Campinas- Hospital Psiquiátrico "Dr. Cândido Ferreira" - ao Secretário de Saúde, no sentido de uma busca de soluções para os problemas financeiros que enfrentava. Devido à preferência dada pelos diretores do hospital para que as soluções se efetivassem a partir do setor público, bem como a demonstração de uma abertura para trabalhos diferenciados, a Secretaria Municipal propôs a co-gestão do hospital.

Esta decisão foi tomada também pelo fato de se avaliar a sua oportunidade e coerência dentre os princípios norteadores da proposta, que supunha a necessidade de intervenção no modelo assistencial hospitalar. Avaliou-se, inclusive, que isto poderia ser o início das alterações nas relações com os demais hospitais do município.

Além disso, E4 avaliava que, pelo fato de já se ter a Rede de serviços minimamente estabelecida, isso poderia viabilizar a extensão da cobertura dos serviços municipais e garantir a interação entre os níveis de atenção pensados para a área.

5.5.4 - reformando o hospital

Ao iniciar a co-gestão, várias reformas foram efetuadas no interior daquele hospital, tanto em suas instalações físicas, como no seu funcionamento assistencial e administrativo, levando-se para lá muitos técnicos e funcionários da prefeitura.

O Hospital dia acabou sendo implantado num dos prédios do hospital. A decisão foi alvo de críticas de profissionais da Saúde Mental, que viram aí um grande risco dele se transformar numa 'porta de entrada' para a internação de seus clientes.

Segundo o depoimentos de vários entrevistados, isto não ocorreu até o momento, devido ao grande investimento técnico e político para criar realmente um outro tipo de atenção. Foram criados espaços para assembléias, oficinas grupos, etc., e uma diversificada equipe profissional passou a desenvolver um trabalho qualitativamente distinto do que existia em Campinas.

5.5.5 - reformulando o modelo de gerenciamento do hospital

Montado em moldes verticais de poder - superintendente médico, diretor clínico médico, chefe de enfermagem, chefe do serviço de psicologia, etc. -, o Hospital se reestruturou em áreas de responsabilidades por funções, modelo considerado mais coerente com os princípios do projeto assistencial em vigor. Passou a ter vários diretores: do Hospital dia, das Oficinas, do Lar abrigado, etc., escolhidos e 'negociados' entre qualquer dos profissionais universitários envolvidos em cada uma dessas áreas. Pretendia-se, desta forma, diminuir a centralização do poder.

O hospital Cândido Ferreira se tornou uma instância "pública-privada" de assistência, ao ser efetivada uma nova Fundação com o controle dos profissionais e das universidades envolvidas. Este serviço passou a ser e a significar o espaço de possibilidade da manutenção do projeto de transformação assistencial e da criação de novos modelos de atenção

em Saúde Mental, mesmo após a crise político-partidária ocorrida com o então prefeito e que resultou nas demissões de vários secretários municipais, dentre eles o da Saúde.

5.6 - integração com a comunidade e outras instituições.

5.6.1 - integração com as Universidades locais.

E5 relatou a participação da UNICAMP junto ao grupo da CIMS. Assegurava que, no início dos trabalhos sob a coordenação da prefeitura, aquele grupo realizou algumas avaliações dos serviços existentes, e promoveu um Seminário sobre Alcoolismo com todas as instituições que trabalhavam com este problema, reunindo não só os serviços da Rede Municipal, como também os localizados em empresas e indústrias da região.

E5 avaliou, no entanto, que a partir de iniciados os trabalhos de co-gestão no hospital Cândido Ferreira, muitos dos técnicos que participavam da CIMS foram por eles absorvidos, esvaziando aquele espaço de avaliação, discussão e elaboração de políticas para a Saúde Mental do município. A coordenação daquele grupo passou a ser assumida pela coordenadoria do SUDS-27 que, por abranger a cidade de Campinas e mais dez municípios vizinhos, delineou outros caminhos para os trabalhos. Concluindo, E5 comentou:

E5: "e a UNICAMP passou a se relacionar com a prefeitura, na medida em que essa relação é intermediada pelo SUDS, não havendo mais colaboração direta das Universidades para os trabalhos de estruturação da prefeitura".

5.6.2 - integração com as escolas.

E4 relatou que alguns trabalhos desenvolvidos com escolares também foram incorporados pela nova proposta,

E4: "na medida em que eles não se restringiam a atendimentos individualizados nos consultórios "psi".

E4 enfatizou a perspectiva desse trabalho como sendo mais coletiva, no sentido de englobar não só os professores e funcionários das escolas, mas também a própria Delegacia de Ensino, num trabalho integrado para se conseguir melhorar as estratégias de se lidar com as crianças com dificuldades escolares.

5.6.3 - integração com a comunidade.

Ainda falando de como estava sendo construída tal proposta, E1 destacou as várias alternativas criadas à hospitalização: recolocação familiar, lar abrigado (uma casa na cidade para os pacientes egressos do hospital que não podem contar com seus familiares, mas capazes de se organizarem e administrarem uma casa), e algumas colocações em empregos com acompanhamento terapêutico.

"A luta agora é pelos Centros de Referências", diz E1, referindo-se aos também nomeados Centros de Apoios. Na batalha pelo fechamento dos hospitais e pelo rompimento dos ciclos de internação/reinternação, ele explicitou sua vontade de

E1: "aprofundar a discussão teórica e ideológica acerca do que é a doença mental, qual o critério de cura, qual o modelo de atenção eficaz, que tipo de terapia, qual o papel das terapias individuais,... efetivando avaliações dos serviços, trazendo as Universidades para o debate, oferecendo estágios nestes novos serviços criados".

Além disso, seu outro desejo era o

E1: "de criar movimentos sociais, de familiares e grupos comunitários organizados, para pressionar a criação e efetivação dos Centros de Referências em bairros populosos da periferia".

A estratégia a ser adotada para isso era a de convidar líderes comunitários e familiares para visitar os serviços oferecidos no Hospital Dia, e expor toda a possibilidade de sua abrangência.

Concluída a exposição das falas dos atores do nível central, passaremos a nos ocupar da dos nível local para, no capítulo seguinte, realizarmos as discussões e análises deste material.

II.3 OS ATORES DO "NÍVEL LOCAL"

"Estritamente falando, a ação institucional nada mais é do que a prática de um de seus agentes, mandantes, clientes, etc. Ou, mais precisamente, o resultado de relações sociais entre agentes e mandantes ou agentes e clientes, e assim por diante. Ora, a prática de cada um desses atores é, com frequência, divergente, e muitas vezes complementar e contraditória com respeito à de outros. A prática institucional é, portanto, a resultante das práticas conflitantes dos diversos atores."⁹³

A particularidade deste estudo está em investigar as contradições e conflitos institucionais ocorridos no processo de transformação dos serviços de Saúde Mental em Campinas, no período de 89 a 91, na perspectiva de identificar não só seus dispositivos analisadores, como também seus efeitos na abordagem assumida na atenção ao doente mental.

Ao buscar identificar as compreensões que os atores do nível local tinham a respeito dos seus sujeitos de intervenção (os doentes mentais) e o modo como lidavam profissionalmente com eles, quer-se compreender como isso se configuraria na dinâmica do processo.

Dos seus depoimentos, a respeito de como tinham vivenciado as mudanças ocorridas a partir do início da gestão da nova administração municipal - 1989, procurou-se verificar e identificar os elementos que propiciaram ou obstruíram o processo de atuação coletiva e criativa dos agentes na construção de um novo tipo de concepção e atuação junto ao doente mental.

Assim como em relação às entrevistas dos atores do "nível central", também neste caso buscaram-se, nas entrevistas já realizadas e transcritas, as respostas às mesmas questões, a fim de apresentar uma determinada organização daquelas falas, compatível com o objetivo inicialmente traçado.

93. GUILHON, J. A. "Metáforas da Desordem". ed. Paz e Terra, R.J., 1978, p.74.

1. Quem são os atores? Como se apresentam e se identificam? 2. Quem são os "outros"? No que se diferem e se identificam? 3. Qual era o projeto de cada um? 4. Como propunham construí-lo? 5. Como foi construído tal projeto?

Os atores deste grupo eram profissionais médicos e psicólogos, em sua maioria, mas também terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Eram profissionais do serviços públicos municipais ou 'municipalizados', sendo alguns contratados há algum tempo e outros recém-contratados.

Ao ir-se ao encontro desses profissionais para saber o que faziam antes e durante o período analisado, pretendia-se saber o que identificavam como tendo mudado em suas práticas a partir das inovações institucionais que se tentava implantar, como avaliavam as mudanças, o que gostariam de estar fazendo naquela instituição, o que desejariam mudar.

Para comodidade do leitor e também por precaução ética para com os entrevistados, será adotada, de agora em diante, a letra A seguida de números para designar os seguintes profissionais:

- A1 - do Hospital-dia.
- A2 - da Policlínica
- A3 - da Policlínica
- A4 - da Policlínica
- A5 - da Policlínica
- A6 - da Policlínica
- A7 - do C.S. da Vila Nova
- A8 - do C.S. do Jardim Conceição
- A9 - do C.S. do Jardim Conceição
- A10 - do C.S. de Campos Elíseos
- A11 - do C.S. de Campos Elíseos
- A12 - do C.S. de Campos Elíseos
- A13 - do C.S. Valença

A14 - do C.S. Valença

A15 - do C.S. do Jardim Santa Mônica

1. Quem são estes atores? Como se apresentam e se identificam?

Diferentemente do grupo do nível central, geralmente as pessoas deste grupo se apresentaram a partir dos relatos de suas trajetórias de vida profissional, ao mesmo tempo em que comentaram e opinaram sobre a história das recentes transformações institucionais municipais que estavam vivendo.

Uma das equipes entrevistadas foi a do Hospital dia, no início de sua implantação. A equipe era formada por 2 psiquiatras, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 enfermeira, 1 assistente social e 4 monitores de terapia ocupacional. A entrevista foi feita com A1, assistente social e diretora daquela unidade.

Em sua apresentação, A1 destacou seu percurso profissional, sempre ligado a instituições psiquiátricas estaduais: Manicômio Judiciário, Hospital e Pronto Socorro psiquiátricos e, por fim, Ambulatório de Saúde Mental. Foi a partir deste último, em Campinas, que A1 se inseriu no processo, quando da sua municipalização. Quando ocorreu o fechamento do ambulatório A1 foi deslocada para os novos serviços que estavam sendo criados.

Juntamente com dois psiquiatras, A1 elaborou o projeto dos Centros de Apoio durante o ano de 1990, cuja conclusão foi adiada devido à criação do Hospital-dia. Neste último, passou a exercer a função de diretora desde o início de seu funcionamento, em 04/03/91.

Quanto à sua formação teórica, A1 identificou já ter assumido várias abordagens que corresponderiam às fases de seu percurso profissional e que se alinhavam às propostas das instituições em que trabalhou:

*A1: "no Manicômio a gente tinha uma linha organicista (...)
Depois eu fiquei mais no atendimento da família, então eu fiz o curso de*

terapia da família na linha Sistêmica (...) Atualmente a gente tem discutido e tentado entender mais a linha psicanalítica.(...) Uma leitura psicanalítica do atendimento."

Disse ter sempre considerado a proposta de Ambulatório mais coerente com seus próprios princípios, pois

A1: "é um trabalho que permite estabelecer melhor os objetivos de tratamento, bem como avaliar a eficácia deste tratamento".

Outra equipe entrevistada foi a da Policlínica I. Por se tratar de uma unidade diferenciada em nível de complexidade de atenção e de recursos, foi para lá que foi alocada a maior parte da equipe de saúde mental dos antigos ambulatórios. Assim, a equipe de Saúde Mental da Policlínica I contava com 3 psiquiatras, 3 psicólogas e 4 terapeutas ocupacionais.

Os entrevistados desta equipe foram: A2, psiquiatra, A3, psicóloga, A4, A5 e A6, terapeutas ocupacionais.

A2 trabalhava no programa de Saúde Mental municipal desde 1981. Foi transferido para a Policlínica em 87, quando da mudança do Ambulatório Municipal para aquele local. Trabalhava em tempo parcial e tinha outro emprego. Atuava na área da psiquiatria clínica e atendia dois grupos de psicoterapia de base analítica.

Ele contou a história daquela equipe:

A2: "acho que foi em 1987 que vieram todos (a equipe de Saúde Mental do ambulatório municipal).Inicialmente houveram vários entraves burocrático: problemas de recepção, problema de portaria, de arquivo. E hoje, só depois de uns três ou quatro anos, é que nós estamos conseguindo fazer um outro arquivo, único, um serviço único. Porque antes era dicotomizado: um era o pessoal do antigo C.S.I, e o outro era do pessoal de Saúde Mental que estava chegando aqui. (Este serviço) ficou como um 'cisto' durante muito tempo. Ainda é, de certa forma, só que estas diferenças já estão ficando mais diluídas agora."

A3 também fora transferida do Ambulatório Municipal e aí trabalhava em tempo parcial. Atendia preferencialmente adultos, trabalhando com dois grupos de psicoterapia além de desenvolver outros atendimentos em terapias individuais.

Ela falou das proposições de trabalho para aquele serviço:

A3: "A proposta é integrar com a clínica, com a dermatologia, com a pediatria, com os hipertensos, isto é, a psicologia com a pediatria..., mas a coisa vai devagar... No começo do ano houve umas propostas de participarem do grupo de diabéticos, de hipertensos, mas no fim, parece que a Saúde Mental na Policlínica está difícil de unir. Não deu certo, eu não sei por quê."

Às terapeutas ocupacionais da Policlínica I, pediu-se que se apresentassem naquilo que as inseriam no Programa de Saúde Mental, algo difícil de delimitar no momento do processo de mudanças. A Policlínica I, bem como os demais serviços de Saúde, estava passando por uma reestruturação total.

Apenas uma fora contratada recentemente pela Prefeitura para trabalhar em Saúde Mental. As demais eram funcionárias estaduais municipalizadas, sendo que duas haviam sido transferidas do Ambulatório Regional de Saúde Mental; a outra era concursada para atuar no Programa de Hanseníase da Policlínica.

A4: "A minha história aqui na Policlínica: quando eu vim, eu vim para um programa de Hanseníase... Hoje eu continuo fazendo trabalho na hanseníase e estou atendendo adolescente e criança com distúrbio de linguagem, que está encaixado dentro da proposta de Saúde Mental. Eu estou aqui há um ano e oito meses, mais ou menos."

A5 trabalhava no ambulatório estadual de Saúde Mental e fora 'municipalizada' e transferida para lá 4 meses. Atendia principalmente adolescentes e adultos psicóticos encaminhados pelo restante da equipe.

A6 fora cedida do ERSA de Amparo para trabalhar alguns períodos em Campinas havia 10 meses. Tendo ficado 6 meses no ambulatório estadual de Saúde Mental, fora, havia 4 meses, para Policlínica I, que comportava os serviços de especialidades. Naquela época, tentava se inserir nos trabalhos existentes.

A6: "Viemos para cá assim, jogadas mesmo, sem ter uma estruturação da proposta, sem ter uma discussão maior."

Segundo seu entendimento, a grande mudança efetuada pela administração municipal, foi trabalhar na perspectiva das novas regionalizações criadas, os serviços sendo responsáveis por todos os problemas de saúde de suas regiões de abrangência, encerrando-se a proposta dos atendimentos desenvolvidos por Programas especializados: de Saúde Mental, de Pediatria, de Gestante, etc.

Ao comentar sobre esta perspectiva, A4 ressaltou que, apesar da nova idéia, a dificuldade maior estava sendo transformar o que já estava estabelecido dentro da própria Policlínica, ou seja, os atendimentos por especialidades da clínica médica.

Na Vila Rica, o Centro de Saúde passara a contar com o serviço de Saúde Mental havia somente três semanas e com apenas uma profissional, A7, psiquiatra, em regime de 20hs semanais.

A7 ingressara no serviço municipal havia também três semanas. Sua referência teórica era a "da psiquiatria clínica com visão social do problema". Segundo seu depoimento, sua contratação fora devida

A7: "à solicitação dos funcionários deste Centro, para ajudar no controle de medicação específica."

Num outro Centro de Saúde, o do Jardim Conceição, foram entrevistados os dois integrantes da equipe de Saúde Mental: A8, psicóloga e A9, psiquiatra.

A8 fora contratada pela Prefeitura havia um ano e seis meses e estava fazendo formação e atuando na abordagem "Centrada na Pessoa".

A9 estava neste serviço havia nove meses. Além desta especialização, referiu-se também à sua formação lacaniana. A respeito das abordagens e formações teóricas, disse preferir assumir a da psiquiatria clínica, fazendo o seguinte comentário:

A9: "De certa forma uma coisa acaba não interferindo muito na outra, porque eu procuro evitar que os referenciais se misturem para não

fazer confusão, para não ficar esquizofrênico. ...É mais prático pensar de forma médica."

Perguntados sobre qual a proposta de trabalho para aquele Centro de Saúde, responderam:

A9: "Qual é a minha proposta, é uma coisa. Qual é a proposta que acabou sendo implementada, é a de trazer um psiquiatra para mais perto da população, ponto. Trazer o psicólogo para mais perto, ponto. "

A8: "Mas para o psicólogo, a proposta que vinha era para você trabalhar com a demanda do Posto e trabalhar com a comunidade. Isso é sempre esperado do psicólogo ... sair, ir em creche, às escolas; e do psiquiatra não é esperado."

No Centro de Saúde de Campos Elíseos, também se pediu aos entrevistados que se apresentassem:

A10: "Hoje estamos resumidos a três profissionais: um psiquiatra, uma assistente social, e eu, psicóloga...Este é o único serviço da rede oficial que conta com três profissionais - uns tem dois, outros um e outros nenhum. A equipe mínima seria um psiquiatra e um psicólogo. São dezessete postos com equipe de Saúde Mental."

A10 disse ter formação "analítica". Estava há quatro anos no Serviço Municipal de Saúde Mental, tendo sido transferida para aquele Centro de Saúde durante o processo de descentralização daquele ambulatório.

Contou que, havia algum tempo, aquele Centro de Saúde fora o escolhido para alojar a equipe de Saúde Mental do Ambulatório municipal, tanto pela questão do espaço físico maior, como pela região urbana em que se encontrava, com uma grande densidade populacional.

A10: "Alguns "pensantes" acharam que aqui era um Centro de Saúde que poderia servir de referência, então veio esse monte de profissionais. Eu digo monte, como se fossem dispensáveis, não eram não. Mas foi assim, de cima para baixo. Nós caímos como se fossemos paraquedas aqui nesse Centro de Saúde. Tivemos até problemas de

relacionamento. Não em termos pessoais, mas até de estarmos sendo aceitos enquanto Saúde Mental."

A11, psiquiatra, também fora transferido do Ambulatório Municipal e trabalhava vinte horas semanais naquele Centro de Saúde. Atuava basicamente com adultos, em atendimentos individuais. Também fazia atendimentos grupais em conjunto com a assistente social, para agilizar a triagem e encaminhamentos e para avaliar os casos novos. Esclareceu que isso era

A11: "conseqüência da demanda, insuportável para se fazer individualmente. Nós temos, na quinta, dez consultas novas. Nós dois fazemos a triagem conjuntamente para depois encaminhar para os serviços que já temos: para os grupos e para atendimentos individuais."

A12, assistente social, estava no serviço o mesmo tempo que os demais e participava dos grupos de triagem com o psiquiatra, mas também atendia os pacientes e familiares no início dos tratamentos, orientando-lhes sobre a rotina de atendimentos.

No Centro de Saúde Valença a equipe de saúde mental era formada por uma psiquiatra, A13, e uma psicóloga, A14.

A13 havia assumido há três meses aquele trabalho. Fez sua formação no Rio de Janeiro, de onde viera em busca de trabalhos mais progressistas na área da psiquiatria. Relatou seu trajeto profissional ressaltando algumas experiências significativas em sua formação, como as que obteve em um Pronto Socorro Psiquiátrico e numa clínica de abordagem da comunidade terapêutica.

A13 enfatizou sua decepção com relação aos maus tratos observados nos hospitais psiquiátricos por onde passara e sua escolha por Campinas para se inserir nesta nova proposta de atenção ao doente mental.

A13: "e surgiu a proposta de Campinas. Me interessei e fiz concurso porque acredito nesta proposta. (...) Vim para cá, acredito na proposta, quero que ela se efetive, e fico até um pouco preocupada de estar me decepcionando. Acho que para mim é a última opção. Se se colocou que

a Saúde de Campinas é mais progressista, mais desenvolvida, e não der certo aqui, eu não sei como é que vai ficar..."

A outra profissional, A14 estava no serviço municipal de Campinas há cinco meses. Antes, trabalhara no Ambulatório Estadual de Saúde Mental de Jundiá por 3 anos. Pedira sua transferência para Campinas por se identificar com a proposta de transformação assistencial encabeçada por aquela administração municipal.

Quanto a sua formação teórica, ela disse:

A14: "Eu estou me especializando em psicodrama, agora. Eu fiz PUCC, e saí com uma formação bem orientada para a linha analítica. Depois fiz uma formação em Rogers. Agora, com o psicodrama sim, é o que me facilita a trabalhar com grupos, e com grupos não terapêuticos, e que eu acho interessante."

No Centro de Saúde do Jardim Santa Mônica, a equipe de Saúde Mental era composta por um psiquiatra e uma psicóloga. Apenas ela estava presente no dia da entrevista, mas apresentou, de certa forma, seu colega de trabalho:

A15: "A minha referência teórica é psicanalítica. O que me dá muito trabalho! A minha referência teórica, não a minha técnica terapêutica, óbvio. O psiquiatra tem formação em análise transacional, e atualmente vai fazer formação em psicanálise de grupo."

Contratada por 40 hs semanais, A15 se referiu ao trabalho desenvolvido com entusiasmo:

A15: "Nós estamos com muita vontade. Está-se apostando muito nesse trabalho, e ousando também: desenvolver trabalhos que não tínhamos desenvolvido até agora, a tentar algumas ações terapêuticas que não seja psicoterapia clássica, principalmente a psicanálise, enfim, ajustar o que existe de conhecimento teórico à uma realidade muito própria de Campinas, e do Centro de Saúde Santa Mônica. A nossa clientela é de favelados."

Os encontros e conversas com esses atores mostraram que havia diferenças intensas e sutis no modo como se inseriram no processo. Enfrentar e inventar a novidade - as mudanças propostas pela nova administração municipal - provocou reações distintas e até opostas, revelando suas adesões, quando esta se apresentava conforme as próprias necessidades e desejos, ou suas rejeições, quando esta parecia ser tão somente necessidade ou expectativa do outro.

As suas apresentações se diferenciaram das do nível central, revelando a influência, no encaminhamento de suas falas, do lugar de onde falavam.

No nível local, o destaque para suas formações e percursos profissionais indica preocupações com relação à eficácia de determinados modelos terapêuticos. Isto parece revelar que suas preocupações concretas estariam mais voltadas para a tarefa imediata de suas profissões: o tratamento do doente mental.

Distintamente, o grupo do nível central se apresentou a partir de seus engajamentos técnicos e políticos numa perspectiva de reformulação das políticas sociais, o que indica preocupações de abrangência distinta, mais abrangente naquilo que se refere ao problema da doença mental na sociedade.

2. Quem são os outros? No que se diferem e no que se identificam?

É necessário investigar os "outros" do ponto de vista dos atores envolvidos no processo, pois estar diante do outro nem sempre é um encontro que promove trocas e crescimento. Às vezes, é um esbarrão, um incômodo que provoca a rejeição, acaba por virar disputa, concorrendo para o embotamento do sujeito criativo e para o surgimento da submissão.

Cabe lembrar Guattari, quando este fala de "grupos sujeitados" e "grupos sujeitos". Os primeiros são aqueles para quem as determinações das 'leis de grupo' ou das ações a ser realizadas são recebidas de fora (o que é que os outros querem que eu faça?), enquanto que os

segundos fundam-se a partir da leis internas que emergem deles (será que é o que eu quero fazer também?).⁹⁴

Não se pode, no entanto, relacionar necessariamente, 'grupo sujeitado' com os atores do nível local, e 'grupos sujeito' com os atores do nível central. Segundo Guattari, transitamos sempre entre estes dois polos, mesmo que na mesma posição funcional. Seria como se fossem nossas tendências.

Outra contribuição para a análise é dada por Guilhon Albuquerque que, ao fazer a distinção entre os atores institucionais, os agentes privilegiados, os subordinados, o mandante, a clientela, o público e o contexto institucional (o conjunto de instituições), salienta:

*"A posição dos agentes subordinados é extremamente ambigua e, ou são radicalmente conformistas, ou são fator constante de conflitos na instituição. Os agentes subordinados dispõem de menor autonomia em relação ao objeto institucional mas são ao mesmo tempo, e por isso mesmo, os mais autônomos com relação à prática institucional efetiva e, nesse sentido, são quem delimitam o âmbito de ação institucional."*⁹⁵

Se neste trabalho fez-se uma distinção entre atores subordinados e mandantes, segundo as categorias de Guilhom, isso se deu em função da tentativa de verificar o quanto cada um se fez "sujeito" ou "subordinado" daquele processo, no qual existiram vários tipos de relações com os "outros". Tais relações acabam por revelar as diferentes posturas assumidas pelos atores.

2.1.- o outro como diferente:

Para o grupo dos atores institucionais locais, os "outros" eram referidos como sendo, na maioria das vezes, o grupo da administração municipal naquele momento ou, até mesmo, de antes, recebendo, no entanto, diferentes atributos qualitativos.

94. GUATTARI, F. "Psicoanálisis y Transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones". ed. Siglo Veintuno, Espanha, p. 59.

95. GUILHON ALBUQUERQUE, J. A. "Metáforas da Desordem". ed. Paz e Terra, R.J., 1978, p. 72.

Este 'outro', muitas vezes, foi anunciado como sendo o que tinha o poder de garantir a existência e a sobrevivência do projeto ou, ao contrário, o que se omitia dessa função.

2.1.1 - o "outro" é o que não define direito a proposta -

A5 considerava que as constantes mudanças propostas para os funcionários da rede era prejudicial para saber, inclusive, o que fazer:

A5: "É uma coisa assim, sem pé nem cabeça..." "Por que fecharam o Ambulatório central se, por outros meios, estão querendo abrir um outro?"

A4, ao avaliar as mudanças iniciadas pela Secretaria, disse:

A4: "A avaliação que se tinha era que do jeito que estava organizada a Saúde Mental em Campinas não dava para funcionar; não servia para Campinas aquela estrutura de serviços. Mas como, então, se deveria estruturá-la, se ninguém tinha muito claro, principalmente a Secretaria? As pessoas estavam pensando ainda..."

Para ela houve muitas incoerências no processo:

A4: "No começo, eu acho, existia sim muita resistência de mudanças, o que eu acho que é natural em qualquer tipo de serviço. Mas depois houve 'falta de pernas' para uma proposta nova... O discurso do supervisor é assim: 'vocês vão ajudar'... Até mesmo o secretário dizia: 'são vocês que vão clarear, colocar para nós o que é que é essa mudança, como é que vamos nos organizar'... Até aí era uma proposta interessante, significava crescer, enquanto autonomia. Mas o que aconteceu depois é que começaram a vir os 'pacotes', mas também sem uma linha clara de para onde se vai."

Ao relatar as principais mudanças ocorridas recentemente no sistema assistencial de Campinas, A9 se referiu ao fechamento dos dois ambulatórios de Saúde Mental, como 'implodidos' em decorrência da "política atual do município". Na sua opinião, a política era "questionável" ao considerar os ambulatórios obsoletos.

Segundo A9, a partir do fechamento dos ambulatórios, os profissionais ficaram dispersos pela Rede, e os pacientes também, só que mais próximos de suas casas. Opunha-se a

esse feito pelo fato de isso romper com os atendimentos, com uma rotina, com uma tradição. Salientou, que não tiveram oportunidade de pensar como iriam trabalhar, que tipo de modelo assumir dali por diante.

2.1.2 - o "outro" é o que impede a autonomia.

Alguns entrevistados explicitaram suas posições em relação ao processo de mudança, deixando transparecer suas condições de insubordinação, mas não necessariamente de sujeitos desejantes.

O medo grande era perder a autonomia - entendida como fazer o que se quer, o que se sabe; o 'outro' aparecia como uma ameaça:

A3: "se eu trabalho com adulto até hoje, estou podendo continuar com adulto. Mas isso não é muito a linha da secretaria agora. Eles querem que o psicólogo atenda de tudo e qualquer coisa. Então, o psicólogo que sai daqui (e vai para) o Posto, não importa se ele prefira atender adulto ou não. Ele deve, segundo a Secretaria, estar apto a atender alcoólatra, psicótico, criança, tudo o que aparecer. Na minha opinião acho isso meio complicado. Parece que, se nós diversificarmos tanto, nós acabamos atendendo é meio mal, não?"

2.1.3 - o "outro" é alguém que me desvaloriza:

As críticas feitas pela nova administração ao antigo modelo assistencial, para quem já estava trabalhando no Serviço Público, eram recebidas como uma investida contra eles, como uma desvalorização de seus esforços no trabalho.

Alguns até se davam conta da necessidade de rever a 'autonomia', mas ficavam atrelados às suas experiências passadas:

A2: "É uma adequação que está sendo difícil deles conseguirem, porque eles querem investir contra a formação liberal clássica, isto é "eu faço o que eu quero, eu gosto mais disso, eu gosto mais daquilo". Porém, fica meio difícil, porque você perde na qualidade muito. Então, tem

peessoas, vamos supor, que atendem família, mas só que muito bem, fizeram especialização e curso e tudo. De repente você rompe tudo o que essa pessoa fez, para por ela numa outra coisa. Ela vai se sentir mal. ... ela vai produzir, talvez numericamente, mas ela não vai produzir com aquela capacidade dela."

Em suas respostas àquelas críticas, alguns dos atores "locais" expressavam avaliações contrárias (ou defensivas) de que "eles" não deveriam mexer com os trabalhos que já estavam fazendo, devendo preservá-los.

Segundo A3, o fato de se pedir para que todos atendessem adultos, por exemplo, mesmo os que se especializaram em ludoterapia, poderia resultar em desastre, ao mesmo tempo que significava a desvalorização da capacidade da pessoa, da sua formação, do que gostava de fazer.

Este pensamento propiciava a que insistissem e resistissem em seu modo de atender, justificando-os pela qualidade de seus trabalhos:

A2: "Se bem que nós fazemos tudo: eu faço grupo, faço psiquiatria clínica, tudo o que eu fazia antes. O grupo são dois dias só, duas horas só. "

A3: "Por enquanto nós estamos conseguindo ter a qualidade aqui. Eu, pelo menos, tenho dois grupos e ele também, e as outras terapias são individuais."

2.1.4 - o "outro" é o que não sabe o que é o trabalho -

Uma das diferenças apontadas foi com relação à compreensão do trabalho em Saúde Mental e da necessidade de suporte para desenvolver o trabalho. E, em se tratando de uma área que, por si só, não é tão "objetiva", os profissionais reivindicavam maior retaguarda e uma certa 'cumplicidade' de um grupo ou teoria que lhes dessem segurança ou legitimidade: a SUPERVISÃO!

Ela foi reclamada por todos - "velhos" e "novos" - e por inúmeros motivos: para saber melhor sobre a proposta, para defini-la melhor, clareá-la mais; e, principalmente, para

responder às próprias questões: Como dar conta disso? Que instrumentos preciso? Como adaptar o que eu sei fazer nesta nova situação?

A2 e A3 disseram que já houve um tempo em que fazia-se supervisão dos profissionais municipais da Saúde Mental, juntamente com os do ambulatório estadual. O supervisor geralmente era alguém escolhido por eles e a supervisão acontecia no horário mesmo de serviço. Segundo suas avaliações, por desenvolverem seus trabalhos na perspectiva da psicoterapia de grupo de base analítica, prática que consideravam complexa, a supervisão contínua mostrava-se necessária.

No período da pesquisa, a supervisão fora suspensa pela Secretaria que, segundo eles, não compreendia sua necessidade. A Secretaria estaria se mostrando contraditória, uma vez que solicitava deles maior número de atendimentos em grupos.

A3: "não percebem que isso é derivado de uma outra abordagem teórica!"

Mesmo para os que se alinhavam com a proposta renovadora do momento e se dispunham a atuar em várias frentes de trabalho na região em que se encontravam, a supervisão era reclamada:

A15: "hoje eu tenho uma avaliação muito menos idealizada muito mais realista do que é um trabalho num Centro de Saúde: extremamente exigente, extremamente desgastante. A realidade é muito dura. Tudo que nós podemos imaginar ao nível de fantasia, neste Centro de Saúde é realidade. Das fantasias mais terríveis de morte, ... Enfim tudo que um profissional da área "psi" possa imaginar que exista ao nível de fantasia, aqui elas se concretizam e nos oferece um trabalho muito grande, nos exigem um equilíbrio emocional muito grande. É por isso que eu acho fundamental nós podermos ter um tempo para assimilar esse trabalho que nós estamos desenvolvendo. Um tempo pessoal, de trabalhar nossas próprias questões, nas nossas terapias."

A15 comentou que sua supervisão era feita particularmente com alguém de sua confiança e os casos ou dificuldades que encontrava em seu trabalho no Centro de Saúde também eram discutidos naquele espaço. ("é até uma forma de pagar para trabalhar"...).

Indignada com a iminência da suspensão das dispensas de horários para supervisões, A15 dizia considerar que o mínimo que a Secretaria deveria oferecer para os profissionais da Saúde Mental era este tempo para supervisões e terapias pessoais.

A15 não concordava com os argumentos de algumas pessoas que diziam que esta necessidade específica do seu trabalho fosse tida como corporativismo:

A15: "existe uma especificidade no nosso trabalho, que é lidar com o sofrimento, conflitos, dor, angústia, oito horas por dia, com exceção desses trabalhos mais profiláticos ou nas creches, que são coisas mais amenas, o restante é um trabalho com psicopatologias, coisa pesada. Quando nós apontamos isso, o pessoal entende que eles também tem, e que também precisariam. E se nós queremos colocar que o nosso trabalho não é com coisa assim objetivas, como é o... nosso trabalho é com muito menos objetividade do que é o trabalho do médico. Ai eles nos dizem: "Não, no trabalho do médico a relação médico-paciente é uma coisa super importante, tem que ser considerada. Então, todos eles precisariam fazer terapia".

Embora concordasse com a visão de que os demais profissionais também são potencialmente agentes de Saúde Mental, A15 frisava a especificidade a ser tratada, o que exigiria formação permanente do profissional de Saúde Mental.

Diante da ameaça de perder a supervisão, a equipe administrativa municipal passou ser considerada irresponsável, já que sua atitude se configuraria numa ingenuidade ou ignorância acerca do que venha a ser o trabalho em Saúde Mental. Comentando a suspensão das supervisões, A2 e A3 comentaram:

A2: "Parece ser de alguma pessoa que não tem consciência do que é fazer grupoterapia, ou uma psicoterapia. (Que não sabe) que tem que ter formação, que tem que ter supervisão."

A3: A impressão que dá é que eles querem que façamos grupo, acham que é fácil de ir levando, e atender mais gente...

A2: Quer que faça, mas não dá meios...

A3: Dar conta da fila, sabe? Eles dão muita ênfase a (isso): "existe fila, existe fila"!

Com todo esse sentimento, ficava muito mais difícil aos profissionais de nível local se reconhecerem capazes de engrossar as fileiras dos que procuravam novos caminhos!

2.1.5 - o "outro" é o que faz críticas ao meu trabalho -

A3 discordava das críticas feitas em relação à duração ou permanência dos atendimentos de grupos que faziam. Segundo ela, haveria um desconhecimento de que o tempo de um grupo de psicoterapia não pode ser medido em dias ou semanas, pois o processo de melhora psíquica requer outros parâmetros de avaliação. Além disso, o grupo se alterava com saídas e entradas de novos elementos, coisa que não estava sendo considerada naquelas avaliações. Acabou por concluir que:

A3: "tem gente que não entende o que é a doença mental..."

A questão da demanda era outro fator de conflito. Nas novas proposições de mudanças dos serviços, solicitava-se maior agilidade no atendimentos e maior compromisso com a demanda da região.

Sufocados por uma grande demanda, os agentes do nível local protestavam:

A2: "Há uma preocupação da quantidade e não da qualidade. Eles abriram mão mesmo, isso foi claro."

A3: "Foi claro. E disseram até que nesse primeiro momento estão priorizando a quantidade...Eles tiraram alguns psicólogos daqui, puseram nos Postos...Eu achava que aqui devia continuar como era, e outros psicólogos seriam contratados para começar outro tipo de serviço. Nós desanimamos bastante..."

A8 explicitou sua angústia com relação à demanda, e reclamava por solução imediata. Considerava que, se fosse atender a solicitação da Secretaria, desenvolvendo trabalhos na comunidade, atender a demanda específica que aparecesse no Centro e fazer trabalhos de integração com o restante da equipe, não daria conta. Para ela, era necessário contratar mais profissionais.

2.1.6 - o "outro", a burocratização:

O fato de ser um serviço público e, mais do que isso, um serviço municipalizado de Saúde, abrangendo um número grande de pessoas e de locais, fazia com que as relações interpessoais sofressem vieses de várias naturezas.

Todas as inovações realizadas no período provocavam o surgimento e o enfrentamento de algumas dificuldades próprias, que faziam os agentes reclamarem de seus direitos enquanto funcionários mais velhos, levantando questões com relação ao reconhecimento de seus esforços no serviço público, em competição com os profissionais recém contratados:

A2: "o profissional que já trabalha há mais tempo, ele tem certa aspiração pela qualidade! Senão, de que vale você ficar num serviço público dez anos se você não pode se aprimorar e se diferenciar? Só que nesse instante houve uma padronização muito grande pela quantidade e não pela qualidade. Nós sentimos isso aí com um certo ressentimento até... Então, para algum funcionário novo que chega hoje, ele ainda pode se adaptar com a rotina que eles querem lá(bastante gente, tal). Mas (se) você fica nisso muito tempo, sem muita perspectiva..."

Nestas circunstâncias, as singularidades deixavam de contar nas relações. As pessoas se olhavam e se expressavam como um funcionário qualquer, sem cara e sem história. Sentiam-se tratadas como máquinas, alienadas da possibilidade de idealizar e dirigir seu trabalho, alijadas da possibilidade de sentir, de desejar, de imaginar ou amar a proposta.

A2: "A impressão é que você fica dez anos na mesma coisa, você tenta fazer algo mais assim aprimorado em função de um investimento seu mesmo, eles cortam. Talvez por causa desse momento político, histórico, descentralização... Mas eu acho que eles deveriam respeitar mais a potencialidade individual que foi construída ao longo de muito tempo."

2.1.7 - outros "outros": os discursos da Reforma Sanitária, da antipsiquiatria...

O outro, às vezes, se confundia com uma coisa mais ampla, com discursos oriundos da corporação médica e veiculados na sociedade como um todo. Apesar disso, tais discursos eram atribuídos ou projetados na equipe administrativa municipal.

A9 indicou isto quando disse que 'o pessoal que bolava a Saúde' não tinha claro o que vem a ser um psiquiatra dentro da equipe de saúde, já que não explicitava claramente suas funções. Sentia-se tomado por um preconceito que os considerava como um 'bicha', algo não normatizado socialmente, algo diferente do que é considerado medicina:

A9: "o ato de Saúde Mental tem uma proximidade com a Saúde do ponto de vista do psiquiatra. Eu, enquanto psiquiatra sou tão médico quanto um pediatra. Mas não sou visto assim. Sou visto como um médico diferente. Tão diferente que eu sou uma novidade na Saúde, estou chegando agora, tenho poucos companheirinhos...Acreditam que o psiquiatra seja um médico especial. Por que então? Então, vamos falar por que que ele é especial? Por que é diferente? Por que precisa de menos psiquiatra na Rede? Mas por que precisa? Qual a utilidade dele? Todas essas ambivalências que não estão muito bem definidas no discurso administrativo da Saúde, têm que ser resolvidas. Pelo menos como eu vejo, ele é tão importante como qualquer outro médico. Acho que é até mais."

Assim, o "outro" é quem o descaracterizava através de seus discursos, de seus preconceitos:

A9: "Tem um insulto na nossa área que fala assim: "Isso aí é psiquiatrização". Atuação psiquiátrica é vista como tendo uma coisinha meio nociva dentro do ponto de vista do pessoal que lida com a Saúde."

2.1.8 - ainda "outros" diferentes foram identificados: os companheiros de trabalho -

A partir de sua inserção no Hospital dia, A1 pode comentar diferenciadamente sobre o processo de transformação assistencial que tentava se instalar. Queixou da falta de integração e desconhecimento das equipes dos Centros de Saúde com relação aos novos serviços montados, principalmente com o Hospital dia, bem como com relação às propostas de desospitalização e descentralização, que deveriam ser desenvolvidos pela Rede.

A1: "O que a gente vê é isso: a população de crianças acaba sendo direcionada para a psicóloga, a população de alcoolista e de psicótico vai direto para o psiquiatra. Se chegou algum "louco" no Centro de Saúde, e quando um profissional médico-psiquiatra não está presente, ele é encaminhado para a PUCC. O que vejo do Centro de Saúde é que acaba não absorvendo como uma equipe... O pessoal justifica como falta de experiência, mesmo de conhecimento, não tem formação acadêmica; (dizem que) a psicologia está entrando num Centro de Saúde e atendendo psicótico, (e que) o louco... não é da área."

Apesar de compreender essas diferenças de formações e de modelos, A1 se indignava mesmo era com as posturas pouco éticas que tais procedimentos acarretavam:

A1: "mas o que me assusta mais Heloisa, é o quanto que a gente fecha os olhos, em termos de Saúde Pública, para estar vendo esse doente na comunidade que ele vive! O Centro de Saúde, ele não absorve..., por exemplo, eu assisti essa cena: ninguém atende."

A adoção de novas abordagens na implantação dos novos serviços requeria dos profissionais da Rede procedimentos diferentes dos tradicionais ligados à internação ou medicalização. Mas, como "o hábito faz o monge", era de esperar que as mudanças não ocorressem tão fácil e rapidamente.

A1 exemplificou as dificuldades desse processo:

A1: "Alguns profissionais têm um atendimento, (que) sempre foi nessa linha mesmo de atendimento médico de: 'não dá, não faço outra coisa, isso que eu sei fazer, sempre foi assim! Eu não sei atender em grupo, não consigo atender'...tem médicos que mandavam (pacientes) para a

gente, para fazer T.O.. Tem psiquiatra que encaminhava assim: "Encaminho para fazer T.O.." Então nós fomos em todos os Centros de Saúde, nós levamos os projetos para todos eles. Ai você percebe o quanto que existe de entrave, ou de querer ver, ou porque desconhecem...é desconhecimento do que o Hospital Dia tem para oferecer, de qual é o objetivo do Hospital Dia."

Outros comentários a respeito dos outros elementos da equipe marcaram suas diferenciações.

A9 considerava que a equipe do Centro de Saúde em que trabalhava encarava o doente mental "como a maioria da população: ficam temerosos, mobilizados por uma angústia causada por uma identificação com o paciente". Segundo ele, acabam, por isso, atrapalhando os progressos conseguidos com um paciente, provocando-lhes o retrocesso a um estágio mais regredido ou estereotipado, por exemplo.

A8 avaliava que, se outros profissionais em outros Centros de Saúde estivessem desenvolvendo trabalhos na comunidade era porque estavam reprimindo a demanda.

A4 e A5 se referiram a problemas de relacionamento com o restante da equipe, descrevendo os entraves encontrados ao buscarem uma integração com os diferentes trabalhos da Unidade - fisiologia, reumatologia, pediatria, ginecologia, além da área específica da Saúde Mental.

A6: "também tem uma resistência... eles não conseguem entender como nós estamos em todos os lugares! Na cabeça deles você é realmente da Saúde Mental."

2.2- o outro como igual -

2.2.1 - a equipe administrativa.

Mesmo os "velhos funcionários", que, apesar de acomodados e adaptados a outras formas de trabalho e de queixarem-se dos incômodos daqueles momentos de mudanças, havia os que reconheciam que a perspectiva da nova proposta era boa, concordando com a crítica e com a busca de alternativas à hospitalização e aos tratamentos predominantemente medicamentosos, como formas de exclusão, asilo e cronificação do doente mental.

Assim, havia quem visse na equipe administrativa municipal o "outro" como mais um de "nós", como co-participante do mesmo processo, como interlocutor e ouvinte.

A14: "Isso é importante: acho que espaço para estar discutindo, isto nós temos. Acho que a secretaria tem a proposta de caminharmos juntas. Não tem essa coisa: "vocês tem que fazer isto"- Não, nós estamos discutindo sempre, é uma coisa que está caminhando junto. Tem um monte de dificuldades ainda, mas..."

Esta mesma opinião foi compartilhada por sua companheira de equipe, A13, e por A15, que ainda acrescentou uma ressalva:

A15: "Eu acho que vir para o Centro de Saúde, estar trabalhando nesta atual administração, tem dado um espaço para você produzir, criar uma certa autonomia, sim. Ao mesmo tempo nós temos queixas, de que tudo isso que nós estamos podendo criar, podendo fazer, tem que ser melhor pensado depois que nós fazemos, para que nós avaliemos as falhas e cresçamos com essas coisas que nós temos feito."

2.2.2 - os companheiros de equipe.

Os companheiros de equipe também foram referidos como elementos importantes para o envolvimento no processo de criação necessário para o desenvolvimento do trabalho.

A1: "Nós, enquanto equipe, isso é uma coisa bem de equipe, a gente acredita nisso. Eu acho que isso é uma das coisas mais importantes para você estar levando avante a proposta. Se você não acreditar nela, o que você reproduz na prática não é aquilo que você coloca no papel."

As terapeutas ocupacionais da Policlínica identificaram seus iguais, os profissionais não médicos daquela unidade, pois

A5: "são profissionais que não estão ligados a um programa específico, e estão tentando montar trabalhos enquanto unidade. A identificação foi neste sentido: são profissionais que têm objetivos afins, montagem de grupo, ver a coisa mais ampla..."

Também os de outras equipes, no relacionamento profissional mais constante, proporcionaram a experiência da criação coletiva da proposta.

A1: "Tem Centro de Saúde que se relaciona muito bem com a gente... (mas) o que é que impede que a gente faça a mesma coisa com os outros Centros de Saúde? ... (talvez) o fato de você se identificar mais com a proposta, você acaba discutindo mais, conhecendo melhor, acreditando mais."

3. Qual era o projeto de cada um?

Ao falarem de seus projetos, os atores vão delineando seus campos de ação através de suas 'caixas de ferramentas' - bagagens teóricas, práticas profissionais, experiências pessoais - na expressão utilizada por Oury.⁹⁶

3.1 - trabalhar integrado com o restante da equipe:

Um dos alvos a ser atingidos em suas propostas era a equipe de saúde do centro de saúde em que se estava trabalhando, principalmente na relação com os pacientes da 'mental'. Embora fosse um mesmo alvo, os objetivos e caminhos propostos se diferenciavam bastante.

96. OURY, J. "Psychiatrie et Psychotérapie Institutionnelle - trace et configurations précaires". Paris: Payot, 1976.

A9 referiu-se à necessidade de trabalhar com a equipe como forma de resolver alguns problemas que atrapalhavam seu trabalho. Disse que resolveu oferecer um de seus horários para trabalhar com a equipe e que sua abordagem seria bem pragmática, discutindo tópicos relacionados com a dinâmica do dia-a-dia deles, para

A9: "diminuir o grau de ignorância".

A9 disse que pretendia interferir no processo de medicação dos pacientes em geral, muitas vezes medicados erroneamente pelos clínicos, por uma noção errada de angústia, depressão ou ansiedade. Considerava que a presença e interferência do psiquiatra no Centro de Saúde, se não consertava, pelo menos inibia o excesso de medicalização. O ideal, para ele, seria intervir na abordagem das relações médico-paciente. Referiu-se à contribuição da psicanálise sobre este aspecto, dizendo que grande parte da eficácia dos tratamentos depende mais do médico do que dos remédios.

Outro jeito de realizar a mesma tarefa foi comentada por A15, que dizia ser função da equipe de Saúde Mental tal empreendimento.

Esta profissional também se referiu aos temores causados no restante de equipe do Centro de Saúde, quando da entrada de pessoas alcoolizadas no recinto e, ao mesmo tempo, da total inadequação de atitudes para com eles.

A15 contou que havia discutido com a equipe a importância de acolhê-los, pois era exatamente isso o que vinham procurar naquele local; ao mesmo tempo, era necessário que se colocassem limites, como para qualquer outra pessoa, tal como não permitir a entrada deles na farmácia. E avalia o resultado:

A15: "Eu acho que agora nós estamos conseguindo ter com eles uma atitude mais adequada, mais terapêutica, de colocar alguns limites. De recebê-los, sim, como nós recebemos todos os pacientes, com respeito, e não estigmatizá-los porque estão alcoolizados ou são pacientes da Saúde Mental. Ao mesmo tempo colocar alguns limites, e tentar trazê-los para um tratamento psicoterápico, dentro de um "setting" terapêutico, que surta um efeito melhor."

A preocupação de trabalhar integrado com a equipe, no entanto, não se restringia às auxiliares de saúde, mas a todos os demais serviços oferecidos, tais como o da pediatria, da vacinação e da ginecologia.

No Centro de Saúde do Parque Valença, as profissionais se referiram ao trabalho integrado com o restante da equipe, que abrangia orientações sobre atitudes para com pacientes no corredor, uso de medicações; pretendiam também que, aos poucos, as auxiliares de saúde viessem a participar dos grupos e atendimentos específicos da Saúde Mental.

A13 e A14: "nós estamos controlando um pouco esse consumo, e abuso dessas drogas. E elas conseguem perceber que isto é importante, e elas tem uma atuação nisso aí. Por exemplo: que o excesso de preocupação, o nervoso, alteram a pressão, e que não é o comprimido que vai estar resolvendo. E elas conseguem lidar com essa situação, conseguem até reduzir a medicação, e em alguns casos até retirar o benzodiazepínico dessas pessoas."

Na Policlínica, as terapeutas ocupacionais pretendiam a integração através de suas inserções nos diferentes programas da unidade. Consideravam que os atendimentos médicos apenas se restringiam às patologias, enquanto as consequências emocionais e sociais decorrentes do processo de adoecimento não eram atendidos, e que a Terapia Ocupacional teria muitos instrumentais para fazê-lo.

3.2 - trabalhos na comunidade.

Algumas equipes se referiram ao projeto como algo já iniciado ou ainda em seus planos.

A equipe do Centro de Saúde Valença já o estava desenvolvendo junto ao Conselho Local de Saúde do bairro. Com reuniões mensais, discutiam os problemas não

médicos, mas ligados às condições de vida da população, tais como asfaltamento de ruas, saneamento, etc, e participavam dos encaminhamentos das soluções.

A15 disse ter planos de retomar seus trabalhos interrompidos juntos às escolas e creches do bairro.

A1 referiu-se a um projeto de estágios no Hospital, integrado com as Universidades locais e com toda a Rede, que visava trocas efetivas de experiências para o desenvolvimento do trabalho.

A maioria, no entanto, relegava esta tarefa para terceiro plano, justificando-se pelo excesso de demanda.

3.3 - o atendimento à demanda.

As transformações requeridas diziam respeito não só à necessidade de estender o trabalho à comunidade, com "ações de saúde", mas também atender os psicóticos egressos dos hospitais psiquiátricos, evitar internações, atender alcoólatras, enfim, dar conta de uma nova demanda.

Era preciso pois, rever os referenciais técnicos e teóricos para criar um novo jeito de atenção.

Isso provocava vários sentimentos nos profissionais, uma vez que eram desafiados e checados pelos próprios instrumentais técnicos, para assumir esse outro tipo de tarefa.

Preocupados em atender a demanda, alguns atores pareceram extremamente incomodados em ter que dar conta de uma tarefa que lhes era imposta e não desejada. Um outro tipo de batalha se instalara: vencer o autoritarismo da demanda!

4. Como propunham construir seus projetos?

Vários trabalhos são possíveis de ser feitos, várias abordagens são passíveis de ser adotadas nesta área, tendo o mesmo objetivo: o bem-estar do paciente.

Mas o que é este bem-estar?

Bem, aí vai depender da interpretação do técnico, das suas ferramentas pessoais. Muitas vezes é aquilo que o técnico se coloca para si mesmo, podendo ser: 'dar conta de uma tarefa', 'se tranquilizar', 'saber conviver sem atrapalhar os outros', 'saber ocupar o tempo de várias maneiras', 'evitar a depressão, a insônia ou a angústia', 'saber também reivindicar seus direitos', etc. Enfim, os atores do nível local também enunciaram suas propostas através do que faziam ou do que gostariam de fazer.

4.1 - a inovação nos serviços:

Descrevendo os projetos iniciais das mudanças municipais na área da Saúde Mental, A1 apontou para as questões da hierarquização e integração dos serviços como os pontos centrais da inovação:

A1: "a idéia (inicial) não foi a de se extinguir os ambulatórios, mas que eles tivessem uma outra dinâmica que pudesse estar atendendo como referência para esses Centros de Saúde, com a equipe mínima já montada. E isso, no primeiro ano funcionou mais ou menos no sentido de tentar reorganizar esses ambulatórios, e depois, no segundo, a gente já avaliou diferente:(...) seria que a população atendida no ambulatório poderia muito bem ser atendida nos Centros de Saúde, já que esses ambulatórios não tinham uma especificidade assim tão..{demarcada} ou que {esta população} não pudesse ser atendida nos Centros de Saúde..."

A1 assinalou que, no ano em que se programou o fechamento do ambulatório, é que começou a elaborar um serviço de referência e a montá-lo. A princípio deram-lhe o nome de Centros de Apoio e esperava-se que deveriam funcionar justamente a partir do momento que

as pessoas e os pacientes estivessem descentralizados, já tendo sido primeiramente atendidos pelos serviços da Rede.

Levando-se em conta os dados estatísticos que se tinha, os serviços seriam montados para a maior população que estava nos hospitais psiquiátricos, ou seja, psicóticos e alcoolistas. Os serviços teriam que ser mais especializados; deveriam servir de referência para a Rede. Também que se construiria um processo inverso, isto é,

A1: "poderíamos estar pegando os pacientes que saíssem do hospital, e assim fazer a ligação entre um hospital e o Centro de Saúde... {queríamos} que a gente servisse mesmo de ponte."

Este projeto somente foi implantado posteriormente, e até a presente data já estão funcionando 2 Centros de Apoio em regiões urbana de alta densidade populacional e equipados com diferentes recursos profissionais.

4.2 - trabalhar integrado com o restante da equipe

A15 relatava com entusiasmo seus trabalhos. Argumentava, lastimava, defendia-os, como quem estava realmente apaixonada pelo que fazia. Foi assim que falou de seus trabalhos de oficina.

Quanto a uma das oficinas desenvolvida com as mulheres funcionárias do Centro de Saúde, o relato foi tão bonito que, em respeito a ele, transcreve-se na íntegra:

A15: "Foi muito interessante. O tema foi sugerido pelo pessoal de Educação e Saúde da Mulher, para que se trabalhasse "Nossos Corpos, nossos desejos". E aí nós trabalhamos nossos corpos, nossos desejos. Inicialmente com relaxamento, numa viagem imaginária: onde, caminhando numa floresta, as pessoas encontrariam uma gruta, dentro desta gruta um baú, dentro desse baú algumas coisas escritas que seriam seus desejos. Depois nós escrevemos sobre esses desejos. Os desejos mais profundos, aquilo que passou a ser o motivo de vida: a grande motivação da vida. E apareceram os desejos, os mais variados: justiça, paz, ser feliz, ganhar na loteria, ter uma casa, continuar casada, emagrecer não sei quantos quilos ...E nós conversamos sobre esses nossos desejos. E foi curioso que, lá pelas tantas, o desejo que mais se repetiu foi "ter uma casa". Nós conversamos bastante sobre a representação disto. O que significava uma casa ___ E aí

todo mundo comentava: "Puxa vida, como a gente nunca comenta disto... Como a gente não tem esse espaço concreto para reunir e falar sobre as nossas coisas, sobre as nossas intimidades. Como só viemos aqui no Posto e só dizemos: Oi! Tchau! E nós não podemos se colocar como pessoa inteira. O único espaço que nós teríamos para isso seria a cozinha, que é tão pequenininha, que nós mal podemos nos encontrar para conversar". Então, do mesmo jeito que a casa não representa só uma casa, mas tem muita coisa simbolizando dentro desta casa, a cozinha também não é só uma cozinha, é o espaço que o Centro de Saúde nos oferece para nós nos encontrarmos de verdade, com os nossos desejos mais profundos, enfim, nos colocarmos inteiros, e se constituir como um grupo de trabalho onde o nosso afeto está podendo se veicular. Foi muito, muito interessante, porque daí apareceu mais um desejo: o da equipe. Um desejo coletivo: "queremos uma cozinha maior".

Assim como esta Oficina, A15 desenvolveu outras com as crianças e pretendia desenvolver uma com adolescentes, para desenvolver o tema "sexualidade". Esta última foi solicitada, de uma certa forma, pelo pediatra quando comentou com ela sobre a desinformação sexual das púberes e dos adolescentes que frequentavam o Centro de Saúde. Este fato revela, sem dúvida, uma resposta aproximativa dos médicos às tentativas anteriores que ela se propôs e que aparentemente não deram resultados, tal como colocar brinquedos nas salas de atendimentos infantis.

Outro jeito de buscar a integração com a equipe foi descrito por A9.

A9 avaliava que o trabalho que desenvolvia era semelhante ao de um ambulatório, mas deslocado. O máximo que conseguia fazer era discutir alguns casos com a psicóloga. Desejava a integração com outros profissionais, pois a considerava fraca. Para melhorá-la, segundo suas expectativas, era necessário que houvesse um clínico na equipe, pois era a sua referência idealizada para começar a integração.

Gostaria de desenvolver um trabalho com os médicos numa abordagem de grupo "Balint", mas, para isso, era necessário um tipo especial de envolvimento, uma predisposição, um apego por parte do pessoal, à idéia. Considerava isto algo bastante difícil de conseguir num sistema de Saúde como o nosso, em que as equipes nunca são estáveis, ficando sempre a iminência de alguém sair, ser deslocado para outro serviço.

4.3 - atendimentos mais personalizados:

Outro modo de trabalhar foi apresentado por A3, que preferia se manter nos atendimentos de grupoterapia, como ela os denominava, e nos atendimentos individuais. Mas também visualizava um novo trabalho em que pretendia unir alguma coisa de que gostasse de fazer: desenho. Dizia que havia recebido alguns pacientes psicóticos que não falavam e, portanto, essa idéia talvez desse certo. Chamou este trabalho de arteterapia.

A7 relatou que sua disposição era de, além de atendimentos individuais para controle da medicação, realizar visitas domiciliares a estes pacientes, para uma melhor compreensão de suas histórias de vida.

4.4 - trabalhos integrados com a comunidade:

A15 relatou seu trabalho junto às funcionárias de uma creche local, ressaltando que o objetivo mais importante era que não só elas se apropriassem do conhecimento que ela poderia oferecer, mas principalmente que se dessem conta da quantidade de conhecimentos que possuíam e, portanto, do real papel de educadoras que exerciam.

Em sua avaliação, A15 considerou que as funcionárias acabaram por identificar o papel que de fato exerciam e discriminá-lo do estatuto pelo qual foram contratadas. Assim puderam identificar que a remuneração que recebiam, a condição de trabalho e reconhecimento institucional não eram compatíveis.

Em tom de lamentação, A8 disse que só fazia atender a demanda do próprio Posto e, assim mesmo, não dava conta. Segundo seu depoimento,

A8: "para se fazer outras coisa teria que ter mais gente... porque não acho direito interromper ou deixar de atender os que me procuram."

4.5 - trabalhos integrados com todos os serviços da Rede.

A1 entendia que havia ainda muito trabalho a ser feito para que a transformação da assistência ao doente mental em Campinas se concretizasse a contento, ressaltando a necessidade de integração de todos os trabalhos desenvolvidos no município.

A1: "Nós acreditamos nisso, vamos batalhar e vamos conseguir, enquanto o resto da Rede desconhece esse serviço que funciona... E o quanto que nós desconhecemos muita coisa que está sendo feita na Rede, e que a gente não consegue estar entrando em contato."

O desenvolvimento de um projeto, mesmo que cognitivamente assimilado, requer muito mais das pessoas - o seu envolvimento afetivo e até mesmo emocional.

A1: "É uma das coisas que a gente viu é que, internamente, passa até pelo medo que a gente tem de estar mostrando o que a gente faz, porque pode estar sendo criticado... E quanto isso está presente às vezes né? Tem pessoas fazendo trabalhos muito bons, mas acabam ficando trabalhos isolados."

5. Como está sendo construído?

As avaliações a respeito dos projetos e trabalhos desenvolvidos no período indicaram os tropeços, acertos, sonhos, desejos, realizações e frustrações por que passaram os atores durante o processo de transformação da assistência ao doente mental em Campinas.

Através de seus depoimentos pode-se perceber, não só o grau dos envolvimento pessoais na efetivação da proposta de transformação assistencial, mas, principalmente, sua contribuição específica no delineamento da mesma, ou seja, o perfil característico e único dos serviços de Saúde Mental de Campinas.

Os atores do nível local destacaram fatos e momentos diferenciados em suas avaliações, revelando preocupações e posturas distintas a respeito do processo. Por isso mesmo,

mostraram panoramas particulares daquela realidade, com suas belezas, fragilidades, força, aspereza, etc., etc. O que apareceu de forma evidente é que o projeto foi sendo construído através da difícil administração de conflitos impostas tais como:

5.1 - o processo de municipalização.

O processo de municipalização da Saúde foi destacado por A2 como tendo sido um momento que provocou muitos conflitos de ordem relacionais entre as categorias profissionais, com relação às condições de trabalho e de salário.

A2 reportou-se ao início do processo, quatro anos antes, dizendo das dificuldades de trabalhar junto com profissionais estaduais, sem compatibilização de salários, planos de carreiras ou de cargos. Disse que somente naquela ocasião estaria se conseguindo a equiparação, mas, mesmo assim, ainda existiam muitas discrepâncias, o que ocasionava mal estar entre os companheiros de trabalho, contribuindo para a desmotivação do pessoal a se integrarem às outras propostas de mudanças.

5.2 - as mudanças nos procedimentos de atenção e no tipo de demanda a ser atendida:

Algumas versões, ou aversões, foram manifestadas nas vozes de alguns atores deste grupo:

A9: "nós acabamos fazendo o que é possível. E a demanda é tão grande que nós nem temos tempo de ir reclamar aos superiores..."

Desabafo que acabou revelando valores arraigados:

A9: "Para a população, que não tem critérios para poder avaliar, até que está bom. Para algumas pessoas ficou mais perto, mais fácil, porque tem médico e remédio no Posto, tem psicólogo no Posto.

e frustrações:

A9: "Mas para o que nós planejamos, que tem a ver com essa coisa da integração da equipe, vai deixar muito a desejar. Nós somos uma espécie de corpo estranho dentro do Posto. Nós nos misturamos a nível de colega, mas nós não temos um projeto de equipe multidisciplinar, não mesmo."

A8: "eu estou em estado confusional... E tem alguma coisa aí que precisa ser revista, mudada. Eu não sei te dizer em que linha; não tenho isso claro. Mas eu acho que do jeito que está não dá para continuar, não pode ser assim com essa demanda imensa e com um psicólogo só para atender. Não dá. Acho que precisa ser mudado."

O coro a essa versão é completado por outros atores:

A10 usou de ironia quando se referiu ao que faziam:

A10: "Em termos de proposta, nós da Saúde Mental temos que fazer tudo. Quando eu falo tudo é uma coisa bastante vasta, né? Somos ambiciosos de querer fazer tudo!"

Disse que, após alguns investimentos em algumas frentes de trabalho, seus companheiros de equipe terminaram por se ater às tarefas que sentiam mais urgentes.

A10 avaliava, no entanto, que as atuais diretrizes políticas para a Saúde Mental em Campinas tinham 'avançado bastante', pois vinha sentindo que a administração estava investindo mais na área, com a efetiva criação de equipes de saúde mental nos Centros de Saúde. Comentou que ainda tinha muita coisa 'no papel' e que era preciso ainda questionar e criticar.

Especificamente sobre seu trabalho, A10 disse que havia deixado de fazer muitas das coisas de que gostava, por causa das novas diretrizes.

Do outro lado da cidade, no entanto, as coisas pareciam ser compreendidas e vivenciadas um tanto diferentemente:

Quanto à proposta do Hospital dia, A1 destacou a importância que teve a manutenção das reuniões semanais entre todos os membros da equipe, desde o início do

funcionamento, para que o trabalho ali executado tivesse sido concretamente assumido pelo grupo.

Destacou também a importância das reuniões e dos rodízios nos desenvolvimentos dos diferentes grupos terapêuticos, a fim de que não houvesse a cristalização de papéis e de conhecimento, o que avaliava como

A1: "uma experiência de equipe muito rica. Enquanto equipe trabalhando, enquanto equipe vivendo junto, trocando... A gente fez uma grade horária. Essa grade ela é variada de acordo com a necessidade do serviço. Ela já teve quatro alterações e vai passar por uma quinta agora. A única coisa que essa grade nunca mudou foram os nossos horários de reunião."

A1 explicitou que essas trocas de experiências estão sendo levadas para fora do âmbito do Hospital Cândido Ferreira, nos seminários avaliativos que organizam com toda a Rede, convidando inclusive as Universidades envolvidas no processo.

O funcionamento do Hospital-dia foi avaliado por A1 como muito bom, tendo dado conta do objetivos evitar internações, contribuindo para o rompimento da tradicional 'carreira psiquiátrica' dos pacientes.

A1: "Depois de um ano a gente viu que conseguimos não internar muitos pacientes crônicos, mantendo-os no Hospital dia."

A1 também descreveu como estava funcionado a unidade:

A1: "Atualmente tem cinquenta e cinco pacientes vindo três vezes por semana. Eles vêm de manhã e vão embora à tarde. Passam por módulos de atividades:...o grupo de 'verbalização', que é fixo para todos, o grupo de 'atividade livre' e o grupo de 'alternativas'... A gente usou critérios de separação dos grupos ... temos o grupo de pacientes psicóticos mais jovens - os que estão delirando, um outro que é de pacientes crônicos - que ora estão em surto, ora melhoram, e um outro, intermediário, que é dos neuróticos graves - com risco de suicídio. Os alcoolistas e drogaditos também entram neste grupo."

Além dos profissionais específicos da área da saúde, o Hospital-dia contava com a atuação de artista plástico, professor de teatro e música e outro de educação física. A1 contou que inicialmente as atividades eram oferecidas aos pacientes, deixando ao seu critério escolhê-

las. Posteriormente, as atividades passaram a ser indicadas aos pacientes de acordo com suas necessidades, segundo critérios estabelecidos pela equipe.

5.3 - na perspectiva da desospitalização:

Avaliando os serviços prestados por sua equipe, A13 identificou a demanda atendida como sendo formada de pacientes alcoolistas, psicóticos e egressos de hospital psiquiátrico, confirmando, desta maneira, as expectativas estatísticas apontadas pela Secretaria.

Ressaltou ainda que, além de procurarem responder a essa prioridade colocada pela Secretaria, a equipe procurava atender outros tipos de pacientes, ainda que de maneira bastante conturbada, devido aos poucos horários que dispunha para tal.

Diante da perspectiva de evitar internações, aqueles profissionais procuraram atuar em grupos, com dinâmicas mais flexíveis, de maior possibilidade de rotatividade entre os pacientes, a fim de poder dar conta melhor da demanda. Porém, havia casos para os quais isso não era possível: então, se mantinham atendimentos individualizados: as primeiras consultas e os casos ainda não definidos em termos de diagnósticos. Tinham, porém, consciência de que atender a demanda plena era impossível.

Outra avaliação feita foi a de A15, afirmando que, por sua parte e do psiquiatra que trabalhava com ela, ambos estavam com muita vontade de continuar os trabalhos, apostando neles e ousando criar trabalhos inéditos para eles, numa perspectiva não convencional. Para isso, procuravam

A15: "ajustar o que existe de conhecimento teórico à uma realidade muito própria, que era a daquele Centro de Saúde, daquela cidade de Campinas."

Queixou-se, no entanto, da falta de oportunidades para avaliar sistematicamente seus trabalhos, tanto na perspectiva quantitativa como qualitativa, para que pudessem ter uma visão melhor do que vinham fazendo. Avaliava que, a partir da mudança de prioridade

estabelecida pela Secretaria, para que se atendessem psicóticos e demais egressos de hospitais, a falta de tempo para trocas entre eles, entre eles e a equipe, entre eles e a Secretaria havia piorado.

No entanto, indagada sobre o seu sentimento em relação ao serviço, respondeu:

A15: "Já que é sentimento - o meu é de muita paixão pelo trabalho, mas hoje eu tenho uma avaliação muito menos idealizada muito mais realista. Tenho uma noção mais realista do que é um trabalho num Centro de Saúde: extremamente exigente, extremamente desgastante. A realidade é muito dura."

Nesta mesma linha de avaliações, somam-se outras declarações, até mesmo entusiásticas!

A14: "Eu acredito muito sim. Acho que a idéia é essa mesma - é desospitalizar, é abrir para as comunidades participarem. Eu entendo que vale a pena investir, sim. (...) o meu sentimento é bom, é ótimo. Acho que há uma insatisfação, como sempre na nossa área, mas que em mim, neste momento, ela gera uma busca maior."

A1: "(acho) que está tendo muito bom resultado. Eu sou uma pessoa muito animada para essas coisas, eu sonho muito. Eu acredito que exista uma forma de tratar que não seja internação, acredito piamente nisso. E acredito piamente que existam possibilidades do espaço do Centro de Saúde atender pacientes psicóticos e alcoolistas. Se não estou conseguindo é porque existem os motivos reais que ninguém desconhece. Mas que existe possibilidade de ser atendido, existe. E existe possibilidade de ser feito um bom trabalho como está sendo feito."

A13: "se você perguntar: o que você acha da proposta? Eu sou favorável à desospitalização. Acho que a política é esta mesma...e fico até um pouco preocupada de estar me decepcionando. Acho que para mim é a ultima opção. Se se colocou "que a Saúde em Campinas é mais progressista, mais desenvolvida" e não der certo aqui, eu não sei como é que vai ficar..."

O fato de trabalharem na região de moradia dos pacientes - na periferia, e não na zona central da cidade, propiciava-lhes também um novo dimensionamento de si e da realidade a ser trabalhada.

A14: "Aqui você está dentro da realidade. Aqui eu aprendo muito com as pessoas que eu atendo, muito. Coisas que eu não sabia - a vida que eles levam, a língua que eles falam, que para mim é diferente, costumes. é muito bom. Me estimula muito a buscar e a estudar, a me dispor (a ir) longe. As vezes eu venho aos sábados... É uma realização mesmo que eu sinto. Que veio de encontro com que eu sempre esperei da profissão."

A1: "E a gente muda, claro. A prática faz a gente rever conceitos, rever as idéias. E pode ser que a gente até venha a mudar, mas por enquanto ainda acho que esse é um modelo que eu aposto (...) Ele não existe, o modelo nasce. O que você pode dizer é que você tem um modelo como teoria, né?"

A13: "talvez eu me considere um pouco idealista, e acho que as coisas têm que ser de maneira diferente. Vim para cá, acredito na proposta, quero que ela se efetive."

Ao finalizar esta parte, trazem-se algumas reflexões e comentários que ocorreram à pesquisadora ao longo do trajeto analítico.

A percepção de que o bem-estar dos doentes mentais poderia ser alcançado por meios técnicos conhecidos pelos profissionais era fator importante para incentivá-los a participar do processo de atenção. Mas, para poder inventar, criar novas estratégias compatíveis com aquela nova realidade que se lhes apresentava, é necessário algo diferente, pois o trabalho requer mais do que conhecimentos a respeito, requer o próprio sujeito como seu instrumento de trabalho, como sua ferramenta.

E como toda mudança implica frustrações - de ilusões ou fantasias, em perdas e em novas acomodações, para mudar é necessário um investimento tanto cognitivo como afetivo. Por isso, são tão difíceis.

"O risco de ser invadido por uma ansiedade intensa e incontrolada está presente na própria natureza do trabalho e certamente atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho (no hospital)..."⁹⁷

Assim, na dificuldade de enfrentar o novo, o negócio é resistir, queixar-se de que o "outro" não sabe quem eu sou, não me reconhece, não me garante.

A diferença está em realizar uma práxis indissociável da construção da teoria a respeito desta mesma práxis e, mais do que isso, norteadora da mesma. E isso só é possível com paixão.

97. PITTA, A. "Hospital - dor e morte como ofício", ed. Hucitec, S.P., 1991, p.65.

CAPÍTULO III
BUSCANDO A COMPREENSÃO DOS TEMAS E QUESTÕES
LEVANTADOS NOS PROCESSOS DE TRANSFORMAÇÕES DA
ASSISTÊNCIA AO DOENTE MENTAL

A linha diretiva de uma mesma proposta não se instala de maneira única, podendo sua efetivação se dar consensualmente, com adesões ou impedimentos por parte dos atores sociais envolvidos.

Ao buscar identificar qual política institucional efetivamente estava se dando no período em questão, que parâmetros teórico-institucionais orientaram a nova política, que atores a construíram e que medidas e ações realizadas no processo proporcionaram uma transformação das subjetividades e do modo de atenção ao doente mental, pôde-se constatar a influência dos movimentos sociais que propuseram a Reforma Sanitária, nas propostas para a transformação da assistência ao doente mental em Campinas.

III.1 OLHANDO ATRAVÉS DOS DISPOSITIVOS ANALISADORES.

O material recolhido e trabalhado nesta pesquisa revelou as contradições e conflitos internos no processo de mudança institucional do serviço de saúde mental público municipal de Campinas, bem como as ações e medidas efetivadas durante este processo que serviram de 'analisadores' da situação e da instituição.

O analisador, no sentido dado por Lapassade, é uma "máquina" de "decomposição da realidade material em elementos, sem intervenção do pensamento consciente".⁹⁸

A transposição do termo "analista" (e seus correlatos, analisada, analisando, etc.) das ciências químicas e físicas para as ciências humanas e psicanálise, fez com que a palavra analista seja normalmente associada à prática de um profissional que tem por atividade decompor um material para encontrar seu sentido oculto. Lapassade chama a atenção para o fato de que, no caso da psicanálise, também o material a ser interpretado surge, ele próprio, de outros dispositivos analisadores - o cerimonial da cura -, que incluem

"o divã e a poltrona, a regra de "dizer tudo", a que Freud apresenta como "regra fundamental, e as instituições da relação analítica: horários, distribuições de sessões e honorários pagos ao analista. Dentro desta situação o analisado (...) faz uma experiência cuja verbalização é o objeto de análise".⁹⁹

'Dispositivos analisadores' são analisadores construídos que servem de intermediários entre o investigador e a realidade e que, ao propiciar a decomposição dessa realidade em seus elementos constitutivos, proporcionam ao analista o seu conhecimento.

No caso específico do objetivo deste estudo, o material em questão é, em primeira instância, os discursos e propostas produzidos pelos atores sociais envolvidos na reforma de atenção à saúde mental na rede pública municipal de Campinas.

98. LAPASSADE, G. "O analisador e o analista". Gedisa, colección Hombre y Sociedad, Barcelona, Espanha, 1979, p.18.

99. Idem, p.19.

Na perspectiva dos debates sobre as questões da desospitalização, desinstitucionalização, ações e serviços regionalizados, bem como das questões da formação dos profissionais, seus novos papéis e participação no processo coletivo de criação de novas alternativas para a Saúde Mental, tais proposições foram se concretizando de um modo particular através de estratégias planejadas previamente pela equipe administrativa que assumiu a Secretaria Municipal, mas também por caminhos singulares que se estabeleceram nos meandros do processo.

Assim, buscando identificar o que se mostrou específico e gerador de outros temas e problemas no campo teórico e prático da Saúde Mental, pode-se indicar, como seus 'analísadores' aquilo que pareceu ser os elementos desencadeadores do processo de transformação institucional e que contribuiu para o desenvolvimento criativo e coletivo de uma nova proposta de assistência ao doente mental, e ao mesmo tempo, ou por isso mesmo, para o agenciamento de novas subjetividades, no período de 1989 a 1991, em Campinas:

1. a realização do I Seminário com os profissionais de saúde e os administradores municipais para a construção coletiva de uma política de Saúde Mental que, por ter sido planejado como um espaço para acontecer o debate, pode ser considerado também um dispositivo analisador;

2. as reformas administrativas, que incluíram o fechamento dos ambulatórios, a descentralização dos serviços e a colocação de profissionais da Saúde Mental nos Centros de Saúde;

3. a cogestão do hospital psiquiátrico "Cândido Ferreira", a criação do hospital-dia e o desenvolvimento de diferentes projetos terapêuticos e assistenciais, tanto naquele espaço como fora dele.

A partir da análise dos conflitos e contradições surgidos no processo e que delinearão a perspectiva teórica e prática a respeito de saúde e doença mental da experiência, procurou-se assinalar os fatores que prejudicaram ou contribuíram para o envolvimento dos

atores no processo coletivo e criativo de construção do novo modelo tecnológico na assistência ao doente mental.

A análise das especificidades do processo de transformação da assistência ao doente mental em Campinas pretende contribuir para o aprofundamento do questionamento teórico ocorrido no processo, bem como referendar e subsidiar práticas assistenciais que se propõem na direção da transformação social.

1. O 1º seminário de saúde mental.

Com base no que foi relatado e na documentação referente, o objetivo central do evento foi elaborar uma política para a área, na perspectiva da Reforma Sanitária, buscando estabelecer princípios menos vulneráveis às mudanças de grupos e gestões administrativas.

A desospitalização, desinstitucionalização e serviços regionalizados de assistência foram os principais temas abordados no I Seminário de Saúde Mental, em março de 1989.

Os debates foram estimulados a partir de exposições feitas por profissionais convidados e pelo secretário municipal e se encaminharam a partir de críticas feitas: - aos modelos neoliberais predominantes na área da Saúde Mental que reproduzem a discriminação social e a cronificação do doente mental; `a internação do doente mental como prática sistematicamente utilizada com critérios duvidosos e `as medidas adotadas anteriormente com vista `a desospitalização psiquiátrica que, segundo os oradores, haviam sido buscadas apenas na perspectiva da racionalização de recursos, transformando, com isso, os ambulatórios e os outros serviços criados como alternativos à hospitalização, em focos cronificadores de doentes.

A partir dessas reflexões, foi ressaltada a necessidade de mudança na assistência ao doente mental em Campinas e indicados os principais eixos que deveriam norteá-las:

1.1 **desospitalização:** como forma de combater a cronificação e exclusão social do doente e de desincentivar o uso predominante desse recurso no âmbito da Saúde Mental, pois se mostrava ineficaz na resolução dos problemas da área;

1.2 **atenção descentralizada:** para distribuir os serviços e os técnicos de modo regionalizado, e como forma de combater a ineficácia e cronificação provocada pelos serviços especializados (ambulatórios), cujas ações revelavam-se incentivadoras de internações hospitalares e de medicalização;

1.3 **hierarquizações dos serviços e das ações de saúde:** para atender a diversidade da demanda, evitar a cristalização do modelo psicoterápico - tido como técnica elitista - e evitar internações hospitalares;

1.4. **três frentes de atenção nos Centros de Saúde:** a) atendimento à demanda específica, com vistas a aumentar a resolutibilidade e a cobertura da atenção; b) trabalho integrado com o restante da equipe de saúde, de modo a melhorar a qualidade dos atendimentos, focalizando-se aspectos emocionais dos clientes, contribuindo na dinâmica de funcionamento interno da equipe; c) trabalhos na comunidade, através de ações preventivas e educativas para evitar a internação e segregação dos doentes mentais; e

1.5. **criação de serviços intermediários** entre a hospitalização e o atendimento ambulatorial.

A partir da análise das entrevistas, pode-se constatar que estes eixos tiveram entendimentos diferentes entre os atores sociais envolvidos, revelando algumas demarcações territoriais que desembocaram em conflitos e contradições em suas práticas diárias.

Mesmo entre os elementos do grupo da nova administração, houve os que assumiram aquelas proposições como medidas meramente 'administrativas', isto é, dirigindo-se para ações racionalizadoras de recursos, sem desmontar os aparatos epistemológicos e ideológicos que caracterizam as instituições e saberes psiquiátricos.

Em função desta leitura, houve os que as rejeitaram, alegando tratar-se de propostas da ordem da 'normatividade social'. Tal crítica se somava à argumentação de que a psicanálise,

como saber e técnica de tratamento, se coloca de forma mais 'transgressiva' ao lidar com as questões da loucura, opondo-se às funções normativas, devendo ser adotada como norteadora do modelo a ser criado.

Outros tantos, embora dizendo "concordar em tese" com as reformulações propostas, a assumiram como proposições fechadas, como algo a ser cumprido. A partir daí, sentiam-se 'perdidos', com instrumentos inadequados ou insuficientes para enfrentar as tarefas que tais proposições implicavam.

Houve os que entenderam aqueles eixos como norteadores para a ação transformadora e se dispuseram a entrar no processo criativo, buscando novos caminhos e ferramentas para suas ações.

Ao ser colocada a intenção da criação conjunta de uma política para a área, surgiram conflitos e interpretações divergentes quanto às expectativas do desempenho dos papéis entre os atores: para alguns, isto contrariava as expectativas de que o grupo que assume a administração é quem deve articular e dar sentido às práticas realizadas; por outro lado, os administradores entendiam e esperavam que o grupo diretamente ligado à assistência se envolvesse qualitativa e eficientemente no trabalho que lhe era designado.

Com a alegação de que algumas posturas ideológicas por parte de alguns funcionários, com relação ao que se concebe ser uma assistência pública à saúde, eram prejudiciais ao projeto assumido, a nova equipe administrativa frisava a necessidade de investir esforços e medidas disciplinares para garantir a transformação do serviço público em algo eficiente e competente.

Segundo depoimentos, teria havido uma certa fantasia na cabeça de alguns dos trabalhadores da saúde que, apesar de comungarem dos mesmos princípios partidários, esperavam obter privilégios, tais como reduções de cargas horárias no trabalho a partir e por conta de ser uma gestão petista. Este comportamento revela a postura bastante viciada existente

em nossa sociedade, a "dar um jeitinho", a "de querer levar vantagem em tudo", sedimentada na ideologia corporativista.

No entanto, a postura que o grupo do nível central pretendia adotar era justamente a contrária: não pretendia dar privilégios nem discutir questões de categorias profissionais fragmentadamente, e sim articulá-las ao processo mais geral de transformação da assistência à saúde. Pretendia, inclusive, aumentar a carga horária dos profissionais, ou pelo menos, fazer cumprir a carga horária contratada, para fazer vingar um projeto de qualidade expandindo, inclusive, a capacidade de cobertura da demanda.

Conflituosas se mostraram as concepções de saúde e doença mental, quando da avaliação das perspectivas adotadas nos trabalhos que vinham sendo feitos. O grupo do nível central entendia ser necessário "desespecializar" a atenção e que todos teriam que atender tudo o que aparecesse, procurando se capacitar para isso, enquanto que os que trabalhavam na perspectiva do atendimento especializado, defendiam esta postura como garantia de melhor qualidade do tratamento.

As divergências de concepções teóricas surgiram mesmo entre os que tendiam às transformações das práticas, resultando em práticas ecleticamente formuladas.

As soluções encontradas para a superação dos conflitos apontavam para a necessidade de buscar estratégias que pudessem articular as diversas correntes - ao menos as que se comprometiam com o processo de transformação e democratização social - e de criar novas práticas, o que fez com que fossem incorporados elementos da psicanálise, do psicodrama, da terapia ocupacional, da psiquiatria, etc..

2. Reformas administrativas: fechamento dos ambulatórios, descentralização dos serviços e dos profissionais, reorganização de papéis e funções.

E' na busca de um entendimento comum para o trabalho a ser criado que surge a possibilidade e a necessidade de uma comunicação transformadora no âmbito das instituições.

A modificação das relações institucionais

*"deve intervir ao nível de uma redefinição estrutural do papel de cada um e de uma reorientação do conjunto. Enquanto as pessoas permanecerem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas."*¹⁰⁰

Para ser coerente com os propósitos de coletivizar a responsabilidade por todos os atos praticados, a nova equipe administrativa entendia que não deveria haver equipes de supervisão específicas por categorias e situadas no nível central. Em seu lugar, foram formadas as equipes regionais, formadas por profissionais de qualquer especialidade, horizontalizando-se os cargos administrativos, para que as supervisões não ficassem mais alheias aos problemas da região e em reuniões específicas de cada programa.

A Coordenadoria de Saúde Mental, por exemplo, passou a ter unicamente, a função de assessoria da área junto à Secretaria e não mais aos serviços locais.

Tais mudanças desencadearam reações adversas entres os profissionais de saúde, que expressaram suas contrariedades na alegação de que haveria desconhecimentos dos trabalhos e saberes por parte dos diferentes profissionais do mesmo serviço. Essas alegações revelam a postura corporativista, rejeitando, a horizontalização dos cargos funcionais e se apegando em suas identidades profissionais, com medo de serem descaracterizados e não mais reconhecidos.

100. GUATTARI, F. "Revolução Molecular: pulsação políticas do desejo". ed. Brasiliense, S.P., 1987, 3a. edição, p.96.

O despojamento de antigas identidades era necessário para que se pudesse investir num projeto coletivo, em que o que se requer são subjetividades capazes de se somarem na criação de um novo modelo de atenção em Saúde Mental.

Segundo os depoimentos, no processo de contratação de mais equipes mínimas de saúde mental para trabalhar nos Centros de Saúde, cuja estratégia para quatro anos era colocar equipes em todos os 36 Centros de Saúde, a preocupação com determinada qualidade dos profissionais, fez com que os treinamentos das novas equipes fossem feitos de forma isolada do restante do grupo, para que não houvesse "contágio" com os modelos que se queria mudar.

Esta atitude revela como os atores do nível central se sentiam ameaçados diante das diferenças de formações, parecendo buscar, deste modo, refúgio e proteção para seus atos.

As alterações de papéis e funções dos servidores, implícitas naquela proposta, provocaram reações contundentes, principalmente nos mais antigos. Nas grandes reuniões promovidas pela Secretaria, os atores se opunham radicalmente a tudo, parecendo estarem atados a estruturas fixas e imóveis, tanto do ponto de vista profissional como pessoal.

A intransigência foi enfrentada ao longo do processo, com a insistência do outro grupo em seus propósitos de mudanças.

Houve, finalmente, a avaliação e o desmonte dos dois ambulatórios, com a participação de todos, e a descentralização daqueles profissionais para outros serviços.

A implementação dessa proposta ocasionou a interrupção dos atendimentos, o que, por sua vez, provocou resistência e insegurança nas pessoas que o executavam.

Os conflitos se revelaram de ordem afetiva, pois poderiam significar jogar fora os esforços e os envolvimento afetivos construídos e depositados naqueles trabalhos.

Além do quê, nada garantia que o processo de deslocamento das pessoas e aquela descentralização dos serviços não envolveria o parcelamento do trabalho e seu conseqüente processo de alienação dos trabalhadores, enquanto perdendo a dimensão globalizante de suas ações.

De fato, a reação de muitos dos profissionais às medidas foi a de resistência, explicitando suas contrariedades e temores no modo mesmo de falar dessas inovações aos usuários.

O que a nova administração explicitava em seus discursos era que o planejamento e a gestão democrática só se efetivariam se possibilitassem e viabilizassem o desenvolvimento do potencial das equipes profissionais. Era necessário criar um sistema de trabalho conjunto, em que houvesse a responsabilidade coletiva por todos os atos praticados e, assim, coletiva também seria a indignação ante os limites de toda ordem que dificultam a promoção da cidadania dos usuários dos Serviços de Saúde Mental.

As reações surgidas diante da delegação de responsabilidades para com a avaliação e criação das novas práticas foram diversas:

Houve os que a interpretaram como uma espécie de abandono e de sanção a funcionários: outros alegavam não estar se levando em conta a capacitação necessária para o enfrentamento da nova tarefa, sendo necessário o oferecimento de subsídios específicos. Reclamavam por supervisões.

Naquele momento, porém, a reclamação por supervisões significava, para muitos, a necessidade de uma autoridade externa para que pudessem enfrentar os problemas da nova prática: para outros, tratava-se de garantir um espaço de reflexão e de crescimento.

Embora existisse uma preocupação pedagógica com a formação dos profissionais por parte do grupo do nível central, muitas vezes isso se configurou como sendo a busca de um consenso, para que a nova proposta pudesse ter significado e fosse apropriada por todos e pudesse finalmente ser desenvolvida e implantada. (Era necessário ganhar adeptos).

Isto fez com que fossem oferecidos os momentos de supervisões solicitados e de outros tipos de intervenções. Algum tempo depois, estas mesmas medidas foram avaliadas como incoerentes com os pressupostos adotados, retirando-se dos atores locais aquele tipo de investimento.

Sem isso, os profissionais passaram a ter no enfrentamento diário dos problemas e no redimensionamento da demanda a ser atendida fora do espaço hospitalar, a única possibilidade de pensar como e com que qualidade dar conta dela. No entanto, foi a partir disso que pode haver novos investimentos com relação à comunidade, às responsabilidades do acompanhamento do paciente, resultando, inclusive, numa certa desespecialização dos atendimentos. Verificou-se a criação de outros recursos de atenção, que compreendiam a dimensão da expansão da vida com qualidade para os doentes, com o oferecimento de atividades que contemplassem a multiplicidade das dimensões pessoais dos sujeitos atendidos.

3. a co-gestão e reformas do hospital psiquiátrico "Cândido Ferreira", criação do hospital-dia e o desenvolvimento de diferentes projetos terapêuticos e assistenciais.

O convívio direto com a loucura provoca o pensar sobre ela e sobre a nossa própria loucura.

Para os técnicos isto também implicou o rearranjo de suas "caixas de ferramentas" no enfrentamento cotidiano destes pensamentos.

As experiências realizadas na perspectiva antimanicomial atingiu também a comunidade local que passou a conviver com os seus doentes mais proximamente.

No entanto, a desospitalização de alguns pacientes e a não internação de outros foram permeadas pela preocupação de não se abandonar esta população. A questão da exclusão social do doente mental foi enfrentada seriamente, apresentando-se alternativas através do oferecimento de novos serviços, novos modos de assistência e de cuidados.

Apesar de não se fechar o hospital, deram-lhe outras funções e características: a de abrigo e de hospitalidade.

A necessidade de abrigo e hospitalidade, característica de todo ser humano, o é especialmente de grande parte dos doentes mentais, uma vez que não encontram aceitação de suas diferenças por parte da grande maioria das pessoas, impossibilitando o seu convívio social.

As regras de convívio estabelecidas em nossa sociedade implicam a exclusão de determinadas categorias de pessoas quando infringirem algumas de suas normas.

E a exclusão nos faz pedir asilo.

"A 'hospitalidade' representa de modo claro a contradição entre o 'dentro' e o 'fora'. Vai-se para dentro porque fora não se encontram respostas à própria angústia, ou simplesmente porque não se encontram relações e suportes para a própria vida; mas o dentro é como o fora, com a possibilidade de decidir a qualquer momento que não se tem mais a necessidade de sustentação (ou de ser sustentado) com a consciência de que em qualquer caso será um apoio breve, sem outras regras ou condições a não ser as do relacionamento com quem oferece apoio; como indício, portanto, de que qualquer relacionamento, também fora, poderia ser assim realmente incondicionado".¹⁰¹

No final do segundo ano de gestão o grupo do nível central continuava denunciando e combatendo os efeitos nefastos da psiquiatrização, psicologização e da medicamentação das ações de saúde, e insistindo nos mesmos princípios, isto é, na convicção de que os tratamentos não deveriam se constituir numa sanção ou prêmio, mas num direito da pessoa, respeitada a dimensão de cidadania do doente.

Tais princípios, no entanto, também merecem cuidadosa reflexão, uma vez que a simples definição de saúde como direito do cidadão pode significar a reversão do direito em obrigação, em submissão a um tratamento.

Para que estes princípios orientem a assistência na perspectiva transformadora, é necessário se desvencilhar do sentido de saúde como sendo um bem de igual natureza e valor a todos os cidadãos.

Como bem assinala Kinoshita, a saúde para a classe dominante

101. (Roteli, 'Prevenir a prevenção', In: NICÓCIO, F. (org), "Desinstitucionalização", Hucitec, SP, 1990, p.72)

"é um valor de uso, isto é, ela tem condições para desfrutar, para gozar a saúde - a saúde para as classes subalternas, o proletariado, torna-se basicamente um valor de troca: vende a sua saúde em troca de salário, a saúde adquire um caráter de mercadoria."¹⁰²

Na perspectiva transformadora, a saúde como direito, deve contemplar também as condições sociais para desfrutá-la e rejeitar a lógica "doença-exclusão".

Pudemos observar que os investimentos em serviços que abrigassem os doentes mentais e lhes proporcionassem uma hospitalidade mais digna, revelaram o quanto, nessa experiência, entendeu-se que a doença não é separada da existência.

Cabe ressaltar ainda que, coincidência ou não, neste período, um dos importantes hospitais psiquiátricos da cidade - o "Bierenbach de Castro" - interrompeu suas atividades oferecendo mais argumentos para a luta antimanicomial.

Em suma, como conseqüência deste processo conflituoso e contraditório, em que as diferenças de perspectivas assumidas concomitantemente pelos atores sociais imprimiram suas marcas singulares no produto realizado, verificaram-se transformações profundas no atendimento dos doentes mentais e criações de projetos inovadores em Campinas. Destacam-se:

- . a introdução de investigações qualitativas sobre a demanda e serviços existentes, respaldando novas proposições de mudanças, e indicando a ocorrência de alterações quantitativa e qualitativa na cobertura da demanda, de reformulações de modelos e posturas dos profissionais;

- . a manutenção da prática de Seminários, realizados anualmente, como espaço privilegiado de criação, reflexão e de produção de material teórico acerca de suas reflexões e práticas;

- . a reforma assistencial do Hospital Psiquiátrico 'Cândido Ferreira', desdobrada em diferentes ações: reformas físicas e funcionais dos prédios, diversificações na atenção aos

102. KINOSHITA, R. T. 'Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana'. In: VÁRIOS, "Saúde Mental e Cidadania", Mandacaru e P. T. S. M., SP.1987, p.82.)

pacientes crônicos, desospitalização e encaminhamento de ex-pacientes em lares abrigados ou na reinserção familiar;

- . a criação do Hospital-dia, que possibilitou um atendimento diferenciado aos doentes mentais graves, evitando a internação hospitalar como seu único recurso assistencial;

- . a implementação de assistência aos problemas mais sérios da Saúde Mental nos Centros de Saúde, possibilitando o real dimensionamento da complexidade das ações e recursos necessários para este tipo de demanda;

- . engajamentos pessoais e profissionais com a comunidade de referência dos Centros de Saúde, dessacralizando espaços e papéis profissionais;

- . criação de projetos que implicavam novas ações e serviços, tais como os Centros de Apoio Psico-Social;

- . a reestruturação administrativa em moldes horizontais e descentralizados, que fez emergir os conflitos advindos de posturas corporativistas, impondo uma nova distribuição de responsabilidades em moldes multiprofissional; e

- . a criação de um novo Pronto-Socorro Psiquiátrico juntamente com a Central de Vagas para Internações Hospitalares, reorientando conceitual e funcionalmente estes equipamentos.

III.2 DISCUSSÃO DA IMAGEM VISTA ATRAVÉS DOS ANALISADORES. (OU, PRIMEIRAS CONCLUSÕES)

Ao encerrarmos esta discussão cabe ainda a pergunta final: será que estes acontecimentos, destacados como seus analisadores, teriam a força de serem "dispositivos analisadores" em outras experiências dessa mesma natureza? Ou eles somente foram específicos daquele contexto?

Não pretendemos responder a estas questões de modo categórico, mas discutir o porquê e de que maneira destacar aqueles procedimentos como passíveis de serem reproduzidos em alguma outra experiência.

Por considerarmos que o processo de transformação da assistência ao doente mental, baseado na perspectiva da Reforma Sanitária, se revelaria também como um processo de transformação de subjetividades capazes de efetivá-lo coerentemente, é que podemos indicar alguns dos procedimentos ocorridos naquela experiência como possíveis de se tornarem também "dispositivos analisadores" significativos.

Ao adotarmos a definição de saúde como sendo a melhor qualidade de vida e como um direito do cidadão, temos que pensá-la não somente para os usuários dos serviços de saúde, mas também para os seus profissionais. Pois é na vida diária com o seu trabalho, na busca em promover a qualidade de vida dos pacientes que também eles estão construindo a própria qualidade de vida.

Os fatores aqui destacados como analisadores daquela experiência se revelam plausíveis de serem novamente utilizados, à medida em que de fato possam vir a corroborar para as transformações almejadas, tanto na esfera mais pessoal, como na coletiva e social. Portanto ressaltamos que:

1. A prática de seminários entre os profissionais locais, os administradores e convidados, na perspectiva do debate das questões trazidas pela Reforma Sanitária para a área da Saúde Mental, a exemplo do 1o. Seminário, poderá também propiciar as primeiras reações

de despertar para um novo jeito de se pensar a assistência ao doente mental associado a um serviço público;

2. Reformas administrativas na direção da descentralização e desespecialização dos serviços poderão incentivar a atuação dos atores locais que, ao se empenharem em atender os psicóticos e outros problemas 'duros' da área, poderão indicar concretamente o dimensionamento do problema a ser tratado e a real necessidade de se criarem outros tipos de serviços e de atenção, balizados de fato, na percepção dos limites de suas ações;

3. A criação de novos serviços, com diversificados tipos de assistência, como os desenvolvidos no Hospital "Cândido Ferreira" e no Hospital-dia, poderão contribuir para mudanças significativas dos profissionais de toda a Rede, desde que utilizados como locais de estágios. Somente a desospitalização, com o respaldo de equipamentos e serviços alternativos é capaz de propiciar transformações nas famílias, parentes e pacientes no sentido do rompimento da "dependência da internação". O exemplo do que aconteceu naquele Hospital é contundente para demonstrar como as pessoas se transformam a partir de envolvimento significativo no enfrentamento criativo de suas novas ou velhas questões.

4. A adoção de reformas na organização estrutural-administrativa, privilegiando a coordenação regional dos serviços, ao invés de chefias por especialidade e centralizadas verticalmente no nível central, pode provocar, ao menos, que se repense as questões do corporativismo e de uma suposta autonomia impregnadas nas práticas precedentes.

Enfim, as medidas que concorrem para que um novo tipo de relação com o doente mental se estabeleça, deverão concorrer também para que haja uma revisão crítica dos instrumentais teórico-metodológicos utilizados e um reposicionamento acerca do modo como se trabalha no serviço público, incentivando os atores sociais a buscarem novos referenciais e posturas para suas práticas.

Vale ressaltar que, naquela experiência, o investimento na crença sobre a possibilidade de mudança foi, sem dúvida, o marco decisório para o desencadeamento do

processo de transformação das relações entre as pessoas que trabalhavam juntas e do modo de se atender o doente mental num serviço público.

O grupo que assumiu a administração municipal da saúde naquele período, embora consciente dos obstáculos que se interpunham para a implementação de uma nova política, demonstrou confiar na possibilidade da deflagração de um processo de transformação social, ao recolocar em pauta a crítica sobre o modelo assistencial dominante e local na perspectiva dos princípios da Reforma Sanitária e dos movimentos sociais que a precederam.

Apesar das diferenças de expectativas e compreensões do que viria a ser, e de como se concretizaria a proposta antimanicomial, todas as pessoas envolvidas desempenharam papéis importantes no processo de transformação da assistência pública de Campinas ao doente mental, mas talvez não o fizessem sem esses "dispositivos analisadores".

Por outro lado, notamos que os investimentos nos recursos humanos, naquela experiência, seguiram trajetórias conflituosas, ora sendo oferecidas as oportunidades para se trabalhar as questões teóricas e pessoais, ora sendo retiradas.

Notamos também a frágil participação das Universidades locais naquele processo, apontada pelo depoimento de um de seus representantes que revelou assim, o seu distanciamento e descompromisso com a realidade mais próxima. Isso nos fez pensar na produção de subjetividades elitistas da formação médica ao ignorar ou se negar participar coletivamente de um processo de transformação da atenção na rede pública, restringindo-se a práticas isoladas de atendimentos a casos clínicos mais complexos, de "interesses científicos". Esta postura, a nosso ver, propicia uma visão super especializada no profissional, que acaba por desdenhar os problemas mais comuns da população assistida pelos Centros de Saúde, preferindo permanecer nos grandes centros-escolas. Somente especialistas, estes profissionais acabam inibidos mesmo de enfrentarem problemas simples que saem do seu campo de especialização.

Outra questão a ser apontada é a de que propostas de transformações da assistência ao doente mental não se configuram necessariamente como algo 'libertador' e transformador

para os profissionais da área. Para isso é necessário que se tornem sujeitos do processo, cujas consequências serão as transformações tanto das subjetividades como da realidade social.

Da análise daquela experiência, o que pudemos notar foi que aquele momento se configurou como uma novidade para todos os trabalhadores de saúde mental, o que, para alguns, foi suficiente para instigá-los a reverem seus conceitos e modos de lidarem com os doentes; enquanto que para outros, significou tão somente viveram angústias advindas de suas próprias carências, da retirada das supervisões ou de outros mecanismos que facilitassem as relações com o trabalho, e decorrentes também da nova racionalidade imposta para a assistência, que no fundo demonstrou inadequações no dimensionamento das tarefas a serem realizadas por eles.

Concordamos que era necessária uma nova racionalidade para a assistência à Saúde em Campinas, mas observamos que seu processo de implantação se deu de forma vertical, contrariamente às intenções democráticas declaradas por aquela equipe administrativa. Não há dúvidas que a premência do tempo (4 anos de governo) tenha influenciado tal atitude, porém é importante ressaltar que uma nova racionalização para a assistência à Saúde pode ser vista como algo positivo, desde que se trabalhe na perspectiva de sujeitos sociais em ação, que sejam técnicos, usuários ou administradores.

A continuidade das reformas na assistência ao doente mental em Campinas poderá se constituir como um processo social transformador, se der continuidade ao processo que se concretizou a partir do envolvimento e construção de novas subjetividades, fator fundamental para a reconstrução de concepções sociais a respeito de saúde e doença mental, e para a efetiva implantação de modelos alternativos de atenção.

Ressaltamos ainda que, aquilo que poderia parecer desencadear o fracasso de um determinado projeto — o preparo ou despreparo dos profissionais— poderá ser a 'caixa de ferramentas' compartilhada e recriada entre todos, e o fator incentivador e possibilitador da construção de um novo modelo de atenção que não se faz sem conflitos, crises e impasses.

III.3 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL "PSI" E OS NOVOS PAPÉIS A SEREM ASSUMIDOS. A RECONSTRUÇÃO DE SABERES E DE SUBJETIVIDADES NA PRÁTICA CRIATIVA.

A alegação de que o despreparo profissional é o responsável pelo insucesso de determinadas medidas e planos na área da saúde é uma falsa questão. Ela se revela mais como uma justificativa reforçadora do modo centralizador e autoritário de se administrar e fazer saúde.

A tônica das reformas para a área tem sido a de se propor 'pacotes' de ações e serviços, previamente pensados e desejados pelos gerentes do sistema, para serem executados pelos técnicos. É esta 'taylorização' dos serviços de saúde que impede o real envolvimento dos profissionais nas suas práticas, e que deteriora a qualidade dos serviços em geral, quer sejam públicos ou privados.

A formação profissional tem sido inadequada para o momento atual, por reproduzir a perspectiva de imutabilidade do sujeito, da sociedade e de seus valores, ao invés de estimular a capacidade de pensar, de sensibilizar-se com o mundo circundante e de criar.

Não existem técnicas infalíveis e prontas para o desenvolvimento de um processo criativo. As mais capazes são aquelas que nós mesmos inventamos. É possível vislumbrar as pistas deste processo, dentro de nosso ser, aquilo que a criatividade nos proporciona: o sentimento de fluidez, alegria genuína de uma brincadeira, mesmo em relação às coisas mais sérias de nossas vidas.

"A competência que perde suas raízes de diversão se transforma em rígido profissionalismo".¹⁰³

Todos nós temos a capacidade de criar. Mas essa capacidade é bloqueada pelo processo de repressão cultural a que somos submetidos ao longo de nossa vida, a começar pelos padrões e valores incutidos pela família, reforçados pela escola e fomentados deslumbradamente pela mídia.

103. NACHMANOVITCH, S., op. cit., p.70

Tal processo segue a lógica capitalista de produção e consumo, desencaminhando-nos do gozo intenso do momento presente e de um futuro pleno do novo e do desconhecido.

O modo de funcionamento da subjetividade assim produzida segue a lógica da máxima rentabilidade e não da Vida.

No entanto, a pergunta que nos colocamos neste momento é a seguinte: que ferramentas o momento atual está nos exigindo?

As ferramentas de que dispomos para atuar tecnicamente no atendimento ao doente mental são nossas teorias, nossos conceitos, bem como um rol de procedimentos a serem executados de determinado jeito.

Ora, estas teorias e concepções, bem como os procedimentos daí advindos, não são, como já vimos, neutros e universais. Eles são construídos historicamente para atender determinados tipos de interesses e necessidades que se impõem a cada momento em cada contexto.

Eles se transformam, se adaptam ou são totalmente rejeitados a partir mesmo de seus princípios fundamentais. Nesta perspectiva, "o diploma escolar é uma presunção de preparo e não um atestado de preparo", diz Anísio Teixeira.¹⁰⁴

Para se perceber as modificações do mundo circundante, que apelam para novas posturas, é necessário uma disponibilidade interna de pensamento que possibilite colocar as coisa sob outro prisma, outras representações, outros conceitos, etc.

Depois ainda é preciso uma reação favorável diante das novidades apreendidas, do não-habitual, para que se possa iniciar um processo criativo de modificação das nossas ferramentas e atuações.

Novamente é Guattari que acompanha nossas indagações:

"Será que aquilo que nos dá o sentimento de sermos nós mesmos, está na referência a uma ideologia religiosa, política ou outra qualquer? Será que isso nos permite viver - não só no sentido de podermos nos respeitar, mas também e sobretudo, no de podermos ter relações criativas? Será isso que permitirá organizar uma divisão de trabalho? Será

104. Entrevista citada In: ABRAMOVICH, F. "Quem Educa Quem?", ed. Summus, 1985, p.136.

isso que permite produzir, tanto no campo material, quanto no subjetivo, as condições de uma vida coletiva e, ao mesmo tempo, as condições de encarnar a vida para nós mesmos (aquilo que eu chamo de singularização)? Penso que ao contrário, a maneira como o ego, os indivíduos, os grupos sociais são modelados pelos sistemas capitalísticos contemporâneo é muito mais portadora de desordem e de entropia do que os sistemas de sensibilidade ... que podem se desenvolver à revelia da dominação pelas estruturas de identidade".¹⁰⁵

O enfrentamento com o não habitual não é simples. Ele pode desencadear os mais distintos processos internos: de espanto, medo, rejeição, ou ainda de curiosidade, de exploração, de brincar e de se envolver.

Arriscaríamos dizer que vários destes processos acontecem ao mesmo tempo, e que são favorecidos ou desfavorecidos pelas condições internas e externas ao sujeito, desencadeando novas e sucessivas condições de mudanças.

Das condições internas poderíamos destacar, por exemplo, a auto estima e o sentimento de segurança que permitem o exercício do despojamento das coisas conhecidas, bem como das capacidades de brincar e de improvisar.

Das condições externas, assinalamos a importância das oportunidades concretas de realizar o novo. Na esfera institucional e profissional, por exemplo, isso significa a efetivação de relações democráticas no trabalho que permitem e estimulam a convivência com as diferenças. Significam também, práticas de encontros e debates, assim como condições materiais adequadas para o tipo de empreendimento necessário.

No entanto sabemos que o meio circundante sempre nos impõe limites. E trabalhar dentro dos limites impostos nos obriga a mudar nossos próprios limites.

Como adequar as nossas ferramentas a cada novo desafio?

Embora constatem, assim como Guattari, que "as subversões contemporâneas apelam, sem dúvida, para uma modelização mais voltada para o futuro e para a emergência de novas práticas sociais e estéticas em todos os domínios"¹⁰⁶, o que encontramos em nosso

105. GUATTARI, op. cit., p.66.

106. GUATTARI, F. 'Linguagem, consciência e sociedade'. In: "SaudeLoucura 2", Hucitec, 1990, p.9.

universo de entrevistados foram ainda situações de apego muito grande ao passado. Em seus depoimentos, deixavam transparecer o receio e a desconfiança das transformações emergentes que implicavam modificar seus papéis profissionais.

Certos 'pensamentos' pareciam rondar as cabeças de alguns, tanto dos "velhos" como dos "novos" atores, como: 'se estão dizendo que o que eu faço não é bom, então como é que eu posso fazer parte desse novo trabalho?', ou então: 'como me encaixar nessa nova proposta se eu só sei fazer outra coisa? como participar de um projeto coletivo sem perder minha individualidade, minha liberdade? Como eu posso abrir mão disso que aprendi às duras penas, em cursos de especializações e até mesmo na minha terapia? Como dar conta de uma proposta para a grande população, se o que aprendi e sei fazer é atender o indivíduo, a pessoa?'

Os novos atores, apesar de terem sido contratados nesta, e para esta fase da tarefa - a de transformar o atendimento público do doente mental -, tinham histórias profissionais semelhantes com as dos demais. Tendo ou não trabalhado em serviços públicos, tiveram formações acadêmicas e percursos profissionais muito parecidos.

Na verdade, aquele processo desafiava o já conhecido - pelo menos em termos das possibilidades de sua utilização - já que colocava a questão da assistência pública em Saúde Mental sob outro prisma. Tal colocação implicava o atendimento do doente mental fora do hospital e também requisitava novas funções e papéis profissionais junto às equipes de saúde e à comunidade. O enfrentamento dos novos problemas a serem assumidos colocava em xeque muitas das ferramentas que antes pareciam seguras e eficazes.

É verdadeiramente no desempenho profissional que começam a emergir os problemas advindos da formação, evidenciando suas carências ou inadequações às necessidades de mudanças que se colocam concretamente a cada instante.

"O diploma supõe a existência de um 'corpo de conhecimento' estático. Como se sabe, é cada vez menor o período em que todos os conhecimentos são substituídos. O fenômeno da substituição atinge, inclusive, as profissões que desaparecem e nascem diariamente. Se os 'ciclos do conhecimento' são cada vez mais rápidos, não se justifica o

diploma. A expressão 'reciclagem' é típica da mudança permanente de know-how : os profissionais precisam, anualmente, sofrer revisão de tirocínio, sob pena de sua tecnologia obsolescer. Acelerando-se o processo, chegamos à 'educação permanente', incompatível com o diploma". (Lauro de Oliveira Lima).¹⁰⁷

A educação permanente, no entanto, não diz respeito somente à exigência de novos cursos e supervisões técnicas, mas àquela disposição interna que permite que várias questões sejam recolocadas e repensadas no processo da vida profissional.

Contraditórias, coerentes, angustiadas, instigantes, as questões sempre surgem... Elas revelam o quanto esse processo é dolorido e bonito. Bonito, porquê proporcionador do novo, da alegria das descobertas; porquê reflexivo dos valores e desejos mais pessoais e coletivos.

É dolorido porque exige a revisão daquilo que aparentemente estava seguro, acomodado e pronto - provocando muitas vezes resistências internas - e porque evoca a necessidade de se criar coisas novas.

Quem acredita que o momento de criação não envolve dor, é porque talvez já tenha se esquecido, ou talvez ainda não tenha criado nada.

"Às vezes percebo que gastei um dia inteiro tentando uma tática depois da outra para escrever um único parágrafo, para tocar um único acorde, e mais tarde o problema se resolve sozinho com a maior facilidade. A sensação de imbecilidade, a obsessão de trazer à luz alguma coisa que não quer se revelar, é apenas um estágio na solução do problema. Por mais desagradável que pareça, o desespero criativo é um passo necessário - um sintoma de que estamos nos atirando de corpo e alma no problema."¹⁰⁸

Bonito e dolorido, enfim, porque exigente de um posicionamento crítico e transformador, tanto das práticas como de si mesmo.

As questões, explícita e implicitamente colocadas pelos atores entrevistados, revelaram a indicação de muitos caminhos possíveis para cada um deles, para o coletivo, para a Saúde Mental.

107. Entrevista citada In: ABRAMOVICH, F., idem, p.136.

108. NACHMANOVITCH, S. "Ser Criativo - o poder da improvisação na vida e na arte". Summus ed., S.P., 1993, p.140.

Para alguns, que consideravam os trabalhos em comunidade, por exemplo, como uma tarefa além, extra, que só poderia ser feita com mais gente e com quem gostasse disso, indica que o caminho percebido é dos consultórios particulares.

Este modo de atuar pressupõe uma forma de considerar a "demanda" apenas como sendo "pessoas individuais" e não grupos sociais, tem por trás uma concepção específica de saúde, doença e de intervenção. Para este tipo de concepção, a ação de um médico ou de qualquer outro profissional da saúde só se efetiva na restrita atenção individual, mesmo se valendo de técnicas grupais, pois a doença mental está no indivíduo, ou no inconsciente individual, e a eficácia do tratamento dependerá das soluções encontradas e encaminhadas pelo técnico.

Tal abordagem pressupõe um conceito de Homem, que é o dominante em nossa formação social e que se espalha para todas as classes e grupos sociais: a do indivíduo como sujeito auto suficiente, auto determinado. Essa noção de autonomia pessoal é vivenciada como verdadeira e natural e pressupõe a não obediência a ninguém, a não ser a uma racionalidade anônima.

Os discursos psiquiátricos dominantes reforçam esta perspectiva, pois pressupõem um local corporal onde são produzidos e armazenados os sentimentos. Determinados geneticamente ou decorrente de mau funcionamento do sistema neurotransmissor, os sentimentos podem ser localizados, nomeados e estirpados.

O tratamento consiste em eliminar os sintomas. Não se questiona, no entanto, as razões que originaram determinados sentimentos e ações. Nesta perspectiva a felicidade pode ser adquirida através de pílulas, e a psicofarmacologia é a grande patrocinadora de corpos dóceis e adaptados.

A relação clínica que se estabelece a partir daí, geralmente é dirigida na perspectiva do conhecimento do técnico, afirmando e legitimando uma relação desigual de poder entre as partes.

A utilização da discrepância de conhecimentos, como forma de submeter as pessoas ao poder e às deliberações dos técnicos sobre os organismos e condutas sociais, retrata bem a ideologia dominante que impregna todas as relações sociais e que provoca estratificações sociais inclusive entre os profissionais de saúde e que, por sua vez, realimenta esta mesma ideologia.

Formados através da lógica da divisão do conhecimento e do trabalho, os profissionais de saúde assumem a crença de que o trabalho de uma equipe multiprofissional, através da somatória de seus saberes, proporcionará a cura do doente.

Porém neste modelo, mesmo numa equipe multiprofissional, o que se observa é a predominância do conhecimento e do poder do médico, que é quem, no final das contas arca com a responsabilidade final do tratamento. Constatamos isso facilmente, por exemplo, com relação aos plantões nos serviços de saúde, que são atualmente responsabilidade exclusiva dos médicos (embora cobertos por enfermeiros e auxiliares).

A multidisciplinaridade da equipe poderia ser encarada como uma melhor divisão de tarefas, no entanto, se incluísse também uma responsabilização maior dos profissionais não médicos.

A importância creditada ao médico na equipe de saúde, é resultado também das Políticas Sociais que, constituindo-se num sistema de filtros, selecionam práticas e concepções que reproduzem a aparência do Estado-Providência, mantendo instâncias de poder ou recriando-as no sentido da manutenção das situações vigentes.¹⁰⁹

Se, no entanto, a primazia do conhecimento médico nas ações de saúde - respaldada e fomentada por interesses políticos e econômicos - precisa ser questionada, por sua vez não há dúvidas que ela oferece explicações para os sofrimentos que se dispõe a tratar.

O que precisamos verificar é em que áreas estas explicações são insuficientes ou inexistentes, carecendo de outros conhecimentos e outros saberes para enfrentá-las.

109. Cf. OFFE, C. "Dominação de Classe e Sistema Político, sobre a Seletividade das Instituições Políticas". In: Problemas Estruturais do Estado Capitalista. RJ, Tempo Brasileiro, 1984.

A reversão do processo de reprodução desses valores - primazia do conhecimento e consequente poder médico, Estado-Providência - dependerá grandemente dos técnicos, por eles terem locais garantidos nas instituições. E, na medida em que as instituições sempre precisarão dos técnicos para se efetivarem, cabe a eles saber ocupar seus "espaços de manobra".

Estes espaços são, entre outros, o acesso às informações, a possibilidade de trabalhar as consciências dos usuários e a possibilidade de criar novas práticas e refletir sobre elas.

O problema também está justamente no fato de que, para isso, é necessário romper com a aspiração de poder e identificação com a classe social dominante, impregnada da ideologia de um Estado neutro, em que as políticas sociais são vistas como soluções técnico-científicas e racionalizadoras de recursos econômicos.

O poder não é uma coisa inteiramente dada a alguém e que este alguém exerce isoladamente, totalmente sobre os outros. O poder pode ser comparável à "uma máquina que circunscreve todo mundo, tanto aqueles que exercem o poder quanto aqueles sobre os quais o poder se exerce".¹¹⁰

Sendo uma prática que se exerce em todo corpo social ele não ocupa um lugar fixo de onde se emanaria. Do mesmo modo, a resistência e a luta ocupam lugares ramificados de ação, articulando-se em pontos ou focos locais móveis, regionais e flexíveis: "lá onde se está, é sempre um foco possível".

Na busca de alterar o caráter autoritário da prática clínica, em que os saberes são utilizados para impingir o poder de autoridade nas relações com os clientes, algumas inovações foram tentadas e descritas por alguns dos entrevistados, e citadas no capítulo III deste trabalho.

A necessidade de se despir dos referenciais anteriores para se assumir novos papéis, não é apenas uma questão de estilo. Ela se reporta às questões do objeto a ser tratado, das práticas sociais decorrentes e de suas finalidades. Os referenciais conceituais falam, em última

110. FOUCAULT, M. "Microfísica do Poder",p.219.

instância, dos valores pessoais assumidos no cotidiano, tanto nas relações profissionais como pessoais.

No entanto, a análise das entrevistas revelou que a principal preocupação da maioria dos trabalhadores de Saúde Mental do nível 'local' ainda não era com relação às questões de revisão ou não do conhecimento exigido naquele momento, mas sim, relativas ao como dar conta, praticamente, daquela nova e grande demanda e com o referencial já conhecido por eles.

Pareciam não se dar conta, inclusive, de que a demanda era qualitativamente diferente e não apenas quantitativamente, já que a problematização da loucura, saúde e doença, estava sendo colocada em outros moldes, isto é, enquanto qualidade de vida e não mais como patologias, carências ou disfunções.

Outros depoimentos também indicaram uma outra concepção comumente encontrada entre alguns grupos: a que, não considerando as doenças com sendo produzidas única e exclusivamente no corpo individual, consideram-na como produzidas e determinadas pelos sistemas políticos e sociais. Esse tipo de concepção pode incorrer em consequências danosas para o processo de transformação atual, pois pode levar à crença de que só haverá transformação do processo de saúde e doença, no dia em que mudar a sociedade, imobilizando, desta forma, o desenvolvimento e a criação de um jeito próprio de efetivar as transformações necessárias.

A exigência de novas ferramentas implica novos valores pessoais.

Não se trata simplesmente de aprender novas teorias e técnicas, pois deste modo ainda estaríamos na esfera da reprodução. É preciso que procuremos um entendimento não mecanicista do modo de funcionamento da realidade para podermos construir aqui e agora um perfil para o movimento de transformação social, na direção de melhor qualidade de vida.

A percepção de si, como possibilidade transformadora de uma dada realidade, implica a decisão de romper com a perspectiva que evidencia os indivíduos como meros reprodutores dela e remete às questões aqui já colocadas: como mudar um modo de

pensamento, de uma aptidão, para apreender o mundo circundante, e suas concepções, em plena mutação?

E isso só é possível com a produção de novas subjetividades.

Um determinado modo de produção da subjetividade é o que caracteriza fundamentalmente o capitalismo, conforme salienta Rolnik.

Através de alguns movimentos, a 'desterritorialização' e a 'reterritorialização', o capitalismo imprime um novo código de funcionamento das relações pessoais e sociais.

O primeiro consiste em transformar o homem num pacote de energia comercializável, implicando desmanchar um código e um território anteriormente configurado como textura de um processo de existência social. (modos de vida, formas de sociabilidade, atividades, percepções, sensibilidades, etc).

"Do bojo deste primeiro movimento (desterritorialização) nasce a idéia de individualidade - quantidade de força de trabalho individualizável - e de liberdade, para circular no mercado vendendo sua força de trabalho."

O segundo movimento, indispensável para a funcionalidade do sistema, consiste em 'reterritorializar' essa quantidade de energia abstrata em novos territórios. Isto é, o capital funciona como um equivalente geral, a partir do qual a força de trabalho adquire o seu sentido, se homogeneiza e passa a ser intercambiável. Deste segundo movimento nasce a idéia de igualdade.

São nestes movimentos que se evidencia a formação da subjetividade capitalística, organizada a partir de equivalentes gerais que virão sobrecodificar uma multiplicidade de processos de existência heterogêneos.

"A subjetividade deixa de produzir-se num processo de existência coletiva, de onde extrai o seu centro de gravidade, e cria seu código intrínseco passando a ser vivida como emanando do indivíduo (de uma suposta interioridade do mesmo), potencialmente igual a todos os outros. Na verdade aquilo que parece ser um 'dentro', centrado no indivíduo, nada mais é do que a transcendência de uma sobrecodificação

através da qual se opera a produção serializada de uma subjetividade desencarnada".¹¹¹

Porém é no movimento de desterritorialização que aparece a oportunidade de rompermos com a fixação e estagnização de nossa subjetividade, já que este é o momento em que se desmantela a perspectiva segundo a qual cada um tem seu lugar fixo e inteiro, cada um constitui uma totalidade, dotada de identidade, mesmo que mutável.

A desterritorialização é o momento em que o processo de singularização ou autonomização é possível:

"trata-se de formas de resistência ao Capitalismo na medida em que significam o desinvestimento de seu modo de produção da subjetividade e a afirmação de outros vetores de força. Neste tipo de fenômeno, a mudança não constitui uma promessa, ou uma utopia, pois ocorre no imediato do cotidiano: mudança na textura da vida social."¹¹²

Assim é que, quando os profissionais da área da Saúde Mental percebem a dimensão secundária que ocupam no sistema, como produtores e consumidores de segunda classe tal como seus pacientes, passam a se engajar em lutas e movimentos reivindicatórios por melhores salários e condições de trabalho.

Nesta mesma linha de raciocínio é que vejo este momento de questionamento e de transformação das práticas de saúde, como requerendo e oportunizando processos de mudanças nas subjetividades.

O processo de formação profissional, efetivado no cotidiano profissional ou acadêmico, deve proporcionar os elementos para se pensar as coisas novas que fazemos, e não oferecer 'respostas' a serem imediatamente aplicadas.

O referencial do trabalho na Saúde Mental não deve ser dado pela profissão 'x' ou 'y', mas pela necessidade do paciente. Isto implica a abertura para o encontro com o outro, na percepção de suas diferenças, e nas trocas efetivas que este encontro proporciona.

111. ROLNIK, S. 'Identidade e Projeto Político: notas para a construção do conceito em antropologia'. In: Diversos Autores, "Identidade: Teoria e Pesquisa". Série Cadernos PUC/SP - 20, EDUC, 1985, p.30.

112. Idem, Ibidem, p.31.

A equipe, antes de ser um somatório de procedimentos, deve ser um espaço de continência, de apoio e de encontro entre as pessoas - encontro esse que depois dele já não somos mais os mesmos.

CAPÍTULO IV
A REFORMA DA ATENÇÃO AO DOENTE MENTAL EM
CAMPINAS: UM ESPAÇO PARA A TERAPIA OCUPACIONAL

Pelas análises feitas até aqui, podemos constatar que as questões que hoje a Saúde Mental coloca para a assistência ao doente mental não encontram resposta pela medicina, que fragmenta o indivíduo, o coisifica. A Terapia Ocupacional, enquanto área de conhecimento e de assistência que se ocupa prioritariamente das atividades humanas, pode indicar uma tecnologia diferenciada e mais coerente com as questões levantadas, respondendo de modo mais integralizado às questões do sujeito.

A história das políticas de saúde no Brasil tem sido marcada pela dicotomia entre saúde pública e previdenciária, pela política de privilegiamento dos serviços privados e pela prática regida pelo mercado, e as práticas do atendimento público em Saúde Mental têm sido caracterizadas pelo atendimento predominantemente asilar e psicofarmacológico e pela escassez de investimentos de recursos humanos.

Mais recentemente, a assistência ao doente mental tem enfrentado novos problemas, desencadeados pelas intercorrentes mudanças de orientações políticas e interrupções nos programas existentes, impossibilitando a consolidação de modelos consistentes que respondam mais eficazmente às necessidades de saúde da população, na perspectiva das transformações indicadas pela Reforma Sanitária.

O estudo da experiência de Campinas revelou que as inovações propostas para a assistência ao doente mental implicaram mudanças significativas na esfera da estrutura profissional da assistência, tanto quantitativa como qualitativamente, e na esfera de conceitos e valores muito arraigados em nossa sociedade. Para que pudesse se efetivar como um contraponto ao destratamento que vinha sendo dado ao doente mental e as inovações efetuadas partiram de novos entendimentos a respeito de saúde e doença mental e de seus tratamentos.

Embora o terapeuta ocupacional ainda não estivesse sendo incorporado como integrante do quadro funcional municipal, o seu instrumental teórico-prático — as atividades humanas — foi entendido como elemento essencial na construção e transformação do sujeito, e considerado bastante indicado para responder às exigências do momento, ou seja, para contribuir na construção de uma nova proposta assistencial. Além do quê, a incorporação dos

terapeutas ocupacionais que já trabalhavam nos serviços estaduais e no hospital Cândido Ferreira, possibilitou que muitos dos serviços criados e transformados se efetivassem com um novo dinamismo.

IV.1 A TERAPIA OCUPACIONAL E SUA INSERÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO.

A atuação da Terapia Ocupacional em serviço público não pode ser entendida como uma ação isolada, mas sim intrinsecamente ligada e marcada pela história do atendimento público à saúde.

Temos observado que cada vez mais ela é convocada a participar, até com certo destaque, em serviços educacionais, sociais e de saúde, quer da rede oficial ou particular, na área da saúde mental ou nas áreas das especialidades médicas, em serviços ambulatoriais ou hospitalares, em escolas, creches e asilos, programas especiais para meninos de rua ou idosos...

À semelhança de outros profissionais de Saúde, a sua atuação tem sido extremamente diversificada, quanto às técnicas e teorias adotadas, em função das finalidades dos programas e serviços que a requisitam. No entanto, isto tem se mostrado como uma situação que dificulta a compreensão de sua identidade no meio profissional e assistencial.

Porém, estas diversificações de posturas e ações significam, na verdade, as possibilidades de adequações de seus instrumentais em relação às finalidades dos programas e serviços, e das políticas sociais que os engendram e que, privilegiando determinados conceitos de Homem, Saúde e Doença, imprimem determinados modelos tecnológicos na assistência.

Assim, pode-se falar em múltiplas Terapias Ocupacionais.

Isso, ao contrário do que poderia se cogitar, é um aspecto positivo a ser considerado neste momento, pois indica a sua não cristalização, ou melhor, a sua plasticidade diante das novas proposições para o atendimento ao doente mental. O instrumental da Terapia Ocupacional se mostra condizente com as proposições de transformação assistencial atuais, uma vez que o doente mental é encarado como um cidadão que realiza e restabelece sua saúde através da sua reinserção social, feita na relação direta com atividades que proporcionem uma melhor qualidade de vida.

Para melhor compreender as relações que a Terapia Ocupacional tem estabelecido com a Saúde é útil percorrer os caminhos e modelos que vem sendo trilhados, a fim de buscar

compreender a função social e ideológica que ela vem assumindo ao longo da história da assistência em nossa sociedade.

IV.2 TERAPIA OCUPACIONAL : UM BREVE HISTÓRICO.

A criação desta profissão, no início do século XX nos Estados Unidos, foi decorrente da divisão social do trabalho médico, num momento histórico em que coexistiam e disputavam entre si, diferentes correntes e modelos teórico-assistenciais na área da Saúde em geral, e também na área de Saúde Mental, em particular. Nesta época uma "certa retomada" do Tratamento Moral na prática psiquiátrica, e mesmo em outras áreas da clínica médica, fez com que se arregimentassem e especializassem pessoas para atuarem desta forma, mas com um instrumental próprio - as atividades - possibilitando assim a formalização e a oficialização desta categoria profissional.

Retomando alguns pontos já expostos na parte II deste trabalho, o Tratamento Moral foi aquele introduzido por Pinel na França no início do séc.. XVIII, e difundido e aprimorado por Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália e por Todd nos Estados Unidos, em oposição aos tratamentos considerados desumanos dispensados aos doentes mentais àquela época, engendrando um novo saber acerca da loucura.

A idéia chave neste modelo é a noção de moral. O termo "moral" na época de Pinel não tinha somente a

"acepção de ética ou de tudo aquilo que se opõe ao imoral, {mas} ... referia-se também às ciências do espírito, em oposição às ciências naturais."¹¹³

Concebendo o doente mental como portador de uma desordem interna e acreditando numa natureza humana racional, a prática do tratamento moral iria defender a bandeira do exercício da liberdade do espírito humano. Através da utilização da racionalidade influenciada pelas atividades laborativas que lhe dariam ordenação e desenvolvimento, o tratamento moral proporcionaria ao sujeito um comportamento adequado. Tratava-se, pois, de incentivar os hábitos que lhe eram passados por uma "ordem natural" do processo produtivo e,

113. RESENDE, H. "Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica". In: VÁRIOS, Cidadania e Loucura, p.27.

ao mesmo tempo, de desestimular os pensamentos mórbidos provocados pela perda dos mecanismos de adaptação à realidade.¹¹⁴

A retomada desse modelo que viria fundamentar essa nova categoria profissional, foi decorrente dos movimentos humanistas ocorridos na psiquiatria no final do séc.. XIX e ressystematizado por Simon na Alemanha, e por Meyer nos Estados Unidos, no início deste século.

As semelhanças das concepções de homem, saúde e doença em ambos os momentos são claramente percebidas nas declarações de Meyer:

"Nossa concepção de homem é de um organismo que se mantém e se equilibra num mundo de realidade e atualidade, estando em uma vida e função ativa, ou seja, usando, vivendo e agindo seu tempo em harmonia com sua própria natureza e a natureza sobre ele. É o uso que fazemos de nós mesmos que dá a marca final a cada órgão nosso."¹¹⁵

O problema a ser tratado dizia respeito então, a uma disfunção ocupacional do indivíduo, e o método empregado mais adequado para regenerar a função perdida era a própria ocupação, já que ela "era um meio natural de manter o corpo e a mente" em equilíbrio com a vida ativa.

Esta foi a lógica fundadora da Terapia Ocupacional.

"Ressaltando os pressupostos ideológicos e conceituais que fundamentam os modelos assistenciais predominantes em cada contexto histórico e social, os principais modelos encontrados na terapia ocupacional podem ser enunciados como:

1. Privilegiando a racionalidade humana e a ordem social (modelos que se assemelham ao Tratamento Moral).
2. Privilegiando o corpo anátomo-fisiológico e a dicotomia corpo/mente (os modelos psicológicos tais como os comportamentalistas, o sensório-integrativo, bem como os

114. Este assunto foi mais profundamente abordado em trabalho desenvolvido anteriormente In: MEDEIROS, M. H. R. "A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social", Dissertação de mestrado, PUCCAMP, 1989. mimeo, p.44.

115. MEYER, A. "The philosophy of Occupational Therapy". In: HOPKINS, H. e SMITH, H. -Williard and Spackman's Occupational Therapy, 6a ed., Philadelphia, J.B. Lippincot Co., 1984.

cinesiológicos, neuro-ortopédicos, e outros tantos decorrentes das demais áreas das especialidades médicas)

3. Privilegiando o inconsciente e o simbólico (os modelos analíticos e psicodinâmicos)
4. Privilegiando o crescimento e evolução biológicos (os modelos desenvolvimentistas)
5. Privilegiando a função e a produção sociais (os modelos funcionalistas e sistêmicos)
6. Privilegiando o sujeito histórico (os modelos emergentes nas práticas transformadoras atuais)

Discriminar todos estes "modelos" porém, nada mais seria que um mero diletantismo intelectual, uma classificação lógica de modos de proceder, uma abordagem epistemológica da prática profissional, se não se considerar que cada um deles implica uma dada função na produção e reprodução de valores, ideologias e relações sociais.

É desta forma também, que podemos compreender como tem se estabelecido o relacionamento da comunidade científica com a loucura:

"Já se disse que o louco foi para a ciência aquele outro da razão e que em função disso criaram-se estratégias e táticas para lidar com esse outro que não se conformava ao ideário burguês. Nesse ideário, a razão comanda os interesses e, em última instância, determina o consenso, a vontade geral, que faz com que as pessoas vivam em coletividade ou em sociedade. Alguém que rompe com isso precisa ser punido.(...) o infrator encarcerado e o erro da razão corrigido...Já se disse também que o louco foi para a medicina mental o outro da vontade, o outro da alienação.(...) Alguém que perdeu parte da humanidade; alienou-se de uma parte de si mesmo. E mais uma vez a alternativa para esse desarrazoado que agora é alienado (...) é novamente o hospital"¹¹⁶

Pela leitura crítica da história desta profissão, fica evidente que a emergência ou a predominância de determinados modelos assumidos, decorrem sempre das pressões advindas da área médica, de seus saberes e tecnologias em constantes disputas pela hegemonia, em determinados contextos sociais.

116. COSTA, J. F. 'Os interstícios da Lei'. In: VÁRIOS, "Saúde Mental e Cidadania". ed. Mandacaru e Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental, S.P, 1987, p.47.

Atuando de forma mais ou menos massificante ou individualizante, assim como a medicina, a terapia ocupacional procura respaldar suas técnicas e métodos em fundamentos ora mais individual/curativista isto é, em cima de um problema já instalado no sujeito, "naquela doença", seguindo os modelos específicos das especialidades clínicas e psicoterápicas do momento, ora mais preventivista, no sentido de ações extensivas a grandes grupos populacionais, consolidando a perspectiva da 'medicalização do social'. No entanto, o que a difere das demais profissões da Saúde é o fato de ter como seu objeto e instrumento de trabalho as atividades humanas.

Dado que estas atividades são inúmeras e diversificadas, tanto em qualidades como em possibilidades, dependendo da perspectiva de análise que tomemos, é possível desenhá-las num sem fim de características, enquadrando-as em diferentes finalidades. Daí que sempre estaremos fazendo reduções ou recortes para que elas se tornem instrumental da clínica.

Mas é exatamente este instrumental, pela sua imensa possibilidade de interpretações e aplicações que, muitas vezes, provoca neste profissional dúvidas e inquietações diante do seu fazer cotidiano. A percepção de que as atividades podem ser reduzidas a "recurso terapêutico", leva-nos a questionar outras tantas reduções e dicotomias em relação aos conceitos assumidos e vivenciados na clínica, tais como: doença/saúde, mente/corpo, louco/são, normal/patológico, deficiente/produtivo, indivíduo/sujeito, ações individuais/ações coletivas, etc.

Os modelos teórico-práticos assumidos pelo profissional, resultam de uma escolha por determinados pressupostos conceituais, filosóficos e científicos (sociológicos, biológicos, antropológicos, etc.) acerca de seu objeto de intervenção, que lhe indicarão as maneiras de aplicação das atividades como um recurso terapêutico. Embora nem sempre ao nível consciente, esta escolha implica necessariamente uma opção também por determinadas finalidades políticas correspondentes a estas práticas, dado que elas se realizarão e intervirão no campo social.

Que modelo seguir? Qual o problema a ser tratado? Quais os recursos materiais e humanos usar? Que clientela será eleita com objeto?

As respostas a estas questões vão nos mostrar as identificações, diferenças e contradições possíveis, existentes entre os modelos tecnológicos da Saúde e os da prática da Terapia Ocupacional.

Por já ter percorrido e ocupado alguns espaços institucionais nas áreas da Saúde, da Assistência Social e da Educação, como terapeuta ocupacional, identifiquei alguns denominadores comuns entre essas áreas e a terapia ocupacional.

No que concerne às finalidades dessas práticas, verificamos a existência de um trabalho voltado prioritariamente à adaptação social do indivíduo ao "status quo", à sua doença, à instituição, à sua condição de vida, etc., conformando-o e submetendo-o às possibilidades e regras externas a ele.

Mas, de outro modo também, vivenciamos experiências cujos trabalhos tentavam estabelecer um outro tipo de relação com os pacientes, na perspectiva de desenvolver as possibilidades do indivíduo enquanto sujeitos da sua própria história, capaz de mudar o rumo das coisas e de interferir na qualidade de sua vida através do seu fazer.

Embora essas duas perspectivas estejam colocadas aqui como antagônicas, não desconsideramos que, para a construção da sua autonomia, a pessoa tenha que se adaptar e acomodar a determinadas condições internas e externas, como parte de um processo de crescimento. O que assinalamos como diferenciador dessas abordagens, é o fato de que na primeira, busca-se a adaptação como uma finalidade em si mesma, como se os contextos vivenciais dos pacientes - o ambiente, a doença, as condições sociais, etc. - não fossem também mutáveis.

Apesar da enorme diferença existente entre essas abordagens, reconhecemos que para qualquer dessas finalidades a terapia ocupacional tem ferramentas suficientes para atingi-las, uma vez que a atividade humana, também como seu recurso, é policêntrica e polissêmica.

IV.3 A TERAPIA OCUPACIONAL E OS DISCURSOS CONTEMPORÂNEOS DA SAÚDE MENTAL.

Na perspectiva de entendermos a relação que a terapia ocupacional estabelece hoje com a área da Saúde Mental, valemo-nos da categorização feita por Costa ¹¹⁷, dos discursos contemporâneos desta área, como um dos parâmetros para entendermos tais relações. A eleição desta categorização se deu, por entendermos que ela é adequada e abrangente, referente não só às práticas médicas.

O primeiro discurso é o organicista. Tal discurso se estrutura no modelo médico, buscando as explicações para as doenças mentais na perspectiva do corpo-cadáver ou do fisiopatológico. O local de sua produção é o asilo, e o tratamento proposto são os medicamentos. Dirigido prioritariamente aos médicos, tal discurso pretende atingir o reconhecimento científico de seus pares.

Neste tipo de discurso poderíamos encaixar os modelos de terapia ocupacional que também correspondem a esta mesma lógica, ou seja, a lógica positivista e mecânica de concepção do real.

Nesta perspectiva, o homem, assim como a natureza física, são concebidos e explicados por suas partes. Fragmentado, o homem pode ser analisado, mensurado e controlado. Na divisão corpo e mente, a visão organicista privilegia as ações do corpo sobre a mente, isto é, os afetos, pensamento, motivações, raciocínio, interesses, etc, são manifestações consequentes do funcionamento de um determinado órgão ou sistema corporal, podendo então ser controlados ou tratados por intervenções físicas e fisiológicas equivalentes.

No caso da terapia ocupacional, esta lógica faz com que se entenda as atividades também na perspectiva das partes e funcionamentos corporais. Como recursos terapêuticos, elas deverão cumprir a função de exercitar e desenvolver essas partes.

Na área da saúde mental, o modelo adotado segue a lógica mecanicista, ou seja a atividade é dirigida contra o sintoma. As atividades são escolhidas como estímulos para

117. COSTA, J. F. op. cit.

provocarem respostas específicas e desejadas pelo terapeuta, que é quem possui o domínio do conhecimento sobre o funcionamento do corpo.

As sessões são previamente planejadas: o ambiente é cuidadosamente arrumado para que se evite as interferências ou estímulos indesejáveis, selecionando-se os que deverão ser controlados; as atividades são previamente analisadas em suas fases de procedimentos e dificuldade; os materiais a serem utilizados na sessão, serão apresentados e deverão estar arrumados em sua ordem de uso; a instrução sobre a realização da atividade segue uma metodologia específica, em que o terapeuta diz apenas o necessário, de modo claro e objetivo, cuidando para que a compreensão da tarefa seja alcançada, repetindo explicações ou mesmo executando partes dela para servir de modelo.

Entendidas segundo critérios nosológicos ou funcionais, elas são classificadas como estruturadas e livres. As atividades estruturadas, as que seguem ou repetem determinados procedimentos e regras bem definidos de execução, geralmente são indicadas para trabalhar a 'memória', 'atenção', 'raciocínio', 'concentração', 'agressividade', 'cordeação viso-manual', 'lateralidade', etc., e as atividades 'livres' servem para 'aliviar tensões', 'descarregar a raiva', 'promover a sociabilidade'.

As atividades também são classificadas e agrupadas conforme a característica física dos materiais empregados, a maneira predominante de realizá-la, e a função psicológica preponderantemente requisitada naquela ação. Por exemplo:

1. atividade de marcenaria:

- .materiais e instrumentais empregados: madeira, pregos, serrote, martelo, cola
- .qualidades físicas dos materiais = resistentes e pesados
- .maneira de execução = estruturada
- .qualidades psicológicas estimuladas ou requisitadas = descarga de agressividade, concentração e coordenação motora;

2. pintura

- .materiais e instrumentais empregados: papéis, pincéis, tintas, lápis, borracha, etc.
- .qualidades físicas dos materiais = leves e flexíveis
- .maneira de execução = livre ou estruturada
- .qualidades psicológicas estimuladas ou requisitadas = coordenação motora, concentração, alívio de tensão, imaginação;

3. crochê:

- .materiais e instrumentais empregados = linhas e agulhas
- .qualidades físicas dos materiais = leves e flexíveis
- .maneira de execução = estruturada
- .qualidades psicológicas estimuladas ou requisitadas = concentração, coordenação motora, noção de seqüência, etc.

Os atendimentos geralmente são individuais ou em pequenos grupos, e os registros e as avaliações seguem um roteiro criterioso e previamente elaborado, utilizados como instrumentos para a análise quantitativa posterior, da qual se retirará a direção das próximas sessões.

O segundo discurso é o **preventivista**. Nesta perspectiva o interesse e as explicações das doenças mentais não se localizam mais no corpo-cadáver individual, mas na massa social. Alertando para o "perigo social" representado pelos doentes mentais, ou pelos comportamentos reivindicatórios - a "patologia" - dos trabalhadores, a intervenção proposta será a da prevenção psiquiátrica associada aos benzodiazepínicos. Este discurso é dirigido, em última instância, ao aparelho do Estado, a fim de obter seu reconhecimento sobre a importância social da psiquiatria.

Nesta perspectiva, a terapia ocupacional tem acompanhado o movimento de psiquiatrização, psicologização e medicalização dos conflitos sociais, quando se engaja em programas dessa natureza, assumindo muitas vezes a postura da 'ocupoterapia', isto é, utiliza-se das atividades como forma de desviar pensamentos mórbidos ou perniciosos da mente dos desocupados.

São os casos de grupos específicos a que a Promoção Social se dirige de tempos em tempos, tais como os menores abandonados, os idosos, os favelados, etc., sempre que considerados como uma ameaça para a sociedade. Nestes programas, geralmente é o terapeuta ocupacional que se encarrega das promoções e organizações de festas e comemorações de alguns fatos e datas específicas como aniversários, Natal, festa junina, etc., associando-se aos programas "educativos" de cuidados higiênicos, de sociabilização grupal, etc., repassando valores culturais e ideológicos compatíveis com a classe social dominante.

A atenção individualizada neste caso, não é privilegiada, uma vez que as ações terapêuticas se dirigem para o social.

O terceiro discurso é o psicoterápico. Pretendendo atingir a família, a classe média, ele se vale de um 'intimismo psicológico' a serviço do individualismo burguês, reproduzindo assim uma normalização e uma moralização das camadas urbanas. Este discurso está associado ainda aos discursos da fase de industrialização do Ocidente, quando a valorização do sujeito individual se sobrepõe aos demais valores sociais de épocas precedentes. O local privilegiado de sua produção são os consultórios particulares.

Os modelos da terapia ocupacional que se encaixam nesta perspectiva são vários. Mais ou menos sistematizados a partir das concepções que norteiam as várias práticas psicoterápicas, o terapeuta ocupacional adapta seu instrumental de trabalho naquela perspectiva.

Sistematizados ou não como uma proposta exclusiva para a área, encontramos modelos que se fundamentam na perspectiva funcionalista e sistêmica, na psicanálise, na psicodinâmica, no psicodrama, na terapia centrada na pessoa, na gestalt, no comportamentalismo, numa mistura disso tudo, em abordagens ora mais holísticas, ora mais mecanicistas.

A influência da psicanálise em nossa sociedade permeia as mais variadas esferas de práticas e produções sociais, quer na esfera do conhecimento, das artes literatura e religiões, como das práticas assistenciais que se reorganizaram a partir de suas críticas e pressuposições.

A terapia ocupacional também bebeu dessa fonte ao reorientar sua prática no sentido de incorporar a premissa da manifestação do inconsciente através dos símbolos expressos nas atividades.

Dessa perspectiva foram feitas várias leituras e reduções, e os modelos daí decorrentes traduzem as mais variadas vertentes.

Nos Estados Unidos foi sistematizada e difundida uma proposta para a terapia ocupacional baseada em alguns princípios psicodinâmicos. Sua formulação fundamentava-se na crítica à sobrevalorização do uso das atividades em relação aos outros componentes do processo

terapêutico, tais como as relações interpessoais entre o paciente, o terapeuta e o grupo. Recolocava a importância da natureza ou experiência da ação em outro patamar, atribuindo uma valorização maior ao processo da ação e ao envolvimento com a atividade, alertando que este, tanto pode ser terapêutico como prejudicial para o paciente.

Neste modelo, o uso das atividades como medida psicoterápica

*"requer conhecimento dos fenômenos do inconsciente, da natureza e do significado dos símbolos, e da psicodinâmica individual, uma sensibilidade para provável impacto de cada um destes aspectos nos outros (aspectos) e, finalmente a capacidade de integrar tal conhecimento na experiência terapêutica para um paciente."*¹¹⁸

No Brasil recebemos também a influência de alguns autores e formadores que se valeram de outras perspectivas de origem analítica, tal como a Junguiana, desenvolvida por Nise da Silveira no Rio de Janeiro ¹¹⁹, e a Lacaniana, que tem sido desenvolvida principalmente por terapeutas de São Paulo e Minas Gerais.¹²⁰

Estas correntes geralmente são mescladas assistematicamente na prática cotidiana de muitos terapeutas ocupacionais, com referenciais adquiridos parcialmente nos cursos de graduação, ou então em cursos de especialização em áreas afins.

Isto corrobora com a análise feita por Costa, ao se referir aos discursos contemporâneos na área da Saúde Mental, como não sendo mútuo excludentes e respondendo concomitantemente a diversas finalidades.

Apesar das críticas que a psicanálise e os psicanalistas têm recebido, não resta dúvida que ela ainda tem se prestado como um importante arcabouço compreensivo das diferentes manifestações humanas não compreendidas por outros referenciais. Isto a torna um foco permanente e importante para instigar debates e gerar novas proposições no enfrentamento dos mais diversos problemas humanos.

118. FIDLER, S. e FIDLER, J. W. "Occupational Therapy: a communication process In psychiatry". New York, MacMillan Publishing Co., 1963, tradução de docentes da PUCCAMP, mimeo, p.45.

119. SILVEIRA, N. "Terapêutica Ocupacional - teoria e prática", Casa das Palmeiras, R.J., s/d.

120. BENETTON, J. "Trilhas Associativas - ampliando recursos na clinica da psicose". Lemos ed., S.P., 1991.

Isso também não quer dizer que não se utilize de suas formulações para fins os mais diversos e contraditórios, e como sustentação e justificativa para proposições ideológicas em nosso sistema.

IV.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A TERAPIA OCUPACIONAL: UM DISPOSITIVO ANALISADOR PRESENTE NO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM CAMPINAS.

Por congregarem conhecimentos de várias disciplinas e profissões, a Terapia Ocupacional acaba sendo uma área de conhecimento e profissão interdisciplinar. Isso faz com que ela possa ser um elemento importante na construção de novos rumos para a atenção à saúde, integral, globalizante, e na perspectiva da totalidade, subjetividade e singularidade das pessoas.

A idéia da pertinência do instrumental de trabalho do terapeuta ocupacional enquanto um potente dispositivo analisador para um processo de produção de novas subjetividades na transformação de uma realidade, advém da consideração que as atividades funcionam como sua "decompositora". Melhor dizendo: sendo elas, ao mesmo tempo, produto e produtora do homem, através de suas análises podemos conhecer tanto do contexto histórico, econômico e social que a produziu, das representações e valores sociais a ela atribuídos nestes contextos, como também das dinâmicas e potencialidades mais pessoais e singulares de quem a executa, revelando o modo peculiar de enfrentar os obstáculos e condicionamentos que envolvem aquele fazer.

Além disso, outra característica importante do processo terapêutico ocupacional, e relevante para estas considerações é o fato das atividades imporem múltiplas variáveis no processo de sua execução, fazendo com que o profissional tenha que trabalhar num "setting" terapêutico mais aberto.

Ao mesmo tempo, como é o desenrolar da atividade (naquilo que depende ou não do sujeito), que vai dando o sentido e a direção do processo, o terapeuta ocupacional acaba por lançar mão de recursos que estão na esfera de sua própria criatividade, imaginação, flexibilidade, análise, etc., isto é, na esfera da subjetividade, propiciando um espaço para aprender e se transformar a cada encontro-atividade com o outro.

Estas características indicam sua pertinência e adequação à experiência aqui analisada. Os elementos daquele processo que indicaram a importância e a necessidade da Terapia Ocupacional para a construção do novo projeto foram identificados em dois níveis.

O primeiro é relativo à assistência ao doente mental em si. Pudemos observar e identificar, nos serviços criados e oferecidos a partir da reforma do hospital Cândido Ferreira, a marca registrada desta forma de atuação, com a manutenção ou introdução de vários trabalhos com os pacientes, tais como as oficinas de artesanatos, culinária, jardinagem, além das reformas estruturais que implicaram novos tipos de relação com os moradores do hospital, reorganizando e criando os espaços de uma hospitalidade mais digna.

Os acompanhamentos terapêuticos com os egressos do hospital que passaram a morar em uma casa independente, bem como a dinâmica desenvolvida nos atendimentos do Hospital dia, foram marcadamente efetivados na perspectiva e através da Terapia Ocupacional.

Isso fez com que todos os profissionais envolvidos descobrissem as potencialidades ou não de suas técnicas e conhecimentos, abrindo mão de algumas, lançando mão de outras, enfim, transformado-se a cada momento da construção coletiva daquela experiência.

Também nas experiências desenvolvidas em alguns dos centros de saúde pudemos identificar a referência ao uso de atividades na transformação das relações, não só com os doentes mentais, mas entre as pessoas que lá trabalhavam e também no processo de integração com as comunidades locais. Tais empreendimentos, embora nem todos desenvolvidos por terapeutas ocupacionais, indicaram, no entanto, a riqueza desse recurso para o processo de comunicação e de encontro entre as pessoas, efetivando concretamente um modelo alternativo ao que vinha sendo feito antes.

O segundo nível de entendimento sobre a indicação da Terapia Ocupacional, diz respeito ao processo de criação e implantação do novo projeto, quando diferentes atores sociais entraram em cena.

Conforme analisamos no capítulo III, as reformulações foram desencadeadas a partir do governo petista que introduziu propostas de mudanças para a assistência pública à saúde. Para tanto, a equipe administrativa utilizou-se de várias estratégias para a sua implantação, sendo que algumas delas funcionaram como seus dispositivos analisadores, enquanto outras não.

A diferença que vejo entre trabalhar com estratégias ou com dispositivos analisadores, tanto no nível conceitual como prático, é que o primeiro jeito implica, geralmente, uma perspectiva artil, astuta, bélica, configurando relações de disputa, de competição e de guerra, enquanto que o segundo implica posturas mais abertas, atentas, menos estereotipadas, para que se possa compreender mais amplamente o que está acontecendo em uma dada situação.

Neste sentido é que compreendo ter havido um equívoco de postura política e pedagógica por parte da equipe administrativa, por exemplo, ao suspenderem os investimentos na formação dos profissionais.

Ao reclamarem tanto por supervisões, os profissionais, na verdade indicavam, além de suas dificuldades e resistências no enfrentamento das novas tarefas, as incoerências ou despropósitos de algumas delas. Era o caso, por exemplo, dos trabalhos a serem realizados pelos 2 profissionais da Saúde Mental dos Centros de Saúde: atender a demanda específica da área, promover a interdisciplinaridade na equipe, atender todos que os requisitassem, desenvolver trabalhos na comunidade, esperava-se deles nada menos que a própria transformação e assistência regionalizada do mundo?

No entanto, por se tratar de um projeto que era novidade para todos, cada acontecimento daquela experiência poderia ter sido melhor aproveitado, se encarado como um analisador capaz de fornecer informações significativas para o delineamento dos novos e possíveis caminhos, ao invés de considerá-lo tão somente como a explicitação de conflitos e contradições, fracasso ou desgaste de alguma tática.

Embora muito do que aconteceu possa ser explicado através da urgência imposta pela limitação do tempo determinado pelo período de uma gestão administrativa, tais considerações nos parecem pertinentes ao se tratar da especificidade daquela proposta e daquele grupo.

Não se cogita de nos colocarmos neutramente na situação, esperando passivamente que algo aconteça, mas, ao contrário, de analisá-la na perspectiva de identificar, nas zonas de conflitos e contradições emergentes, aquilo que é capaz de revelar mais concretamente, as especificidades daquele contexto cultural, social e político, as particularidades das representações e valores sociais manifestos pelos atores sociais com relação aos seus novos e velhos papéis, funções, e espaços ocupados, e ao modo singular de funcionamento das pessoas no seu envolvimento com a novidade.

Num processo que se pretende transformador, cabe a todos os seus integrantes a opção política e pedagógica de se aprofundar ainda mais na perspectiva globalizante de suas atuações, aprimorando e criando, juntamente com os que pretendem transformar esta realidade, técnicas e ações interventivas nesta direção.

A Terapia Ocupacional pode ser útil neste sentido, como mais um elemento que, por ter em mãos um instrumental tão rico, venha a favorecer a análise, ao mesmo tempo que fornecer "dispositivos analisadores" capazes de desencadear mudanças significativas ao nível das subjetividades e dos contextos sociais.

V - BIBLIOGRAFIA

- ABRAMOVICH, F. "Quem Educa Quem?". ed. Summus, S.P., 1985.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. "Objeto Institucional: um equívoco bem sucedido". mimeo.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. "Metáforas da Desordem". ed. Paz e Terra, R.J., 1978.
- ALVES, R. 'O Corpo e as Palavras', In : BRHUNS, H.T. Conversando sobre o corpo, Campinas: Papirus, 1986.
- ARANHA, M. L. A. e MARTINS, M. H. P. Filosofando - Introdução à Filosofia. SP: Moderna, 1986.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. "Contribuição da A.P.B", para o I ENCONTRO NACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL, S.P., 1979.
- BACHELLAR, G. "Éssai sur la connaissance approchée". Paris, J.Vrim, 1969.
- BENETTON, J. "Trilhas Associativas - ampliando recursos na clínica da psicose". Lemos ed., S.P., 1991.
- BURKE, J. P. "Definição de Ocupação: a introdução e a organização do conhecimento interdisciplinar". In: KIELHOFNER, G. & BURKE, J. P. "What the practitioner must know: the knowlegde base of occupational therapy". trad. Maria Auxiliadora Ferrari, mimeo, USP, 1985.
- BUZZI, A. "Introdução ao Pensar". Petrópolis, ed. Vozes, 1979.
- CAMPOS, F. C. B. 'Considerações sobre o movimento de reforma dos serviços de saúde mental', In: Vários, "Psicologia e Saúde - repensando práticas", ed. Hucitec, S.P., 1992.
- CAMPOS, F. C. B. (org). "Psicologia e Saúde - Repensando Práticas". ed. Hucitec, S.P., 1992.
- CAMPOS, G. W. S. 'Recursos Humanos na Saúde: Fator de Produção e Sujeitos Sociais no Processo de Reforma Sanitária', In: CAMPOS, W., MERHY, E. E. e NUNES, E. "Planejamento Sem Normas". S.P.,ed. Hucitec, 1989.
- CAMPOS, G. W. S. 'Um balanço do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde no Brasil'. In: "Saúde em Debate", n.28. março 90, pp 24-27.
- CAVALCANTI, M. T. "O Tear das Cinzas: um estudo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica". R.J., Tese de Mestrado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1992.
- CESARINO, A. C. 'Uma experiência de Saúde Mental'. In: SAÚDELOUCURA n.1, ed.Hucitec. S.P., 1989.
- CHAZAUD, J. "Introducion à la thérapeutique institutionnelle". ed. Privat, Toulouse, França, 1978.

- COSTA, J. F. 'Os interstícios da Lei'. In: VÁRIOS, "Saúde Mental e Cidadania". ed. Mandacaru e Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental, S.P., 1987.
- COSTA, M. R. (org.) "Identidade: teoria e pesquisa". EDUC, S.P., Série Cadernos PUC: 20, 1985.
- CUBIE, S. H. "Análise de Atividades". In: KIELHOFNER, G., "Model of Human Occupation - Theory and Application". Williams & Wilkins, Baltimore, USA, 1985.
- DONNÂNGELO, M. C. "Medicina e sociedade". ed. Pioneira, S.P., 1975.
- ESQUIROL, E. "Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal". New York: Arno Press, 1976.
- FALEIROS, V. P. "O que é política social". ed. Brasiliense, S.P., 3a. edição, 1988.
- FIDLER, S. e FIDLER, J. W. "Occupational Therapy: a communication process In psychiatry". New York, MacMillan Publishing Co., 1963, tradução de docentes da PUCCAMP, mimeo.
- FOUCAULT, M. "Nietzsche, Freud e Marx". publ. Anagrama, Porto, 1980.
- FOUCAULT, M. "Microfísica do Poder". ed. Graal, R.J., 4a. edição, 1984.
- FRANCISCO, B. R. "Terapia Ocupacional". ed. Papyrus, Campinas, 1988.
- GOFFMAN, E. "Manicômios, Prisões e Conventos". ed. Perspectiva, S. P., 1974.
- GONÇALVES, R. B. M. "Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo". Tese de Doutorado, FCM USP, 1987. mimeo.
- GONÇALVES, R. B. M. "Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico". Dissertação de mestrado, S.P., FCM USP, 1979, mimeo.
- GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO PRÓ-ASSISTÊNCIA, "Documento", Campinas, 1983.
- GUATTARI, F. "Linguagem, Consciência e Sociedade". In: VÁRIOS, "Saúdeloucura 2", ed. Hucitec, 1990.
- GUATTARI, F. "Psicoanálisis y Transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones". ed. Siglo Veintiuno, Espanha.
- GUATTARI, F. "Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo". ed. Brasiliense, S.P., 3a. edição, 1987.
- GUATTARI, F., ROLNIK, S. "Micropolítica - Cartografias do Desejo". ed. Vozes, R.J., 1986.
- HAITMANN, L. "Psicoterapias em Serviços Públicos Ambulatoriais de Saúde Mental - uma revisão". dissertação de mestrado, Programa de Saúde Mental do depto. Psq. e Psic. Médica, FCM, UNICAMP, 1992, mimeo.

- I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE - Saúde uma decisão de todos, "Relatório final". Secretaria de Estado de Saúde, S.P., 1992.
- I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - "Relatório Final". Rio de Janeiro, 1987.(mimeo)
- II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, "Manifesto de Bauru". Bauru, dezembro de 1987.
- KINOSHITA, R. T. 'Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana'. In: VÁRIOS, "Saúde Mental e Cidadania", ed Mandacaru e Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, S.P., 1987.
- L'ABBATE, S. "O Direito à Saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas". Tese de doutorado, Departamento de Sociologia, Fac. de Filos., Letras e Ciênc. Hum. da USP, São Paulo, 1990.
- LANCETTI, A. "Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental". In: LANCETTI, A. e outros, SaúdeLoucura, n1., Hucitec, SP., 1989.
- LANCMAN, S. 'A Norma Psiquiátrica e as Leis'. In: Revista de Terapia Ocupacional da USP, 2(4):164-72, 1991.
- LANCMAN, S. "O Dilema do Uso de Atividades Terapêuticas nos Hospitais Psiquiátricos Brasileiros". In: "Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar". ano 1 (1) n.1, jul.1990.
- LAPASSADE, G. "O Analisador e o Analista". ed.Gedisa, Col.Hombre y Sociedad, Barcelona, Espanha, 1979.
- LAPASSADE, G. "Grupos, organizações e instituições". Francisco Alves, RJ, 1977.
- LAUREL, A. C. 'A Saúde-Doença como Processo Social'. In: NUNES, E. D. "Medicina social - Aspectos Históricos e Teóricos". S.P.,ed. Global, 1983.
- LEAL, L. G. "Subjetividade e História". artigo de cunho didático, UFPE, Recife, 1993, mimeo.
- LUZ, M. T. "Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática'- anos 70". In: PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, UMS-UERJ & Relume Dumará, v.1, n.1, 1991, pp. 77-96.
- MACHADO, R. e outros. "Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil". ed. Graal, R.J., 1987.
- MADÉL, T. L. "As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia". ed. Graal, R.J., 1986.
- MANNONI, M. "O Psiquiatra, seu louco e a Psicanálise". ed. Zahar, S.P., 1981.
- MEDEIROS, M. H. R. "A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social". Dissertação de mestrado, Inst. de Filosofia, PUCCAMP, 1989. mimeo.
- MERHY, E. E. "A Saúde Pública como política". SP, Hucitec, 1992.

- MERHY, E. E. 'Brasil pós-64: financiamento dos serviços de saúde'. In: CAMPOS, G. W., MERHY, E. E., NUNES, E. D. "Planejamento sem norma", S.P., Hucitec, 1989.
- MERHY, E. E. "O capitalismo e a Saúde Pública". S.P., ed. Papyrus, 1985.
- MEYER, A. 'The philosophy of Occupational Therapy'. In: HOPKINS, H. e SMITH, H. - Williard and Spackman's Occupational Therapy, 6a ed., Philadelphia, J. B. Lippincot Co., 1984.
- MICHELAT, G. 'Sobre a utilização de entrevista não-diretiva em sociologia'. In: THOLLENT, M. "Crítica metodológica, investigação social e enquete operária". São Paulo: Polis, 1987.
- MINAYO, M. C. S. "O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde". S.P.-R.J., Hucitec-ABRASCO, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE, DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, "Manual de Orientação para o Funcionamento e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental". Brasília, 1988.
- NACHMANOVITCH, S. "Ser Criativo - o poder da improvisação na vida e na arte". Summus ed., S.P., 1993.
- NUNES, E. D. (org.) "Medicina Social: aspectos históricos e teóricos". Global ed., 1983.
- OFFE, C. "Dominação de Classe e Sistema Político, sobre a Seletividade das Instituições Políticas". In: Problemas Estruturais do Estado Capitalista. RJ, Tempo Brasileiro, 1984.
- OURY, J. "Psychiatrie et Psychotérapie Institutionnelle - trace et configurations précaires". Paris: Payot, 1976.
- PINTO, J. M. "As Correntes Metodológicas em Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo (1970-1985)". Dissertação de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Educação, da UFSCar, São Carlos, 1990.
- PITTA, A. M. F. "Hospital - dor e morte como ofício". ed. Hucitec, S.P., 1991.
- PITTA, A. M. F. e DALLARI, S. G. "A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil". Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário, mimeo, 1992.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Plano Diretor do SUDS., Campinas, janeiro, 1989.
- RECHERCHES, "Généalogie du Capital: 1. Les équipements du pouvoir". Centre d'Études, de Recherche et Formation Institutionnelles, Paris, Recherches numéro spécial, dec. 1973.
- REDE ALTERNATIVAS À PSIQUIATRIA, Boletim n.os 1, 2, 3., S.P., fev./jun./nov. de 1982, mimeo.
- RESENDE, H. 'Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica'. In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (organizadores) "Cidadania e Loucura", ed. Vozes, e ABRASCO, R.J., 1987.

- ROLNIK, S. 'Identidade e Projeto Político: notas para a construção do conceito em antropologia'. In: Diversos Autores, "Identidade: Teoria e Pesquisa". Série Cadernos PUC/SP - 20, EDUC, 1985.
- ROLNIK, S. "Cidadania e Alteridade". a ser publicado In: Vários, "A Sombra das Cidades". ed. Escuta, 1992 (prelo)
- ROTELLI, F. 'Prevenir a prevenção'. In: NICÁCIO, F. (org), "Desinstitucionalização". Hucitec, SP, 1990, p. 72.
- ROUANET, S. P. "A Razão Cativa". ed. Brasiliense, SP, 2a. edição, 1987.
- SANTOS, N. R. "Prestação de Contas na Gestão de Saúde de Campinas". In: Revista Saúde em Debate, n.21, junho 1988, pp. 7-9.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS - Segundo Documento, Saúde Mental. Campinas, 1991.
- SEMINÁRIO DE CAPACITAÇÃO PARA A GESTÃO DA IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE NA REDE BÁSICA INTEGRADA (Pró-Assistência), Campinas, maio de 1984. mimeo.
- SILVA FILHO, J. F. "O Sistema de Saúde e Assistência Psiquiátrica no Brasil". In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 39(3) 135-146, 1990.
- SILVEIRA, N. "Terapêutica Ocupacional - teoria e prática". Casa das Palmeiras, R.J., s/d.
- SMEKE, E. L. M. "Saúde e Democracia - Experiência de Gestão Popular: Um estudo de Caso". Tese de doutoramento no Departamento de Med. Prev. e Social da F.C.M., UNICAMP, 1989.
- SMEKE, E. L. M. "Descobrimo Percurso para a Pesquisa em Saúde no Trato com o Movimento Social". In: Revista Cadernos de Saúde Pública, 1(9), 1992.
- SWAIN, G. "Le sujet de la folie - naissance de la psychiatrie". Toulouse: Privat, 1977. In: CAVALCANTI, M.T., "O Tear das Cinzas: um estudo sobre as relações entre Psicose e Instituição Psiquiátrica", Dissertação de mestrado, URFJ, 1992.
- TELXEIRA, S. F. e MENDONÇA, M. H. 'Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações'. In: TELXEIRA, S. F. (org.), "Reforma Sanitária: em busca de uma teoria", Cortez e ABRASCO, SP e RJ, 1989.
- TELXEIRA, S. F. (org.) "Reforma Sanitária - em busca de uma teoria". Cortez e ABRASCO, S.P., R.J., 1989.
- TOURAINÉ, A. "Palavra e Sangue: política e sociedade na América Latina". ed. da UNICAMP, Campinas, SP, 1989.
- VASCONCELOS, E. M. "Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema único de saúde no Brasil recente". In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 41(6): 283-286, 1992.
- VELHO, G. 'Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea', In: FIGUEIRA, S. A.(coord.) "Sociedade e Doença Mental". ed. Campus, R.J., 1978.

VERAS, R. P. e GERALDES, P. C. "Reflexões críticas sobre a proposta de prevenção em saúde mental no Brasil". In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, jul/ago 1990, vol. 39, n.40.

VIIIa. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, *Relatório Final*, 1986.

WAITZKIN, H. B. e WATERMAN, B. "La expotación de la enfermedad en la sociedad capitalista". ed. Nueva Imagen, México, 1981.