

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

POR UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA AO DOENTE MENTAL

Aprovado Pelo DSS

Em 15/08/94

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao Departa-
mento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do
título de Assistente Social
pela acadêmica


Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/NFSG

Djeane Michele Krepsky

Florianópolis (SC), julho de 1994

"Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e de onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente; já não se pertencia. Até que numa manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta que não sabe o que fazer da sua liberdade. No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituava de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente. Em vez que liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova 'essência', adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida".

AGRADECIMENTOS

Indubitavelmente, há muitas pessoas a quem agradecer. Pessoas que participaram, direta ou indiretamente, da trajetória que culminou em mais uma conquista em minha vida: a formação profissional. Contudo, há as que tiveram papel decisivo. Por isso, minha sincera gratidão:

- Aos meus pais, pelo "patrocínio" desde sempre. Sem o apoio de vocês, eu dificilmente chegaria aonde cheguei!
- A todas assistentes sociais do Hospital Colônia Santa, em especial a Jussara C. Ferreira, pelo companheirismo e exemplo profissional. Vocês são ótimas!
- A Andréa Heiddemann, pelas preciosas dicas durante a realização deste trabalho. Tua amizade será sempre imprescindível!
- Ao Vilmar Vicente, por ter acreditado em meu potencial.
- Às amigas Neide, Jamile, Cleidy, Teodora, Lícia e Vismara, pelas palavras amigas sempre presentes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
CAPÍTULO I - LOUCURA E SOCIEDADE	08
1.1 A percepção da loucura através dos tempos	09
1.1.1 A loucura como "doença mental" e a institucio- nalização como "tratamento"	12
1.1.2 A busca por uma assistência psiquiátrica "alter- nativa"	19
1.2 Breve histórico da assistência psiquiátrica no Brasil	25
1.2.1 O movimento de reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira	34
1.2.2 Assistência psiquiátrica em Santa Catarina e o Hos- pital Colônia Santana	48
CAPÍTULO II - POR UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA AO DOENTE MEN- TAL NO HOSPITAL COLÔNIA SANTANA: A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE GESTÃO PARTICIPATIVA (UGP)	54
2.1 Breves considerações sobre a experiência da Unidade de Gestão Participativa (UGP)	56

2.2 Participação e cidadania na Unidade de Gestão Participativa: limites e perspectivas	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

INTRODUÇÃO

Os doentes mentais, também conhecidos como loucos, lunáticos, insanos, entre outros tantos rótulos, têm uma história marcada pela estigmatização, pelo desrespeito, pela exclusão. Em várias épocas e em diferentes culturas, há relatos de pessoas cujo comportamento interpretado como bizarro, anormal fazia com que se destacassem dos demais membros das sociedades a que pertenciam. O que se modificou, através do tempo, foi o grau de tolerância das sociedades com relação aos seus "loucos" e a maneira como a "loucura" foi sendo percebida.

Significações mágicas e religiosas, distúrbios da moral, aberrações da natureza humana são algumas das causas que se atribuiu ao fenômeno da loucura.

Mas, com o surgimento de uma medicina especial - a psiquiatria - difundiu-se uma nova noção de loucura. Ela passou a ser "doença mental" e ser confiada (lê-se confiscada) ao saber médico-psiquiátrico. Concebeu-se um espaço "terapêutico" para o doente mental: o hospício, que, muito distante de qual-

quer proposta terapêutica, visava segregar, excluir expurgar da sociedade - que passou a se autodenominar como sã e normal - aqueles membros indesejados, improdutivos e, por isso, supérfluos.

Assim, a sorte dos "doentes mentais" foi selada: o enclausuramento em instituições respaldadas por um saber legítimo e científico.

Apesar dos progressos da ciência médica e da evolução da história humana, os "hospícios" ainda existem e continuam a ser locais de segregação, de violação dos direitos, mas cumprem com eficácia o objetivo de recolher e isolar os "incapazes" e "perigosos" loucos.

No primeiro capítulo do presente trabalho, buscamos evidenciar quando e como a loucura passou a ser problema e a exigir medidas drásticas de enfrentamento, isto a nível mundial e nacional. Também, tecemos breves considerações sobre as mudanças e as propostas de mudanças que têm sido realizadas quanto ao atendimento oferecido às pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

O segundo capítulo é uma tentativa de análise da Unidade de Gestão Participativa (UGP), que se configura em uma proposta, dentro do Hospital Colônia Santana, de atendimento alternativo ao doente mental e visa oferecer um espaço mais participativo para algumas pacientes, num processo de resgate de suas cidadanias.

Por último, apresentamos as considerações finais e as referências bibliográficas que serviram de embasamento para a realização deste trabalho.

CAPÍTULO I

LOUCURA E SOCIEDADE

"Se eu pensasse que a loucura é apenas um produto social, estaria ainda dentro de um lógica positivista. Dizer que a loucura é um produto biológico ou orgânico, um produto psicológico ou social, são discussões que seguem a moda de determinado momento. Eu penso que a loucura, como todas as doenças, são expressões das contradições do nosso corpo, e dizendo corpo, digo corpo orgânico e social" (Basaglia, 1979, p.79).

A loucura não é "privilégio" das sociedades de "capitalismo selvagem" nem é uma descoberta da era científica, pois, ao longo da história da humanidade, podem ser encontradas referências de pessoas "enlouquecidas", "perturbadas".

Mas as maneiras de interpretação e enfrentamento da questão da loucura têm se modificado através dos tempos. E, não fortuitamente, a loucura passa a ser problema social e a exigir soluções, num dado momento histórico, quando a sociedade sofreu mudanças a nível político, econômico, ideológico.

1.1 A percepção da loucura através dos tempos

Na mitologia grega e nas épocas homéricas, podem ser encontrados personagens que são amaldiçoados e perseguidos por poderes terríveis que punem, vingam, às vezes, levando-os à loucura. Alguns são tomados de paixão, outros "saem de si" em função de fúria ou dor. A loucura é vista, então, como castigo dos deuses, como destino, algo que está além do humano.

Na Idade Média, a loucura era religiosa. Advinda de Deus ou do Diabo e, por isso, boa ou má, ela se fazia presente no cenário medieval, em meio a exorcismo, fé e submissão à Igreja. Os "loucos" que estavam "possuídos pelo mal" eram perseguidos, servindo como exemplo para os que duvidassem dos poderes divinos ou contestassem os preceitos da Igreja. Já os "iluminados", que profetizavam, eram exaltados e serviam como prova da onipotência divina. Como eram diferenciados? Pelos seus atos e palavras: os que exaltassem a Deus e à Igreja eram os "iluminados". Ao contrário, os que questionassem ou ridicularizassem a religião, eram taxados de hereges, bruxos, endemoniados.

Durante a Renascença, a loucura tornou-se tema literário e das artes em geral. Às vezes elogiada, outras satirizada, a loucura, e suas figuras perderam muito das experiências místicas da época medieval e aproximaram-se do mundo dos homens. Descobriu-se uma loucura imanente à razão. Foucault (1972, p.48) afirma que experimentou-se "*uma razão irrazoável, um razoável desatino*". Razão e loucura não formavam uma antítese, mas variações de uma mesma condição.

O século XVII veio modificar essa visão, enaltecendo a razão. Predominava a idéia de Blaise Pascal de que se pode conceber um homem sem as mãos, sem os pés, sem a cabeça até, mas não sem a razão. Descartes formulou o cogito cartesiano "*eu penso, logo existo*". Assim, loucura e razão foram afastadas de qualquer experiência em comum. A "idade da razão" foi decisiva na separação entre "racionais", como arautos da normalidade e superioridade, e "irracionais" como inferiores, anormais.

Naquela época, florescia o mercantilismo. Os países europeus passavam por modificações não só a nível econômico, mas político, social.

Com a dissolução da sociedade rural, houve um grande fluxo para os centros urbanos, o que gerou mão-de-obra flutuante ociosa que acabou, em grande parte, na miséria e na mendicância. Esse novo problema tomou grandes dimensões e levou os governos a administrarem medidas severas de combate à pobreza, à ociosidade. A mendicidade tornou-se crime de Estado e resultou no confinamento, em instituições criadas para este fim, dos segmentos pobres da sociedade. Foucault (1972, p.45-78) chamou esse movimento de "*A Grande Internação*". Foram construídas verdadeiras prisões, chamadas de "Casas de Correção", "Casas de Trabalho", "Hospitais Gerais". As "Casas de Correção" foram criadas no fim do século XVI, na Inglaterra, e eram destinadas a albergar órfãos, vagabundos, desempregados, rebeldes ao trabalho. Tinham como finalidade punir os que se recusavam a trabalhar, e ajudar os que necessitavam através de oficinas de trabalho. Acabaram transformando-se, apenas, em centros de detenção. A partir destas, já no século XVII, surgiram as "Ca-

sas de Trabalho" não só na Inglaterra como em vários outros países da Europa. Além de funcionarem como prisões, essas instituições ofereciam trabalho aos desempregados e obrigavam a trabalhar os que se recusavam a fazê-lo, todos trancafiados entre seus muros. Tinham uma política de (re)educação para o trabalho. Concomitantemente, na França, eram criados os "Hospitais Gerais" que, apesar do nome, não tinham quaisquer objetivos médicos, mas de aprisionamento dos anti-sociais da época.

Mendigos, criminosos, vagabundos, libertinos, doentes, órfãos, loucos, enfim, todos os que eram indesejados na sociedade - por representarem um entrave na manutenção da ordem e na prosperidade do Estado - viram-se fechados nessas instituições-prisões. Sub-produtos da emergente ideologia burguesa, esses segmentos da sociedade passaram a ser percebidos como "desviantes", "desajustados" e, por isso, foram privados do convívio social, da liberdade.

Misturados aos demais internos, os loucos se destacaram como incapazes para o trabalho:

"O fato de os loucos terem sido envolvidos na grande proscricção da ociosidade não é indiferente. Desde o começo eles terão seu lugar ao lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não. Como estes, serão submetidos às regras do trabalho obrigatório, e mais de uma vez aconteceu de retirarem eles sua singular figura dessa coação uniforme. Nos ateliês em que eram confundidos com os outros, distinguiram-se por si sós através de sua incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva" (Foucault, 1972, p.73).

Nas sociedades pré-capitalistas, aptidão e inaptidão para o trabalho não eram determinantes na formação do binômio normal/anormal. As formas de organização do trabalho (rural,

artesanal) eram pouco discriminativas para as diferenças e acomodavam largas variações individuais, além de respeitar o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador (Resende, 1990, p.22).

Com a expansão do capitalismo, novas exigências foram impostas. Os "loucos" tornaram-se inadequados às novas modalidades de trabalho (nas fábricas, no comércio), dadas as suas "limitações" em se tratando de ritmo, quantidade e qualidade de produção. Como o trabalho tornara-se, ideologicamente, fonte de riquezas e os indivíduos passaram a ser importantes enquanto força produtiva, não havia espaço para os "loucos" nesse processo.

No final do século XVIII, com os princípios da Revolução Francesa, a declaração dos direitos humanos, as idéias do Iluminismo, foram libertados quase todos os desviantes que se viram enclausurados pelo grande movimento de internação iniciado no século anterior. Com a instalação do Novo regime, não se aceitava mais a arbitrariedade do Estado em prender os anti-sociais. A manutenção das antigas instituições-prisões era onerosa e despótica. Além disso, a crescente industrialização requisitava a mão-de-obra dos antigos internados.

Incapazes para o trabalho, indisciplinados, irracionais, os "loucos" não correspondiam às expectativas da ordem burguesa. Então, como proceder com estes indivíduos de características tão peculiares, sem recorrer aos antigos dispositivos de reclusão? A solução veio através de redefinição da loucura.

1.1.1 A loucura como "doença mental" e a institucionalização como "tratamento"

"Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de 'servir', não entra no circuito regulado das trocas, essa 'livre' circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas 'normais' e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional" (Castel, 1978, p.19).

A loucura, então, colocou um desafio à sociedade. E a solução para o enfrentamento de sua problemática veio através de uma "medicina especial". Philippe Pinel, na França, foi o protagonista de sua "reforma" de assistência aos insanos no Novo Regime. "Libertou" os insensatos do antigo e arbitrário internamento e definiu-os como doentes e, por isso, passíveis de tratamento médico especializado. Elegeu o hospital-asilo como local terapêutico, espaço exclusivo da "doença especial". A loucura, então, recebeu o estatuto de doença especial, que exigia médicos especiais e local específico de tratamento. Pinel era médico (mas não psiquiatra) e ficou conhecido como um grande filantropo, graças ao seu gesto "inovador" de libertar os infelizes que perderam a razão, oferecendo-lhes internamento medicalizado. Porém, a loucura foi novamente presa. Entretanto, com base na suposta cientificidade da "nova" instituição, esse movimento de exclusão apresentava-se legítimo, promissor.

"O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da 'exclusão', do 'isolamento', do 'afastamento' para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas complicitades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, sequestrado como os outros, porém, por outras razões. Por causa de doença" (Castel, 1978, p.83).

Assim, não houve uma "revolução" na assistência aos loucos, mas uma camuflagem, através da "promoção" da loucura à doença, da antiga exclusão. Camuflagem esta muito bem consolidada e legitimada pela ciência médica.

A medicina mental foi, sem dúvidas, um operador essencial dessa reformulação no enfrentamento da questão da loucura. No entanto, ela contou com medidas jurídico-administrativas que foram decisivas:

"a lei de 30 de junho de 1838, sobre os alienados, é a primeira grande medida legislativa que reconheceu direito à assistência e à atenção para uma categoria de indigentes ou doentes. É a primeira a instaurar um dispositivo completo de ajuda com a invenção de um novo espaço, o asilo, a criação de um primeiro corpo de médicos-funcionários, a constituição de um 'saber especial', etc." (Castel, 1978, p.21).

A Lei de 1838 foi um marco histórico na aliança da psiquiatria com o Estado, pois estabeleceu a medicalização de um problema social. Ela outorgou à competência médica o cuidado com esta figura social nova, o doente mental. Tornou, juntamente com a ciência médica, a doença mental e seu tratamento

uma realidade inquestionável, além de centralizar, na figura do psiquiatra, o poder de julgar quem era ou não "louco".

Mas, quais eram as bases desse "tratamento" que tinha no hospício o seu lugar sagrado, e na reclusão o meio para chegar à cura da "doença mental"?

Os precursores da medicina mental ficaram conhecidos como alienistas, e seu método, como "tratamento moral". Difundiam que a loucura era uma doença onde ocorria um desvirtuamento das paixões e que a disciplina proporcionaria ao doente encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas. O tratamento moral seria um conjunto de técnicas (pedagógicas, disciplinares) capazes de atingir o núcleo de racionalidade anômala - a abstrata "mente" humana -, recolocando-a, em suas "bases naturais". Isolando-se o paciente, ele seria afastado das influências nocivas que incitaram seus distúrbios, seria observado em seu comportamento, e imposta uma ordem que sua irracionalidade teimava em desconhecer. Irracional, perturbado, o "doente" não era capaz de distinguir o certo do errado, por isso, precisava de "orientação". Assim, os "loucos" eram coagidos a se comportarem conforme padrões e normas predeterminados pela sociedade e, através dos alienistas, seriam reeducados para a vida no convívio social. Nos hospícios, reinava a pedagogia da repressão, entretanto com fim "nobre": a cura da terrível doença que impossibilitava o seu portador de se autogovernar, de interagir com a "sociedade sã".

Mas, a teoria alienista foi perdendo espaço, em meados do século XIX, devido a sua falta de racionalidade científica e médica.

"De fato, o saber alienista se constituía de uma cópia dos critérios da antiga medicina classificatória, dirigindo sua atenção exclusivamente para os sinais ou sintomas da doença em detrimento de sua localização no corpo. Esgotando-se na construção de nosografias, inserido em uma metodologia e em um lugar médicos ultrapassados, o alienismo quase nada acrescentava ao saber médico" (Silva Filho, 1990, p.91).

Altamente positivista, o alienismo não acompanhava os progressos e descobertas de anatomia patológica que a medicina alcançava. Assim, o saber alienista decaiu, dando lugar a uma visão organicista da loucura: as origens da doença mental em lesões cerebrais. Tomando como modelo a sífilis - doença venérea que num certo grau de desenvolvimento terminava provocando lesões neurológicas e conseqüentes "distúrbios mentais" - a psiquiatria acreditava ter encontrado as causas biológico-anatômicas de seu objeto de estudo.

Morel, psiquiatra adepto da visão organicista de loucura, criou uma teoria de degenerescência:

"Conforme Morel, as degenerescências se transmitiriam hereditariamente constituindo desvios patológicos com respeito ao padrão normal da humanidade, ou então seriam precocemente adquiridas, por causas diversas, como intoxicações, alcoolismo, malária, males congênitos, etc. Uma vez instalada, a patologia seguiria seu curso e transmitiria aos descendentes até que a linhagem fosse extinta" (Silva Filho, 1990, p.92).

Foi a partir da observação sistemática dos pobres e proletários dos arredores parisienses que Morel formulou sua teoria. A medicina social formulara os postulados da degeneração física do proletariado submetido às condições de trabalho e de vida da ordem capitalista. A medicina mental agregou a noção de que toda loucura tinha uma origem fundada na degeneração, transmitida em graus crescentes através das gerações. Se entre

as classes mais favorecidas a degeneração e a loucura estavam colocadas no rol das possibilidades e serviam para controlar seus próprios "desviantes", naturalmente estas probabilidades cresciam sobre as classes mais populares, verdadeiros focos propiciadores da degeneração.

Essa visão de loucura trouxe um novo caráter ao internamento do "doente": além de cura e assistência, era uma medida de profilaxia e proteção da sociedade contra os inevitáveis "degenerados". Por isso, a psiquiatria da degenerescência significou a inauguração de um conjunto mais amplo de controle social, já que, partindo do pressuposto de que as fronteiras entre o sadio e o patológico não podiam ser claramente delimitados, um enorme número de pessoas poderiam ser portadoras da "doença" sem manifestá-la a priori.

Na verdade, o fenômeno da loucura, para a sociedade do século XIX, não poderia ter qualquer explicação social que ameaçasse seus padrões de comportamento. A sociedade burguesa valoriza as qualidades individualistas. Procura retirar da sociedade e do relacionamento humano a responsabilidade sobre a loucura. Não assume suas deficiências e nega suas contradições. Procura fazer acreditar que a loucura é apenas um distúrbio orgânico logo, a sociedade e suas instituições não precisam ser mudadas.

No discurso do século XIX, os "perturbados mentais" transformavam-se cada vez mais num grupo marginalizado, tipicamente trancado no hospício, mas que fornecia também um próspero material à psiquiatria.

O sistema de internação forçava aqueles que eram rotulados como anormais a viver em circunstâncias que impediam a vida normal. Destituídos do convívio em sociedade, sem liberdades ou opções, os loucos passavam a viver o estereótipo da loucura que a própria psiquiatria tinha formulado.

O fato de remover o "lunático" de seu contexto social mais amplo para os confins de um hospício o transformava num "caso" para a psiquiatria. Já que o ambiente de internamento era oficialmente benigno, terapêutico, os fracassos em obter cooperação do paciente só faziam confirmar melhor quão louco ele era. Assim, a psiquiatria institucional colocava seu paciente num beco sem saída. De um lado, era considerado louco, e, por isso, incapaz de se responsabilizar por sua própria vida. Ao mesmo tempo, era habitualmente censurado por sua loucura. E se ele se rebelasse contra essa situação, só demonstrava sinais claros de que era irresponsável, irracional e que precisava ser "tratado".

Uma história mínima da psiquiatria mostra que processos profundos contribuíram, ao longo dos séculos, para a "construção" da pessoa mentalmente doente como um tipo próprio para o tratamento ou, pelo menos, para o confinamento. A sociedade, aos poucos, definiu a si mesma como racional e normal e, ao fazê-lo, sancionou o estigma e a exclusão de indivíduos "estranhos", "alienados". E o dispositivo, em particular, do hospício cercado de muros e trancado - respaldado pela especialidade médica da psiquiatria - sublinhou a diferença, a unicidade daqueles "alienados" ou "excluídos".

1.1.2 A busca por uma assistência psiquiátrica "alternativa"

Sigmund Freud (1856-1939) destacou a importância das produções do inconsciente na estrutura do indivíduo: nasceu a psicanálise, uma vertente diferente de interpretação e tratamento dos sofrimentos psíquicos e que ganhou "status" de revolucionária. Não se falava em problemas biológicos, orgânicos como causas de distúrbios mentais, mas em mau desenvolvimento da personalidade, em desejos inconscientes reprimidos, etc. Elegeu-se a relação terapeuta-paciente como meio de tratamento.

A psicanálise, assim como as psicoterapias, que, de certa forma, decorreram das propostas freudianas ou surgiram após divergências de seus autores com Freud, têm contribuído para o entendimento das atitudes humanas. Contudo, pouco têm auxiliado na prática cotidiana da psiquiatria feita dentro dos manicômios. A maioria dos pacientes continuou recebendo praticamente a mesma atenção falha dentro das instituições onde o contato do terapeuta com o paciente ocorre mecanicamente, sem muita periodicidade.

Além do caráter elitista dessas terapias - já que poucas pessoas podem pagar o alto preço das "sessões" - existem outros limites. Entre eles, está o fato de que a grande maioria das psicoterapias não capta o homem em sua globalidade, em relação com a sociedade. Isola o paciente em seus conflitos interiores, não relacionando estes conflitos com a realidade coletiva, social em que o indivíduo está inserido. Individualiza as contradições inerentes à sociedade, ao coletivo.

Bezerra Júnior (1990, p.139) assinala:

"Enquanto não se puder superar a desigualdade, a opressão e a alienação inerentes à sociedade capitalista, os terapeutas nada mais farão do que cumprir a triste sina de reprodutores do sistema social do qual são ao final de contas representantes: despolitizar os conflitos, tutelar os desviantes, psiquiatrizar demandas sociais, etc. O tratamento, que acaba se traduzindo na readaptação do indivíduo à engrenagem doente, precisaria ser subvertido pela base, transformando-se num instrumento de desalienação política e libertação social. Esta seria, na realidade, a única maneira de lidar com o crescimento da demanda sem se deixar aprisionar pelo movimento tentacular de controle e dominação do Estado e do dispositivo médico-psiquiátrico".

Uma significativa tentativa de transformação na assistência psiquiátrica só veio a acontecer depois da Segunda Guerra Mundial, quando diversos países da Europa e da América do Norte desenvolveram várias experiências com o objetivo de deslocar o centro de atendimento do doente mental do hospital psiquiátrico para serviços localizados no seio das comunidades e em relação com as mesmas. Tentou-se, dessa maneira, possibilitar a permanência dos pacientes em seu meio de origem e prevenir sua institucionalização. Criaram-se redes assistenciais, com títulos como psiquiatria comunitária, psiquiatria de setor, centros comunitários de saúde mental. Seu êxito foi desigual, entretanto, suas iniciativas deram impulsos a transformações posteriores.

Basaglia (1979, p.83) afirma que, nos fins do anos 50 e início dos 60, na Europa, surgiu uma proposta de alternativa ao manicômio. A Inglaterra foi o primeiro país a desenvolver a proposta. O Partido Trabalhista, que vencera as eleições depois da guerra, tinha como programa renovar a infra-estrutura inglesa e elegeu a saúde pública como prioridade. Então, em 1959,

promoveu a reforma sanitária e a assistência médica nacionalizada. Psiquiatria e medicina uniram-se em torno dos problemas de assistência à saúde pública. Não era possível a coexistência de hospitais livres e hospitais fechados. Por isso,

"o manicômio teria que funcionar com todas as características do hospital geral, da mesma forma que o hospital geral teria que passar a ser um hospital psiquiátrico também".

Com a medicina nacionalizada, o doente mental passou a ser um doente informal, igual a qualquer outro.

Os hospitais ingleses começaram a se abrir, a comunidade passou a participar das gestões das instituições. Surgiu, com a abertura do manicômio inglês, o primeiro conceito de comunidade terapêutica.

"Uma comunidade torna-se terapêutica porque tem em si princípios que levam a uma atividade comum, não se limitando somente ao chefe da instituição: o grupo cura-se a si próprio" (Basaglia, 1979, p.84).

Assim, o número de internados começou a diminuir, cada vez mais inventavam-se técnicas para a desinstitucionalização do doente mental. Mas, na metade dos anos 60, a Inglaterra passava por uma recessão econômica e os manicômios começaram a se encher novamente. O mercado de trabalho passou a rejeitar a mão-de-obra antes requisitada. Então, foi necessário encontrar outra instituição que acolhesse a "mão-de-obra improdutiva".

A comunidade terapêutica restringiu-se a pequenas ilhas e os manicômios da Inglaterra adquiriram características mais amenas de instituição repressiva. Ficou como simulacro de comu-

nidade terapêutica inglesa as comunidade de Maxweel Jones e uma outra em Cambridge.

Na França, num pequeno hospital de Saint-Albanm deu-se uma experiência que ficou conhecida pelo nome de psicoterapia institucional, porque era feita intensivamente dentro da instituição. De base psicanalítica, essa nova experiência limitou-se, segundo Basaglia (1979, p.87), a uma pequena instituição com 120 doentes. havia, também, a psiquiatria de setor francesa, isto é, a França foi dividida em setores, em regiões, com equipes psiquiátricas em cada uma delas, mas não houve ruptura com a lógica psiquiátrica manicomial. Assim, as atividades setoriais da psiquiatria francesa pouco diminuíram o encaminhamento de pessoas aos hospícios.

Foi nos Estados Unidos que a psiquiatria comunitária difundiu-se mais e alcançou seu auge. Em 1961, a Lei Kennedy acabou com os manicômios e decretou a abertura dos centros de saúde mental, dentro do sistema oficial de saúde, sendo dominados por ele tanto no suporte financeiro quanto na ideologia. Basaglia (1979, p.47) assinala que havia, nesses centros, uma gestão repressiva mas que, aparentemente, tinha um colorido de liberdade. Como eram controlados pelo Estado, os centros de saúde mental norte-americanos entraram na lógica geral da gestão estatal.

Mas foi na Itália, junto à psiquiatria democrática, que ocorreu uma experiência transformadora que tem servido de exemplo em todo mundo.

Nos anos 50, na Itália, a se processar uma mudança cultural, marcada pelo início de uma sociedade industrial e, conseqüentemente, a emergência de uma classe operária cada vez mais forte. Surgiram, então, as lutas sindicais para uma mudança na organização estrutural do Estado.

Neste contexto, iniciou-se a aventura da experiência inovadora com Franco Basaglia em Gorizia, pequena cidade na fronteira com a Iugoslávia. Basaglia, psiquiatra italiano, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, em 1961, e começou a introduzir uma série de transformações. Acabou com as medidas institucionais de contenção, criou condições para reuniões e confrontos entre o pessoal médico e os pacientes e devolveu ao doente a dignidade de cidadão ao abrir espaços para que os internados se organizassem, influenciassem e decidissem sobre a vida institucional a qual eram submetidos.

Em 1968, o trabalho de Gorizia chegou ao fim. Três anos depois, Basaglia e sua equipe assumiram o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste e iniciaram um processo de desativação do manicômio com a gradual inserção do internado em seu meio social, criando centros externos de atenção à saúde mental, recebendo colaboração das forças populares. Sindicatos e partidos políticos de esquerda começaram a tomar consciência das relações entre a política e a saúde e, através de contatos com a equipe de Basaglia, a perceber que os hospícios eram construídos para o controle e a repressão de determinados segmentos da sociedade que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. Assim, equipe técnica, internos e a

população em geral uniram-se para derrubar o sistema manicomial.

À medida que ocorria o desmatelamento dos manicômios, criavam-se recursos, na comunidade, de assistência ao "doente mental". Alguns pacientes crônicos, internados há anos e que não encontraram colocação na cidade, passaram a morar nas instalações do hospital: nos apartamentos que eram antes do diretor, do administrador, etc. Criaram-se pequenas comunidades que contam com o apoio do Estado e das equipes de saúde mental.

Quanto às dificuldades que surgiram durante o processo que culminou na abertura do manicômio, o próprio Basaglia (1979, p.108) assinala:

"Há dois tipos de dificuldades: uma, referente à equipe, em particular os enfermeiros, que são em maior número (...). Eram pessoas que estavam ligadas ao antigo regime, isto é, preferiam ser guardas a serem técnicos em saúde. A outra foi a resistência da cidade que não aceitava de maneira alguma a nova situação dos manicômios abertos, porque predominava a ideologia de que o louco era perigoso e devia ser preso no manicômio".

Foi, então, realizada uma transformação de base e, aos poucos, foi-se demonstrando a viabilidade da proposta da reforma, através de ações concretas a nível de política de saúde mental.

Em 1978, foi aprovada, pelo Parlamento Italiano, a Lei nº 180 que fundamentou juridicamente a desinstitucionalização. Entre os pontos principais da Lei estavam: a proibição de construir novos hospitais psiquiátricos e de internar pacientes nos já existentes; o estabelecimento de serviços territoriais responsáveis pelo atendimento de saúde mental, dotados das estru-

turas necessárias para prestar assistência psiquiátrica adequada às necessidades da população; a abolição das tutelas jurídicas e do "status" de periculosidade social do doente mental que passa a ser reconhecido como um cidadão em plena posse de seus direitos civis e sociais.

A Reforma Psiquiátrica Italiana é, fundamentalmente, uma reforma social e serviu como catalisador de outras reformas em diversos países. Um de seus grandes méritos é a abertura de um espaço em que o "doente mental" possa ser um dos protagonistas da transformação da cultura manicomial e que possa ter direitos como cidadão, como pessoa humana. Importante é ressaltar que a reforma resultou de um processo, onde participaram trabalhadores em saúde mental, forças populares, "pacientes", numa luta conjunta pela destruição de um sistema repressivo, autoritário, e pela implantação de uma nova maneira de enfrentamento da questão, por uma nova concepção de saúde/doença mental.

A tendência das reformas psiquiátricas em discussão, ou já em curso, em diversos países, é não somente a transformação na assistência, mas também a busca de uma relação humana, mais democrática com aqueles diretamente ligados ao problema: as pessoas com sofrimento psíquico, estigmatizadas pela sociedade há séculos.

1.2 Breve histórico da assistência psiquiátrica no Brasil

Por um longo período, no Brasil colonial, segundo Resende (1990, p.31), os "loucos pobres" perambulavam pelas cidades sendo, às vezes, alvo de chacotas, outros, da caridades

pública através de comida e vestuário. Os que se mostrassem violentos ou exibissem atitudes interpretadas como indecentes, eram recolhidos a cadeias por curto espaço de tempo e sem maiores conseqüências. Já os que pertenciam a famílias mais abastadas eram mantidos em suas próprias casas, escondidos em quartos ou anexos construídos especialmente para esse fim.

Ao contrário do que ocorreu na Europa - a emergência da loucura como problema social quando do surgimento do capitalismo mercantil, da ideologia burguesa - o louco-problema social apareceu, no Brasil colônia *"em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença"* (Resende (1990, p.30).

Ao final do século XVIII, a economia brasileira era basicamente rural, tendo no trabalho escravo a sua mão-de-obra.

"Pois será exatamente esta característica central da vida econômica da colônia - o trabalho baseado na atividade servil - que condicionará a situação social do período, moldará preconceitos e determinará transformações e conseqüências que terminarão por exigir procedências e ações concretas" (Resende, 1990, p.33).

O autor prossegue comentando que os escravos praticamente monopolizaram tanto as atividades produtivas quanto as domésticas, no campo e na cidade, restando, portanto, pouco trabalho aos homens livres. Outro agravante era o fato de que, por ser executado por negros, o trabalho transformou-se em algo pejorativo, indigno, sendo então, rejeitado pelo restante da população. Conseqüentemente, onde não imperava a escravidão, imperavam a ociosidade, a miséria, a indigência.

"Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda indisfarçadamente notória, e vem engrossar as levas de sadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade" (Resende, 1990, p.35).

A loucura passou, então, a não ser mais tolerada. As Santas Casas de Misericórdia, que antes não recebiam loucos, incluíram-nos em sua vasta clientela de doentes, órfãos, idosos, etc. Mas aos loucos restaram os porões insalubres e os guardas que reprimiam os agitados através de espancamentos e contenções em troncos.

Na década de 30 do século passado, começaram a surgir os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos nas Santas Casas. Foi proposta, então, a criação, de um hospício sob a alegação que nesse tipo de instituição, os loucos receberiam maiores cuidados, haveria instalações adequadas, assistência médica.

Nessa mesma época, os antigos Colégios Médico-Cirúrgicos do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformados em Faculdade de Medicina, seguindo o projeto elaborado pela, então, recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, cujos dois objetivos principais, segundo Machado (1978, p.193), eram a higiene pública e a normalização da medicina. Este foi o momento em que a ciência médica consolidou-se como a única detentora do saber sobre a saúde e, aliada ao Estado, elaborou e impôs a "medicina política" (Machado, 1978, p.214).

Política, social, moral, pedagógica, a medicina instaurou-se, na sociedade brasileira, como a ciência que curava "todos os males".

Disposta a promover e conservar a saúde da população, a medicina contribuiu para o melhoramento da moral, a manutenção da ordem, enfim, a implantação de um "equilíbrio social".

"Para que se preserve a saúde de uma população, (...), há a necessidade da implantação de uma sociedade onde não se suscitem paixões, onde o caos foi desfeito, onde reina a ordem, onde tudo funciona, onde não existem monstros, onde os costumes são doces. A medicina, conhecendo o homem e as alterações de seu organismo provocadas pela desordem, deve guiar o processo de estabelecimento e o funcionamento desta sociedade, apontando sempre as causas de alteração e nelas intervindo" (Machado, 1978, p.197).

Do ponto de vista do Estado, o povo era desorganizado, desordeiro, indisciplinado. O discurso médico voltava-se para essa questão, propondo dispositivos de controle da população. O hospício era um desses dispositivos. Assim, e somando-se às constantes denúncias sobre as péssimas condições em que se encontravam os loucos nas Santas Casas de Misericórdia, criou-se, em 1852, o Hospício D. Pedro II. Situado no Rio de Janeiro, tinha capacidade para 350 pacientes, tendo atingido a total lotação pouco mais de um ano após a inauguração. Constituiu-se no marco da assistência psiquiátrica brasileira.

Nos anos seguintes, foram construídas instituições semelhantes, em outros Estados: São Paulo, Bahia, Pernambuco e Pará.

"Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza" (Resende, 1990, p.39).

O autor comenta que os internos do hospício eram os mendigos, os sem-trabalho, os marginalizados, os classificados como pobres. E não havia, como tinha sido proposto, "bons tratamentos" ou assistência médica para com os internados. Permaneciam as mesmas más condições que, outrora, desencadearam protestos e denúncias do que ocorria nas Santas Casas. Enfim, as "mudanças" ficaram restritas ao local de internamento: dos porões das Santas Casas aos hospícios.

Diante das novas descobertas da medicina, não era mais concebível deixar os loucos aos cuidados das religiosas, já que, mesmo nos hospícios, elas continuavam praticando o seu assistencialismo, sem que a categoria médica se fizesse presente nem em número nem em importância.

Além disso, o contexto sócio-econômico, em que essas instituições - de pura segregação de "indesejáveis" - nasceram, vinha sofrendo alterações.

"Nos primeiros tempos o doente mental foi, digamos assim, um subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista, em certa medida uma vítima ou consequência do não progresso (...), não se justificando portanto o investimento de qualquer empenho curativo, ou de outra natureza" (Resende, 1990, p.41).

A ruptura daquele contexto assinalou o momento em que era necessário, além de excluir, recuperar os excluídos e a existência de um saber que legitimasse esses dois processos.

Com a ascensão do capitalismo comercial e industrial, no Brasil, houve a necessidade de força de trabalho para o funcionamento das fábricas e do comércio. Mais e mais, as pessoas se aglomeravam, nas cidades, à procura de trabalho. O meio

urbano sofreu um inchaço. Submoradias foram construídas e, com elas, os problemas de saúde pública passaram a crescer vertiginosamente. Agravou-se a questão da marginalidade.

Segundo Resende (1990, p.42), começaram a aparecer esses novos e graves problemas que, para a saúde mental, não bastavam mais a "*psiquiatria das freiras*" nem "*os asilos provisórios despovoados de médicos*".

Surgiu, então, a psiquiatria como ciência médica, no Brasil, no período imediatamente posterior à proclamação da República, regime onde as diretrizes básicas eram promover a "ordem e o progresso".

O Estado e a psiquiatria, aliados, passaram a se responsabilizar pela assistência aos doentes mentais.

O hospício foi nomeado como local terapêutico, recuperador, onde a loucura não seria apenas isolada, mas destruída.

Domínio da psiquiatria, o Hospício D, Pedro II passou a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados, sem ter mais subordinação à Santa Casa de Misericórdia.

A psiquiatria brasileira teve suas raízes em uma ideologia político-higienista: normatizar a sociedade e eliminar, do meio social, os indesejáveis.

Buscando sempre inspirações nas teorias e tratamentos da psiquiatria européia, os primeiros alienistas - denominação dada aos psiquiatras da época - brasileiros propagavam idéias de "epidemias psíquicas"; das origens da loucura em degenera-

ções congênicas; de tratamentos disciplinares para os doentes mentais.

Assim, o pensamento alienista estava essencialmente voltado para a profilaxia do meio urbano. Para ele, a cidade aparecia como ambiente ideal para a cultura de "germes" deflagradores de uma verdadeira epidemia social. Metaforicamente, classificavam como germes, os pobres, os loucos, os estrangeiros, enfim, todos aqueles que não se adequassem ao ideal burguês e ao positivismo republicano que almejava uma sociedade modelo.

Reproduzindo, em seus discursos, textos europeus, os psiquiatras brasileiros não provocaram "revoluções" na assistência psiquiátrica nem tratamentos que surtiram o efeito desejado, ou seja, a cura dos doentes internados nos hospícios e entregues à ciência.

No início deste século, a prática de trabalho agrícola como forma de tratamento para os doentes mentais foi muito difundida no Brasil. Criaram-se, em todo território nacional, hospitais-colônias.

Segundo Resende (1990, p.47), sob a influência da ideologia capitalista, apregoava-se o trabalho como meio e fim de tratamento. Era necessário que os doentes fosse "devolvidos" à sociedade curados e aptos ao trabalho. Porém, como a base da economia brasileira não era mais a rural, a proposta dos hospícios-colônia em reeducar os doentes mentais para o trabalho no campo tornara-se anacrônica.

Nos anos 40, foram instalados alguns ambulatórios psiquiátricos com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), mas que eram insuficientes para atender a demanda.

Ao fim da década de 50, os hospitais psiquiátricos continuavam superlotados, com falta de profissionais, com péssima assistência aos doentes. A atenção psiquiátrica estava incorporada às demais especialidades no sistema previdenciário, mas de forma incipiente (Resende, 1990, p.57).

"(...) o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda" (Resende, 1990, p.60-61).

A assistência aos doentes mentais teve, então, uma mudança quantitativa, impulsionado a propagação do que ficou conhecido como a "indústria da loucura". Houve uma grande procura de hospitalização nos setores privados que, longe de oferecerem assistência especializada de melhor qualidade, ofereciam melhores condições de "hotelaria psiquiátrica" (Resende, 1990, p.62).

Nos primeiros anos da década de 70, afloraram novas propostas e ações concretas, tanto do Ministério da Saúde, como das Secretarias Estaduais de Saúde e do antigo INPS (Resende, 1990, p.62).

Há muito vinham sendo alimentadas críticas ao modelo psiquiátrico cronificador, dispendioso, enfim, ineficiente que, no Brasil, era, e ainda é, uma constante.

Resende afirma (1990, p.64) que o período de internação dos doentes passou a ser controlado pelo INPS; os ambulatorios empenharam-se em limitar as internações e encaminhamentos de pacientes aos hospitais. O alto crescimento da economia, a escassez de mão-de-obra pouco qualificada propiciaram essas "reformas" que, não fortuitamente, priorizavam a manutenção do doente na comunidade e o não afastamento de seu vínculo com o trabalho.

Diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, alternativas à hospitalização integral, reabilitação dos crônicos, ações especiais dirigidas ao egresso eram os princípios básicos de uma reestruturação da assistência psiquiátrica no início dos anos 70.

"O ano de 1974 veio marcar o início do fim deste período de relativa prioridade dado à psiquiatria. Explica-se: os anos do 'milagre econômico', dado o desgaste a que foi submetida a força de trabalho (traduzido por queda de poder de compra do salário mínimo, aumento do número de horas trabalhadas, crescimento vertiginoso dos acidentes de trabalho, etc.) deixou um saldo de deterioração das condições de vida dos trabalhadores e das classes populares em geral (...)" (Resende, 1990, p.66).

Então, aumentaram os problemas com a saúde pública. O Estado, que vinha perdendo apoio e legitimidade, investiu no melhoramento das ações de assistência médica, apesar do declínio das atividades econômicas e conseqüente crise em que se encontrava o país.

Mas a assistência psiquiátrica não foi priorizada, pois os outros setores da saúde exigiam medidas de emergência e a escassez de recursos materiais não possibilitava a adesão a uma política de saúde abrangente.

A assistência psiquiátrica volta a restringir-se aos hospitais públicos e privados, sem ter perdido o ranço do modelo asilar, e meio que renunciando às propostas de reformulação do período anterior. E os doentes mentais perdem a possibilidade de contar com os meios alternativos à hospitalização prolongada, tão ineficaz a nível curativo, mas extremamente eficiente em se tratando de uma medida de exclusão, de expurgo social.

1.2.1 O movimento de reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira

A luta em prol da reestruturação da assistência psiquiátrica, no Brasil, tomou alento nos fins da década de 70.

Naquela época, havia uma mobilização nacional pela anistia, pela reinscrição político-partidária, pelas liberdades sindicais e de associação civil, enfim, pela redemocratização.

Na área da saúde, crescia a importância do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento Sanitário.

Neste contexto, surgiram os Núcleos de Saúde Mental do CEBES e o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que organizou e produziu, posteriormente, a crítica à prática e ao saber psiquiátricos clássicos, à função segregadora da intervenção psiquiátrica, ao aparato manicomial.

Em 1979, aconteceu o I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados quando apresentada a formulação original do Sistema Único de Saúde, um dos primeiros documentos de análise e denúncia da Política de Saúde Mental vigente no país.

Ainda em 1979, segundo Delgado (1990, p.174), aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Durante este evento, a opinião pública foi bombardeada pelo conteúdo de reportagens que tratavam de denunciar a situação degradante dos pacientes internados no Hospital-Colônia de Barbacena. O psiquiatra e "reformador" italiano Franco Basaglia estava presente e comparou o Hospital a um "campo de concentração".

"O Congresso de Belo Horizonte talvez tenha significado a definitiva implantação de uma consciência de mudança entre os profissionais da área, processo iniciado no ano anterior, em evento semelhante, mas de âmbito nacional, realizado em Camboriú, Santa Catarina. Ali, as denúncias tinham centrado na mercantilização da loucura, através das clínicas privadas, e na situação asilar, com ênfase no abandono dos hospitais do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, entretanto, não se entreviam ainda possibilidades concretas de modificações do quadro" (Delgado, 1990, p.174-175).

O autor assinala que em consequência de Camboriú, aconteceu o Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, no mês de janeiro de 1979. No Encontro, e pela primeira vez, técnicos de várias categorias e de diferentes Estados brasileiros *"discutiram o papel político que deveriam desempenhar para transformação da realidade assistencial"*.

Assim como ocorrera em Minas Gerais, cresceram denúncias da situação cotidiana de violência e degradação em que se encontravam os doentes mentais internados em hospitais psiquiátricos por todo o país. Denúncias que abalaram a opinião públi-

ca e que contaram com o respaldo do movimento de reestruturação da assistência psiquiátrica.

Além da crítica à psiquiatrização do sofrimento psíquico - a todo conjunto de saberes psiquiátricos e suas instituições com instrumentos técnico-científicos de poder, de seqüestro de identidades e cidadanias, ao processo de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber tutelar e excludente e de instituições que custodiam e violentam - o movimento tem levantado, discutido e defendido a necessidade da substituição do modelo assistencial psiquiátrico baseado no manicômio; a necessidade de desinstitucionalização, entendida como a construção de modelos assistenciais que não tenham como ponto de sustentação a formatação de instituições, mas que consideram a possibilidade de produção de outras formas de estabelecimento de relação terapêutica não mediadas por estruturas burocráticas; a descentralização, a regionalização e a municipalização de políticas de saúde mental como meio mais adequado para administrar a questão observando as particularidades sócio-culturais locais e regionais.

Para que o locus da assistência psiquiátrica seja deslocado do hospital psiquiátrico, é preciso implantar uma rede diversificada de atenção à saúde mental, possibilitando que o maior número de procedimentos, técnicas e bens, no campo terapêutico do sofrimento psíquico, seja acessível à população, principalmente às camadas menos privilegiadas, já que,

"(...) uma análise crítica da distribuição social da oferta dos serviços de saúde mental revelará que existe uma desigualdade no que tange ao tipo de tratamento oferecido aos membros das diversas camadas sociais. Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios,

relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as 'consultas' de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento" (Bezerra Júnior, 1990, p.137).

Assim, pode-se citar como recurso não só alternativo mas substitutivo ao modelo assistencial psiquiátrico baseado na internação em hospitais psiquiátricos, uma rede de serviços como: hospital-dia onde o usuário permaneça durante o dia, recebendo assistência multiprofissional e exercendo atividades terapêuticas, e, à noite, retorne para sua residência; hospital-noite no qual o usuário só permaneça para o pernoite; centros e/ou núcleos de atenção psicossocial que são centros de saúde mental onde o usuário e seus familiares têm um acompanhamento sistemático através de grupos terapêuticos, terapias familiares, etc.; leitos em hospital geral para os casos chamados de emergências psiquiátricas quando, no momento de crise, o usuário necessita de cuidados intensivos e de breve internação; pensões ou lares protegidos para as pessoas, que permaneceram por anos internadas em manicômios e que perderam o vínculo com familiares, poderem receber moradia e terem acompanhamento profissional; além de ambulatórios de saúde mental; centros de convivência, etc.

A Portaria nº 224, de janeiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, dispõe sobre alguns destes serviços, a saber:

"1 NÚCLEOS/CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS/CAPS):

- 1.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.
- 1.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.
- 1.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.
- 1.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:
- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
 - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
 - visitas domiciliares;
 - atendimento à família;
 - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
 - os pacientes que freqüentam o serviço por quatro horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de oito horas (dois turnos) terão direito a três refeições.
- 1.5 Recursos Humanos.
- A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de quatro horas, deve ser composta por:
- 1 médico psiquiatra;
 - 1 enfermeiro;
 - 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos;
 - profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. (...).

2 NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

2.1 Hospital-Dia:

- 2.1.1 A instituição de hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir

a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana (de segunda a sexta-feira), com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente.

2.1.2 O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

2.1.3 A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

2.1.4 Recursos Humanos:

A equipe mínima, por turno de quatro horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapia ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.
(...).

2.2 Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral:

2.2.1 Os serviços de urgência psiquiátrica em pronto-socorros gerais funcionam diariamente 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2.2 Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.2.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto-atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital-geral e hospital especializado.

2.2.4 Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno (serviço até 10 leitos para internações breve):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades (...).

2.3 Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral

2.3.1 O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital-geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidade extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

2.3.2 O número de leitos psiquiátricos em hospital-geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital-geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócio-terápicas.

2.3.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);

- d) abordagem à família; orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial) visando prevenir a ocorrência de outras internações.

2.3.4 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades".

Logo em seguida, no item "Disposições Gerais", a Portaria assinala:

"Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes".

Entendemos que a "humanização da assistência" não é uma necessidade como foi citado acima, mas uma condição primária, ou seja, é o mínimo que se pode pressupor quanto ao atendimento dos pacientes internados em qualquer instituição psiquiátrica ou similar. Além de compreendermos que os "direitos de cidadania dos pacientes" são muito abrangentes, não podendo ser limi-

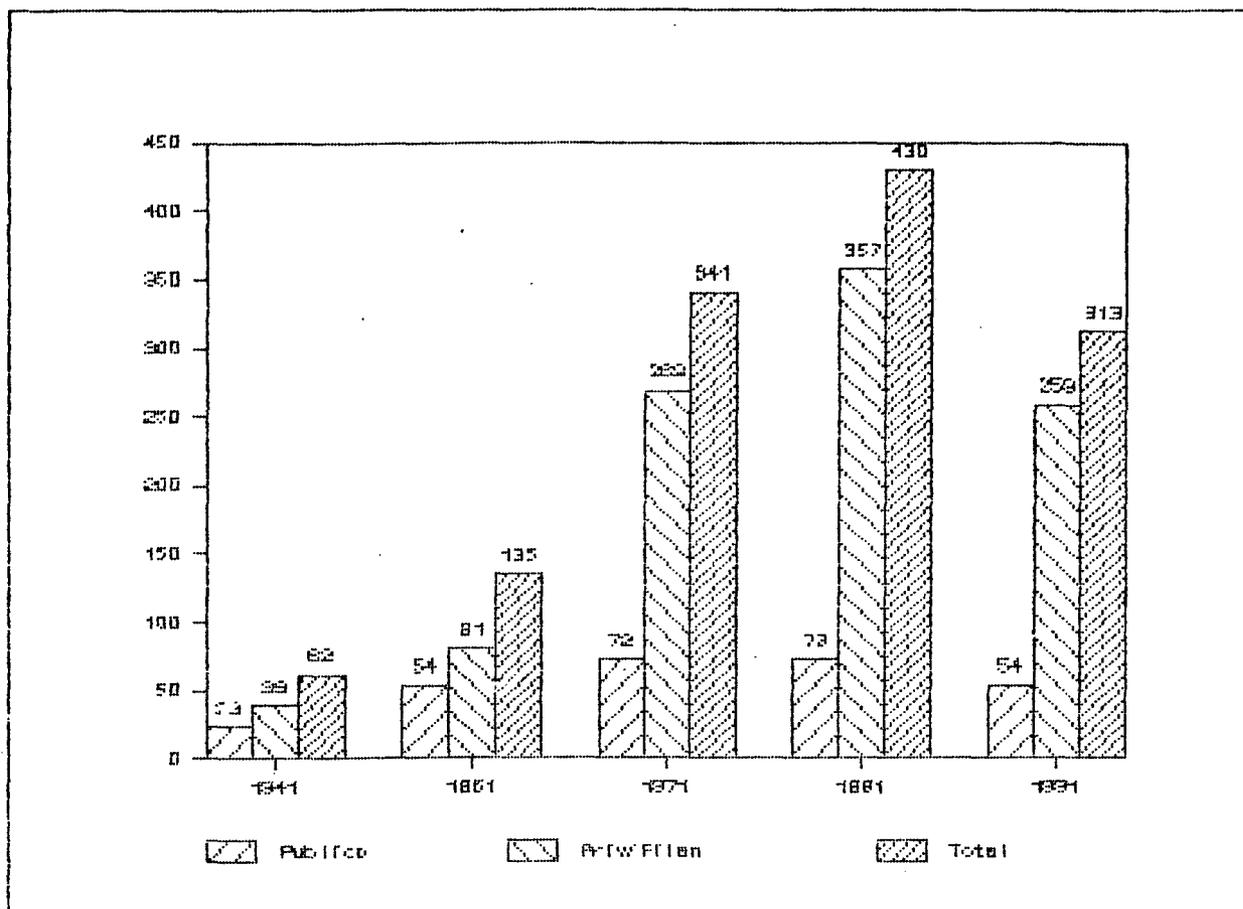
tados à proibição de celas fortes, à inviolabilidade da correspondência, ao registro "adequado" - termo este bastante vago - dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados.

O sistema que preconiza a internação como estratégia básica de intervenção, sob o objetivo de tratar a doença mas que na prática encerra o indivíduo em instituições caracterizadas pelo desrespeito e violência, é, ainda, subsistente na assistência psiquiátrica prestada no Brasil. Trata-se da dominação de um modelo iatrogênico e anacrônico, de custos sociais e econômicos elevados.

Este panorama propiciou o enraizamento de uma cultura manicomial, sustentada em grande número de leitos psiquiátricos financiados pelo setor público.

O Brasil tinha, em 1991, 313 hospitais psiquiátricos (privados e públicos). A expansão, iniciada na década de 60, do número de estabelecimentos hospitalares aumentou em três vezes o número de estabelecimentos psiquiátricos, notadamente no setor privado. A partir dos anos 80, pode-se observar uma queda do número de hospitais conforme dados apresentados na figura 1 (Alves, 1992, p.140).

Figura 1 - Evolução do número de hospitais psiquiátricos, segundo o prestador - Brasil, 1941/91



Fontes: AEB in Sampaio, J. J. C., 1988.
 CIS/MS
 INAMPS/DATAPREV

Segundo reportagem publicada no jornal Folha de São Paulo, em 23 de novembro de 1992, os cofres públicos gastavam anualmente, Cr\$ 2,45 trilhões de (US\$ 264 milhões) com internações psiquiátricas, configurando-se na maior despesa de internação sustentada pelo INAMPS. De todos os leitos mantidos por contratos com recursos oficiais, 20% estavam ocupados por pacientes com transtornos mentais.

A mesma reportagem assinala que o Ministério da Saúde considera "aceitável" o prazo de internação de 30 dias, mas a média de internação em psiquiatria é de 69 dias, sendo que no setor privado contratado ela sobe para 75,3 dias. Como consequência dessa diferença entre setor privado e público, os hospitais privados acabam recebendo mais dinheiro. Em 1990, os hospitais públicos levaram 8,5% das despesas do INAMPS com internações. Na área privada, este número subiu para 14,6%.

Estes dados ilustram a rentabilidade, para certos setores privados, das internações psiquiátricas o que propicia uma mercantilização da loucura, anteriormente citada neste trabalho, e que se configura num dos impasses à proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos.

Mas, em algumas cidades brasileiras, a assistência psiquiátrica tem sido modificada e experiências alternativas de sucesso têm indicado a viabilidade da implantação de uma rede de serviços composta por diversas modalidades de recursos assistenciais.

Na cidade de Santos (SP), tem-se desenvolvido uma dessas experiências. Em 03 de maio de 1989, a Prefeitura Municipal de Santos interveio na Casa de Saúde Mental Anchieta, o único hospital psiquiátrico da cidade e da baixada santista. Após denúncias de ações cruéis praticadas contra os internos numa constante violação de seus direitos, as autoridades decretaram a intervenção. Uma supervisão realizada previamente pela Secretaria da Saúde do Estado constatou superlotação (aproximadamente 550 pacientes para 280 leitos), déficit de funcionários e uma série de irregularidades.

A intervenção na Casa de Saúde Anchieta consistiu na alteração da ordem institucional e na revisão de todas as condutas com o propósito de instaurar dispositivos terapêuticos, e na modificação do ambiente dentro dos limites que o lugar permitia. A principal estratégia para a realização do projeto, portanto, consistiu no fomento de transformações a partir do interior do hospital psiquiátrico, ao invés de iniciá-las de fora. Com este objetivo, destacou-se a instituição como centro de treinamento, de ensaio de novas práticas e de promoção de novas atitudes, baseadas no respeito aos direitos humanos dos pacientes, no reconhecimento de sua condição de cidadãos. A capacitação intensiva da equipe e a discussão aberta com pacientes, comunidade, profissionais da área, na tentativa de implantar novos serviços, foram fatores decisivos na transformação assistencial.

As mudanças institucionais empreendidas no hospital iniciaram-se por ações que pretendiam eliminar os mecanismos que mantinham a antiga estrutura, no sentido de descentralizar a assistência. Assim, desde o início da intervenção, o hospital foi dividido em enfermarias que atendiam pacientes agrupados segundo a região da cidade onde moravam; concomitantemente, os profissionais foram formando-se para a constituição de equipes multiprofissionais. À medida que se formavam essas equipes, foi se desativando as enfermarias e o atendimento para unidades descentralizadas - Núcleo de Atenção Psicossocial e outros centros - conforme a região de referência das antigas enfermarias. Tanto os recursos humanos quanto os materiais correspondentes a cada setor desativado no hospital foram passados à

regiões de referência, possibilitando a habilitação de serviços periféricos.

Paralelamente, foram implantados projetos orientados para a manutenção e apoio do paciente na sociedade. Entre eles, há a Unidade de Reabilitação Psicossocial que, através de diversas oficinas e articulada com secretarias municipais e empresas públicas e privadas, exerce atividades produtivas que visam à profissionalização e criação de campos de trabalho. Há projetos de reciclagem de lixo, serviços de jardinagem, confecção e venda de bijuterias, etc.

Há o Centro de Convivência Tam-Tam onde são potencializadas atividades artísticas e dramáticas. Mantém-se um programa numa das emissoras de rádio local, chamado Rádio Tam-Tam que vai ao ar de segunda a sexta-feira, das 20 às 22:00 horas, e que constitui um importante canal para a divulgação e discussão dos serviços prestados em saúde mental, dos direitos das pessoas que sofrem de problemas psíquicos, entre outros assuntos.

Enfim, em Santos há uma ampla rede de assistência psiquiátrica onde os usuários, seus familiares e a comunidade participam ativamente dos processos que envolvem o tratamento e a transformação da cultura manicomial.

As várias experiências de transformação da assistência psiquiátrica desenvolvidas em pontos diversos do país encontraram um instrumento bastante eficaz de entrelaçamento e articulação: o Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado (PT) que propõe "*a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais*" e

a regulamentação da "internação psiquiátrica compulsiva". Este projeto já foi aprovado na Câmara dos Deputados e está em tramitação pelo Senado Federal.

Entre seus dispositivos, destacam-se:

- o desvio do eixo do modelo de assistência à saúde mental, desfazendo o papel preponderante da internação em hospital psiquiátrico e privilegiando outras formas de atendimento "não manicomial" como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros;
- o redirecionamento dos recursos, hoje empregados, em sua maior parte, na rede hospitalar especializada, para o custeio de diversificadas formas de assistência à saúde mental;
- a constituição dos Conselhos Estaduais de Reformas Psiquiátricas, com participação dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, com a função de acompanhar a elaboração dos planos regionais de desospitalização e aprová-los;
- mecanismo através do qual a autoridade jurídica se pronuncie sobre a legalidade da internação compulsória, como forma de revisão que evite abusos.

As propostas do deputado Paulo Delgado têm favorecido o crescimento do debate sobre a reforma psiquiátrica brasileira. De um lado estão os que apoiam o Projeto: trabalhadores em saúde mental, usuários e familiares (que têm participado cada vez mais do processo). De outro, estão os *lobbies* da "indústria

da loucura": indústrias farmacêuticas, proprietários de hospitais psiquiátricos.

Contudo, a reestruturação da assistência psiquiátrica não depende tão somente da aprovação da lei, já que, mesmo extintos os manicômios, a cultura manicomial - que segrega, invalida - pode continuar existindo nos centros de atenção psicossocial, nos ambulatórios, etc., se não forem operadas as mudanças no nível do saber e das práticas assistenciais. Se as pessoas que estejam sofrendo psiquicamente não sejam vistas como sujeitos do processo terapêutico; como indivíduos com necessidades, sentimentos e limitações inerentes à condição humana, como cidadãos...

Mas para que se modifique concepções como a de que "*lugar de louco é no hospício*", é necessário construir, cotidiana e incessantemente, uma nova sociedade, uma nova cultura. E que se continue lutando "*Por uma Sociedade sem Manicômios*", no sentido amplo que este lema, lançado, em 1987, durante o I Congresso do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru-SP), pretende alcançar.

1.2.2 A assistência psiquiátrica em Santa Catarina e o Hospital Colônia Santana

Em Santa Catarina, a assistência ao doente mental teve início com os chamados "Asilos de Loucos": o Asilo de Azambuja, de Brusque, dirigido e atendido pelas freiras da Irmandade da Divina Providência, e o Hospício do Dr. Schneider em Joinville.

Resultante de uma campanha realizada pelo psiquiatra Aduino Botelho para criação de hospitais psiquiátricos em todo o país, inaugurou-se, a 10 de novembro de 1941, na localidade de Salto do Maroim (São José), o Hospital Colônia Santana (HCS), cuja trajetória confunde-se com a própria história da psiquiátrica no Estado.

Foi inaugurado com 300 leitos, recebendo como seus primeiros pacientes, os doentes recolhidos nos "asilos" acima citados.

Na época da instalação do HCS, assim como desses primeiros anos da década de 30, a concepção predominante era a de grandes instituições manicomiais portadoras de um saber e uma técnica adequada ao atendimento aos doentes mentais.

Gradativamente, o número de leitos foi sendo aumentado para atender à demanda de internações. Em muitos períodos da história do Hospital, esbarra-se com o problema da superlotação.

O HCS foi-se adequando às propostas terapêuticas de cada momento da história da psiquiatria: desde a utilização de eletrochoques e insulinoterapias até a de psicofármacos e terapia ocupacional.

Em consequência das aplicações referentes a internações prescritas judicialmente e devido à suposta periculosidade desses internos, criou-se, em 1971, um manicômio subordinado ao Poder Judiciário, atualmente chamado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e que conta com 100 leitos para internos do sexo masculino.

Apesar de diversas transformações a nível estrutural-administrativo, o Hospital Colônia Santana não perdeu suas características de "instituição total".

"Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (Goffman, 1974, p.11).

Com uma população de pacientes crônicos e/ou asilares - que, para o HCS, são aqueles pacientes que tiveram o início da doença há mais de cinco anos, com permanência de cinquenta por cento deste tempo na instituição, sem vínculo e/ou mais de três anos sem contato ou com contato precário com familiares - estimada em sessenta por cento do total de internos, o HCS extrapolou sua função hospitalar e acabou concentrando características de instituição custodial.

Devido a longos períodos de internação em "instituições totais", o paciente assume a condição de doente e sua vida modifica-se em função desta condição. Assume o papel de membro de uma instituição fechada e adapta sua vida a ela, num processo de deterioração da identidade pessoal.

Diferente do que se possa supor, não há, pelos pátios e enfermarias do Hospital, cenas bizarras. De um modo geral, o que se presencia são cenas deprimentes de pessoas reduzidas a trapos humanos, apáticas, muitas vezes tão sedadas que seus movimentos corporais são comprometidos.

Mas, diariamente, chegam pacientes de todas as partes do Estado à procura de vagas na instituição que nem sempre

consegue atender à demanda. São pessoas, na sua grande maioria, de nível sócio-econômico baixo.

Segundo o Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HCS, em 1993, houve 911 internações e 2432 reinternações. O número de reinternações sempre excede o de internações.

Um dos fatores que contribui para esta situação, é a falta ou insuficiência de opções de tratamento extra-hospitalar em todo o Estado.

Segundo dados obtidos através do Serviço de Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde, há 48 ambulatórios que atendem pacientes com problemas psíquicos em Santa Catarina. Porém, nem todos são específicos de saúde mental.

Em hospitais gerais, há, somente, 261 leitos psiquiátricos, número este pouco significativo.

Na Grande Florianópolis, funciona o único CAPS do Estado, cujas atividades iniciaram-se em novembro de 1989. Conta com uma equipe multiprofissional composta por uma assistente social, uma artista plástica, seis enfermeiros, duas psicólogas, quatro psiquiatras e dois terapeutas ocupacionais. Esta equipe se subdivide em atendimentos nos diversos programas do CAPS, que são. Programa de Pacientes Dependentes de Álcool e Outras Drogas, de Pacientes Ansiosos, de Pacientes Deficientes Mentais e de Pacientes Psicóticos.

Enquanto não são criadas alternativas de tratamento em todos o Estado, acumulam-se encaminhamentos para o HCS. O Instituto São José e a Casa de Saúde de Rio Maina (Criciúma),

constituem-se nos outros hospitais psiquiátricos de Santa Catarina, porém são instituições privadas e têm poucos leitos conveniados.

A exemplo do que ocorre a nível nacional, também em nosso Estado tem-se discutido uma reforma psiquiátrica. Nos dias 09 e 10 de outubro de 1992, aconteceu, em Florianópolis, a II Conferência Nacional de Saúde Mental - Etapa Estadual - cujos objetivos eram:

- discutir, refletir, avaliar e deliberar sobre as políticas de saúde mental, encaminhar propostas quanto à política estadual e nacional de saúde mental;
- promover a discussão com a participação de todos os segmentos da população;
- elaborar diretrizes gerais para a continuidade do processo de reestruturação da atenção em saúde mental a nível municipal, estadual e nacional, no âmbito da reforma sanitária brasileira, nos níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação no plano jurídico-institucional;
- eleger delegados para a II Conferência Nacional de Saúde Mental, os quais defenderão as resoluções emanadas da etapa estadual e consolidadas em um documento oficial aprovado pela plenária final.

Decorrente desta Conferência, surgiu o Projeto de Lei nº 148/93 do deputado Idelvino Furlanetto (PT) que, como a de Paulo Delgado, anteriormente citado, dispõe sobre a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental.

O primeiro artigo deste Projeto, assinala que o Estado garantirá e implementará a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a inserção social plena de pessoas portadoras de sofrimento psíquico. O terceiro, proíbe a construção e ampliação de hospitais. O artigo seguinte permite a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, mas há uma ressalva: essas unidades não podem ultrapassar a 10% da capacidade do hospital.

Um artigo bastante importante é o que prevê, num prazo de cinco anos a partir da publicação, uma reavaliação da proposta, o que denota o caráter democrático do Projeto.

Por hora, além da luta pela reforma na assistência psiquiátrica, resta a busca de transformações a nível do ainda vigente.

No HCS, existem programas alternativos. Um deles é a pensão protegida onde residem dez pacientes asilares do sexo feminino. A pensão localiza-se numa casa pertencente ao HCS nas imediações deste, onde as pacientes administram suas vidas, mas recebem auxílio (comida, remédios, assistência médica, etc.) do Hospital, mantendo vínculo com a instituição. Semanalmente, há uma reunião na pensão, coordenada por uma enfermeira e uma assistente social, onde são discutidos assuntos referentes à dinâmica do local, num processo de acompanhamento das pacientes. Pretende-se instalar, futuramente mais pensões protegidas que irão beneficiar outros pacientes, numa busca por alternativas à hospitalização, por um atendimento de melhor qualidade.

A Unidade de Gestão Participativa se constitui em outra proposta que será analisada no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

POR UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA AO DOENTE MENTAL NO HCS: A EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE GESTÃO PARTICIPATIVA (UGP)

A partir da experiência de estágio junto à UGP, buscaremos fazer algumas análises voltadas a duas questões: participação e cidadania, categorias essas que estão na proposta da Unidade.

Os depoimentos que evidenciaremos foram obtidos através de entrevistas gravadas com a assistente social responsável pelo Projeto, e pacientes que estão desde o início no programa da UGP. Para a realização das entrevistas com as pacientes, adotamos um roteiro orientador para garantirmos a abordagem das questões pretendidas. A amostragem foi de 36,36% de um total de 22 pacientes que compõem a Unidade, ou seja, foram entrevistadas oito pacientes. Dessas entrevistas, retiramos os momentos mais significativos que nos possibilitaram analisar as categorias acima citadas.

As questões participação e cidadania estão muito interligadas e compõem uma das propostas de abordagem no reconhecimento do doente mental como sujeito do processo terapêutico,

como pessoa humana, como cidadão. Para melhor compreendê-las, esboçaremos, em linhas gerais, seu significado.

Por participação, entendemos as mais diversas formas de lutas, mobilizações, pressões, ou seja, a articulação de forças e estratégias que visam a conquistas em torno dos interesses dos envolvidos.

Segundo Demo (1988, p.18):

"Dizemos que participação é conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: indefinível, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autoprogramação e existe enquanto processual. Não existe participação suficiente nem acabada".

Já Sposati (1982, p.49) relaciona participação à visão de que o homem é sujeito de sua própria história, e que coloca-se em movimento, na busca por mudanças de seu interesse, isto é, não se mostra apático frente a situações que lhe são contrárias.

Para Demo (1988, p.19), a ausência de espaço de participação não é problema em si, mas é um ponto de partida pois, historicamente, primeiro encontramos a dominação, posteriormente, e se conquistada, a participação.

Quanto à questão da cidadania, pode-se afirmar que consiste numa qualidade social, onde direitos e deveres são reconhecidos e exercidos.

"O conceito de cidadania possui laivos conservadores históricos, desde a postura grega, que preservava como cidadãos somente um pequeno grupo de elite, a postura liberal, que admite como cidadãos os que possuem capital e poder, até a postura da cidadania consentida, tutelada pelo Estado e seus donos. Esta observação já é suficien-

te para caracterizar a importância da forma organizada, que significa entender a cidadania a partir dos interessados, dos desiguais, dos excluídos" (Demo, 1988, p.70).

Para o estado e/ou classe dominante não é interessante a conquista, bem como o exercício plena da cidadania, pois é mais conveniente para o poder que a população ignore a totalidade de seus direitos, de seu papel na sociedade.

Como enfatiza Covre (1991, p.10): *"Só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos do cidadão".*

Assim, cidadania não pode ser entendida como concessão, dádiva, benesse, mas como uma das muitas lutas que precisamos travar, cotidianamente, se quisermos ser sujeitos, e não meros espectadores, da nossa história, bem como, da história da sociedade.

Cidadania é, basicamente, segundo Buffa (1988, p.77), *"uma movimentação, organização, confronto, reivindicação e, conseqüentemente, expressão e prática de consciência do legítimo e do devido".*

Nesse capítulo, faremos uma breve apresentação da Unidade de Gestão Participativa, incluindo uma análise de como as categorias participação e cidadania emergem no processo.

2.1 Breves considerações sobre o a experiência da Unidade de Gestão Participativa

Com os surgimento de movimentos em prol de assistências psiquiátricas alternativas, hospitais psiquiátricos têm sido

alvo de críticas embasadas na constatação de violência e violação dos direitos dos que são submetidos a seus "tratamentos". O Hospital Colônia Santana não se configura em uma exceção, porém, alguns profissionais, engajados e dispostos a iniciar o processo de mudança do modelo vigente, têm buscado novos espaços onde os pacientes possam ter seus direitos reconhecidos e, conseqüentemente, tenham um cotidiano mais participativo, menos alienante.

Diferente do que se possa supor, nem todos os profissionais que atuam no HCS discordam da maneira como se estabelece o tratamento dos pacientes. Em alguns, observamos a falta de comprometimento com aqueles que deveriam ser a causa maior de seus trabalhos. Em outros, há um certo desconhecimento de linhas alternativas de enfrentamento da questão do sofrimento psíquico. Há, ainda, os que se mostram céticos diante de novas propostas.

A UGP constitui-se numa dessas propostas e surgiu a partir da organização de um grupo de técnicos do Hospital, sendo que, no início, eram idéias isoladas. Então, o Serviço Social sugeriu a implantação da Unidade e a proposta foi bem aceita pelos outros profissionais. Em conjunto, refletiu-se e amadureceu-se o projeto.

Segundo a assistente social que atua junto à Unidade:

"A UGP já existia como idéia numa pessoa, noutra, mas nunca houve uma organização disso. Uma vez sugerido, oficialmente, a direção tomou uma postura, acatou a proposta. A direção se mostra contrária a posicionamentos críticos a respeito da instituição, mas nunca foi contra projetos alternativos sugeridos pelas equipes. Então, deu apoio, gostou da idéia e convocou pessoas

interessadas nesse tipo de trabalho para começarem a se reunir e montar o projeto.

Assim, ficamos nos reunindo, discutindo como seria e como não seria a Unidade, quanto leitos teria, de que forma seriam tratadas as pessoas, que tipo de paciente seria elegível para o programa. A equipe que se reunia era multiprofissional, mas a direção nomeou um médico para coordenar desde a concepção do projeto, quer dizer, não cogitou a coordenação por parte de outros técnicos".

A partir desse relato, constata-se a centralização do poder na figura do médico como detentor do saber e do fazer. Essa situação é comum em instituições hospitalares, psiquiátricas ou não.

A UGF foi idealizada a partir da necessidade sentida por alguns técnicos do HCS de oferecer um espaço de vivência intra-hospitalar que garantisse maiores condições de participação das internas no processo terapêutico, espaço físico humanizado e menos massificado e, principalmente, que oferecesse possibilidade de resgate da cidadania. Além de servir como uma experiência-ensaio, um estágio intermediário entre a hospitalização dentro dos moldes tradicionais da instituição e a futura transferência para outras pensões protegidas que serão implantadas. Para tanto, é necessário que seja oferecido um espaço onde as internas se habituem a ter autonomia, a participar do cotidiano em que estão inseridas, prática esta pouco comum em se tratando de instituições como o HCS.

O trabalho na UGF ocorre a nível interdisciplinar. A equipe é composta por:

- uma psicóloga,
- uma terapeuta ocupacional;
- uma enfermeira;
- uma psiquiatra;

- uma assistente social; e
- sete agentes de atividades de saúde, conhecidas como atendentes.

As atendentes nem sempre trabalham segundo os objetivos da Unidade, como comenta a assistente social:

"Uma falha que vejo na atual equipe da UGP é que as atendentes não participaram desde o começo das discussões do programa e, no momento em que a Unidade começou a funcionar, houve uma certa escolha. Escolheram-se atendentes que teriam, a priori, identificação com este tipo de trabalho, algumas atendentes que tinham participado do programa da pensão protegida e teriam experiência nesse tipo de abordagem, assim como as que demonstraram interesse. Com o decorrer do programa, percebemos que as atendentes não eram trabalhadas suficientemente para participar daquela Unidade. Vimos que houve interesse porque a UGP tinha 30 pacientes, enquanto as enfermarias têm, no mínimo, 60 pacientes, e que existia a expectativa que a unidade seria maravilhosa, que só pacientes ótimas estariam lá, ou seja, seria uma Unidade boa de se trabalhar".

As atendentes são as profissionais que permanecem por mais tempo junto às pacientes, já que cumprem, atualmente, plantões de doze horas. Estão em constante contato com as internas.

Nem sempre a relação atendente-paciente dá-se de maneira a proporcionar à interna autonomia, respeito, constituindo-se, então, num obstáculo à proposta de trabalho da UGP. Paralelamente, essa postura é até compreensível se levarmos em conta a ansiedade que o trabalho com as pacientes acarreta; o despreparo técnico; a desinformação quanto à questão da doença mental e suas implicações.

Porém, não se pode utilizar esses impasses como justificativa para o problema sério em que se constitui, muitas

vezes, o trabalho das atendentes. É necessário que se identifique as causas desses obstáculos e que eles sejam superados, pois a equipe deve trabalhar integrada, com objetivos e atitudes comuns. Caso contrário, o processo torna-se ainda mais difícil. As reuniões de equipe têm servido como espaço de discussões desta questão.

Ao longo das reflexões sobre o programa, foram identificadas como pacientes elegíveis para participarem da Unidade: as asilares em condições de autodeterminação, as subagudas e agudas compensadas e com alta hospitalar difícil. Como alguns outros critérios, estipulou-se não serem pacientes de primeira internação, apresentarem quadro psiquiátrico pouco produtivo e não terem risco evidente de fuga.

Em 02 de junho de 1993, inaugurou-se o programa. O espaço físico ocupado foi o da terceira enfermaria feminina que teve seu funcionamento transferido para outro local, anteriormente desativado. Assim que a Unidade foi implantada, começaram a surgir alguns entraves, como relata a assistente social do Programa:

"Apesar de terem ocorrido reuniões onde se discutia muito o projeto, houve surpresas. A equipe julgava que existiriam muitas pacientes no hospital com interesse de participar de uma Unidade assim, mas não foi essa resposta que obtivemos na prática.

Existem os preconceitos da instituição, os equívocos das pessoas e como aqui já existe a pensão protegida e é composta por paciente asilares, então começaram a achar que a UGP seria um lugar assim, só para pessoas que não têm família, não têm para onde ir. Mas esse não era o problema.

Num primeiro momento, houve pacientes que tiveram receio de ir para a Unidade em função dessa questão. Mas nós temos pacientes asilares, muitas que teriam plenas condições de estar na UGP e não foram, não demonstraram interesse, não foram estimuladas para isso por razões de

desintegração das equipes, por falta de estimulação de pacientes, etc.

A Unidade foi lotada, a princípio, com pacientes que eram da enfermaria anterior que funcionava no mesmo espaço, tendo algumas pacientes que não seriam para o programa e seriam transferidas para outras enfermarias assim que houvesse encaminhamentos para ocupar aquela vaga. Essas pacientes foram permanecendo por falta desses encaminhamentos.

Percebemos que as equipes das demais enfermarias não têm um trabalho terapêutico visando superação de estágios e ressocialização, a ponto de estarem trabalhando suas pacientes para sair de um lugar aonde estão completamente alienadas para outros onde teriam um nível de participação bem maior.

É essas pacientes que, a princípio, poderiam ir sem problema algum para a UGP, são pacientes importantes na dinâmica da enfermaria a que pertencem: alimentam outras pacientes, ajudam muito em tarefas de limpeza, enfim, são essencialmente úteis e as equipes têm resistência em transferir, porque desta forma, perderiam uma mão-de-obra muito boa dentro da enfermaria.

Começamos a sentir um certo movimento contra no sentido do não encaminhamento de pacientes, inclusive com evidências de influência direta na opinião das mesmas sobre o assunto por parte de alguns segmentos na instituição" (assistente social).

Esse "movimento contra" demonstra que, no HCS, não há um projeto coletivo visando ao bem-estar do paciente, a oferecer-lhe possibilidades de superar sua condição de "eterno" tutelado. Há funcionários que se encontram num estágio avançado de "cronificação" e se limitam a reproduzir, cotidianamente, a ordem institucional vigente.

Em consequência desse "movimento contra" o processo da UGP teve início contando com algumas pacientes que não seriam elegíveis para o programa - em decorrência da história da doença ou por não se adequarem aos critérios estipulados, os quais mencionamos previamente - e que aguardavam a transferência para outras enfermarias. Como essas transferências não foram se concretizando, as pacientes foram permanecendo na Unidade e,

além de não se beneficiarem com o processo, de certa forma, contribuíram para seu retardamento.

A partir do momento que a Unidade foi instalada, as pacientes passaram a utilizar roupas particulares, num primeiro passo em direção à restituição de suas identidades pessoais. No Hospital, os pacientes utilizam uniformes que têm as iniciais da enfermaria a que pertencem, há uma padronização, e muitos procuram se diferenciar incorporando ao "visual" retalhos, fitas, cordões.

Com a utilização de roupas particulares, as integrantes da UGP passaram a ter a possibilidade de manifestar suas preferências quanto ao modo de se vestirem. Porém, ficou instituído que só usariam esse tipo de roupa, aquelas que se encarregassem da lavagem de suas próprias vestes, salvo as que, por impossibilidade física, não pudessem fazê-lo.

As discussões de todos os assuntos que envolviam o processo passaram a ser efetuadas em dois grupos semanais - as assembléias. Todavia, devido à diversidade e a quantidade de assuntos, às vezes, as reuniões se tornavam confusas e cansativas.

Em agosto de 1993, teve início um processo de supervisão para os funcionários do Hospital, e que fôra proposto por alguns técnicos, com a psicóloga Yamara Pinheiro. Através dessas supervisões, a equipe da UGP passou a perceber a necessidade da criação de novos grupos, a fim de possibilitar uma melhor estruturação e organização da equipe e da dinâmica da Unidade.

Então, estabeleceu-se funcionamento semanal dos seguintes grupos:

- Grupo de Sentimento - tem por objetivo a concretização de um espaço onde as pacientes possam verbalizar seus sentimentos (angústias, tristezas, etc.) e para que sejam discutidos e trabalhados desentendimentos, brigas, enfim, tudo que se refere ao relacionamento interpessoal.
- Assembléia - objetiva a discussão dos assuntos referentes à execução e distribuição de tarefas relativas à limpeza da Unidade, pois foi estabelecido que as pacientes se encarregariam desse tipo de manutenção da Unidade. Para tanto, são compostas escalas de trabalho onde as pacientes se revezam. Outro assunto discutido diz respeito às atividades praticadas junto ao setor de terapia ocupacional e à horta, atividades essas que são constantemente estimuladas e acompanhadas. Durante as assembléias, discute-se desde o cumprimento das tarefas e atividades até a qualidade do que foi realizado. As pacientes socializam seus "feitos" junto à Unidade e às demais atividades pelas quais optaram.
- Grupo de Saída - espaço onde são discutidos assuntos referentes à alta hospitalar, a licenças para se ausentar do Hospital, passeios fora e no jardim da instituição, participação em atividades de lazer oferecidas pelo HCS (churrascadas, bailes, piqueniques).

A partir de reflexões neste grupo, foi instituído o passe livre que consiste na oportunidade de permanência no jardim do Hospital, localizado na frente deste, onde há bastante movimento e, por isso, é atrativo às pacientes que têm, assim, oportunidade de conversar com diversas pessoas, de am-

pliar seu "universo". O passe livre é discutido levando-se em conta a participação nos grupos e o cumprimento das normas, atividades e tarefas, configurando-se num estímulo à execução das mesmas. Esse passe tem horário predeterminado: das 15 às 16:00 horas.

Para que houvesse uma maior integração da equipe e para que todos os seus componentes estivessem sempre a par das decisões acatadas, estipulou-se que toda a equipe participaria dos grupos, mas cada grupo teria um profissional de referência na coordenação. Assim, a assistente social coordena o Grupo de Saúde, a psicóloga, o de Sentimento, e a enfermeira coordena as Assembléias.

Nenhum assunto pode ser tratado e/ou decidido fora da dinâmica dos grupos, só se for de caráter emergencial, evitando-se, assim, equívocos, manipulação de informações, e preservando-se a importância das discussões socializadas.

A psiquiatra da Unidade desenvolve, com as pacientes, atividades de trabalhos expressivos em argila e pintura (desenho realizado em papel). As pacientes são divididas em pequenos grupos e seus trabalhos são acompanhados e "interpretados", num processo de terapêutica baseado na teoria de Jung.

Recentemente, as pacientes que integram a UGP passaram a habitar uma casa que pertence ao Hospital e, anteriormente, era ocupada por freiras que trabalhavam junto à instituição. O local é bastante amplo e as pacientes têm a possibilidade de permanecer num espaço mais aconchegante, que permite maiores opções e um pouco mais de liberdade. Porém, continuam vincula-

das à instituição e a algumas de suas regras. Por isso, sua autonomia ainda é bastante limitada, por exemplo, não têm "transito livre" no Hospital nem fora dele.

Atualmente, a Unidade conta com vinte e duas pacientes, apesar de ter capacidade de trinta leitos, que formam um grupo heterogêneo, como mostram os quadros 01 e 02.

Quadro 01 - Faixa Etária

Faixa Etária	Nº de Pacientes	Porcentagem
20 - 29	03	13,63
30 - 39	02	9,09
40 - 49	10	45,45
50 - 59	03	13,63
60 - 70	04	18,18
TOTAL	22	100%

Como podemos observar, a maioria das pacientes pertence a uma faixa etária que compreende 40 a 70 anos. Muitas têm a vida asilar como característica fundamental.

Quadro 02 - Procedência

Procedência	Nº de Pacientes	Porcentagem
Grande Florianópolis	09	40,90
Interior de Santa Catarina	12	54,54
Outros Estados	01	4,54
TOTAL	22	100%

Os dados do quadro 02 vêm enfatizar a afirmação, que fizemos no capítulo anterior, de que o hospital atende a uma demanda de todo o Estado.

Apesar da heterogeneidade em termos de faixa etária e procedência, as pacientes têm histórias de vida semelhantes, marcadas por longas e recorrentes internações no Hospital, o que acarreta numa perda substancial do vínculo com familiares e de contato com a sociedade mais ampla. Suas vidas foram se transformando em vidas institucionalizadas, limitadas a um espaço onde suas potencialidades não foram aproveitadas e sua parte "sã" foi desprezada: foram reduzidas à "doença". Geralmente, não foram compreendidas como seres humanos, mas como seres inferiores, incapazes, problemáticos e diferentes demais para poderem conviver com os outros membros da sociedade.

Com a admissão no Hospital, receberam o rótulo de "esquizofrênicas", "oligofrênicas", "psicóticas" e suas falas e atos passaram a ser interpretados como automáticos, desconexos. Perderam suas identidades e não lhes restou outra possibilidade senão a de incorporar o papel de doente mental. A "adaptação" e a identificação com a instituição são conseqüentes dos longos períodos de internação.

De um modo geral, as pacientes estão habituadas a receber tudo "pronto", num paternalismo e assistencialismo exacerbados, o que acaba eliminando qualquer possibilidade de deliberação e autonomia.

2.2 Participação e cidadania na Unidade de Gestão Participativa: limites e perspectivas

A Unidade de Gestão Participativa (UGP) não se constitui em uma proposta messiânica, revolucionária. Mas, se levarmos em conta a história do atendimento que o Hospital Colônia Santana tem oferecido, ao longo dos seus cinquenta e poucos anos de existência, aos seus pacientes, a UGP é uma grande conquista. A instalação da Unidade representa um passo significativo em direção a transformações substanciais na assistência aos doentes mentais, tão aneladas no discursos de diversos profissionais da área de saúde mental, porém nem sempre efetivadas a nível do concreto.

As pacientes que integram a UGP (assim como os demais internos do HCS) não estão habituadas a participar da dinâmica institucional, a opinar sobre as práticas cotidianas a que são submetidas, enfim, a ter "voz e vez". Por isso, o processo participativo na Unidade tem que ser estimulado pela equipe, tem um certo caráter de indução. Com isso queremos dizer que as propostas elaboradas pela equipe em relação à questão da participação das pacientes na Unidade não foge à tendência de articular e impulsionar o processo participativo de forma vertical, partindo de "cima".

Entretanto, o fato de as ações da gestão participativa se enquadrarem dentro do que chamamos de participação estimulada, induzida, no contexto a que nos referimos, não possui caráter pejorativo nem reduz o valor e a importância do trabalho desenvolvido pela equipe. Certamente, se configura num recurso utilizado para que as pacientes se familiarizem com práticas

democráticas e compreendam a sua importância dentro do grupo a qual pertencem.

Apesar de serem estimuladas a opinar, a participar - processo que ocorre, principalmente, através dos grupos anteriormente mencionados -, algumas pacientes pouco se manifestam. Esse fato pode ser compreendido se observarmos que:

"(...) sua couraça de apatia, de desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído"
(Basaglia, 1985, p.120).

Algumas pacientes não acreditam que tenham algum papel na transformação de sua realidade. Questionada se teria sugestões para que a UGP fosse melhorada, uma paciente assim se colocou:

"Eu não sou dona, 'tô' em tratamento, eu vou melhorar a UGP de que jeito? Eu sou doente, 'tô' em tratamento, sou eu que vou melhorar o Hospital?".

Esse relato vem enfatizar a noção que a instituição passa, e que foi incorporada pela paciente, de que ela é doente e, por isso, "sujeito passivo" do tratamento. Além de ser incapaz de produzir alguma mudança porque seus atos passam a ser limitados a sua condição de "doente em tratamento".

A questão que se faz presente na UGP, e se configura num desafio, é o rompimento com a "neurose institucional", descrita por Barton e citada por Delgado (1990, p.191):

"(...) enfermidade que se caracterizaria por apatia, ausência de iniciativa e de interesse relativo às coisas e acontecimentos pessoais, exceto os imediatos, submissão, indiferença diante de medidas desagradáveis e injustas que lhe afetam diretamente, ausência de interesse pelo futuro, incapacidade de formular projetos pessoais, mesmo os mais simples etc. Acrescenta-se a uma característica resignação diante dos fatos e das coisas, aceitas como inelutáveis e eternas, a deterioração dos hábitos pessoais, desde higiene até regras elementares de convivência".

O processo de rompimento com essa "neurose institucional" já foi iniciado e a realização sistemática dos grupos, anteriormente mencionados, constitui-se numa constante educação para participação, identificação enquanto grupo, educação para conquista de autonomia, etc. As pacientes são constantemente estimuladas a opinarem, suas falas e atitudes são valorizadas, assim como as atividades e trabalhos que realizam. Porém, algumas pacientes continuam a assumir o papel passivo que sempre lhes foi imposto pela instituição:

"Eu gosto de ir aos grupos prá ouvir elas (as integrantes da equipe) falarem".

"Eu vou aos grupos só prá escutar".

Outras, não os percebem como importantes:

"Eu vou aos grupos, mas não precisava ter os grupos. Tanto faz fazer como não fazer: é a mesma coisa".

Em apenas um depoimento, surgiu a noção dos grupos enquanto espaço socializador, terapêutico:

"Eu gosto dos grupos. Eles servem prá gente conversar, melhorar, não adianta só remédio não".

As pacientes não estavam habituadas a se colocarem perante as colegas e, muitas vezes, durante os grupos, surgem

questões que as expõem a críticas, o que acarreta em uma certa resistência em continuar participando:

"Eu não gosto de ir aos grupos. Um dia eu fui e começaram a dizer que eu não faço nada aqui dentro, que não ajudo na limpeza. Eu não vou mais, a gente só se incomoda nesses grupos".

Procuramos saber das pacientes, se elas percebiam alguma diferença entre a Unidade de Gestão Participativa e as demais enfermarias do Hospital, já que todas as pacientes entrevistadas tinham estado internadas em outras enfermarias antes de integrarem a UGP. Obtivemos como respostas:

"Não tem diferença, é tudo igual".

"Não tem diferença nenhuma, não mudou nada".

"Acho que não tem diferença".

Interpretamos essas respostas como referentes ao fato da Unidade estar vinculada ao Hospital e às suas regras, afinal, as pacientes permanecem internadas. O processo de mudanças é lento, os avanços alcançados estão mais ligados a aspectos qualitativos e nem sempre são apreendidos pelas pacientes. Vale salientar que vários fatores contribuem para essa dificuldade em identificar mudanças, entre eles pode-se citar as implicações que a patologia acarreta, a história de institucionalização e as conseqüências das condições de pobreza sócio-político-econômica de que provêm as pacientes. Porém, há as que perceberam diferenças quanto ao relacionamento interpessoal:

"Aqui é melhor do que nas outras enfermarias, é mais calmo, a gente se dá melhor".

"Aqui é bem melhor, não tem 'brigaiada', é mais sossegado".

"Eu me sinto melhor aqui do que nas outras enfermarias. Lá eu ficava mais doente e brigava com todo mundo".

Gradativamente, a Unidade de Gestão Participava tem proporcionado um ambiente mais adequado ao enfrentamento da doença mental, além do reconhecimento dos atributos mínimos de cidadania das pacientes (direitos humanos, direito de participação, etc.).

É nesse contexto que o Serviço Social, como integrante de uma equipe interdisciplinar, tem direcionado sua prática na tentativa de criar mecanismos de transformação concreta da vida das pacientes, valorizando-as como pessoa humana, reforçando atitudes e comportamentos que não reflitam os aspectos da doença, abrindo possibilidades de inserção participativa na dinâmica da Unidade, buscando restabelecer e/ou reforçar os vínculos familiares, além de contribuir nas discussões de casos e, assim, na apreensão da totalidade da situação de cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência psiquiátrica tem sido, historicamente, relacionada à internação, tendo o hospital psiquiátrico como figura central de intervenção. O resultado desse processo tem compreendido a deterioração da identidade da pessoa portadora de problemas psíquicos e a imposição de um cotidiano institucionalizado, altamente repressivo e violento, que a afasta do convívio em sociedade.

Contudo, processos de transformação dessa realidade vêm se consolidando, numa mobilização coletiva que envolve, principalmente, trabalhadores em saúde mental, mas que conta com uma participação crescente por parte de pacientes, ex-pacientes e familiares. Buscam-se reformas na política de atendimento psiquiátrico, bem como romper com a estigmatização e resgatar a cidadania do doente mental.

A questão da saúde mental, no contexto da constituição mais geral da cidadania na sociedade brasileira, é um processo muito mais difícil, mais cheio de obstáculos do que para o

conjunto da população que tem maiores possibilidades de se organizar, de criar formas de luta. Mesmo que se considere que o avanço da cidadania dos doentes mentais ocorre, na medida em que os segmentos mais excluídos da sociedade conquistam avanços quanto à questão, é fundamental uma luta específica contra toda forma de opressão, violência, exclusão do doente mental.

Entendemos que o resgate efetivo e amplo da cidadania de doentes mentais vai além dos muros do hospital psiquiátrico. Porém, enquanto essas instituições continuarem existindo, é preciso que o processo de transformação da realidade do paciente psiquiátrico parta, também, do interior desses locais.

A partir de nossa experiência de estágio junto à Unidade de Gestão Participativa pudemos constatar que a mesma se constitui num início importante de um processo de mudanças, que poderá ser ampliado, no que se refere ao atendimento do doente mental dentro do Hospital Colônia Santana.

Um dos grandes desafios do Serviço Social na área de saúde mental é a busca, em conjunto com a população usuária dos serviços e com a comunidade em geral, de propostas concretas referentes a transformações na abordagem ao doente mental, que apesar de alguns avanços, tem muito a ser modificada, pois a cultura manicomial ainda está bastante presente em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Domingos Savio. Transformação na assistência psiquiátrica no Brasil. In: Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Relume-Dumará, 1992.
- BASAGLIA, Franco (Org.). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1968.
- BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática - conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.133-169.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto-Lei nº3657/89. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. De autoria do Deputado Paulo Delgado.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº224, de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília: 30 jan. 1992. Seção 1.
- BUFFA, Ester, ARROYO, Miguel, NOSELLA, Paolo. Educação e cidadania: quem educa o cidadão? São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1988.
- CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COVRE, Maria de Lourdes Manzini. O que é cidadania. São Paulo: Brasiliense.

- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos 'cronificados'). In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.171-202.
- DEMO, Pedro. Política social e participação. São Paulo: Cortez, 1988.
- DIMENSTEIN, Gilberto. Brasil gasta Cr\$ 2,5 tri como manicômios. Folha de São Paulo. São Paulo, 23 nov. 1992. Cotidiano, p.6.
- FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- MACHADO, Roberto, LOUREIRO, A., LUZ, R. et alii. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.15-75.
- SANTA CATARINA. Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Projeto-Lei nº148/93. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico e dá outras providências. De autoria do Deputado Idelvino Furlanetto. Diário Oficial [do Estado de Santa Catarina]. Florianópolis: 18 maio 1993.
- SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.76-102.
- SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n.9, 1982.