

MARIA LÚCIA DA SILVA BUENO

**A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DOS ATORES SOCIAIS
ENVOLVIDOS COM O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA:
UM ESTUDO DO MUNICÍPIO
DE JOINVILLE-SC**

Florianópolis

2006

MARIA LÚCIA DA SILVA BUENO

**A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DOS ATORES SOCIAIS
ENVOLVIDOS COM O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA:
UM ESTUDO DO MUNICÍPIO
DE JOINVILLE-SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre Saúde Pública – área de concentração – Ciências Humanas e Política Pública.

ORIENTADORA – Dra. Sandra Caponi

Florianópolis

2006

ii

MARIA LÚCIA DA SILVA BUENO

**A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DOS ATORES SOCIAIS
ENVOLVIDOS COM O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA:
UM ESTUDO DO MUNICÍPIO
DE JOINVILLE-SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre Saúde
Pública – área de concentração – Ciências Humanas e Política Pública.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Sandra Caponi
Pós-Graduação em Saúde Pública – UFSC
Presidente

Professor Dr. Jonas Salomão Sprícigo
Departamento de Enfermagem – UFSC

Professor Dr. Paulo Amarante
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Professora Dra. Sonia Pereira
Departamento de Saúde Pública – UFSC
Suplente

Florianópolis

2006

iii

BUENO, Maria Lúcia da Silva.

A construção do discurso dos atores sociais envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica: um estudo do município de Joinville-SC

Maria Lúcia da Silva Bueno; orientação Prof^a Dra. Sandra Caponi. Florianópolis, 2006.

134 f.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Saúde Pública. 2. Ciências Humanas. 3. Políticas Públicas.

DEDICATÓRIA

Aos Portadores de Sofrimento Mental, para quem a vida é um sufoco constante e a loucura incógnita e indecifrável.

Sufoco da Vida¹

Estou vivendo no mundo do hospital, tomando remédios de psiquiatria mental.
Estou vivendo no mundo do hospital, tomando remédios de psiquiatria mental.

Haldol, diazepam, roipinol e prometazina, Meu médico não sabe como me tornar um cara normal.....

Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado....
Socorro sou um cara normal asfixiado.....

Minha mãe, meu irmão, minha tia, minha tia...
Me encheram de drogas de levomepromazina...

Aí, aí que sufoco da vida, sufoco louco to cansado de tanto
levomepromazina....

Aí, aí que sufoco da vida, sufoco louco to cansado de tanto
levomepromazina....

(Hamilton, Mauricio e Alexandre M.)

¹ Conjunto Musical Harmonia Enlouquece do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro – 2001.

AGRADECIMENTOS

Aos atores sociais participantes desta pesquisa, os quais contribuíram imensamente, partilhando suas opiniões e vivências.

Aos amigos e colegas do CAD/CAPS de Joinville, pela compreensão das idas e vindas e pelo incentivo. E coordenadora Sandra Lúcia Vitorino, sempre tão prestativa e defensora da Saúde Mental, em seu nome, registro meus agradecimentos a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

Aos professores do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, por apontarem os caminhos da reflexão e da defesa do direito inalienável a Saúde. Em especial ao professor Dr. Marco da Ros, pela incansável defesa do Sistema Único de Saúde.

Aos amigos do mestrado, Andréa, Ana Lima, Arlene, Doroti, Helen, Helena, Hondina, Luciane, Luiz Marcos, Magali e Paulo, pois de tudo sempre ficará um pouco e em mim ficou muito de vocês.

A Dra. Sandra Caponi, minha orientadora, fui presenteada com sua sabedoria e com as trocas recíprocas neste processo de orientação. Meus sinceros agradecimentos pela atenção, compreensão e amizade.

Aos Drs. Sonia Pereira, Jonas Spricigo Salomão, e Paulo Amarante pela participação na banca de defesa e atenção dispensada.

Aos amigos Beatriz e Heider pela paciente colaboração em revisar e corrigir.

As queridas amigas:

Michelly, com quem sempre é possível sorrir nas horas mais difíceis.

Rosiléa, com quem sempre é possível chorar nas horas mais inéditas.

Aos *amores* da minha vida:

Clovis, amado e querido esposo, amigo para todos os momentos da vida.

Damaris, que em sua sensibilidade feminina vislumbra o outro com afeto.

Priscila, para quem a Vida é sempre uma festa.

Juliano, filho estimado do coração.

Luiza, querida mãe, simplicidade e sabedoria são suas marcas indeléveis.

Minha querida família, sempre esperançosos de um mundo melhor, acreditamos que viver é um dom inefável e nossa mãe é prova disto.

RESUMO

O *tratamento da loucura* dispensado ao portador de sofrimento mental no Brasil tem um passado sombrio e segregador. O modelo asilar voltado ao tratamento moral cunhou uma face desumana de superlotação, abandono, maus tratos e terapêutica questionável. A Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento de Luta Antimanicomial sinalizam que é possível romper com o modelo asilar, e garantir o protagonismo do sujeito que sofre. Estabelecendo, assim, um novo modelo de atenção psicossocial, primando pelo serviço substitutivo à internação psiquiátrica e outros dispositivos sociais. Esta pesquisa teve como objetivo analisar como se articulam os discursos dos atores sociais sobre o processo de reforma psiquiátrica no município de Joinville – SC, buscando investigar e inquirir o papel da psiquiatria e do diagnóstico psiquiátrico e verificar se o saber/poder da psiquiatria diluído entre as outras áreas técnicas, paira hegemônico ou apresenta sinais de mudança. Utilizamos como caminhos metodológicos a pesquisa qualitativa, sendo a entrevista aberta e a observação, os instrumentos principais. Foram realizadas, no total, 10 entrevistas com os atores sociais envolvidos, sendo 07 profissionais e 03 usuários dos serviços substitutivos. Os dados foram analisados a partir da análise de discurso. O aporte teórico aponta que a Reforma Psiquiátrica é uma realidade possível e seu enfrentamento faz parte dos grandes desafios da saúde pública, pois perpassa diretamente a defesa dos direitos à vida, e postura ética dos atores envolvidos em ressignificar o lugar social da *loucura*. Constatamos que há efetivação desta proposta em Joinville, mas os discursos e práticas dos atores sociais envolvidos, principalmente dos técnicos, necessitam ser elucidados, compreendidos e desvelados, pois na práxis cotidiana se constrói o saber/poder. Os discursos utilizados por alguns atores sociais, tendem a ser mais posicionados politicamente, defendendo a Reforma Psiquiátrica em suas dimensões: teórica-conceitual, jurídica-política, assistencial-administrativa e social-cultural. Entretanto, outros discursos tendem a ser mais conservadores, sinalizando que este processo é relevante e entendido mais como reforma do modelo assistencial e administrativo com implantação de novas técnicas. Ora os discursos se complementam, ora divergem, mas este processo em construção vêm possibilitando reflexões e embates epistemológicos e, sinalizando críticas às suas próprias bases científicas, particularmente à hegemonia do saber/poder da psiquiatria.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Atores Sociais, Discursos.

ABSTRACT

The *treatment* of the *madness* granted to the person with mental suffering in Brazil has a shady and segregator past. The psychiatric model directed to the moral treatment marked a without humanity face of super capacity, abandonment, ill-treatment and questionable treatment. The Psychiatric Reformation in Brazil and the Movement of Antimanicomial Clash signals that it is possible to breach with the psychiatric model, and to guarantee the protagonism of the subject who suffers. Establishing, thus, a new model of psicossocial attention, in stand of guarantee other social devices and to substitute the psychiatric internment service. This research have as objective analyze as the speeches of the social actors associate about the process of psychiatric reform in the city of Joinville - SC, searching to investigate and to inquire the paper of psychiatry and the diagnosis and to verify if know/power of the psychiatry diluted between the other areas techniques, remain hegemonic or presents change signals. We used as methodological ways the qualitative research, being the open interview and the comment as main instruments. They had been carrying out, in the total, 10 interviews with the involved social actors, being 07 professionals and 03 users of the services substitutes. The data had analyzed from the speech analysis. The theoretical base to shows that the Psychiatric Reformation is a possible reality and its confrontation is part of the great challenges of the public health well has the same value of the defense of the rights to the life, and ethical position of the involved actors to give a new meaning to the social place of *madness*. We evidence that this proposal come been developed in Joinville, but the speeches and practical of the involved social actors, mainly the technician, need to be elucidated, to be understood and disclosed, well in the daily practice if constructs know/power. The analyzed speeches point some social actors tend to be more politically, defending the Psychiatric Reformation in its dimensions: theoretician-conceptual, legal-politics, assistance-administrative and social-cultural. However, some speeches tend to be more conservatives, signaling that this process is important and understood more as reform of the assistance and administrative model with establishment of new techniques. Sometimes the speeches if complement, sometimes they disagree, but this process in construction is making possible reflections and holds epistemological and signaling critical to its proper scientific bases, particularly, the hegemony of psychiatry's know/power.

Key Words: Psychiatric Reformation, Mental Health, Social Actors, Speeches.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA DE PESQUISA.....	14
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	16
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO: SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE-SC.....	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
3.1. AS PROPOSTAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	24
3.2. CRÍTICAS A PSIQUIATRIA E AO MODELO ASILAR INSTITUÍDO.....	31
3.3. PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL.....	47
3.4. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	51
4. PERGUNTA DE PESQUISA.....	59
4.1. OBJETIVOS	59
4.1.1 Objetivo Geral	59
4.1.2 Objetivos Específicos	59
4.2 HIPÓTESE	59
5. OS CAMINHOS METODOLÓGICOS	60
6. RESULTADOS DA PESQUISA APRESENTADOS ARTIGOS	69
6.1 DISCURSOS POSSÍVEIS: FRAGMENTOS DO PENSAR E DO AGIR DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS COM O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE – SC.....	69
6.2. A LOUCURA E O PODER PSIQUIÁTRICO.....	94
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	121
ANEXOS.....	125
ANEXO A – ORGANOGAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE	126
ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOBRE DISTÚRBIOS MENTAIS.....	127
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC.....	128
APÊNDICES.....	129
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS.....	130
APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL.....	131
APÊNDICE C: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS.....	132
APÊNDICE D: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIOS.....	134

INTRODUÇÃO

O *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica no Brasil sinaliza que é possível romper com o modelo asilar, hospitalocêntrico e que os novos serviços substitutivos à internação psiquiátrica se efetivam como rede de atenção psicossocial voltada a totalidade do ser acometido em sua existência/sofrimento.

Convém destacar que nossa trajetória na Saúde Pública aconteceu quando iniciamos o estágio curricular de intervenção na graduação², primando pelo direito à Saúde e defendendo os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O aproximar da área da Saúde Mental aconteceu em 2001, quando concursada pela Prefeitura Municipal de Joinville, iniciamos no processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), conhecido como Centro de Atenção Diária *Nossa Casa* (CAD).

Tomando conhecimento da trajetória da assistência oferecida aos portadores de sofrimento mental com suas marcas de segregação, de seqüestro da cidadania, do estigma pernicioso e da violência sofrida, como forma de repúdio ao que descobria sobre o modelo asilar, aprofundamos nossos conhecimentos sobre a movimento de luta antimanicomial e o *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Exercitando internamente nossos próprios conceitos e preconceitos sobre a *loucura*, procuramos respeitar o usuário como sujeito, sua cidadania, sua voz, seu jeito, seus limites, seus desejos, seus direitos; enfim, sua história.

Mas o lidar com a loucura e com os diagnósticos foram momentos de estranhamentos, de incertezas, pois ao checar o Código Internacional de Doença (Cid 10) havia tantas possibilidades e conformações diagnósticas que as dúvidas permaneciam.

Na prática, no processo de implantação do CAD, havia constantes questionamentos e embates com o objetivo de fazer de forma diferente ao modelo asilar, mas percebemos a insistência do velho código da moralidade. Como então definir a *loucura* e seu diagnóstico? As posturas profissionais variadas, matizadas, complexas, se mesclavam, em meio ao misto de posições. Aprendemos, assim, a dar os primeiros passos neste tipo de atendimento e a tomar posição em defesa dos usuários.

² Estágio curricular do Curso de Serviço Social da Universidade Regional de Blumenau – FURB, quando da implantação do Serviço Social no Ambulatório Universitário da FURB.

Parecia não haver consenso, excessos de expectativas, repetições e reproduções do controle institucional. Quando os usuários sentiam-se um pouco mais livres, não tão amarrados às regras, posicionando-se e questionando, os discursos dos profissionais pareciam desconsiderar a suas falas, exercendo controle clássico, com ênfase no tratamento, nos sintomas.

Para todas as ações desenvolvidas foram feitos protocolos. Então, para nós, a grande sacada foi o: *como fazer?* Como realizar a práxis cotidiana e por quê não sabíamos? Não que esperássemos cardápio pronto, regras rígidas a cumprir. Mas os questionamentos eram por demais, como os responder? Confusos e inconformados com a prática buscamos apreender qual o discurso que os atores sociais têm da Reforma Psiquiátrica, e se ele interfere na ação prática do profissional.

Tecemos e situamos a contextualização da Saúde Mental do município de Joinville-SC, destacando sua organização, administração, conquistas e pontuando as dificuldades no processo.

O embasamento teórico foi fundamentado com as leituras críticas de Amarante, Basaglia, Foucault, Rotelli, Saraceno, Szasz, entre outros, buscando apreender as bases científicas do saber/poder psiquiátrico.

Durante o processo de pesquisa fomos percebendo que a base científica hegemônica é a psiquiatria, a qual influencia a práxis dos demais profissionais.

Nosso objetivo foi analisar como se articulam os discursos dos atores sociais sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no município de Joinville, buscando investigar e inquirir o papel da psiquiatria e do diagnóstico psiquiátrico e verificar se o saber/poder da psiquiatria diluído entre as outras áreas técnicas para hegemônico ou apresenta sinais de mudança.

Para isso, precisávamos buscar se a compreensão que os profissionais têm da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial amplia a postura ética deste profissional ou a falta desta compreensão legítima a reprodução do modelo asilar, em outros espaços de atendimentos, posto em questionamentos.

Utilizamos como caminhos metodológicos a pesquisa qualitativa, como estudo de caso, tendo a entrevista aberta e a observação os instrumentos principais. Analisamos os dados a partir da análise de discurso.

Apresentaremos os resultados desta pesquisa em dois artigos que foram submetidos à avaliação da banca e posteriormente a revistas da área.

No primeiro artigo situamos o discurso existente entre os atores sociais envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica, buscando as relações existentes entre eles.

No segundo artigo buscamos investigar e inquirir o papel do diagnóstico, da psiquiatria, e da terapêutica destacando como são assimilados e compreendidos na atuação profissional e na vivência do usuário.

Esperamos assim, que a contribuição desta pesquisa situe críticas e aponte caminhos para reflexão do saber/poder em atenção psicossocial.

1. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA DE PESQUISA

O processo em construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com seus novos dispositivos de assistência e serviços substitutivos, pressupõe outra postura ética e política, pois rompe com o modelo asilar, manicomial e busca garantir que o *louco* possa ser compreendido e atendido como um sujeito, cuja cidadania não é mais tutelada e regulada.

As conquistas da área de Saúde Mental em Joinville, fazem parte do processo nacional de Reforma Psiquiátrica e do movimento de Luta Antimanicomial, mas podemos questionar se não repetiremos os erros do passado da psiquiatria, se a dita humanização, com resgate da cidadania, não vem ao encontro do saber/poder legitimado pela psiquiatria e pelo poder de mercado. Podemos perceber que a práxis dos atores sociais envolvidos tem norteado terapêuticas diferenciadas, participação na gestão pública, no controle social conforme a realidade de cada município, mas que, também, tem sido legitimadora de retrocessos, de meras reproduções asilares, apesar do discurso de humanização, de garantia de direitos.

Entendemos que a superação do modelo asilar se concretizará na práxis e que na práxis os conceitos ganham dimensões que refletem a profundidade das mesmas. Entretanto, compreendemos que o processo de produção teórica, visto ser histórico, não está dado, mas vem sendo construído no cotidiano das equipes dos serviços substitutivos, na rede de atenção básica, no cotidiano dos usuários e seus familiares, nas associações sociais, nas conferências de Saúde, entre outros.

O usuário têm muito a contribuir com este processo de construção histórica, mas o direito de ser ouvido e viver como um sujeito de direito, para um cidadão que tem sofrimento mental vem sendo uma árdua conquista.

Este novo campo do saber/poder não está delimitado/apreendido pelo poder técnico, sendo assim, cabe perguntar: como realizamos nossa práxis?

Os usuários dos serviços de atenção psicossocial tem percebido as particularidades, o discurso e a práxis dos profissionais com a implantação dos serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica?

Será que a nova proposta se sustentará? Será que os CAPSs darão conta de possibilitar a assistência psicossocial sem reproduzir o modelo biomédico centrado na psiquiatria, na medicalização, no poder e controle das equipes de saúde? Será que os novos espaços de atenção psicossocial não se tornaram em mini-manicômios?

Como sinaliza Amarante (2003c) é necessário cuidar com alguns desvios graves que a Reforma Psiquiátrica está sujeita, visto: sua descaracterização, enquanto *processo social complexo*, reduzindo-a à simples reformulação técnico-assistencial, ou a *capsização* do modelo assistencial, reduzindo o espaço de atenção psicossocial à mera reprodução das técnicas asilares.

Considerando que o município de Joinville tem o reconhecimento político, do desenvolvimento e implantação de ações voltadas à Saúde Mental, o que por si só é um dado muito interessante, mas falta desvelar e aprofundar qual o discurso que circula/possuem os trabalhadores nesse processo.

Aproximando-nos deste emaranhado de conceitos e interpretações sobre a loucura, nos inquietamos com essa história, que aos poucos vem sendo desconstruída e buscamos, assim, desvelar e desmistificar as incompreensões no vivenciar o cuidado do portador de sofrimento mental. Com estas inquietações, propomos analisar o discurso dos usuários e dos profissionais, enfim dos atores sociais, pois permitirá conhecer/desvelar os discursos e as práticas efetivas que articulam o processo social complexo de Reforma Psiquiátrica em Joinville-SC.

E assim, buscamos investigar e inquirir o papel do diagnóstico, da psiquiatria, e da terapêutica destacando como são assimilados e compreendidos na atuação profissional e na vivência do usuário.

Esperamos que este estudo venha a contribuir para desvendar o discurso dos atores sociais sobre *o processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica e situar críticas que apontem caminhos para reflexão do saber/poder, seus discursos e práticas em construção na área de atenção psicossocial.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Processo Social Complexo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, traz em seu bojo elementos históricos e conceituais que lhe fundamentam o saber e a prática e se efetivam com os novos modelos de atenção à saúde, serviços substitutivos à internação asilar e hospitalocêntrica; somado à possibilidade de empoderamento do usuário³, com o resgate da cidadania plena, não mais tutelada.

No Brasil, de 1930 a 1950, o modelo hospitalar era centrado em características asilares e recebia influência da Liga Brasileira de Higiene Mental com seus princípios explicitamente eugênicos, xenofóbicos, anti-liberais e racistas. Com as descobertas dos choques insulínicos e cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, era intensa a expectativa de cura da doença mental. Entretanto, as condições de tratamento eram horríveis, as concentrações excessivas de internos dentro dos hospícios e as péssimas condições de assistência.

Em 1950, havia superlotação nos hospitais, considerados verdadeiros depósitos humanos, como cita Amarante (2003) “Hospital Colônia Juquery – 15 mil internos; Colônia de Alienados Jacarepaguá – 8 mil internos; Colônia de Alienados de Barbacena e Hospital São Pedro em Porto Alegre – 3 mil internos” (p. 36).

Em Santa Catarina, a discussão e construção de asilos foi um processo lento. A Santa Casa de Misericórdia de Azambuja, de Brusque, foi organizada em 1902 e a Colônia Santana, de Florianópolis, em 1941. Dados demonstram que na década de 1950 já havia superlotação na Colônia Santana, com vagas para 500 internos, mas abrigava 800 internos⁴ e na década de 1970 havia vagas para 1.000 internos, mas abrigava 2.300 internos com precárias condições de atendimento, em todos os aspectos.

Na década de 1960, o governo unificando os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) optou pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado, deixando de investir na rede pública. Aquele período, foi marcado pelo mercado promissor em aumento dos números

³ Entendemos e defendemos o termo usuário, quando nos referirmos a pessoa com sofrimento mental, por ser escolha deles em conferência e por julgarmos que o termo paciente é pejorativo, descaracterizando a luta pela cidadania e igualdade. Sendo está uma terminologia utilizada no SUS, pois entende-se que a prestação de serviços acontece a cidadãos que são usuários do sistema, mais que clientes ou meros pacientes. Porém, a maioria das publicações utilizadas refere-se ao termo *paciente*.

⁴ Ver o artigo de Ana Cláudia Delfini, **A imigração italiana e saúde mental: Mais um (louco) para Brusque?** Professora da Universidade do Vale de Itajaí – UNIVALI- SC. E o livro de Mário Teixeira, *Hospício e Poder*, Senado Federal, Brasília, 1993.

de leitos hospitalares para internação psiquiátrica. “No final da década de 1970, a Previdência Social chegou a destinar 97% do total dos recursos da assistência psiquiátrica, somente para o pagamento das internações na rede hospitalar conveniada e contratada” (AMARANTE, 2003a, p. 38), conhecida na época como indústria da loucura.

A crise do sistema de saúde se instaura. Os profissionais descontentes com a forma de tratamento e salários se organizam, fazem greve, vão às ruas, somam forças a outros movimentos, que culmina em 1987 com a organização social do Movimento da Luta Antimanicomial.

Então, com este movimento pudemos acompanhar as primeiras experiências de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, os quais foram denominados de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)⁵ de Santos, Campinas, São Paulo, mas que posteriormente convenciou-se pela Portaria GM 336/2002 chamar-se de Centro de Atenção Psicossocial CAPS⁶. Outros dispositivos como: moradias, centros de convivência, cooperativas demarcam os avanços e as possibilidades de execução da proposta de desinstitucionalização, fechamento de hospitais e o estabelecimento de nova rede de suporte para atenção psicossocial.

Em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), determinando que o governo federal assume, como política pública, a defesa dos direitos dos portadores de sofrimento mental, não se comprometendo totalmente com o fechamento dos manicômios, mas propondo-se a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Os serviços substitutivos são implementados com os recursos financeiros das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e o reordenamento institucional é implantado nos estados da federação.

Conforme dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, atualmente, estão implantados por todo o país 540 CAPS⁷ (CAPS I, II, III; CAPS ad (álcool e drogas); CAPS i (infantil), os quais são regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para organização desses serviços e

⁵ Ver as críticas apontadas por AMARANTE, FREIRE e UGA, Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. Archivos 2, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

⁶ Por CAPS, entenda-se que é um serviço substitutivo à internação psiquiátrica, dispositivo de cuidado intensivo que promove o resgate da cidadania e da inclusão social, sendo um lugar de referência e tratamento para pessoas acometidas por sofrimento mental, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade persistente justifique sua permanência. Tendo como papel político ser o articulador dos recursos da comunidade, políticas públicas e a intersetorialidade entre instituições e programas visando à construção e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Conforme portaria do GM/MS nº 336/2002, CAPS I e II pode prestar atendimento diurno em 2 turnos, respeitando o número de habitantes. O CAPS III tem atendimento 24 horas, sendo recomendado a municípios que possuem mais de 200.000 habitantes.

⁷ Site de Ministério da Saúde acessado em agosto de 2004. http://saude.gov.br/s_mental.htm

também atualizou a Portaria MS/SAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 que permitiu oficialmente a implantação de CAPS em todo o país.

Outros dispositivos implantados são as *residências terapêuticas*⁸, centros de convivência e incentivos terapêuticos como o Programa De Volta para Casa que serve como suporte aos usuários de longa permanência hospitalar. Outras portarias são baixadas para regularizar e normatizar o modelo de assistência sob outra lógica.

Em Santa Catarina, dispomos de 30⁹ CAPS I e II, sendo apenas dois CAPS I (infantil em Itajaí e Blumenau), três CAPS ad (álcool e drogas em Joinville e Blumenau) e duas residências terapêuticas, sob a tutela do Instituto de Psiquiatria (IPQ) e Colônia Santana.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO: SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE-SC

Joinville é a maior cidade em população do estado, com 477.971 habitantes conforme o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2000). A cidade está situada entre a serra e o mar, sendo um dos principais centros turísticos da região sul do Brasil, conhecida como a capital da Dança, Cidade das Flores e pólo industrial.

Realizamos esta pesquisa no município de Joinville, por entendermos sua importância na implementação da política de Saúde Mental do estado de Santa Catarina, por possuir gestão Plena de Saúde do Sistema Municipal e por ser sede de módulo da macrorregião do Nordeste, conforme Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2002) e denominada de 23ª Gerência Regional de Saúde do Estado (GERSA)¹⁰, responsável por prestar atendimento em média e alta complexidade.

Ressaltamos que o Serviço de Saúde Mental em Joinville¹¹, vem sendo implementado como política pública desde 1985, quando o departamento de saúde ainda estava vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Comunitário. A Secretaria Municipal de Saúde tem uma história recente, pois foi organizada em 1987, quando houve o desmembramento da Secretaria de Desenvolvimento.

⁸ Residência Terapêutica é um termo utilizado pelo Ministério da Saúde, mas é pejorativo, pois acaba fazendo o controle institucional e moral até da necessidade de habitar, de morar. Precisamos, também, desconstruir este jeito de pensar que não garante a autonomia e o direito à moradia ao sujeito que padece de sofrimento mental.

⁹ Site de Ministério da Saúde acessado em agosto de 2004. http://saude.gov.br/s_mental.htm

¹⁰ Conforme a gestão do governo estadual muda-se a quantidade e a nomenclatura das coordenadorias regionais, atualmente são 30 gerências regionais distribuídas por todo o Estado.

¹¹ Informações obtidas em conversa informal com Sandra Lúcia Vitorino e Ana Lúcia Cardoso, trabalhadoras da área de Saúde Mental desde 1985.

Naquela época, a única referência de tratamento em Joinville e região, era a clínica particular - Nossa Senhora da Saúde, fundada em 1962, pelo Dr. Osmar Schroeder, a qual possuía inicialmente 30 leitos. Posteriormente, com novo espaço, a Clínica foi transformada em hospital. Destaca o proprietário¹², que eram 40 funcionários para 80 leitos e o trabalho desenvolvido por equipe multidisciplinar. Havia alguns leitos particulares e a maioria conveniada do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), através de realização de convênios. O fechamento do hospital aconteceu em setembro de 1986, visto as dificuldades financeiras existentes, excesso de demanda e o não cumprimento das adequações exigidas pelo INAMPS.

Segundo o Dr. Schroeder, o fechamento do hospital não trouxe impacto social, manifestação popular ou de política de apoio. As famílias, anteriormente acostumadas com a internação em municípios de maior porte como Curitiba e Florianópolis, continuaram seus caminhos de *via cruzes* em busca da internação hospitalar (ROQUE & BENVENUTTI, 2002, p. 134).

O município, em 1987, organiza a Secretaria Municipal de Saúde, que continua investindo na organização do serviço de saúde mental¹³, contando, à partir de 1988, com equipe de saúde mental formada por psiquiatras e psicólogos – infantil e adulto, em três ambulatórios de referência.

Na gestão de 1989 a 1992, os projetos avançam com a ampliação e contratação de outros profissionais tais como assistente social e terapeuta ocupacional, mantendo o modelo descentralizado, ou seja, atendimento realizado pela equipe nos ambulatórios de referência.

O ambulatório especializado em saúde mental, conhecido como Centro de Atenção Psicossocial¹⁴ - CAPS - foi implantado nos anos de 1993 a 1996 – mas, por falta de compreensão do seu papel, readaptou-se em atendimento ambulatorial, com o retorno ao modelo centralizado de assistência à saúde mental, e a retirada, por decisão do gestor, das três equipes dos ambulatórios de referência.

O serviço oferecia atendimento ambulatorial com consultas para grupos específicos de psicóticos, bipolares e depressivos leves e moderados; atendimento em

¹² Ver a monografia do Curso de Especialização em Saúde Mental, onde as autoras fazem o resgate histórico da Saúde Mental do Município. ROQUE, Cleusa M. E & BENVENUTTI, Kátia P. O Percurso da Saúde Mental em Joinville – SC: Um olhar do Serviço Social – Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.

¹³ Projeto elaborado pela psicóloga Ana Lúcia Cardoso, mas acompanhado e implantado por outra equipe.

¹⁴ Respeitando a Portaria MS/SAS nº. 224 de 29 de janeiro de 1992 que criava os CAPS com atendimento diurno em um ou dois turnos de 04 horas, com atendimento prestado por equipe multiprofissional.

dependência química e oficinas terapêuticas. As agendas estavam sempre lotadas, a demanda reprimida foi um argumento forte para a busca de outras alternativas.

Convém salientar que alguns usuários eram atendidos, intensivamente, nas oficinas terapêuticas e uma associação de usuários e profissionais foi organizada – REPART (Associação de Recuperação para o Trabalho), com vistas a recuperação para o trabalho. Na época, observava-se que os usuários atendidos na modalidade de oficinas quase não agudizavam e sendo o recurso da internação pouco utilizado por eles.

Neste ínterim, houve intensa discussão e embates políticos para viabilizar a organização de uma unidade de atendimento psiquiátrico dentro de um hospital geral. Em maio de 1997, houve inauguração da Unidade de Psiquiatria dentro do Hospital Geral Regional Hans Dieter Schmidt, disponibilizando 28 leitos psiquiátricos sob gerenciamento do estado, respeitando a legislação que preconiza o atendimento e internação psiquiátrica em Hospital Geral, porém, os demais hospitais do município resistem ao cumprimento da Lei.

A rede de atenção psicossocial vem sendo construída lentamente, mas esbarra na falta de compreensão dos gestores e técnicos sobre a necessidade de implementação de outros dispositivos assistenciais como Moradias, Centros de Convivência, CAPS III, CAPS i (infantil), Pronto Socorro - Emergência, sinalizando que outros embates e enfrentamentos necessitam ser superados. Percebemos que o principal foco de discussão vem sendo o número insuficiente de leitos psiquiátricos e utilização de leitos em hospitais psiquiátricos de outros municípios.

A gestão política de 1999 avançou significativamente, havendo novamente a descentralização da equipe de saúde mental¹⁵ e a implantação do Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS), modelo porta aberta. As emergências continuam sendo atendidas no Pronto Socorro do referido Hospital Regional, onde fica a Unidade de Internação Psiquiátrica.

Devido à demanda existente de depressão leve e transtornos somatoformes, foi implementado nos Postos de Saúde o Projeto Cata-Vento¹⁶ o qual vem sendo remodelado para garantir o acesso à saúde mental na atenção básica. Assim, foi instituído o protocolo de

¹⁵ A nomenclatura utilizada de *regionais de saúde* tem o mesmo significado de distrito de saúde, considerando-se a posição geográfica e o número de habitantes por distrito sanitário. Cada sede de Regional de Saúde dispõe de uma equipe de Saúde Mental, (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional) a qual faz supervisão matricial a demais unidades de PSF e Postos de Saúde, trabalhando assim, a saúde mental em toda a rede de atenção básica..

¹⁶ O projeto Cata-Vento, foi organizado pelo psiquiatra Marcio Lomann, que procurava de maneira preventiva, viabilizar o acesso aos usuários com transtornos de ansiedade e depressão leve. Atualmente passa por reformulações. Projeto Cata-Vento, Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, 1998.

medicação psicotrópica básica, que não constava na cesta de medicação do SUS (fluoxetina, haldol, biperideno, clorpromazina, carbamazepina, diazepam, entre outros).

Entre avanços e retrocessos, em setembro de 1999, o Serviço de Saúde Mental passa a ser um programa, sendo subordinado ao Serviço de Referências e Especialidades, perdendo sua coordenação¹⁷. Este marco de retrocesso dificulta as negociações, sinaliza a falta de planejamento, projeto e metas, enfim, o desenho político e bandeira de lutas para a saúde mental do município de Joinville.

Em julho de 2000, o Gestor Municipal do SUS para cumprir uma portaria do Ministério da Saúde (Portaria 145 de 25 de agosto de 1994), determina, através de resolução à Comissão de Avaliação e Controle dos Transtornos Mentais (Portaria 10/2000), discussão sistemática das ações em saúde mental no município, organizando o I Fórum em Saúde Mental e a I Conferência de Saúde Mental, em 2001.

Na gestão (2001), com o processo de avaliação do Programa de Saúde Mental, a referida comissão teve como prioridade a organização de um Serviço Substitutivo a internação hospitalar, conforme preconiza a Lei Federal 10.216/2001 e posterior Portaria GM 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Participou da elaboração do projeto, acompanhou a implantação do Centro de Atenção Diária *Nossa Casa* e o Hospital Dia, (CAD/HD) com implantação da Unidade de Tratamento em Dependência Química.

Neste processo, também, estava em execução um projeto piloto de cuidados intensivos a um usuário, cuja história mobilizou toda a equipe¹⁸, onde receios, medos e preconceitos foram vencidos, comprovando assim, a capacidade dos profissionais e a necessidade urgente de implantação de um serviço substitutivo a internação psiquiátrica, um CAPS, que atuasse em sua essência terapêutica e política.

O Centro de Atenção Diária¹⁹ (CAD), - pode ser enquadrado como um CAPS II - inaugurado em 20 de dezembro de 2001, teve como proposta inicial ser um Hospital Dia, mas

¹⁷ Ver organograma atual da Secretaria Municipal de Saúde no anexo A.

¹⁸ Este *projeto* piloto reforçou a necessidade de ter um serviço substitutivo e intensivo. Sugerimos que outros pesquisadores invistam no trabalho de pesquisa, neste momento específico de implementação da rede de atenção psicossocial em Joinville, ou seja, a implantação do CAD, pois julgo ter uma história de superação e conquista ímpar.

¹⁹ Anteriormente implantou-se um CAPS que acabou sendo um ambulatório. Compreenda-se que a nomenclatura utilizada de Centro de Atenção Diária *Nossa Casa*, (CAD) se dá com objetivo de implantar o atendimento em atenção psicossocial intensiva, buscando, portanto, ser um serviço substitutivo a internação com atendimento diurnamente de segunda a sexta-feira, das 7:00 as 18:00 hs. Apesar do número de habitantes existentes no município (500 mil/hab), o que conforme a portaria GM N° 336 de 19 de fevereiro de 2002, comportaria um CAPS III, que atende 24 hs; em Joinville tem-se um CAPS II que atende somente diurnamente, em dois turnos, o que dificulta alcançar o objetivo principal que é evitar internação. Tendo o atendimento em todo o município como um único território.

não havia estrutura física e equipamentos necessários, por isso, priorizou-se o atendimento aos portadores de sofrimentos mentais graves e crônicos, egressos de internação psiquiátrica, depressivos graves, com atendimento intensivo e semi-intensivo, sendo a referência em atenção psicossocial para acompanhamento intensivo/diurno.

Este momento significativo trouxe, em seu bojo, um processo intenso de mudanças, reflexões e conquistas, mas por outro lado aponta o quanto a rede de atenção psicossocial precisa ser ampliada e discutida.

A Associação de Profissionais e Usuários – REPART, passa em 2002, a vivenciar seu próprio caminho, mais independente e em outro espaço, com a significativa participação dos familiares e técnicos voluntários. Atualmente, agrega 50 usuários envolvidos nas oficinas de geração de renda, contando com o apoio de alguns profissionais voluntários e o apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, para a sua manutenção.

A Unidade de Atenção à Dependência Química (UADQ), em 2002, passa a ter sede própria, constituindo-se um CAPS ad (alcool e drogas), antes da determinação do Ministério da Saúde, o que sinaliza que os trabalhadores envolvidos conhecem a realidade da prestação de serviços nesta área e vislumbram caminhos diferenciados para a ação.

Atualmente, em 2004, o Centro de Atenção Diária passa por crise de identidade e embates teóricos, mas tem primado pelos direitos dos usuários e prestado assistência, com qualidade, ao portador de sofrimento mental. Atende em média 80 usuários/dia, em oficinas e grupos diversos, realiza busca ativa, atendimento domiciliar, e investe em acompanhante terapêutico, mas necessita assumir seu papel político frente à organização e planejamento da rede de atenção psicossocial.

Destacamos o organização dos Serviços Organizados de Inclusão Social, SOIS²⁰ – que visa a inclusão das minorias sociais diversas e implementações de suas ações em 2005, contando com a participação de 30 usuários. É considerado um braço do CAD para a inclusão social pelos caminhos do trabalho e renda.

Estas conquistas, mais recentes, pontuam um marco histórico para os trabalhadores da rede de atenção psicossocial, para os usuários e para os familiares, pois contribui efetivamente no acompanhamento sistemático, intensivo e semi-intensivo, tendo como eixo central de suas ações evitar as internações psiquiátricas e promover a Atenção Psicossocial.

²⁰ Organizado pela psicóloga Ana Lúcia Cardoso, pelas terapeutas ocupacionais Marlise Bittencourt e Ana Lúcia Urbanski, sob a coordenação de Sandra Lúcia Vitorino. Implantado em 2004 com a parceria do Núcleo de Apoio Integral aos Portadores de Necessidades Especiais - NAIFE. Atualmente o SOIS busca outros parceiros.

Neste processo, de encontros e desencontros, em construção, a assistência em atenção psicossocial de Joinville é reconhecida como inovadora e progressista no estado de Santa Catarina. A abertura da proposta de descentralização das equipes vem ao encontro dos princípios básicos do SUS e tem facilitado a compreensão e a aceitação da proposta de atenção psicossocial na Atenção Básica, além de garantir o trabalho multidisciplinar com a contratação, via concurso, de terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, farmacêutico, técnicos de enfermagem, entre outros.

Enquanto, alguns municípios ainda discutem uma proposta de Saúde Mental, em Joinville, procurou-se investir em equipes ampliadas, descentralizou-se o atendimento, mantendo a porta aberta para o acolhimento e encaminhamento da demanda para o CAD, as regionais de saúde e a atenção básica.

Verificamos, entretanto, que falta conquistar dispositivos necessários e urgentes como a implantação de outros CAPS (III, infantil), as Moradias, os Centros de Convivência, o Pronto Socorro de Emergência dentro do CAPS III, equipe de resgate em momento de crise e investir culturalmente para resignificar a loucura na sociedade, que rotula, culpabiliza e segrega os que padecem de sofrimento mental.

O processo de conquistas não pode estagnar, a rede de suporte para garantir os preceitos fundamentais da Reforma Psiquiátrica, e da Atenção Psicossocial, se impõe incontestemente. É preciso estruturar a rede de suporte, de modo que a internação psiquiátrica não seja o recurso principal e os dispositivos assistenciais e sociais sejam priorizados e garantidos pelo poder público e pela defesa de profissionais atentos e comprometidos com os princípios básicos do *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica: inclusão, cidadania e solidariedade.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 AS PROPOSTAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Resgatar a história do tratamento do *louco*, da pessoa acometida por sofrimento mental no Brasil, nos leva a recorrer ao seu passado inóspito, sombrio e segregador. Relatos de tratamento e terapias utilizados e legitimados pela psiquiatria, revelam o lado macabro do saber/poder ao lidar com pessoas tidas como alienadas, sem razão, sem voz, sem história, sem cidadania. Simples espécime para estudos, categorização, diagnóstico, asilados para *o seu próprio bem* em verdadeiros campos de concentração, visto o terror do sofrimento imposto, das mortes sem investigação, verdadeiras carnificinas sob o olhar atento da psiquiatria dominante e hegemônica, com o aval do estado.

A psiquiatria vem sendo questionada ao longo do tempo e são várias as experiências e tentativas de reforma psiquiátrica, que diferenciam em conceitos, práticas e abordagens, as quais não temos a pretensão de analisar profundamente, mas pontuá-las e contextualizar a reforma atual proposta no Brasil.

Para Castel (1978) quando Pinel²¹ libertou os loucos fez a denominada primeira reforma para humanização do tratamento da loucura, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma.

Segundo Tenório (2002), Pinel utilizava praticamente o mesmo discurso utilizado, ainda, atualmente e que a partir disso, estabelece com sua prática um lugar para a loucura, o hospício, lugar reservado ao estudo das categorias classificatórias das aparências da loucura, local socialmente construído de exclusão, de estigma, apesar das boas intenções de proteção e cuidado.

Amarante (2000), referendando a obra pineliana, ressalta que desde o primeiro momento houve louvores e críticas e que assim se instituiu a primeira reforma hospitalar.

A obra de Pinel - estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e

²¹ Pinel, Phillippe. Considerado, atualmente, *o pai da psiquiatria*, por ter sido o responsável pela organização do hospital psiquiátrico moderno (como instituição médica) e do primeiro livro de psiquiatria dos tempos atuais (categorias, classificações das doenças mentais como especialidade médica).

prática médica. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (p. 26).

Abordaremos as tentativas de reformas e mudanças internacionais surgidas na psiquiatria, buscando pontuar os aspectos importantes, mas não como momentos estanques ou lineares, pois o desenrolar da história se deu em variados contextos e momentos críticos como observaremos.

Segundo Amarante (2003b), a história das reformas psiquiátricas aponta para uma periodização que traz a seguinte ordenação:

a) A *Psicoterapia institucional* e as *Comunidades Terapêuticas*, representando as reformas restritas ao âmbito asilar;

b) A *Psiquiatria de Setor* e *Psiquiatria Preventiva*, ambas representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar;

c) A *Antipsiquiatria* e *Psiquiatria Democrática Italiana* (as experiências de Franco Basaglia e colaboradores), como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados .

Esta explanação²² descreve sobre estas tentativas de reformas (Amarante, 2003b), porém destacando a experiência italiana, por ter sido a que mais influenciou e influencia a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A *Comunidade Terapêutica* (CT) recebe esta denominação em 1946, por T. H. Main, para nomear o trabalho desenvolvido no Hospital Monthfield em Birmingham, Inglaterra. Seus principais representantes são Maxwell Jones o mais proeminente de todos, inspirado nos outros psiquiatras como Hermann Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman.

O objetivo da Comunidade Terapêutica era transformar o espaço hospitalar, chamando a atenção da sociedade para a “degradante condição dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos, cuja situação de abandono, maus-tratos, miséria e desassistência eram muito próximas àquelas dos prisioneiros nos campos de concentração” (AMARANTE, 2003b, p. 27). Com a experiência da guerra, a sociedade inglesa não aceitava o desrespeito aos

²² .Nesta obra o autor faz um resgate da produção teórica e histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil. **Loucos pela Vida**: a trajetória de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Paulo Amarante (organizador), FIOCRUZ, 2000.

direitos humanos, por isso repudiava e reprimia toda espécie de violência, buscando romper com a situação social e econômica precária e recuperando a mão-de-obra, entre as quais estavam os pacientes psiquiátricos, “além de uma necessidade técnica, ou de uma melhor assistência a essas populações. Estava em jogo, uma necessidade social e econômica caracterizada pelo resgate de uma força desperdiçada dentro dos hospitais psiquiátricos” (AMARANTE, 2003b, p. 27).

Neste contexto, era necessário confrontar os pacientes com seus problemas, auxiliando-os e preparando-os para o retorno ao convívio social; utilizar o tempo ocioso com trabalhos manuais e outros, permitindo a participação dos internos em assembleias, reuniões diárias e comissões. Mas, essas ações estavam restritas ao interior do hospital, pois buscava o resgate do papel histórico do hospital como o lugar de tratar e curar *os pacientes*. Questiona-se assim, somente a prática psiquiátrica e não o *lugar* onde eram desenvolvidas as práticas, nem o conceito de doença mental e a relação desta com a sociedade.

Já a *Psicoterapia Institucional*, que surgiu na França, por volta de 1952, buscava na reestruturação dos hospitais, uma modificação na forma de como eram tratados os internos, ou seja, a psiquiatria deveria reestruturar suas práticas de modo que os pacientes se beneficiassem com o tratamento e a cura.

Outrossim, essa inovadora proposta utilizada passou a ser reconhecida com os trabalhos de François Tosquelles, o qual acreditava que com o hospital reformado, eficiente e dedicado a terapêutica, a cura da doença mental poderia ser alcançada e o doente devolvido à sociedade.

No cenário precário da II Guerra Mundial, Tosquelles, refugiado na França, resistindo ao nazismo, propôs mudanças no Hospital Saint-Alban, procurando resgatar o papel terapêutico do hospital, como um lugar de tratamento e cura, pois o mesmo havia se afastado do caminho, “em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração, e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade primeira, tornando-se lugar de violência e repressão” (AMARANTE, 2003b, p. 34). Utilizava-se de duas abordagens: a terapêutica ativa de Herman Simon e a psicanálise francesa de Jacques Lacan.

Tosquelles propôs espaços de participação e construção coletiva, representados pelos *clubes terapêuticos*, “os quais tinham como base o pressuposto de que era indispensável à criação de lugares concretos e estruturados nos quais os pacientes pudessem participar” (p. 35), sendo autônomo e gerenciado pelos internos e técnicos. Entendia que todos os integrantes

do hospital possuíam função terapêutica no processo de tratamento. Porém a atuação permanecia restrita ao espaço hospitalar, voltada propriamente ao espaço institucional, apesar das inovações e atividades de lazer como um meio de tratamento.

A *Psiquiatria de Setor*, também surgiu na França por volta de 1945 e foi considerada complementar à psicoterapia institucional. Seus precursores, entre eles, Lucien Bonnafé, afirmavam que a psiquiatria não poderia desenvolver sua prática de modo eficaz dentro de uma estrutura como o hospital psiquiátrico, mas deveria buscar *outros lugares*, o meio social.

Para eles, o hospital teria outro papel no tratamento, seria uma de suas fases, “pensou-se então em levar a psiquiatria à população em geral, nos locais habituais de convivência. O tratamento se daria no próprio meio social de origem dos pacientes” (p. 35). As cidades passaram a ser divididas por áreas geográficas, ou seja, setores, e para cada setor uma equipe técnica, a qual seria responsável pela população correspondente (a,b,c,d, etc), vinculadas a cada setor hospitalar. Acreditava-se que o tratamento no próprio meio social seria mais eficaz, por isso, procurava-se manter uma representação do meio social dentro do hospital psiquiátrico, “buscando não só o tratamento da doença mental, mas sua prevenção e acompanhamento pós-cura” (p. 45).

A *Psiquiatria Comunitária ou Preventiva*, surgiu nos Estados Unidos com Gerald Caplan, na década de 1960. Seu aspecto inovador refere-se à possibilidade de intervenção sobre as causas e a evolução das doenças mentais. Acreditava-se que seria possível não apenas tratar as doenças, mas evitá-las e formar uma comunidade mentalmente sadia.

Essas propostas de mudança se fortalecem a partir do censo realizado em 1955, pois constatou-se que “existia cerca de meio milhão de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos naquele período”, (AMARANTE, 2003b, p. 45), e que o tratamento não era de boa qualidade e os resultados indesejáveis, apontando a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente.

Por isso, o presidente J.F. Kennedy enviou ao Congresso Nacional mensagem, enfatizando a importância do trabalho comunitário e preventivo no campo da assistência psiquiátrica. Então o Congresso lançou o projeto de lei que determinava a criação de Centros de Saúde Mental Comunitária para cada 50 mil habitantes, para cumprir o Plano Nacional de Saúde Mental nos EUA, tendo como principal objetivo reduzir os gastos com a internação psiquiátrica.

O modelo assistencial psiquiátrico preventivista, teve aspectos inovadores que foram muito importantes. Porém, um fator determinante na aprovação e implantação do Plano Nacional de Saúde Mental nos EUA foi o alto custo da assistência psiquiátrica, em razão de sua natureza quase exclusivamente hospitalar. Acreditava-se que os custos com a internação hospitalar poderiam ser reduzidos com medidas de prevenção das doenças ou com o tratamento precoce na comunidade (p. 46).

Amarante (2003), ressalta que a psiquiatria comunitária substituiu seu objeto de intervenção, ou seja, a doença mental e passou a utilizar e focalizar sua intervenção na saúde mental, passando a utilizar conceitos como prevenção, promoção, diagnóstico precoce, reabilitação e reintegração social. Assim, inaugurou-se uma nova abordagem, “ampliou-se a faixa de atuação da psiquiatria, que antes era preocupada somente com a doença mental e em curar os doentes, ou, quando muito, com o que se denominava de profilaxia. Agora pretendia levar a saúde mental para toda a comunidade” (p. 46). Discutiremos mais profundamente este tema no item 3.3 Psiquiatria e Saúde Mental.

Amarante (2003b), relata que Caplan em seu livro: *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, na década de 1960, propôs três objetivos principais para a psiquiatria preventiva: “diminuir a incidência dos distúrbios mentais em uma comunidade, reduzir sua duração quando fosse possível evitá-los e, por último, evitar ou minimizar o dano” (p. 45).

Para reconhecer qualquer possibilidade de distúrbio, antes mesmo do seu aparecimento, foram utilizadas estratégias com a população, pois “entendia-se que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas ou, ao menos, detectadas precocemente” (p. 47) e assim, era necessário conhecer a população, entrar nas casas e guetos, para conhecer os hábitos e identificar vícios e mapear aqueles que por suas vidas *desregradas* pudessem ser suspeitos. O instrumento utilizado foi o questionário e a triagem, os quais passaram a ser preenchidos pela própria comunidade, e quando identificados casos suspeitos deveriam encaminhar aos psiquiatras para tratamento.

Destaca-se que os centros de saúde mental comunitária teriam outras inovações, além da prevenção e promoção da saúde mental, como: a atuação de equipes multidisciplinares integradas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, com adoção da intersetorialidade, ou seja, articulação e integração de outros setores da comunidade.

Posteriormente, Caplan, influenciado pelos conceitos da saúde pública, adaptou o modelo da História Natural da Doença de Leavell e Clark (1976), para a explicação da doença mental, ou seja, que para surgir uma doença deve existir um agente patogênico associado a

um hospedeiro em um meio ambiente com determinadas características, por isso a “prevenção seria possível à medida que interviesse em algum dos aspectos envolvidos nessa equação. Ou se eliminaria o agente causador, ou se modificaria o hospedeiro, ou então se manipularia o meio ambiente, de modo a não provocar mais doença em foco” (AMARANTE, 2003b, p. 49).

As inovações da Psiquiatria Preventiva foram caracterizadas, conforme descritas por Birman e Costa (1994) citadas por Amarante (2003b): “um novo objeto: *a saúde mental*; um novo objetivo: *a prevenção da doença mental*; um novo sujeito de tratamento: *a coletividade*; um novo agente profissional: *as equipes comunitárias*; um novo espaço de tratamento: *a comunidade* e uma nova concepção de personalidade: *a unidade biopsicossocial*” (p. 52).

O conjunto de serviços oferecidos pela reforma preventivista se contrapôs ao processo de alienação e exclusão social dos indivíduos, oferecendo alternativas à hospitalização e limitou a faixa de atuação exclusiva da psiquiatria, pois a terapêutica fora remetida a outros profissionais ou a outras modalidades assistenciais não-psiquiátricas.

Ressalta o referido autor, que as propostas preventivistas prepararam o campo para várias experiências de desinstitucionalização, “tornando-se a diretriz da grande maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais, tendo sido adotadas pelos organismos internacionais de saúde, tais como as Organizações Mundial e Pan-americana de Saúde (OMS e OPAS), e serviram de modelo para diversos países, inclusive o Brasil” (p. 52).

Entretanto, o “preventivismo significou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, de expansão dos preceitos médicos-psiquiatras para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2003b, p. 54).

A *Antipsiquiatria*, surge na década de 1960, na Inglaterra, com um grupo de psiquiatras ingleses envolvidos com o movimento de contracultura, tendo como principais representantes Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, sendo consenso entre eles o que diz respeito à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no lidar com a loucura.

A partir desses autores, estabeleceu-se uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. Destaca-se que antipsiquiatria “procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2000, p. 43). A comunidade terapêutica passa a ser um lugar privilegiado para reinterrogação da perspectiva biomédica.

Amarante (2000), aponta que Laing critica a psiquiatria, a ordem social e familiar, incentivando a subversão ideológica, porém, busca estruturas marginais, paralelas, livres ou *anti*, entendendo que:

A loucura é um fato social, político, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e coloca em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso ser defendido e reabilitado (p. 44).

Fazendo referência a Cooper, o autor salienta que sua atuação recai sobre a micropolítica, enfocando que a instituição acadêmica e a educação burguesa tornam difícil a síntese dos níveis micro e macropolíticos. Seu projeto, teve como estratégia de transformação da realidade social a eliminação da estrutura familiar, até mesmo dos grupos comunitários, locais de acolhimento dos pacientes, *centros* difundidos por todo aquele país.

Para Cooper (1989), os hospitais psiquiátricos foram inventados para *cuidar de*, ou *curar pessoas doentes*, então, se a doença for posta em questão e se o isolamento de uma pessoa-paciente do sistema familiar se demonstrar uma falácia, nos encontramos situados na área do questionamento mais radical.

Tivemos muitos devaneios acerca da comunidade psiquiátrica ideal, ou melhor, antipsiquiatria, porém creio que possuímos agora, através de um processo de desmistificação, suficientemente delineado a natureza verdadeira da loucura psiquiátrica e suficientemente elaboradas nossas necessidades práticas para que possamos dar um passo à frente. E um passo à frente significa, em definitivo, um passo para fora do hospital de doenças mentais e para dentro da comunidade (p. 134).

Amarante (2000), salienta que as tentativas de reformas psiquiátricas e que o papel da antipsiquiatria foram fundamentais no processo de crítica ao modelo asilar e à psiquiatria:

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade, o método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do 'discurso' através da "metanóia", da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão (p. 44).

O autor aponta que as referências culturais da antipsiquiatria são ricas e diversas como a “fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americana e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo” (AMARANTE, 2000, p.42).

A ruptura do saber psiquiátrico moderno leva a antipsiquiatria a focalizar uma outra referência teórica sobre a esquizofrenia, conhecida como a teoria da lógica das comunicações (gênese comunicativa), ressaltando que de qualquer forma, tal tradição traz importantes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização, como desconstrução e do resgate do protagonista da história.

3.2 CRÍTICAS A PSIQUIATRIA E AO MODELO ASILAR INSTITUÍDO

Diante deste panorama de reformas e questionamentos, destacamos a experiência de Basaglia e seus colaboradores²³, o qual provou ser possível criticar o sistema asilar institucional, a psiquiatria tradicional e fazer reforma, resgatando os internos dos hospitais, sendo este modelo o que mais influenciou a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Entendemos que suas contribuições foram fundamentais e sobre as quais debruçamos, atualmente, para analisar e compreender o processo de reforma psiquiátrica. Situamos a experiência vivenciada no Hospital de Gorizia – Itália, que discute os impasses, as limitações e as possibilidades práticas e teóricas de desinstitucionalizar e abrir de fato as portas do hospital onde havia 600 internos.

Amarante (2003a), comenta que Basaglia é um reconhecido reformador do sistema psiquiátrico italiano, “crítico da *ciência* psiquiátrica, recusou-se a aceitar a hipótese da incompreensibilidade da doença mental e o processo de rotulação nosográfica do indivíduo considerado doente mental” (p. 65).

Basaglia (1994), questionava o dia-a-dia do trabalho no Hospital em Gorizia e como transformar e produzir atitudes críticas, tanto dos técnicos quanto dos internos, sobre as funções sociais, políticas e ideológicas da instituição psiquiátrica. Teve como objetivo a superação do reformismo psiquiátrico, a superação do ideal de que, para o enfrentamento da

²³ Relatório Preliminar de uma pesquisa financiada pelo C.R.N (Consiglio Nazionale delle Ricerche), sob o Título: “Assunzione di dati scientifici sperimentali e statistici sull’applicazione all’ ambiente sócio-culturale italiano di esperienze straniere in campo di psichiatria sociale”, desenvolvida pelo Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Escrito em 1968. Publicado, originalmente, em “Autobiografia di un movimento (1961 – 1979): dal manicômio alla riforma sanitaria”, organizado por Franco Basaglia e Paolo Tranchina, Arezzo, 1979.

doença mental, somente existiriam soluções técnicas, pois esses saberes não poderiam ser considerados neutros.

Aponta que o movimento que levou à reorganização do hospital psiquiátrico de Gorizia sobre as bases que se diziam *comunitárias*, nasceu de uma série de recusas e negações. A psiquiatria estava em crise, em movimento, como cita: “a crise é evidenciada pela falência da psiquiatria institucional, com os seus recintos, as suas portas fechadas, os seus doentes-objeto, e pela mistificação pela qual a pessoa reduzida contra a sua vontade, em tal situação deveria ser considerada *um doente como todos os outros*” (BASAGLIA, 1994, p. 23).

Com a finalidade de reorganizar o hospital e seu mandato social, Basaglia esclarece que a substituição do modelo de referência esquemático não se limitaria a ser não-modelo, mas trazendo em si a possibilidade de ser anti-modelo, capaz de destituir a possibilidade de acomodar-se em novos esquemas de referência, contrapostos aos tradicionais:

Isto significa a destruição da instituição manicomial, não somente como abandono real do sistema coercitivo punitivo sobre o qual se fundamenta, mas como tomada de consciência do plano global sobre o qual o sistema hierárquico-punitivo se insere. O que requer um discurso global que possa preceder o psiquiátrico em particular, no qual do discurso psiquiátrico específico possa entender-se (Idem, 1994, p. 12).

Analisando a proposta de Comunidade Terapêutica (CT), Basaglia (1994), aponta que a mesma surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas, referindo-se às contradições existentes na prática psiquiátrica e suas limitações, a qual se torna uma instituição mais moderna, mais eficiente, aceita pelo sistema, devido ao fato que, neste, as relações de poder continuam as mesmas, e o poder médico continua inalterado.

Ressalta que a CT não deu conta da árdua tarefa, apesar de apontar as contradições, pois a psiquiatria, enquanto ciência referida ao doente mental, foi entendida como “resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente, do seu mandato social, exclusivamente de custódia, do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença, a negação e a denúncia da violência atual do doente e sujeito dentro e fora da instituição” (1994, p. 16). Entretanto, reconhece que os méritos da CT, continuam sendo válidos, pois apontou as contradições existentes. Vejamos:

O seu mérito, todavia válido, é aquele de ter colocado em evidência, pela primeira vez, todas as contradições fundamentais da realidade institucional e continuar, dia após dia, a evidenciar estas contradições, subtraindo-as a esquematização maniqueísta e a-problemática do hospital psiquiátrico tradicional. Mas o futuro da CT estará somente no saber individual das próprias contradições, antes de fechar-se na própria ideologia, deixando de verificar e negar a realidade (1994, p. 16).

Refere que o conceito de CT vai perdendo a força e se tornando mais leve, ambíguo e dependente do poder médico, pois independente do grau de organização e maturidade dependerá sempre da *competência da inteligência médica*.

Esclarece que não se pode negar que o doente fantasia que o médico é o depositário do saber, do poder técnico, enquanto que o médico fantasia que o doente é o depositário econômico, mas quando este papel termina, o poder contratual com o médico desaparece e o “paciente encontrar-se-á a iniciar a real carreira de doente mental no lugar em que sua figura social não tem mais peso nem valor. Penetra, assim, na dimensão da relação institucional, onde esta reciprocidade (mesmo que de natureza tão ambígua) não existe, nem a sua ausência é de alguma forma mascarada” (p. 17).

Basaglia (1994), destaca que o médico psiquiatra é o detentor único do saber, símbolo de autoridade única da instituição, enquanto o doente é sistematicamente excluído da mesma, pois a relação que é chamada de terapêutica gera dinâmicas que, quando melhor analisadas, não têm nada a ver com a doença:

Refere-se que, particularmente a relação na qual a diagnose de doença é puro acidente, uma ocasião a criar-se um jogo de poder – regressão que será, porém, determinante nos modelos de desenvolvimento da doença. Trata-se do poder institucional de caráter quase absoluto, do qual o psiquiatra toma posse no interior de uma estrutura asilar, ou de um poder *terapêutico, teórico, carismático* ou *fantasmagórico*, onde o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em relação ao doente que, já por si mesmo, define o papel e a posição. Portanto, referimo-nos a ausência de reciprocidade do encontro-desencontro de duas dimensões diversas, onde o valor de uma é já tido por certo, assim como a ausência de valor de outra (p. 17).

A diagnose, tornou-se um juízo de valor, o qual vem denunciar a relação do psiquiatra como o doente que foge ao seu domínio “a diagnose assume o valor de uma etiquetagem que serve para distanciar quem usa e para estabelecer, através desta distância a natureza diversa de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais” (p. 18).

Basaglia (1994), relata que o psiquiatra não faz nada além de sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que recusa os que não aceitam as regras do jogo do sistema. “Mas esta ação de exclusão que não tem o mínimo caráter técnico-terapêutico, limita-

se à separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde a norma não é um conceito elástico e discutível, mas é algo fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante” (p.18). Sendo assim, a ação do psiquiatra não se perpetua na violência do poder, apesar do poder total emanar dele, pois eliminando os elementos frágeis que atrapalham o ritmo da produção delega aos demais técnicos a gestão dos conflitos sociais daí decorrentes, sinalizando assim, a diluição do poder do psiquiatra e a cooperação dos demais técnicos na manutenção da ordem e da adaptação social.

Ele questiona se a CT seria a solução técnica de um problema especializado da psiquiatria institucional. Esclarece que não, pois permanece o papel do técnico, como aquele que tende a facilitar a compreensão da doença mental na sociedade e que a não adaptação a esta sociedade será interpretada em termos de doença, cabendo aos técnicos dissolver os conflitos sociais. E afirma Basaglia (1994), “poderíamos deste modo encontrarmo-nos em um mundo dominado pelos técnico, cujo poder dará cada vez maiores possibilidades de ação, desde que garantam atenuação das contradições sociais mais evidentes” (p. 21).

Essas considerações, sinalizam e demarcam o papel dos técnicos, do mandato social da psiquiatria, na experiência de reforma que foi a CT.

Analisando a Psicoterapia Institucional, Basaglia (1994), ressalta que, nesta tentativa de reforma, o doente é um paciente a indagar, a analisar e a se curar por meio das técnicas institucionais elaboradas para este fim, portanto, através do fantasma real da própria instituição, citando que Tosquelles sustenta que “o papel do médico neste caso é, sobretudo, limitado a algumas interpretações do profundo, destinadas a dar ao doente uma visão de conjunto dos seus problemas e a fornecer-lhe informações concretas, na sua qualidade de capitão de equipe” (p. 22).

O mandato social, a função delegada pela sociedade ao médico do hospital manicomial não é a de quebrar a instituição manicomial, mas de mantê-la; não é de criticar o papel social opressor e integrante da psiquiatria, nem favorecer o poder de contestação dos excluídos e dos oprimidos, mas de defender os privilégios de quem exclui ou oprime; não é de criar estrutura “horizontal” no hospital, mas de refletir, absolutizando a hierarquização opressora da sociedade externa; não é de submeter a uma crítica e autocrítica contínua a manipulação das consciências das quais é responsável e culpada a inteligência médica, mas de fornecer à sociedade uma máquina assistencial que lhe seja funcional e que tenha como objetivo não atrapalhar os privilégios de quem deseja que a sociedade não mude o próprio rosto opressor (Idem, 1994, p. 38).

Então, a Psicoterapia Institucional não cria uma estrutura horizontal de relação, mas mantém o poder da psiquiatria e sua hierarquização.

O autor refere que as experiências desenvolvidas por ele e outros como Cooper e Lang que se opuseram à instituição psiquiátrica, estão longe de ser antipsiquiátricas como gostariam, refere, também, que falta inventar a antipsiquiatria e mover-se em espaços que não sejam a os da psiquiatria tradicional e reforça “Continuamos ainda, infelizmente, a mover-nos no âmbito de uma tradição psiquiátrica que não inventou uma antipsiquiatria respeitável e válida, e, portanto, estamos ainda ligados a uma concepção da saúde, da doença mental, e da cura, que é permeada de valores e juízos socialmente e historicamente determinados” (BASAGLIA, 1994, p. 36).

Então, Amarante (2003), reforça esta crítica referindo que o questionamento do papel do técnico, ao rejeitar a delegação de poder implícita no seu saber, foi fundamental para o encaminhamento das mudanças em Gorizia. Tratava-se de um “processo que passou a ser denominado por Basaglia de *renúncia ao mandato terapêutico*, isto é, a recusa à delegação de poder e controle social imputada aos técnicos pela instituição hospitalar e pela sociedade” (p. 67). Vejamos o próprio Basaglia (1994) falando a respeito:

A dificuldade maior da renovação institucional não está, portanto, na dificuldade de *organizar* sobre novas bases *liberalizadas* a jornada dos internos, mas nos obstáculos que a equipe terapêutica (aqui nos referimos também aos enfermeiros) encontra no esforço de renovar a si mesma como os internos, de modo a permitir a si mesma e aos internos readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva, contestando a não-liberdade das leis e dos preceitos da sociedade (p. 39).

Basaglia (2005), fazendo crítica ao Estado de Bem Estar Social, diz que esta sociedade descobriu que não pode expor sua face violenta, para não criar contradições demasiadas evidentes em seu seio, encontra um novo sistema que estende “a empreitada do poder aos técnicos, que o administrarão em seu nome e continuarão a criar – mediante formas diversas de violência, como a violência técnica – novos excluídos” (p. 94). A tarefa destes técnicos será mistificar a violência sem modificar-lhe a natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência da qual é vítima e sem tomar consciência disso.

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo organizacional, o sociólogo industrial (para citar só alguns) não passam de novos administradores da violência do poder visto que – suavizando os atritos, desfazendo as resistências, resolvendo os conflitos provocados pelas instituições – com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, só fazem permitir a perpetuação da violência global. A tarefa deles – definida como terapêutico-orientadora – é a de adaptar os indivíduos a aceitar a própria condição de “objetos de violência”. Dando como certo que ser objeto de violência é a única realidade a eles concedida, para além das diversas modalidades de adaptação que poderão adotar (p. 95).

Perpassa diretamente na práxis do técnico, sua visão de mundo, suas expectativas e posição política profissional, seu enfrentamento ou acomodação frente às instituições, o Estado burocrático e paradigmas científicos. O poder do técnico é muito forte e acentuado para exercer o controle e a adaptação às instituições sociais, estatais, religiosas, tidas como normais, naturais e necessárias, tão ao sabor do que prioriza o neoliberalismo e o mercado financeiro.

Convém sinalizar que toda transformação ou reforma depende da visão de mundo, visão política e ética que os atores sociais possuem, das correlações de forças estabelecidas e explicitadas politicamente na sociedade, exigindo enfrentamento político posicionado:

Esta equipe pode somente tender à pré-figuração das relações sociais de tipo diverso, mas não pode colocá-las em ação: faz um trabalho parcial e indicativo. Por outro lado, neste contexto, a tomada de consciência das contradições *psicológicas e culturais* da sociedade capitalista, espelhada no seu particular setor, que é o da ideologia psiquiátrica e da assistência psiquiátrica, contribui a fornecer alguns dos detalhes críticos que servirão, talvez, amanhã, a uma tomada de consciência capaz de formar relações interpessoais de tipo diverso (BASAGLIA, 1994, p. 40).

Então, não é somente romper com um modelo de assistência, é romper com os paradigmas e dogmas estabelecidos, e o que trazemos dentro de nós, ideologicamente falando, romper com aquilo que entendemos e buscamos como sociedade, como cidadãos, vivendo neste momento histórico.

O psiquiatra, a ciência e a sociedade praticamente se defenderam do doente mental, e do problema de sua presença entre nós: diante de um doente já violentado pela família, pelo local de trabalho, pela carência, nós éramos os detentores do poder, e nossa defesa transformou-se inevitavelmente numa ofensa desmedida, encobrendo a violência que continuamos a usar para ele sob o véu hipócrita da necessidade e da terapia (BASAGLIA, 2005 p. 104)

Basaglia, focaliza sua atenção na pessoa e não na doença, propõe colocar a doença entre parênteses, como sugere a fenomenologia, suspender, fazer *a epoché*, para analisar a loucura refletindo sobre outras dimensões sociais e culturais, para além da noção de doença mental. O que corrobora Saraceno (2001), quando afirma:

Eis por que a ruptura da segregação manicomial iniciada em Gorizia em 1964 por Franco Basaglia não significa somente humanização do lugar desumano, mas interrupção da convivência entre técnicos e ideologia da razão burguesa, crise da cientificidade fundada sobre a normativa paterna e a violência do dominador (p. 66).

Partindo de outra experiência, Trieste - Itália (1970), Franco Rotelli e colaboradores (2001), fazem uma análise das reformas na Europa Ocidental e países de capitalismo avançado, destacando que a reforma psiquiátrica proposta reduziu-se a desospitalização e “que a psiquiatria nascida da reforma faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de liberar-se da sua *função* de coação e internação” (p. 27).

Rotelli (2001) se refere ao manicomio como o *lugar zero de trocas sociais*, e destaca que “o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício abstrato, a doença, da existência global, complexa dos pacientes e do corpo” (p.28).

Analisando a experiência de reforma da Itália, Rotelli (2001), ressalta que o processo foi de real desinstitucionalização, quebra do paradigma institucional e de desconstrução do modelo manicomial, indo muito além da desospitalização compreendida como altas hospitalares, redução de custos com internações e redução do números de leitos hospitalares.

Ressalta que as reformas psiquiátricas dos anos de 1960, na Europa, buscavam superar gradualmente a internação nos manicômios e criar novos serviços substitutivos na comunidade, porém, o processo enviesado de desinstitucionalizar focalizou a desospitalização como resultado, reduzindo sua abrangência, a desinstitucionalização, portanto, “entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários *não psiquiátricos* etc) e novas formas (mais obscuras) de internação” (p. 20).

Sinaliza, que as internações nesta proposta, continuam a existir e que os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação, não a substituem, mas confirmam sua necessidade, pulverizando o atendimento em total compartimentalização e ausência de relações entre os diversos serviços, que acabam especializados e fragmentados em cada tipo singular de prestação de serviços.

A intenção de liberar a Psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restitui-lhe o estatuto terapêutico resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam (...) É razoável reter que este é um projeto impossível, mas que através dessas operações tenta-se fazê-lo parecer real (Rotelli, 2001, p. 24).

Então, para ele, a internação é a marca complementar do modelo que tentou desinstitucionalizar tendo como via a desospitalização, a necessidade de coação e dos lugares de internação, “eles permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo” (p. 24).

A proposta de desconstrução da instituição manicomial asilar, perpassa as relações administrativas e inter-pessoais, exigindo a transformação cultural de todos os atores sociais envolvidos. A experiência de Trieste, marcou as conquistas da reforma sonhada e sinalizou as dificuldades culturais encontradas, com mais clareza, como defende Rotelli (2001) “Desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como *sujeitos*. Talvez não se *resolva* por hora, não se *cure* agora, mas no entanto seguramente se *cuida* (p. 33).

Pontua, claramente, que o processo de desinstitucionalização deve ser entendido como um processo social complexo, onde os embates e o enfiamento político são constantes e permanentes: “Em outras palavras, a implementação de uma reforma social complexa é sobretudo, um processo social complexo e contraditório, no qual se produzem inovações nas características e nas formas de presença dos atores, nos conteúdos e nos modos de conflito (p. 53)²⁴.

Já Saraceno (2001), embasado nas pesquisas epidemiológicas tece algumas críticas e traz contribuições pontuais sobre as pesquisas realizadas com pacientes esquizofrênicos e o modo de viabilizar a reabilitação social destes, questionando as dificuldades da psiquiatria em estabelecer o diagnóstico e o prognóstico.

Segundo ele, as abordagens globais referentes à crítica sobre a psiquiatria foram características dos anos 1970, mas que têm imprimido a visão de que a psiquiatria é um conjunto de técnicas terapêuticas a serem aprendidas para escolher a mais convincente e aponta: “a psiquiatria de hoje, autopromoveu-se científica, enquanto pertencente, de pleno direito, à biomedicina: libertando-se – nas declarações, mas não nos fatos – de equivocada vocação para o controle duro e desumano dos *loucos nas correntes*, ela pôde finalmente fazer parte *do discurso da medicina*” (p. 14).

Destaca que a psiquiatria herdou nestes anos de reflexões e de práticas, as assim chamadas *críticas*, que como uma *peste* foi progressivamente transformada em uma simples e reconfortante rubéola, insistindo que a “crítica à instituição não só manicomial, mas

²⁴ Ver a análise realizada por Jonas Salomão Spricigo, em Desinstitucionalização ou Desospitalização: A aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Série Teses em Enfermagem -

psiquiátrica, da qual Basaglia se fez portador, foi progressivamente transformada em uma inofensiva racionalização dos lugares de tratamento” (p. 14).

Ressalta Saraceno (2001), que parte dessa herança histórica foi simplesmente ocultada, esquecida, distorcida ou ignorada e defende que o período foi marcado por riquíssimos saberes, tendo no entrecruzamento das idéias, a crítica à psiquiatria. Mas salienta, quase nada se modificou no interior da psiquiatria médica: “As diferentes linguagens e saberes foram sendo progressivamente silenciados e, sobretudo, as gerações mais jovens não sabem (pois há uma espécie de interdição em sabê-lo) que o patrimônio originário do qual surgiu a história da psiquiatria anti-institucional nasceu dessa multiformidade” (p. 15).

Saraceno (2001), defende que a reabilitação de pacientes psiquiátricos se constituem um *evidenciador* particularmente iluminado da principal característica da psiquiatria, ou seja, o de ser um *entretenimento* do doente, significando *ter dentro* e também *passar prazerosamente o tempo* (p. 16), e esclarece: “Entretido, no sentido de, posto dentro de um sistema de tratamentos que são administrados com um grau notável de casualidades, de falta de previsões, de ausência de avaliações, *a espera dele...* E quando a espera é premiada com a melhora, essa será a *prova* da eficiência do tratamento” (p.17).

O referido autor, trabalha com a hipótese de que a *psiquiatria clínica* e a terapêutica psiquiátrica, “constituem um conjunto de *pleonasmos* (entretenimentos) ou danosos ou indiferentes, raramente úteis, enquanto que a quebra do entretenimento constitui a fonte que deve ser conhecida e governada, de ações dotadas de maior eficácia transformadora da vida do paciente”(p. 17).

O paradoxo não é gratuito, mas nasce da constatação de que a terapêutica e a clínica, por si só não geraram transformações significativas das vidas dos pacientes (não se explicaria porque as doenças mentais e seus discursos continuam imodificados no tempo e no espaço, até o momento em que variáveis estranhas à clínica e à terapêutica irrompem sobre a cena e modificam, para melhor ou para pior, as histórias naturais das doenças) (Idem, 2001, p. 17).

Ele destaca, que a psiquiatria vive se auto-promovendo, faltam inovações substanciais teóricas das psicopatologias e conhecimentos etiológicos das doenças, e que as tentativas são, na maioria das vezes, fragmentos de teoria e de prática, constituídos de fragmentos paralelos que não se definem, como é o caso do recurso utilizado de bio-psico-social que não dá conta de embasar a teoria e ação: “testemunha esse paralelismo, uma vez

que aquilo que não se explica com o *bio* se explica com o *psico* e/ou com o *social*. Isso nada mais é do que uma espécie de ilusão, segundo a qual o apelo a complexidade abranda o desconforto do não saber e da impotência terapêutica” (p 20).

A propósito disso, o caso da psicofarmacologia é exemplar: na modéstia das inovações relevantes no campo dos tratamentos farmacológicos floresce, ao invés, um entusiasmado *provar novas moléculas* que na maior parte das vezes nada mais são do que cópias das velhas moléculas. E tem sido assim também para *tantas descobertas*: a psicoterapia institucional, a ergoterapia, a ludoterapia, as aplicações das psicoterapias de orientação psicanalítica aos doentes esquizofrênicos, etc. (Idem, 2001, p. 20).

Sendo assim, “a psiquiatria se perpetua e se auto-reproduz, intuindo a sua própria insuficiência terapêutica e enriquecendo-se com fragmentos de saber e de operatividade de heterogêneas proveniências disciplinares” (p. 21).

Salienta que o lugar, o hospital, não pode ser simplesmente esquecido ou banalizado, não é e foi um espaço metafísico que de tanto falado fosse óbvio “mas, lugar de reprodução da doença e da psiquiatria” (p. 62). Citando Basaglia, reforça sua visão sobre o hospital, local de perda de identidade, institucionalização objetivante, invasiva:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros, sem o mínimo impulso pessoal, o ter dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que – exatamente por isso – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstanciais particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante, sobre o qual, se articula a vida do asilo. (Idem, 2001, p. 62).

Refere ainda, que o hospital psiquiátrico é igual em todo o mundo, “o eixo da assistência psiquiátrica, o lugar suposto do tratamento, a máquina hegemônica que devora a maior parte dos recursos humanos e financeiros alocados para a assistência dos doentes mentais” (p. 62). Fazendo análise sobre as críticas realizadas diz:

Nos últimos cinquenta anos, certamente, o papel hegemônico do hospital psiquiátrico foi colocado em questão de maneiras diversas, em lugares e tempos diversos, através da ativação de dispositivos de tratamento e assistência diferentes. Muito freqüentemente, entretanto, o colocar em questão tal situação não significou colocar em cheque, ou porque resultou em dispositivos paralelos ao hospital psiquiátrico (é o caso da experiência francesa do setor), ou porque enalhou em uma crítica de grupos intelectuais sem o poder (ou vontade) de traduzir o pensamento em uma prática de transformação real (é o caso do movimento antipsiquiátrico inglês) (Idem, 2001, p. 63).

E ressalta, que o hospital psiquiátrico como um lugar e como continente da ideologia psiquiátrica continua, sendo central na maior parte dos países do mundo e, sobretudo, na cultura psiquiátrica, “continua como signo de continuidade histórica do cerco à desrazão, iniciado com o primeiro manicômio muitos séculos atrás. A história continua. Não mais de loucos, delinqüentes e prostitutas, mas psicóticos, *borderlines* e marginais. Continua, mudando formas, linguagens e competências, o processo de cerco à loucura, de exclusão da desrazão” (p. 63).

E aponta sua preocupação com o mero reproduzir desta situação em outros cenários, lugares terapêuticos: “A crítica do manicômio, como lugar desumano e antiterapêutico, se não assume que tais conotações não são só *do manicômio*, mas da ideologia psiquiátrica (da qual o manicômio é o produto) se traduzirá simplesmente em criação de outros cenários para o exercício da mesmíssima ideologia psiquiátrica” (Idem, 2001, p. 66).

Então, podemos afirmar, que o saber/poder da psiquiatria segue intocado, um pouco diluído, humanizado, moderno, mas na essência, continua o mesmo. A loucura é doença mental e precisa do lugar terapêutico, o hospital, e de medicamentos. *O lugar social da loucura* não é questionado e sua resignificação cultural praticamente impossível.

Dando continuação a crítica à psiquiatria e seu objeto, focalizaremos alguns aspectos relevantes das críticas radicalizadas por Szasz (1994), pois defende que a doença mental não deve ser uma questão médica e sim social, pois entende que a dependência do adulto *doente* não é tolerada e que problemas sociais foram medicalizados e assumidos pela psiquiatria.

Szasz (1994), afirma que toda a história da psiquiatria se reduz à história do repúdio dos poderes terapêuticos ilimitados, “desde a bem-sucedida reforma realizada por Pinel, instituindo a prisão psiquiátrica como liberação. Cada avanço psiquiátrico tem consistido de uma celebração desavergonhada do poder ilimitado do psiquiatra sobre o paciente” (p. 24).

O autor resgata a história do tratamento destinado ao epilético, ressaltando que a psiquiatria os rotulava de *perigosos*, que havia um movimento de eugenia, para aprimoramento da raça, que defendia a hereditariedade, fazendo controle pela esterilização compulsória de pessoas classificadas como epilepticos ou oligofrênicos (esquizofrênicos). Ele faz uma análise entre o tratamento nas colônias de epiléticos e o tratamento proposto pela psiquiatria, também ao portador de sofrimento mental, vejamos:

Se o psiquiatra não dispõe de medicamento eficaz para a doença mental, ele não pode apelar para o tratamento como justificativa para privar o paciente da liberdade. E se o psiquiatra não possui o tratamento eficaz para a doença mental, então, como mostrou a lição sobre a epilepsia, a suposta necessidade de tratamento do paciente deixa de ser uma razão legítima para privá-lo da liberdade (p. 98).

Ressalta que o discurso utilizado era o da ajuda e que, ao não suportar o sofrimento alheio, culpabiliza-se a si mesmo e se dispõe a colaborar. Esta ajuda, muitas vezes, não é aceita por aquele a quem julgamos ser necessário, sendo preciso convencer-se de se estar agindo em benefício do outro. Tornam-se as vítimas em dependentes e ofertamos nosso auxílio e compaixão, sem definir o que é dano ou ajuda e qual é o desafio de ajudar o desamparado, citando duas coisas que ficam claras no desafio de ajudar pessoas. “Uma é que, assim como o belo e o feio geralmente estão nos olhos de quem vê, em nosso caso, também a ajuda e o dano estão nos olhos em geral divergentemente dirigidos, do benfeitor e de seu beneficiário. A outra é que prejudicar pessoas a pretexto de ajudá-las é um dos passatempos favoritos da humanidade” (p. 21).

Faz a crítica à compaixão²⁵. O desamparado necessita de ajuda e elegemos as crianças, idosos, o pobre, o doente; os chamados de doente mentais, são escolhidos por serem percebidos como crianças indefesas e dependentes, estes incluídos compartilham somente de um aspecto básico: a dependência, sem, entretanto ter o poder de escolher se aceita ou não a caridade, pois devem aceitar sem serem hostis à ajuda ofertada com tanta compaixão e zelo; “esta concepção responde pelo fato de as pessoas que mais dependem de ajuda dos outros serem, em geral, as que mais ferozmente resistem a serem ajudadas” (p.20). A culpa nos faz sentir medo de um dia virmos a ficar iguais e ser dependentes como aqueles a quem ajudamos, mas não nos faz perceber o quanto evasivos e prepotentes podemos vir a ser.

Em nosso afã de medicalizar a moral, transformamos quase todos os pecados em doença. Raiva, gula, luxúria, orgulho, preguiça são todos os sintomas de doenças mentais. Apenas a falta de compaixão ainda é um pecado. À luz da falsa virtude da compaixão, subvertemos a concepção liberal clássica do homem como agente moral, dotado de livre arbítrio e responsável por suas ações e a trocamos pela concepção do homem como paciente, a vítima de doença mental (p. 22).

Szasz (1994) reforça que a ética da terapia psiquiátrica é a própria negação da ética da liberdade política, pois abraça o poder absoluto, desde que usada para proteger e promover a saúde mental do paciente, já liberdade política rejeita o poder absoluto independente de seu

²⁵ Ver o livro de Sandra Caponi. Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de

uso, sendo assim, o poder psiquiátrico seria limitado, mas se classificar uma pessoa como paciente mental é “uma iniciativa francamente desleal, que estimula a compaixão abstrata para com ele como paciente e a indiferença concreta para ele como pessoa” (p. 24).

O psiquiatra se vê convencido pelo altruísmo, pela necessidade de ajudar o paciente para o seu próprio bem, convencendo-se de que está fazendo o bem, e que a sociedade espera que o faça, justificando a coerção por meio da compaixão:

O altruísta coercitivo, que justifica seu comportamento através da compaixão, precisa convencer-se de que está agindo em benefício de outro. Como é que ele pode estar certo disso? Uma vez que não pode, precisa ser capaz, então, de fechar os olhos para o sofrimento que ele causa. A melhor forma de fazer isto é deixar de respeitar o seu beneficiário-alvo como pessoa e, ao invés disto, tratá-lo como um membro de um grupo específico. Ele deixa de ser um agente moral e se torna o objeto de nossa benevolência (p. 23).

A doença mental é tratada como problema social, então a ajuda virá de acordo com os valores e desvalores atribuídos à pessoa do desejável e do indesejável. O ato de ajudar pode ser genuíno e sincero, mas a questão não é o motivo do benfeitor, mas o seu método, “não podemos institucionalizar o auxílio às vítimas dos desastres pessoais” e, “uma vez que estou tratando da doença mental como problema social - não como uma experiência particular de angústia ou de problemas de vida -, meu enfoque se concentra no paciente mental como o outro, indesejado” (p. 27). E, sugere que, se de fato pretendemos ajudar o indesejável “devemos primeiro desistir de classificá-lo, curá-lo e controlá-lo” (p. 27).

Se o indesejável é um adulto doente, dependente, os métodos e pretextos para se livrar dele são muito conhecidos, como: o asilo, a escola, o campo de concentração, o hospital psiquiátrico, a casa de repouso e de detenção. Szasz (1994), defende que a hospitalização da doença mental, ainda vem sendo compreendida como um problema médico, de política de saúde, mas salienta ser um problema de relação social, a saber: “eu diria que esse é um problema relativo à dependência à indesejabilidade do adulto, isto é, um problema das relações político-econômicas e de poder entre seres produtivos e não produtivos, entre estigmatizadores e estigmatizados, intrínseco à sociedade moderna” (p. 29).

Em suma, vejo nossas práticas psiquiátricas estatais-institucionais não como técnicas médicas especializadas para o tratamento de doenças mentais, senão como procedimentos socialmente aceitos para dispor dos indesejados, semelhantes às práticas sociais do passado de segregar os pobres em asilos, encarcerar devedores em prisões e exilar em colônias os epiléticos (p. 31).

Para Szasz (1994), prometemos o que não podemos cumprir, ofertamos o que não podemos dar que é a *cura*, pois não sabemos lidar com a *loucura*.

A promessa de curar pessoas doentes contra a sua vontade – especialmente pessoas cuja enfermidade não compreendemos, ou que podem, de fato, nem estarem ainda doentes – está coberta de perigos, que nós parecemos determinados a negar. A despeito das horrendas mutilações feitas pelos psiquiatras da Alemanha nazista e da União Soviética; continuamos a venerar o psiquiatra coercivo-compassivo. Na verdade, não existe um interesse popular – ou mesmo um apoio profissional para uma psiquiatria despida de poder político. Ao contrário, aprimorar o outro pela coerção, em nome da saúde mental, tornou-se um traço característico de nossa era (p. 24).

Estas são algumas críticas que Szasz (1994), faz a psiquiatria por tratar a loucura como doença mental, exercendo assim, o controle social e legitimando o poder da psiquiatria.

Tanto Saraceno quanto Szasz, com suas contribuições, nos fazem refletir sobre o quanto o lado social da vida cotidiana do sofrimento, quando abordado, vem sendo medicalizado e controlado pela psiquiatria, mas sem alterar sua essência, cronicidade e sem considerar a má distribuição de renda e a falta de condições sociais mais igualitárias.

Continuamos com as contribuições de Foucault sobre o Poder Psiquiátrico, estudado por Caponi (2005), pois são muito instigantes e provocativas, evidenciando que repetimos a prática psiquiátrica, sem conseguir romper com este norte hegemônico do saber/poder.

Nos escritos da História da Loucura (1967), Foucault estudou a representação da loucura como fenômeno histórico e social. No texto do Poder Psiquiátrico (1973 e 1974), a análise é outra; ele analisa os discursos, as ciências, os jogos de poder e verdade que tomaram por objeto a loucura, “representação ou as percepções da loucura que reenviam necessariamente a uma história das mentalidades, do pensamento, mas a tentativa de observar os dispositivos de poder” (CAPONI, 2005, p. 84).

Buscava então, Foucault, responder a seguinte indagação: “Em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de um certo número de enunciados, de discursos, e, em conseqüências de todas as formas de representação que podem surgir dali?” (Foucault apud CAPONI, 2005, p. 82).

Salientando as dificuldades em separar a história da psiquiatria e a história da medicina, pois os modos de observar e de diagnosticar são absolutamente diferentes,

sinalizando que a tendência é compreender a psiquiatria como uma especialidade no interior do domínio médico, onde encontra seu prestígio:

Entretanto, entre os fundadores da psiquiatria a operação médica que realizam quando tratam de um paciente, não tem, em sua morfologia, nem em sua disposição geral, virtualmente nada a ver com aquilo que se está transformando na experiência, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irreduzíveis aos da medicina (Ibidem, 2005).

Caponi (2005), destaca que Foucault, analisando ambas as disciplinas (psiquiatria e medicina) observa aquilo que as aproxima ou separa, mostrando que é necessário distinguir entre a figura do médico e psiquiatra, e a da instituição hospitalar e o asilo; “entre as práticas próprias do psiquiatra e aquelas realizadas por um anatomopatólogo ou um clínico, nesse mesmo momento histórico, detém-se nas diferenças estratégicas terapêuticas e nos diferentes modos de estabelecer um diagnóstico” (p. 83).

Destaca, que um dos eixos privilegiados do texto do Poder Psiquiátrico é a comparação entre os estudos médicos, anatômicos e neurológicos com os estudos psiquiátricos, “ou dito de outro modo, a distinção entre o corpo anatomopatológico, o corpo neurológico e a ausência de corpo que caracteriza à psiquiatria” (p. 85). Para dar novas explicações à doença mental, a psiquiatria se fundamenta em três elementos, atualmente muito utilizados: os interrogatórios, a hipnose e as drogas.

Por um lado, há oposição entre um conhecimento diferencial da sintomatologia da doença própria, da anatomopatologia, e a ausência de diagnóstico diferencial, própria da psiquiatria; por outro lado, há oposição entre inscrição de lesões no corpo, órgãos e tecidos e a ausência de corpo, que caracteriza o poder psiquiátrico.

Foucault salienta que no espaço da psiquiatria, a situação é completamente diferente, por duas razões, as quais Caponi explicita, não importar tanto saber a precisão nosológica quanto saber se esse paciente é ou não louco: “Sua preocupação, não é inicialmente, a de saber se tal comportamento, tal maneira de falar, tal categoria de alucinações refere-se a esta ou aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo caracteriza ou não a loucura” (Foucault, apud CAPONI, 2005).

O que denomina de oposição binária, pois não se trata de perguntar, como na clínica: *do que se está doente?* Mas sim, de saber se está ou não está doente. O que vem a ser um diagnóstico binário, o qual sem referências a lesões em órgãos ou tecidos, acaba sendo um diagnóstico absoluto.

Caponi (2005), reforça que a psiquiatria, como surge, se opõe à medicina pelo papel que o corpo desempenha em um e em outro caso, “a psiquiatria é uma medicina em que o corpo está ausente”, diz Foucault. Como saber se esta pessoa, que escuta vozes ou se define como o Todo Poderoso, deve ou não ser remetido a uma instituição psiquiátrica? (p. 87).

Será necessário que a psiquiatria possa estabelecer mecanismos de provas capazes de substituir a constatação de que a medicina clínica encontrava na observação das lesões. Será necessário poder tornar explícito aquilo que se esconde, aquilo que se oculta não no interior do corpo, nos tecidos ou órgãos, mas no interior das condutas, dos hábitos, das ações, dos antecedentes familiares, da história de vida. (p. 87).

Então, uma das funções do interrogatório é disciplinar, ato que possibilita uma atribuição de identidade, uma série de enunciados de reconhecimento do sujeito, suas condutas passadas, dados que sinalizem comportamentos ou reações anormais, e antecedentes individuais e familiares, ou seja, que representam o alongamento do corpo do sujeito inquirido, ao corpo social.

Por fim, o interrogatório, técnica privilegiada que o psiquiatra utiliza com o doente, tem duas últimas características: a primeira é estabelecer um cruzamento entre a responsabilidade e a subjetividade; a outra é a capacidade de fazer com que o doente reviva a doença no momento preciso do interrogatório, diante do saber psiquiátrico.

No primeiro caso o interrogatório procede de modo tal que as ações cometidas, as faltas que levaram ao internamento passam a ser visualizadas como sintomas da loucura. (...) cabe ao psiquiatra a confirmação final. Ele deve presenciar a enunciação da loucura sob a forma do reconhecimento, provocando a confissão: *sim, eu escuto vozes*, ou bem deve provocar o desencadeamento da doença: suscitando as alucinações, provocando a crise histérica. Trata-se, resumidamente, de gerar o enunciado confirmatório: *Sim eu sou louco* (CAPONI, 2005, p. 89).

E assim, o poder de dizer, de executar procedimentos confirmatórios da doença, está nas mãos dos psiquiatras e atualmente um pouco mais diluída entre outros profissionais. O sujeito continua não sendo ouvido e compreendido em sua existência-sofrimento, e mesmo que venha a questionar o saber médico, a ele será sujeitado, visto o poder atribuído ao saber médico:

Sobre teu sofrimento e tua singularidade, sabemos bastante coisas (de que não duvidas) para reconhecer que é uma doença; mas conhecemos bastante essa doença para saber que não podes exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Nossa ciência nos permite chamar de doença a tua loucura e, desde então, somos, nós médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em ti uma loucura que te

impede de ser um doente como os outros: serás, portanto, um doente mental (FOUCAULT, 1997, p.56)

Podemos, então, inquirir se o saber/poder constituído reafirma o poder psiquiátrico, ora hegemônico, e se perpassa na ação dos demais técnicos e na assistência terapêutica oferecida nos serviços de saúde mental.

Enfocaremos, a seguir, como a psiquiatria foi ampliando seu espaço, ao atenuar o discurso centrado na internação e doença mental, para promoção de saúde mental comunitária, o que sutilmente ofusca o objeto, mas amplia o poder de intervenção.

3.3 PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Entendemos ser necessário aprofundar, como o conceito de Saúde Mental passou a ser utilizado na psiquiatria e abrangendo a sociedade como um todo, o que posteriormente recebe o nome de psiquiatrização da sociedade.

Birman e Costa (1994), resgatam o contexto histórico em que a psiquiatria tradicional teve suas bases questionadas e criticadas como não científicas, sendo forçada a buscar novos suportes teóricos e práticos:

Como saber, enquanto disciplina teórica, na medida em que os seus fundamentos são questionados e postos em dúvida, na sua cientificidade, sendo este o fio condutor da crise, pois define o objeto que historicamente identificava a psiquiatria como tal e um novo saber que se estabelece em torno de um novo objeto. Opõem-se aqui um conflito entre Doença Mental e Saúde Mental. (p. 43).

A psiquiatria, enquanto disciplina médica, desde o surgimento no final do século XVIII, teve como foco principal a terapêutica dos distúrbios mentais, abrangendo o estudo dessas doenças e das indicações de sua instrumentalidade curativa. Porém, na modernidade, seu objeto teórico passa a ser outro: “a psiquiatria pretende-se um saber sobre a Saúde Mental, sobre as suas condições de possibilidade e sobre as formas de instaurá-las, originalmente, nos indivíduos” (Idem, 1994, p. 43).

Ocorre assim, uma radical mutação no campo epistemológico da Medicina Mental, onde seu instrumento científico sobre Doença Mental passa a ser definidor de Saúde Mental. E daí, decorre a crise a nível constitutivo, como prática clínica.

O novo objeto opera um conflito entre a nova prática exigida e a prática anterior erigida em função do antigo objeto: o psiquiatra estará numa região nebulosa, onde nem sempre existirá homogeneidade e coerência entre as suas estruturas lógico-conceituais e os seus instrumentos operacionais de realização terapêutica (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 44).

Referem os autores, que esta crise vem desde o começo do século XX, com a crise da Psiquiatria Fenomenológica na Europa e o surgimento da Psiquiatria Behaviorista americana, a qual compreendia a enfermidade mental como desadaptação social, como reação ao ambiente conflitivo. No contexto de guerra, II Grande Guerra e pós-guerra, se fundem à crise as preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica e as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, tendo como consequência a incapacidade social de produção.

No contexto desta crise surge a Psiquiatria Social como a grande novidade, o medicamento milagroso para os males da teoria e da Instituição Psiquiátrica, confundindo-se neste novo segmento histórico, homogeneamente, com a nova arrancada da Medicina Social, sinal de uma mudança mais global que envolve toda a Instituição Médica. (Idem, 1994, p. 44).

Explicam os autores, que o processo de crítica à estrutura asilar, com os movimentos diferenciados de Comunidades Terapêuticas e de Psicoterapia Institucional, posteriormente, a Psiquiatria Social torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) ou de Setor (França).

E, assim, o objeto da Psiquiatria, aos poucos, vai ganhando outra dimensão, apesar das duas formas teórico-conceituais serem díspares, mas se identificam com as condições concretas de possibilidade, isto é, “a mesma estrutura que efetiva a Psiquiatria Institucional é a que torna possível também a Psiquiatria Comunitária. O que ambas visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social” (Idem, 1994, p. 45).

No contexto de Guerra e pós-Guerra, com a introdução de novas abordagens como trabalho braçal, terapia ocupacional, psicoterapia behaviorista, psicanalista e terapias de família, “a saúde e a doença mental oscilam entre os pólos da adaptação e da desadaptação social, a psicanálise é usada fora do seu campo de validade epistemológico, como instrumento adaptativo e pedagógico, para promover a comunicação e a reeducação dos pacientes para o convívio social” (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 51).

O grupo de pacientes passa a ser uma extensão do grupo social, signo de saúde mental, na medida em que o grupo é o núcleo da vida social no espaço extra-hospitalar, sendo que a família, como integrante de grupo social maior, deve, também, ser tratada para ajudar a readequar o doente mental. Destacam, que a psiquiatria, depois de organizar os psicóticos em pequenos grupos no hospital, “avança para os microorganismos sociais e assinalará a doença

mental com um mal enraizado inicialmente na família, passando a produzir a Saúde nesta, através da sua ação normatizadora das suas inter-relações internas” (p. 52).

E assim se dá a modificação radical da perspectiva psiquiátrica, que não mais se preocupa em *curar* o doente, mas sim, adaptá-lo num grupo, a saber, “aquele que se adapte num grupo no interior da dinâmica hospitalar torna-se passível de se adaptar em qualquer grupo social que se localize no exterior do asilo” (p.51). Este passa a ser o foco da chamada Saúde Mental, ou seja, a capacidade do sujeito de integrar-se num grupo.

Nas entrelinhas deste discurso, se dá o novo objeto da Psiquiatria que é a Saúde Mental²⁶, ou seja, a essência que está mais além das aparências, nas profundezas do doente, representado a sua capacidade de trabalhar e de se comunicar num certo código, de interagir num grupo. Por isso, é necessário enfatizar as partes boas (saudáveis) do doente; “a Saúde Mental representa não uma coisa, mas uma virtualidade permanente, presente no interior de todas as individualidades e, como tal, é uma potencialidade que tem que ser descoberta para combater e sobrepor-se ao mal, que está caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social” (Idem, 1994, p. 52).

Mas este novo discurso e prática, não evitou a cronicidade dos doentes. Os altos custos com a equipe psiquiátrica e as taxas de incidência dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, e o custo à família e ao Estado eram elevados. Foram necessárias, então, novas estratégias que culminaram com a responsabilização da Comunidade e do Estado.

Assim, a Psiquiatria se aproxima da Saúde Pública e a doença mental passa a ter uma História Natural, ou seja, deve existir um agente patogênico associado a um hospedeiro, em um meio ambiente com suas determinadas características. Sendo assim, estabelece-se a assistência de acordo com o momento evolutivo, ou seja, a prevenção primária, secundária e terciária.

Psiquiatria Preventiva, Prevenção Primária, promoção da Saúde mental, o psiquiatra torna-se uma espécie de funcionário burocrático do equilíbrio comunitário. Se, inicialmente, na reforma asilar, o tratamento constituía a promoção da Saúde Mental pela busca de uma adaptação aos ideais estabelecidos para os grupos do hospital, sendo esta adaptação o critério de cura-alta, no novo contexto, busca-se, ativamente, promover a adaptação aos ideais dos grupos instituídos no espaço social, já que a desadaptação de qualquer grupo instituído

²⁶ Saúde Mental como definir este conceito? Com que parâmetros compreender e analisar? A partir de que olhar e paradigma estaremos qualificando o que são *aspectos saudáveis*? Incorremos em medir, quantificar, classificar, como no modelo asilar, como no modelo biomédico? Será possível aceitar simplesmente a loucura sem a pretensão de normalizá-la, ou torná-la saudável?

passa a ser signo de doença ou de sua possibilidade, sendo registrado no mundo do patológico. (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 56).

Para os autores, a Psiquiatria Preventiva repete a prática histórica dos higienistas do século XIX, atuando com pouco conhecimento, chamando-a de Prevenção Primária, mas o que ocorre de fato e de forma abusiva é a psiquiatrização²⁷ da vida social, com o nome de prevenção da saúde mental. O objeto da Psiquiatria transforma-se: “De cura da doença, pretende-se prevenir a sua possibilidade, mesmo que para tal inexista uma fundamentação teórica. Prevenir é promover a Saúde, identificada com promoção do ajustamento social” (Idem, 1994, p. 61).

E, se o objetivo é a Saúde, sendo esta algo tão ampla e mesmo indefinida, não é mais necessário uma definição circunscrita da terapêutica, já que qualquer um pode realizar esta tarefa.

Birman e Costa (1994), defendem que “as mudanças demandadas do sistema de assistência psiquiátrica é uma realidade que não pode ser apagada. O espaço de Medicina Mental instalou-se e é dentro dele que temos que nos movimentar, procurando tornar coerente a prática psiquiátrica com os seus pressupostos teóricos” (p. 69). Sutilmente, muda-se o discurso, utiliza-se novas categorias, novos termos, como: Saúde Mental, o que causa repulsa, visto a redução do termo, pois a saúde integral, ou simplesmente a saúde, trás em si, um conceito abrangente, de difícil construção, visto as variáveis existentes, mas com este jogo de palavras a prática da psiquiatria continua a mesma.

Entretanto, defendemos que é necessário continuar questionando o poder psiquiátrico, suas bases teóricas, ditas científicas, romper com o mandato social da psiquiatria e sua prática moralizante e medicalizadora.

Diante dos questionamentos expostos, percebemos que Basaglia rompe com o objeto da psiquiatria, pois reforça que o objeto deve ser o sujeito, o doente e não a doença que deve permanecer no foco da atenção. Porém, a psiquiatria continua exercendo seu poder terapêutico *inalterado*, ampliando e estabelecendo como *locus* de sua ação outros serviços, além do hospital.

Entendemos que não houve um romper como Laing e Cooper (1989), propuseram. A psiquiatria continua mascarando seu objeto pelas abordagens de Psiquiatria de Setor,

²⁷ Ver o questionário (anexo B) utilizado pela Escola Paulista de Medicina nesta época, citado na íntegra no livro: Do Hospício a Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental de Nelson Garcia Santos, 1994 e também por Amarante, 2003b..

Comunitária, Social e então enviesada, mesclada, com o discurso de Saúde Mental, onde sutilmente mantém seu poder inalterado.

Assim, permanece atualmente, uma psiquiatria que se diz reformada, posto que seu objeto vem sendo a Saúde Mental, num processo crescente de psiquiatrização da sociedade, mas com o poder soberano psiquiátrico diluído na atuação de outros técnicos que assumem o papel de disseminar e controlar os possíveis conflitos de desajuste social.

A antipsiquiatria, no Brasil reduziu-se à luta antimanicomial, não sendo concretizadas propostas e experiências antipsiquiátricas e outras com tal envergadura.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica vem discutindo, paralelamente, a prática psiquiátrica centrada no modelo hospitalocêntrico e a implantação de modelos substitutivos, sob fortes debates e enfretamento, provando que é possível, aos poucos, romper com o modelo asilar.

Entretanto, percebemos certa despreocupação com o poder/saber centrado na prática psiquiátrica, que ainda determina as bases do sofrimento mental, como questões morais, comportamentais, com uso excessivo medicamentoso e com a terapia centrada na doença.

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, vem sendo reconhecido e a implementação da rede de serviços substitutivos se efetivando por todo o país. Mas, mesmo diante de avanços e conquistas, não podemos nos acomodar, calar, pois o objeto, *o doente*, continua mitificado, desprovido de voz, subjugado ao poder do psiquiatra e dos técnicos. Por isso, as críticas de Foucault ao poder psiquiátrico continuam sendo um convite à análise da práxis cotidiana. Passaremos a discorrer sobre a história da Reforma psiquiátrica no Brasil.

3.4. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Olhando a história da chamada Saúde Mental no Brasil, não podemos desconsiderar o desenvolvimento da nação e seus períodos de província, colônia, país periférico, *capitalismo tardio*, *Welfare State*, enfim, o movimento histórico da construção e avanços do capitalismo com seus conflitos e contradições.

Freire Costa (1987), aponta que o louco foi para a ciência brasileira o outro da razão, e, “em função disso criaram-se estratégias e táticas para lidar com esse outro que não se conformava ao ideário racional burguês (...) Essa situação absolutamente abastardada e

sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser o portador dos três *ps*, pobre, psicótico e preto” (p. 48).

Amarante (1994), relata que a história da psiquiatria brasileira é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização (p. 74). Aponta, que a loucura passa a ser objeto de intervenção do Estado quando a família real vem para o Brasil, em 1808, sendo que em 1830 “uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico dos loucos na cidade” (p. 75), que passam a ser considerados doentes mentais e recebem como tratamento o asilamento e reclusão, nos hospício e nas colônias de alienados.

O louco é tido como a ralé, e foram encontrados entre os miseráveis, os marginais, “os pobres de toda sorte de párias, e ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, *degenerados*, perigosos em geral para a ordem pública e retirantes, que de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar o título de doença mental” (AMARANTE, 1994, p.75).

Luz (1994), faz sua análise histórica, enfocando o que há de comum entre as epidemias e a loucura. Explicita que ambas atuam com a mesma força, apesar de não se provar que a loucura pode ser contagiosa, mas afeta as classes superiores e inferiores, por isso o Estado passa a intervir porque a loucura também é um problema de Saúde Pública, relatando que:

A segunda metade do século, sobretudo depois de 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, tornando-as sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar. Sem falar neste nascente operariado, amontado em cortiços, casa de cômodos e malocas, armazenamento em si, prontos para disseminá-lo, os germes da doença e da morte, e, no entanto, necessários para movimentar as alavancas da indústria (p. 91).

A discussão das instituições, vai produzindo o discurso sobre a cidade, o meio ambiente urbano, a estrutura sanitária das metrópoles e a habitação. Seriam essas as causas das moléstias tanto físicas como mentais, e é neste contexto, que se dá a unificação dos departamentos, serviços e a centralização de decisões nas mãos dos especialistas, isto é, dos médicos, dos engenheiros sanitários, dos psiquiatras, e assim se organizam os primeiros hospícios e colônias. Ressalta a autora, que a maior preocupação é com a loucura e não com o louco; “ao louco, como o hospício, atribui-se status, uma identidade institucional. À ordem

subtrai-se o problema de discutir, sua origem. Subtrai-se, portanto, à sociedade, a discussão das condições de surgimento do distúrbio psíquico” (LUZ, 1994, p. 92).

A política sanitária, não dá conta de expurgar as doenças, e o combate acontece através de campanhas. Os psiquiatras não desistem e procuram o germe físico da loucura, não o encontram, mas conhecem o germe moral da loucura, propondo soluções eugênicas, “educar e reeducar a sociedade, formar-lhe sentimentos nobres e apontar-lhes a reta prática do dever no trabalho, na família, no exército, na escola, se estas instituições não conseguirem dobrar a índole do indivíduo então, aí sim, o hospício poderá contê-los e tentar sua reforma” (LUZ, 1994, p. 93).

E assim, seguem os avanços na legitimação da psiquiatria, em 1930, conforme Amarante (1994), “a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardizólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vêm substituir ou a malarioterapia, ou o descabido empirismo” (p. 78).

Luz (1994), salienta que as condições de vida são péssimas, como em todas as sociedades sob a égide do capitalismo industrial e faz uma pergunta se parece que melhorou atualmente: “A cada novo patamar de acumulação, as mesmas condições se repetem; com as novidades apontadas pelo tempo e pela tecnologia, é verdade, mas o sofrimento desses segmentos tem sido o mesmo” (p. 92).

E faz crítica à estrutura da política de saúde, que a cada nova conjuntura continua centralizada, concentradora de poder nas mãos do agente institucional qualificado, verticalizada, intervencionista e campanhaista. A loucura continua a mesma, constata-se a incapacidade “absoluta de reforma ou recuperação do louco pelo hospital, mas por outras novas preocupações preventistas no campo de Saúde Pública” (LUZ, 1994, p. 93).

Tanto o discurso organicista quanto o preventivista, não foram eficientes. As mazelas sofridas pelos portadores continuaram severas; houve muita disputa de poder, muito recurso destinado aos hospitais privados e muito lucro gerado aos laboratórios farmacêuticos, que produziam os milagrosos medicamentos. Luz ainda ressalta que: “a barbaridade dos métodos asilares desde então denunciada, sua falência como discurso, a ineficiência do isolamento, da exclusão social da loucura, é analisada e questionada” (Idem, 1994, p. 94).

Costa (1989), aponta o outro discurso, o psicoterápico voltado às demandas da medicina privada, dos consultórios visando a família e a normalização e esclarece: “as teorias psicoterápicas respondiam a essa necessidade de moralização das camadas urbanas, em seus

setores abastados. Aos pobres a prevenção, aos ricos ou remediados, a psicoterapia” (p. 52). Luz (1994) analisando com o mesmo enfoque relata que:

O papel mais *orientador*, persuasivo, desses novos discursos e práticas não está menos ligado, entretanto, ao Estado que o discurso/prática psiquiátrica asilar. Se tem um aspecto mais predominantemente repressivo, os outros tem um aspecto positivo de organizadores do espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual da dominação. Seu papel é muito mais estratégico face à hegemonia que a repressão excludente do hospital. Trata-se agora não mais de incluir pela marginalização. O controle psicossocial muda a natureza: trata-se de organizar, de planificar, para incluir na ordem política (p. 94).

A experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica, então recebe a influência da experiência francesa (Pinel), alemã (Kraepelin – Juliano Moreira) e, a partir da década de 1970, a influência mais forte foi a experiência italiana, na pessoa de Franco Basaglia.

No ano de 1978, foi aprovada a Lei 189 – Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana – conhecida como Lei Basaglia. Ele veio ao Brasil e cooperou com os primeiros momentos de luta do movimento de profissionais, incentivou o processo de reforma, participou e realizou várias visitas a hospitais, reuniões e debates. Marcou presença e deu seu prestígio no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que aconteceu no Rio de Janeiro, naquele ano, juntamente com outros críticos internacionais como: Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman (Amarante, 2003b).

Posteriormente, Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel, dentre outros, participaram do II Encontro Latino-Americano da Rede²⁸ realizado em Belo Horizonte – MG em 1983, onde discutiram com o Movimento da Luta Antimanicomial, contribuindo com as experiências de Gorizia e Trieste - Itália.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, datada pelos estudiosos do assunto²⁹ como sendo na década de 1970, traz em seu bojo a possibilidade de transformação, pois tudo o que é socialmente construído pode ser reconstruído e é com essa perspectiva que os trabalhadores denunciam o modelo asilar de atendimento, a gestão financeira e as precárias condições de trabalho.

A concepção de Reforma Psiquiátrica, sofre a influência das experiências acumuladas, descritas anteriormente, e que ocorrem na Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália e têm um marco fortalecido pela luta social de democratização do país. Por isso, é

²⁸ A Rede Internacional de Alternativas a Psiquiatria, era composta de profissionais e intelectuais progressistas de vários países, cujo objetivo central era promover a integração de movimentos, práticas e teorias diversas no Campo de Saúde Mental, surgiu em Bruxelas no ano de 1975 (AMARANTE, 2003 b, p. 82).

considerada uma Reforma em movimento, um *processo social complexo*, processo em construção permanente (Amarante, 2003), contando com a participação de diversos autores sociais que lutam em defesa da ética e da cidadania, tendo o sujeito portador de sofrimento mental como seu protagonista principal.

As críticas vão amadurecendo, e ao movimento de Reforma Psiquiátrica soma-se o movimento da Reforma Sanitária, e aos movimentos sociais pela constituinte e pela democratização do país, discutindo-se amplamente os direitos dos cidadãos como um todo.

Convém ainda, destacar o contexto brasileiro da ditadura militar, de luta acirrada pela democratização, tendo a participação efetiva de vários movimentos sociais, e seu auge no processo que culminou com a Constituição Federal de 1988, chamada de Constituição Cidadã, dando abertura à consolidação de leis como as do Sistema Único de Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Assistência Social, entre outras.

A Reforma Psiquiátrica tem como eixo principal o resgate da cidadania do portador de sofrimento mental. O desafio paradoxal da cidadania interdita. A crítica ao asilo amplia-se, buscando não focalizar somente os aspectos da humanização e aperfeiçoamento das técnicas, mas incidindo sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e de controle.

Amarante (2003b), defende que os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica brasileira são a inclusão, a solidariedade e a cidadania (p. 58), e que se espera romper com o estigma de compreender o louco como o tutelado, indesejável e dependente.

Quanto à abrangência da Reforma Psiquiátrica, enquanto *processo social complexo*, o autor refere que há 04 dimensões³⁰ que devem ser compreendidas por: dimensão teórico-conceitual; dimensão sociocultural; dimensão técnico-assistencial e dimensão jurídico-política. São dimensões que estão imbricadas e são simultâneas no todo deste movimento, ou seja, processo social complexo. Então, a reforma propõe que o louco não é uma pessoa sem razão e sem juízo, mas sim um sujeito, e a psiquiatria “é apenas uma disciplina, dentre tantas outras, que pode contribuir parcialmente para explicar e intervir sobre o fenômeno da loucura” (p.61).

Segundo Tenório (2002), a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como “marca distintiva e fundamental o reclame da cidadania do louco. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundamental e organizador deste processo, está em que a

²⁹ Ver Paulo Amarante e Eduardo Vasconcelos.

³⁰ Ver as contribuições de Costa-Rosa, Luzio e Yasui, Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em

reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (p. 08).

Este autor ainda defende que a referida reforma tem peculiaridades que exigem uma adjetivação precisa, sendo considerada um processo histórico de formulação crítica e prática, e que tem como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Para ele, o movimento atual da reforma, nasceu do reclame da cidadania do louco, e desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como “valor fundante e organizador deste processo está em que, a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico”, e é obra de atores muito diferentes entre si, “embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos” (Idem, 2002. p. 29).

Amarante (1994), ressalta que em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o tema *Por uma Sociedade sem Manicômios*, o que remete para a sociedade em fase de constituinte a discussão sobre loucura, a doença mental e a psiquiatria³¹ (p. 81).

O projeto de Lei Federal 3657/89, propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, promovendo um grande debate sobre a psiquiatria, realmente inédito, sendo discutido por amplos setores sociais.

Vasconcelos (2000), explana de maneira profunda a organização e avanços na expansão e formalização do Modelo Sanitarista, na implementação das Ações Integradas de Saúde e do Sistema Único de Saúde. Com o levantamento da bandeira - *Por uma Sociedade Sem Manicômios* - se acirra a luta, efetivamente, pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Como destaca, “não há dúvidas de que esse período foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças da história das políticas de Saúde Mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e colocando o país *pari passu* aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica” (p. 27).

Saúde Mental Coletiva, em Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, 2003.

³¹ Ver discussão documentada no livro *Saúde Mental e Cidadania*, que relata a experiência do II Congresso de

Os avanços no planejamento da política de Saúde Mental, apontam para saberes e técnicas, que se dizem terapêuticas. E assim, podemos verificar que o questionamento referente à hegemonia da psiquiatria, tem nos levado a busca pela desinstitucionalização, como relatam Giovanella e Amarante (1994):

(...) quando se trata de estratégias para o planejamento em saúde mental, não bastam as medidas racionalizadoras, de princípios de boa gestão administrativa, de diagnóstico comunitário, de hierarquização, de descentralização de serviços. De regionalização, de sistemas de referência e contra-referência, de participação comunitária e assim por diante, se não se operam mudanças na natureza do saber que exercita no que se está conceituando como ato de saúde (p. 139).

As conquistas legais são fundamentais, porém, enquanto a Lei Paulo Delgado não foi aprovada, pois tramitou 12 anos no Congresso Nacional, algumas experiências foram colocadas em prática e surgem os primeiros serviços substitutivos à internação psiquiátrica: os NAPS/CAPS, que com sucesso, não sem agruras, vão sinalizando caminhos efetivos e viáveis, consolidando a proposta de *Incluir sim, excluir não e Por uma sociedade sem manicômios*.

Diante da implementação da nova regulamentação da Lei Federal 10216/2001 - Lei Paulo Delgado, amplia-se um pouco mais a visão, o olhar sobre o ser sujeito que sofre e que é identificado como portador de sofrimento mental, versando, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental.

Defendemos que a pessoa acometida por sofrimento mental é um sujeito histórico que constrói sua história, conforme explica Heller (1992): “a historicidade não é apenas alguma coisa que acontece conosco, uma mera propensão, na qual nos metemos como quem veste uma roupa. Nós somos historicidade; somos tempo e espaço” (p. 13 -15).

Portanto, é fundamental o resgate do lugar do sujeito protagonista que deixa de ser sujeito alienado, e que tem nas organizações de usuários e movimentos sociais, as conquistas mais significativas.

A análise de conjuntura econômica, política, social e cultural, sob a influência da globalização, do mercado financeiro, dos ditames dos blocos e grupos poderosos, os quais vendem seus fetiches, enquanto as condições sociais da população estão cada vez mais precárias, como cita Vasconcellos (2000), “constituímos sociedades de capitalismo periférico,

com políticas sociais pobres e segmentadas, com forte perfil de exploração e desigualdade entre as classes e grupos sociais, e bens materiais e serviços sociais básicos” (p. 76).

Em meio ao caos social e econômico que atravessa nosso país, o processo de reforma psiquiátrica vem resistindo, há implementações legais, organizações de serviços substitutivos, organização de usuários e familiares e outros segmentos da sociedade que fortalecem os embates por uma *Sociedade sem Manicômios*, buscando um outro *lugar* social para a *loucura*.

Buscamos então, compreender de que modo se articulam os discursos dos diferentes atores sociais envolvidos com esse *processo social complexo* de reforma psiquiátrica em Joinville-SC.

Situamos, na sequência, a pergunta de pesquisa e seus objetivos e o caminho metodológico escolhido.

4. PERGUNTA DE PESQUISA

De que modo se articulam os discursos entre os diferentes atores sociais (equipe de saúde mental, usuários dos serviços) que interagem no processo de Reforma Psiquiátrica no município de Joinville?

4.1. OBJETIVOS

4.1.1 Objetivo Geral

- Analisar como se articulam os discursos dos atores sociais nos Serviços de Saúde Mental, envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica no município de Joinville.

4.1.2 Objetivos Específicos

- Investigar e inquirir o papel da psiquiatria e do diagnóstico psiquiátrico, destacando de que modo eles continuam sendo articulados nos diversos discursos dos profissionais e dos usuários.

- Verificar se o saber/poder da psiquiatria, diluído entre as outras áreas técnicas, para hegemônico ou apresenta sinais de mudança.

- Verificar se a dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica é compreendida pelos profissionais e usuários.

- Descrever e situar os discursos dos atores sociais no processo denominado de Reforma Psiquiátrica em Joinville.

- Analisar se existe confrontação ou complementaridade entre as práticas e os discursos da equipe de saúde e do médico psiquiatra.

4.2 HIPÓTESE

Entre os discursos que se articulam nos novos espaços e serviços de atenção psicossocial da Saúde Mental (pós-Reforma Psiquiátrica) o saber/poder psiquiátrico (diagnóstico e terapêutica) ainda continua hegemônico.

5. OS CAMINHOS METODOLÓGICOS

A realização desta pesquisa, *A construção do discurso dos atores sociais envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica: um estudo do município de Joinville - SC*, aconteceu sob o enfoque da pesquisa qualitativa visto a valorização e ressignificação da fala, do sujeito histórico, seja ele usuário dos serviços de atenção psicossocial ou profissional da Saúde Mental.

Considerando que a história é construída por sujeitos históricos em constante transformação e movimento, este método nos ajudará a analisar as interlocuções que vêm sendo realizadas por profissionais e usuários no contexto e no processo da luta pela Reforma Psiquiátrica em Joinville. Ressalta Minayo (2000) “o caráter total de existência humana e da ligação indissolúvel entre história dos fatos econômicos e sociais e a história da idéias, que tem a base material como determinante da produção da consciência” (p. 70).

O agravamento das condições de vida, de grande contingente da população, a realidade em seus conflitos e contradições aponta que a luta por saúde faz parte da consciência social. Realizar a pesquisa considerando seus aspectos dialéticos e hermenêuticos é relevante para a Saúde Pública, pois possibilita um olhar mais atento, e profundo de como vem se dando as relações e os discursos entre os atores sociais envolvidos no processo Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, aprofundar temas que perpassam a categoria saúde/doença nos leva a reconhecer que as relações sociais são socialmente construídas como explica Minayo (2000),

Que saúde/doença passam a ser tratadas não como categorias a-históricas, mas como processo fundamentado na base material de sua produção e com as características biológicas e culturais com que se manifestam. São vistas como manifestações tanto nos indivíduos como no coletivo, de formas particulares de articulação do processo biológicos e sociais no processo de reprodução (p. 76).

O levantamento bibliográfico para embasamento teórico foi essencial para dar sustentação a esta pesquisa. Realizamos levantamento documental dos prontuários do CAD e fichas de acolhimento do Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS), para identificar categorias possíveis: loucura, doença mental, psiquiatria, sintomas, diagnóstico, terapêutica, as quais fazem correlação com o tema e são fundamentais nesta pesquisa.

A pesquisa foi realizada com os atores sociais (profissionais e usuários) do município de Joinville - SC, local onde estamos inseridos como trabalhador da área de saúde,

dentro de um serviço substitutivo a internação psiquiátrica, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde e Reforma Psiquiátrica, CAPS II, conhecido por Centro de Atenção Diária *Nossa Casa*.

A perspectiva metodológica voltada para a *pesquisa qualitativa* teve como foco principal o trazer a tona o discurso dos atores sociais envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica em Joinville.

Por *atores sociais* entendemos ser aqueles que tiveram uma participação direta ou indireta no processo até então construído, representantes das categorias profissionais, e pela utilização dos serviços e controle social realizado.

Destacamos que o projeto de pesquisa, conforme estabelecido pelas Resoluções 196/1996 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido a avaliação da Comitê em Pesquisa com Seres Humanos de Ética da UFSC, sob o protocolo de Nº 087/2005, sendo aprovado em seus termos, em maio de 2005 (Anexo C).

Buscando conhecer o *campo de pesquisa* e onde estão inseridos os atores sociais (profissionais e usuários) tecemos um tópico específico sobre a contextualização da saúde mental no município.

O *trabalho de campo* foi riquíssimo em trocas sociais e sua abrangência ampliou os conhecimentos da autora do trabalho sobre a trajetória da Saúde Mental desse município.

A entrada no campo de pesquisa foi consentida pela Secretária Municipal de Saúde³², e a aproximação com os atores sociais facilitada, visto este consentimento, pois os primeiros contatos para agendamento de horário e explicação dos objetivos da pesquisa aconteceu no ambiente de trabalho.

Apontamos como vantagens neste processo de pesquisa o conhecimento e contato com os usuários, com os profissionais, e os serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Considerávamos que tal proximidade e conhecimento poderia ser um complicador, e trazer alguma dificuldade de exposição da compreensão/percepção, por ser a pesquisadora integrante do processo. Mas não houve nenhuma manifestação neste sentido, a não ser uma entrevistada por estar em estágio probatório demonstrou receio por suas críticas, que poderiam vir a ser compreendidas como não construtivas. O que resolvemos com esclarecimentos e garantindo o sigilo.

³² Conforme ofício remetido em abril de 2004, arquivado no CAD.

A abordagem técnica utilizada como *instrumento para a coleta de dados* foi a *entrevista* com perguntas abertas e roteiro pré-estabelecido (Apêndice A e B), pois possibilita a participação comunicativa e aberta, permitindo o falar da percepção, da vivência e da práxis, como explica Minayo (2000) deve ser orientador de uma “conversa com finalidade, deve ser o facilitador da abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (p. 99).

Outro instrumento de participação direta, que pensamos utilizar foi o grupo focal, o qual diversifica na participação, tendo papel complementar às entrevistas individuais, pois os atores sociais da pesquisa poderiam enfatizar aspectos que julgassem relevantes, “para se perceber a realização da interação individual e grupal” e também pode levar a um “aprofundamento sucessivo, em várias sessões, tomando um caráter substantivo na pesquisa” (MINAYO, 2000, p. 101). As entrevistas com grupos focais podem ser utilizadas em todas as fases de um trabalho de investigação “é possível também que se tomem às discussões em grupo como o instrumento principal de abordagem da pesquisa” (p. 101).

Corroboramos com Gaskell (2002) quando refere que o entrevistado possui papel central no palco, relatando sua história, sua compreensão de mundo, sendo fascinante ouvir a narrativa em construção “talvez seja apenas falando que nós podemos saber o que pensamos” (p.75). Refere que o “objetivo do grupo focal é estimular os participantes a falar e a reagir aquilo que outras pessoas no grupo dizem. É uma interação social mais autêntica do que a entrevista em profundidade (...) pode gerar diferentes pontos de vistas, humor, emoção, espontaneidade, e intuições criativas” (p.75).

Pensávamos em utilizar estes dois instrumentos, mas, entretanto, no decorrer das entrevistas individuais, visto a fluidez das mesmas e a escassez de tempo, não utilizamos a abordagem de grupo focal. O que lamentamos, mas as entrevistas individuais se mostraram ricas em detalhes e dados significativos.

Para *seleção dos usuários* utilizamos os dados disponíveis no CAD, no período entre 2002 a 2004, como prontuários, livro de registro e estatísticas, que apontam entrada e saída dos usuários, diagnóstico, e que outros tratamentos e serviços estão inseridos no momento.

A seleção dos usuários foi delimitada respeitando os seguintes critérios: ter sido submetido à internação psiquiátrica asilar, ter recebido diagnóstico psiquiátrico a mais de 15 anos, ter vivenciado o tratamento em serviços substitutivos e rede social (CAD, Serviços Organizados de Inclusão Social-SOIS, Associação de Recuperação para o Trabalho-REPART). A partir destes critérios a escolha foi intencional, priorizamos os usuários que

tinham vínculo e alguma proximidade com a autora do trabalho, visto o suporte garantido, caso fosse necessário uma intervenção terapêutica.

Quanto à *seleção dos técnicos/profissionais*, os critérios foram os seguintes: ter tido atuação em hospital psiquiátrico e/ou serviços substitutivos, representação das diversas áreas de atuação profissional das equipes de Saúde Mental e do CAD de Joinville, ou seja, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, técnico de enfermagem, médico-psiquiatra, agente de saúde e farmacêutico. Os quais foram listados e sorteados aleatoriamente, respeitando a representação dos serviços de atenção psicossocial (CAD, SOIS, PAPS, Regionais de Saúde). Procuramos priorizar um profissional por categoria de atuação e julgamos importante saber quanto tempo de trabalho na rede e ocupação para sabermos de que lugar se dava a interlocução narrativa do sujeito entrevistado.

Ao total foram realizadas 10 entrevistas abertas, 07 com profissionais e 03 com usuários, com as quais julgamos ter alcançado excelente coleta de dados, visto o extenso material colhido.

A seguir, elaboramos o perfil destes profissionais e usuários para melhor situar o leitor.

<i>PERFIL DOS PROFISSIONAIS</i>			
Nome Fictício	Ocupação	Tempo de trabalho	Vínculo
Acácia	Psicóloga	+10 anos	Concurso
Amália	Agente de Saúde	1 a 3 anos	Concurso
Camila	Terapeuta Ocupacional	+10 anos	Concurso
Cleo	Psiquiatra	1 a 3 anos	Concurso
Geraldo	Psiquiatra	+10 anos	Concurso
Kely	Assistente Social	-10 anos	Concurso
Suzana	Coordenação	+15 anos	Concurso

<i>PERFIL DOS USUÁRIOS</i>					
Nome Fictício	Idade	Ocupação	Sustento	Internação	Atendimento atual
Augusto	51 anos	Aposentado	1 SM – INSS	+15 X	SOIS/Regional de Saúde
Débora	38 anos	Vendedora	1SM – INSS Auxílio doença	+ 15 X	Regional de Saúde/REPART
Rosa	54 anos	Aposentada	1SM – INSS	15 X	CAD/SOIS

LEGENDA:

- Serviços Substitutivos:CAD, PAPS, SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social).
- REPART: Associação de Recuperação para o Trabalho – Usuários/familiares/técnicos.
- Regionais de Saúde: Sede regional com área adscrita – atenção básica.

Todos os entrevistados permitiram que os dados fossem gravados, transcritos, revistos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, cientes que suas falas e considerações serão analisadas e posteriormente divulgadas (Apêndice C e D).

No momento da realização das entrevistas utilizamos a técnica do observador-como-participante, a qual faz parte da observação participante, “trata-se de observação quase formal, em curto espaço de tempo e suas limitações advém desse contato bastante superficial” (MINAYO, 2000, p. 142). O que ficou mesclado com a observação participante visto alguns entrevistados sinalizarem nossa participação em situações de atendimentos e nas trocas profissionais. Podemos destacar que as observações realizadas, aguçaram a percepção da autora e contribuíram com dados relevantes na realização desta pesquisa.

Destacamos que o processo de realização das entrevistas foram momentos de trocas riquíssimas, a diversidade de atores sociais, a abertura ao tema, os risos freqüentes em determinadas perguntas, o estar à vontade com a pesquisadora, sendo a recíproca verdadeira. O estar implicado na área em questão sinalizando críticas, o cansaço e desgaste nos embates e o desejo de alguns em permanecer na defesa da Saúde com um direito. Mesmo os que estão mais recentemente nesta área demonstram simpatia, e desejo de permanecer.

Salientamos que a recepcionalidade dos entrevistados foi marcante, contribuíram com aquilo que pensam, vivenciam e produzem enquanto trabalhadores e usuários do sistema.

O tempo de envolvimento, lugar social, papel profissional e expectativas demonstraram que os profissionais envolvidos nesta causa são muito mais que meros expectantes e que refletir a práxis exige olhar atento e ético para a função que exerce, enquanto trabalhadores dentro da divisão social e técnica do trabalho.

Quanto aos usuários priorizamos os que estavam em atendimento no CAD SOIS e REPART. Ressaltamos que o vínculo com a autora do trabalho facilitou a participação deles, foram receptivos e prontamente participaram. Em uma situação o entrevistado julgando poder contribuir e esclarecer mais suas opiniões, escreveu de próprio punho algumas considerações e trouxe a autora do trabalho. Em outra situação, os diálogos foram retomados visto falha na gravação.

Convém, ressaltar que quando iniciávamos o diálogo com os profissionais indagando-os sobre a compreensão que tinham da *loucura*, as primeiras expressões foram de risos, questionamentos, inflexões faciais, dúvidas, receios. Alguns assumiram a dificuldade de falar a respeito, outros tentaram explicar dando exemplos e por alguns segundos o silêncio venceu a maioria.

Analisando a transcrição de cada entrevista, depois de submetida à apreciação de cada entrevistado com a devida assinatura de consentimento, definimos as categorias principais: loucura, doença mental, reforma psiquiátrica, trabalho em equipe, papel do psiquiatra, diagnóstico, terapêutica, entre outras. E dentre o discurso geral, pinçamos alguns recortes e os colocamos em quadros, para facilitar a identificação dos discursos contidos e sua análise. Posteriormente, recortes deles foram citados nos artigos elaborados.

Esta fase da pesquisa nos deu muito trabalho, tomou muito tempo, mas optamos por digitar pessoalmente cada entrevista, ler e reler várias vezes, ouvir e confirmar a escrita respeitando os silêncios, jeito de falar, pausa, risos, caretas, interferências. Mas diante da proposta de fazer o artigo, precisamos suprimir certas repetições que não influem no sentido na frase, pois são características pessoais como: né, assim, tá, assim como, entende, aaaah, ehhhh, os quais foram retirados das falas citadas. Entendemos que tal procedimento não obstrui análise de discurso na medida que o todo do contexto inserido manteve-se preservado.

Utilizamos transcrição direta destes recortes de discursos utilizados nos 02 artigos que desenvolvemos, os quais seguem as normas propostas pelas revistas às quais serão submetidos.

Para a *análise dos dados* entendemos que o instrumento análise de discurso possibilita trazer à tona o discurso, o sentido, a intenção e a ideologia do sujeito que fala.

Gill (2002) ressalta que o pesquisador deve ter uma postura crítica com respeito ao conhecimento dado, aceito sem discussão, que as maneiras de compreensão do mundo são históricas e culturalmente específicas e relativas. E que a construção social das pessoas, fenômenos ou problemas estão ligados a ações/práticas “a convicção de que o conhecimento é socialmente construído, isto é, que nossas maneiras de compreender o mundo são determinadas não pela natureza de mundo em si mesmo, mas pelos processos sociais” (p. 245).

Corroboramos com o autor e aprofundamos nosso conhecimento sobre a técnica referente à análise de discurso, considerando sua abrangência, vantagens e desvantagens.

A análise de discurso não trata da língua ou gramática, embora sejam importantes, trata do discurso, que etiológicamente traz o sentido, a idéia de curso, de percurso, de correr por, de movimento.

Para Orlandi (2000) o discurso é a palavra em movimento, observá-se o homem falando: “na análise de discurso procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto

trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história” (p. 15).

O homem fala, usa da língua como símbolos cheio de sentido e significados e não como um sistema abstrato, por isso a língua no mundo, com suas maneiras diferentes de comunicar a produção de sentidos, enquanto parte de suas vidas, sujeitos e membros de determinada comunidade, “(...) os estudos discursivos visam pensar o sentido dimensionado no tempo e no espaço das práticas do homem, descentrando a noção de sujeito e relativizando a autonomia do objeto da lingüística” (ORLANDI, 2000, p. 16).

Procura-se não extrair o sentido do texto, dizer o que o texto diz, mas saber como o texto significa, que ideologia traz em si? A análise de discurso “produz um conhecimento a partir do próprio texto, porque o vê como tendo uma materialidade simbólica própria e significativa, como tendo uma espessura semântica: ela o concebe em sua discursividade” (p.18). Sendo assim, as palavras simples do nosso cotidiano já chegam até nós carregadas de sentidos que não sabemos como se constituíram e que no entanto, significam em nós e para nós (p. 20).

Orlandi (2000) esclarece que a noção de discurso, em sua definição se distânciava do esquema conhecido de comunicação o emissor, o receptor e o código, e sua pretensa linearidade seqüencial, assim, “temos um complexo processo de constituição destes sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação. São processo de identificação do sujeito, de argumentação, de subjetivação, de construção da realidade” (p. 21). A linguagem só faz sentido porque se inscreve na história e o discurso é efeito de sentidos entre locutores.

A análise de discurso visa compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando assim, os próprios gestos de interpretação que ela considera como atos no domínio simbólico, pois eles intervêm no real do sentido. A análise de discurso não estaciona na interpretação, trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação (p. 26).

Então, se busca a compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos, mas cabe ao analista a formulação da questão que desencadeia a análise, “o que define a forma do dispositivo analítico é a questão posta pela analista, a natureza do material que analisa e a finalidade da análise” (p.27).

A autora destaca que depende do analista, da pergunta e referencial teórico em que se embasa.

Gostaríamos de acrescentar que como a pergunta é de responsabilidade do pesquisador, é essa responsabilidade que organiza sua relação com o discurso, levando-o à construção de *seu* dispositivo analítico optando pela mobilização desses ou aqueles conceitos, esse ou aquele procedimento, com os quais ele se compromete na resolução de sua questão. Portanto, sua prática de leitura, seu trabalho com a interpretação tem a forma de seu dispositivo analítico (ORLANDI, 2000, p.27)

Falamos com palavras já ditas, a cada palavra dita mexemos com a rede de filiação dos sentidos que os sujeitos fazem seus caminhos, os sentidos se movimentam e se significam, por isso não existe um discurso pronto e acabado; diz, a autora, “que a incompletude é a condição da linguagem: nem os sujeitos nem os sentidos, logo, nem o discurso, já estão prontos e acabados. Eles estão sempre se fazendo, havendo um trabalho contínuo um movimento constante do simbólico e da história” (p.37).

Todo o dizer é ideologicamente marcado, é na língua que a ideologia se materializa, num espaço regido pela simbolização das relações de poder “como dissemos, o discurso é o lugar do trabalho da língua e da ideologia” (p. 38). Logo, deve-se observar de que lugar fala este sujeito, que papel ocupa e como se posiciona frente ao seu interlocutor e o que ele também representa, e que imagens de poder fazem um do outro, pois são socialmente construídas. Salienta, “O imaginário faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Ele é eficaz. Ele não *brota* do nada: assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder” (p. 42).

A autora reforça que um dos pontos fortes da análise de discurso “é re-significar a noção de ideologia a partir da consideração de linguagem” (p45), pois não existe sujeito sem história, nem discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia.

Então, toda interpretação é regulada em suas possibilidades, em suas condições, não sendo mero gesto de decodificação, ou apreensão de sentidos. Deve-se considerar que “nem a linguagem, nem os sentidos, nem mesmos os sujeitos são transparentes: eles têm sua materialidade e se constituem em processo em que a língua, a história e a ideologia concorrem conjuntamente” (p. 48).

O analista deve poder explicitar os processos de identificação pela sua análise, falamos a mesma língua, mas falamos diferente, ou “ele não reflete, mas situa, compreende o

movimento da interpretação inscrito no objeto simbólico que é seu alvo. Ele pode contemplar (teorizar) e expor (descrever) os efeitos da interpretação” (p. 60).

Orlandi (2000) explica como se dá o processo de análise, observar o modo de construção, a estruturação, o modo de circulação e os diferentes gestos de leitura, que constituem os sentidos do texto, recorte submetido à análise.

Nosso ponto de partida é o de que a análise de discurso visa compreender como um objeto simbólico produz sentido. A transformação da superfície lingüística em um objeto discursivo é o primeiro passo para essa compreensão. Inicia-se o trabalho da análise pela configuração do corpus, delineando-se seus limites, fazendo recorte, na medida mesma em que se vai incidindo um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções, pois a análise de discurso tem um procedimento que demanda um ir-e-vir constante entre a teoria, consulta ao corpus e análise. Esse procedimento dá-se ao longo de todo o trabalho (p. 66).

Ela enfatiza, que não é sobre o texto que o analista deve falar ao terminar sua análise, mas, sim sobre o discurso, “o que temos como produto da análise é a compreensão dos processos de produção de sentidos e de constituição dos sujeitos em suas posições” (p. 72). Mas sempre se questionando: “quem são estes sujeitos? Que posição material ocupam estes sujeitos? Que efeitos de sentidos são produzidos, que propriedades estão sendo constituídas (atribuídas) para os leitores?” (p.81).

Necessário, então, compreender que não se atravessa o texto para extrair, atrás dele, um conteúdo. “Paramos em sua materialidade discursiva para compreender como os sentidos – e os sujeitos – nele se constituem e a seus interlocutores, como efeito de sentidos filiados a redes de significação” (ORLANDI, 2000, p. 91).

Desenvolvemos esta pesquisa centrados no enfoque de pesquisa qualitativa, dialética, pois o sujeito histórico é cheio de significados, de movimento, que constroem a história participando ativamente nela “Esse o objeto que é sujeito se recusa a peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com a própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com a problematização da ação humana que constrói a história. É um desafio na busca de caminhos” (MINAYO, 2000, p. 36).

E assim, analisamos a construção do discurso destes sujeitos que de algum modo estão envolvidos com o *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica. Por ser um Estudo de Caso do município de Joinville - SC, podemos extrapolar os resultados achados, revelando uma fotografia geral da realidade, dos demais municípios, que implementam essa reforma. Apresentaremos os resultados em artigos, como seguem.

6. RESULTADOS DA PESQUISA APRESENTADOS EM 02 ARTIGOS

6.1 ARTIGO 01:

DISCURSOS POSSÍVEIS: FRAGMENTOS DO PENSAR E DO AGIR DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS COM O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO SOBRE O MUNICÍPIO DE JOINVILLE – SC.

BUENO, Maria Lúcia da Silva³³

CAPONI, Sandra³⁴

RESUMO

Introdução: A conjuntura social e política promovida pelo neoliberalismo, globalização da economia, e desmonte das políticas públicas vem refletindo diretamente sobre a Saúde Mental da população. A Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento de Luta Antimanicomial sinalizam que é possível romper com o modelo asilar, e garantir o protagonismo do sujeito que sofre. O saber/poder psiquiátrico tem imprimido o estigma do louco da desrazão, por isso a fala e o pensamento são tidos como meros discursos vazios. Porém, com o processo de Reforma Psiquiátrica tem-se devolvido ao portador de sofrimento mental o direito a fala/expressão, o resgate de seus direitos outrora seqüestrados, enfim a cidadania possível.

Objetivo: Descrever e situar o discurso dos atores sociais envolvidos no processo de Reforma Psiquiátrica em Joinville - SC. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada por entrevista aberta com roteiro semi-estruturado, utilizando para análise dos dados a perspectiva da análise de discurso. **Conclusão:** Constatamos que há efetivação desta proposta em Joinville, mas os discursos e práticas dos atores sociais envolvidos, principalmente dos técnicos, necessitam ser elucidados, compreendidos e desvelados, pois na práxis cotidiana se constrói o saber/poder. Os discursos utilizados trazem considerações e críticas pontuais, ora são mais polêmicos e políticos, ora são mais conservadores e tradicionais, revelando que um novo espaço vem sendo ocupado, mas as bases científicas do poder/saber psiquiátrico continuam hegemônicas.

Palavras Chave: Reforma Psiquiátrica, Diagnóstico e Discursos

³³ Assistente Social. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. e-mail: lucia.bueno@ig.com.br.

³⁴ Doutora em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas – SP. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. e-mail: sandracaponi@newsite.com.br

ABSTRACT

POSSIBLE SPEECHES: FRAGMENTS OF THINKING AND ACTING OF THE INVOLVED SOCIAL ACTORS WITH THE PROCESS OF PSYCHIATRIC REFORM: STUDY ABOUT THE CITY OF JOINVILLE-SC

Introduction: The social conjuncture and politics promoted for the new liberalism, globalization of the economy, and dismounting of the public politics comes directly reflecting on the Mental Health of the population. The Psychiatric Reformation in Brazil and the Movement of Antimanicomial Clash signals that it is possible to breach with the psychiatric model, and to guarantee the protagonism of the subject that suffers, that it starts to be protagonist of his history. The psychiatric know/power has infused the stigma of the insane person as without reason, therefore the speech and the thought are had as mere empty speeches. However, with the process of the Psychiatric Reformation the right the speak/expression has been returned to the person with of mental suffering, the rescue of his rights long ago kidnapped, at last to the possible citizenship. **Objective:** To describe and to point out the speech of the involved social actors in the process of the Psychiatric Reformation in Joinville - SC. **Method:** Qualitative research carried through by interview opened in half-structuralized script, using to analysis of the data the perspective of the speech analysis. **Conclusion:** We evidence that this proposal come being developed in Joinville, but the speeches and practical of the involved social actors, mainly the technician, need to be elucidated, to be understood and disclosed, well in the daily practice if constructs know/power. The analyzed speeches point allegations and critical, sometimes are more controversial and politicians sometimes are more conservatives and traditional, disclosing that a new space comes being occupied, but the scientific bases of psychiatric know/power continue hegemonic.

Key Words: Psychiatric Reformation, Diagnostic, Health and Speeches

INTRODUÇÃO

Este artigo faz parte da pesquisa realizada sobre *A Construção do Discurso dos Atores Sociais envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica: Um Estudo do município de Joinville - SC*.

Como parte da contextualização do município de Joinville destacamos ser a maior cidade em população do estado de Santa Catarina³⁵; está situada entre a serra e o mar, sendo um dos principais centros turísticos da região sul do Brasil e referência para indústria, comércio e pólo sede de regional de saúde³⁶.

Desde os idos de 1985 uma equipe de profissionais do município já discutia e implantava ações em saúde mental. Com a promulgação do Sistema Único de Saúde – Lei 8080/90 o processo discutido de descentralização das ações foi facilitado e em 1993 já havia 03 equipes de saúde mental atendendo nas sedes de Regionais de Saúde³⁷. Houve uma tentativa de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, que não deu certo, por falta de compreensão da função do mesmo, acabou sendo um ambulatório central. Durante vários anos, foram utilizados os recursos de internação em hospitais psiquiátricos da região.

A rede de atenção psicossocial vem sendo construída lentamente. O município é reconhecido em todo estado pela prestação de serviços em saúde mental nas regionais de saúde e atenção básica, por dispor de vários profissionais da área e por não possuir hospital psiquiátrico, mas, sim uma unidade de psiquiatria dentro de um Hospital Geral.

Em 2002/2003, com a implantação do CAD (Centro de Atenção Diária) e CAPS ad (álcool e drogas) marca-se avanços e conquistas, porém, as demandas são gritantes por Moradias, CAPS i (infantil), Centros de Convivência, CAPS III, Pronto Socorro entre outros. As discussões e embates apontam as lacunas existentes na constituição da rede de atenção psicossocial, e as dificuldades encontradas para ressignificar um outro lugar social para a loucura.

³⁵Conforme o censo tem 477.971 mil/habitantes, IBGE/2000.

³⁶Conforme as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS/2002).

³⁷ A nomenclatura utilizada de *regionais de saúde* tem o mesmo significado de distrito de saúde, considerando-se a posição geográfica e o número de habitantes por distrito sanitário. Cada sede de Regional de Saúde dispõe de uma equipe de Saúde Mental, (psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional) a qual faz supervisão matricial as demais unidades de PSF e Postos de Saúde, trabalhando assim, a saúde mental na atenção básica..

Defendemos que a Reforma Psiquiatria deve ser entendida como *um processo social complexo* (Amarante, 2003), que se movimenta, principalmente em defesa do direito e da cidadania do portador de sofrimento mental (Tenório, 2002), e todas as implicações decorridas são conquistas e embates em meio às contradições e conflitos existentes, visto os interesses em jogo, principalmente da indústria hospitalar e farmacêutica.

Como caminhos metodológicos para realizar a pesquisa qualitativa o instrumento utilizado foi à *entrevista* aberta com roteiro semi-estruturado, possibilitando a participação comunicativa, permitindo ao entrevistado falar da percepção, da vivência e da práxis, sendo o facilitador da abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (Minayo, 2000).

Os usuários e os profissionais entrevistados totalizaram 10 participantes, os quais foram esclarecidos e orientados sobre o propósito da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e revistas pelos participantes, os quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido³⁸ e posteriormente os dados foram analisados a partir da análise de discurso

Compondo assim, esse estudo do município de Joinville-SC, que aponta para as demais realidades encontradas em outros municípios que implementam a Reforma Psiquiátrica.

Nosso objetivo é descrever e situar o discurso dos atores sociais envolvidos com o *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica, destacando o quanto o saber/poder psiquiátrico continua sendo a base científica hegemônica.

Reforma Psiquiátrica: a busca por outro lugar social para loucura

A história do tratamento do *louco*, da pessoa acometida por sofrimento mental no Brasil, nos leva a recorrer a um passado inóspito, sombrio e segregador. A trajetória da psiquiatria brasileira, modelo asilar, aponta que o lugar do louco era o do *doente mental tutelado*, seus direitos seqüestrados e sua cidadania interdita.

A *loucura* passa a ser objeto de intervenção do Estado quando a família real vem para o Brasil, em 1830, época em que uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico dos loucos na cidade. Amarante (1994) aponta que os loucos passam a ser considerados doentes mentais e recebem como tratamento o asilamento e a

³⁸ Enviado e aprovado em maio de 2005, conforme as orientações da Comissão de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) cumprindo a Portaria de CNS n°. 196/1996.

reclusão, no hospício e nas colônias de alienados. Relata que a história da psiquiatria brasileira é a “história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização” (p. 74).

Fazendo análise histórica, Luz (1994) explicita o que há de comum entre as epidemias e a *loucura*, pois elas atuam com a mesma força, apesar de não se provar que a *loucura* pode ser contagiosa, mas afeta as classes superiores e inferiores. Sendo assim, o Estado passa a intervir porque a *loucura* também é um problema de Saúde Pública, pois na segunda metade do século, “sobretudo depois de 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, tornando-as sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar” (p. 91).

A discussão à respeito das instituições vai produzindo o discurso sobre a cidade, o meio ambiente urbano, a estrutura sanitária das metrópoles e habitacional. Neste contexto se dá a unificação dos departamentos e serviços e a centralização de decisões nas mãos dos especialistas, isto é, dos médicos, dos engenheiros sanitários, dos psiquiatras, e assim se organizam os primeiros hospícios e colônias. Ressalta a autora que ainda a maior preocupação é com a *loucura* e não com o louco “ao louco, como o hospício, atribui-se status, uma identidade institucional. À ordem subtrai-se o problema de discutir, sua origem. Subtrai-se, portanto, a sociedade, a discussão das condições de surgimento do distúrbio psíquico” (LUZ, 1994, p. 92).

A política sanitarista não dá conta de expurgar as doenças, o combate acontece através de campanhas, os psiquiatras não descansam, procuram o germe físico da *loucura*, não o encontram, mas conhecem o germe moral da loucura, propõem soluções eugênicas, “a solução educar e reeducar a sociedade, forma-lhe sentimentos nobres e apontá-lhes a reta prática do dever no trabalho, na família, no exército, na escola, se estas instituições não conseguirem dobrar a índole do indivíduo então resta o hospício” (LUZ, 1994, p. 93).

Os avanços e legitimação da psiquiatria se dão com as novas descobertas e possibilidades de cura, por volta de 1930, conforme Amarante (1994) “a psiquiatria parece ter e finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta do choque insulínico, do choque cardizólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. Técnicas novas que vem substituir ou a malarioterapia, ou o descabido empirismo” (p. 78).

Na década de 1970, o modelo hospitalocêntrico de atendimento ao *louco* era um verdadeiro caos, imperava a violência, a superlotação, a segregação total: o paciente mero objeto a mercê da assistência psiquiátrica e do Estado.

Relatos dos tratamentos e terapias utilizados revelam o lado macabro do saber/poder ao lidar com pessoas tidas como alienadas, sem razão, sem história, sem cidadania. Simples espécime para estudos, categorizados, diagnosticados, asilados para *o seu próprio bem* em verdadeiros campos de concentração, visto a violência e o terror do sofrimento imposto, das mortes sem investigação, verdadeiras carnificinas sob o poder exercido da psiquiatria dominante e hegemônica.

Nesta década iniciam-se as primeiras denúncias dos trabalhadores trazendo a público a ineficiência do modelo asilar; alta concentração dos leitos nos grandes manicômios psiquiátricos o que consumia alto investimento financeiro (intitulada a indústria da loucura); e as precárias condições de trabalho e os péssimos salários.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto movimento social, e não apenas de técnicos e administradores e lança o tema *Por uma Sociedade sem Manicômios* o que remete para a sociedade em fase de constituinte a discussão sobre loucura, a doença mental e psiquiatria (Amarante, 1994).

As críticas ao modelo asilar vão amadurecendo e o movimento pela Reforma Psiquiátrica soma-se ao movimento da Reforma Sanitária, aos movimentos sociais pela constituinte e pela democratização do país, discutindo-se amplamente os direitos dos cidadãos com um todo.

Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica tem como eixo principal o resgate da cidadania do portador de sofrimento mental, ou seja, sua característica dominante é o devolver a cidadania a sujeitos obrigatoriamente tutelados.

Segundo Tenório (2002) a referida reforma tem como marca distintiva e fundamental, “o reclame da cidadania do louco. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundamental e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (p. 28).

O autor defende que a reforma tem peculiaridades, que exige uma adjetivação precisa sendo considerada o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Para ele, o movimento atual da reforma nasceu do reclame da cidadania do louco, e desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes, “embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos” (TENÓRIO, 2002. p. 29).

Para Castel (1978) quando Pinel³⁹ libertou os loucos fez a denominada primeira reforma para humanização do tratamento da loucura, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma.

Segundo Tenório (2002), Pinel utilizava praticamente o mesmo discurso utilizado, ainda, atualmente, estabelecendo com sua prática um lugar para a loucura, o hospício, lugar reservado ao estudo das categorias classificatórias das aparências da loucura, local socialmente construído de exclusão, de estigma, apesar das boas intenções de proteção e cuidado.

Como observam Alverga e Dimenstein (2005) são reduzidas, assim, a maneira de compreender e entender a loucura, “as inúmeras possibilidades da loucura enquanto radicalidade da alteridade, transgressão, ruptura que força os contornos do humano – enfim, requisitos para uma vida que explora os limites da criatividade e sua afirmação – são reduzidas a um único significado: *doença mental*” (48).

A crítica ao modelo asilar amplia-se buscando não focalizar somente nos aspectos da humanização e aperfeiçoamento das técnicas, mas incidindo sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle.

Podemos inferir que o modelo biomédico, biologicista de compreensão da loucura é hegemônico tendo seu foco principal de tratamento o hospital, *locus* da ciência, o lugar onde a loucura foi estudada e controlada nas camisas de forças físicas, morais e químicas.

A concepção de Reforma Psiquiátrica brasileira recebe a influência das experiências acumuladas, que ocorreram na Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália e tem um marco fortalecido pela luta social de democratização do país. Por isso, conforme Amarante (2003c) é considerada uma Reforma em movimento, um *processo social complexo*, processo em construção permanente, num campo fértil de contradições, conflitos e acentuados embates ideologicamente situados. Mas trazendo em seu bojo a possibilidade de transformação, pois tudo o que é socialmente construído pode ser reconstruído.

³⁹ Pinel, Phillippe. Considerado, atualmente, o *pai da psiquiatria*, por ter sido o responsável pela organização do hospital psiquiátrico moderno (como instituição médica) e do primeiro livro de psiquiatria dos tempos atuais (categorias, classificações das doenças mentais como especialidade médica).

Amarante (2003c) defende que a Reforma Psiquiátrica se propõe a romper com o estigma de compreender o *louco* como o ser tutelado, indesejável e dependente, que o louco não é uma pessoa sem razão e sem juízo, mas, sim um sujeito. Salienta que a psiquiatria “é apenas uma disciplina, dentre tantas outras, que pode contribuir parcialmente para explicar e intervir sobre o fenômeno da loucura” (p.61), defendendo “que os princípios éticos desta Reforma perpassam a inclusão, a solidariedade e a cidadania” (p. 58).

A psiquiatria vem sendo questionada ao longo do tempo e são várias as experiências e tentativas de reformas psiquiátricas, que diferenciam em conceitos, práticas e abordagens. Para o referido autor, no bojo mais profundo *deste processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica existe um importante debate epistemológico:

A psiquiatria foi fundada num contexto epistemológico em que a realidade era considerada um dado natural, capaz de ser apreendido, revelado, descrito, mensurado e comparado, nasceu em um contexto em que a ciência significava a produção de um saber positivo, neutro, autônomo: era a expressão da verdade! (AMARANTE, 2003c, p.55).

Corroboramos com Amarante (2003c) que a Reforma Psiquiátrica brasileira é um *processo social complexo*, em movimento, em construção, que precisa ser elucidado e pesquisado para que possamos conhecer e compreender seus meandros e que as bases científicas podem e devem ser revistas.

Destaca o mesmo autor, que Rotelli situa que neste processo existem interesses conflitantes e negociações acontecendo simultaneamente e que não dispomos de teoria que dê conta de descrever plenamente os fatos e que “se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência de objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade” (p. 49).

Este *processo social complexo* pode ser melhor compreendido pelas seguintes dimensões propostas por Amarante (2003c, p. 49): dimensão teórico-conceitual; dimensão sociocultural; dimensão técnico-assistencial e dimensão jurídico-política.

As dimensões teórico-conceitual e técnico-assistencial são as que mais aparecem no discurso dos atores envolvidos na pesquisa. Essas dimensões precisam ser aprofundadas e desmistificadas visto que o saber/poder construído no contexto da psiquiatria traz um cientificismo naturalista, biologicista, revelando que esta concepção de ciência é arraigada na formação e visão dos profissionais da área.

Amarante (2003c) ressalta que para alguns autores e atores sociais a reforma é entendida como sinônimo de reestruturação ou modernização de serviços. Então, organizar melhor os serviços oferecidos, ter mais leitos, mais profissionais, mais medicamentos, mais acesso e recursos, passam a ser defendido como a principal bandeira da Reforma Psiquiátrica.

Fazendo com que estes autores e atores defendam a novas tecnologias de tratamentos e cuidados, ou seja, modernização das técnicas: inovando técnicas, humanizando o tratamento, combatendo à violência da psiquiatria institucional e até promulgando novas legislações.

Mas, ele insiste que a Reforma Psiquiátrica não pode ser reduzida a reparos, a reforma de aparências, pois o que se espera é “que supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico” (p. 48).

Sendo assim, não se questiona o lugar e papel do hospital e o lugar da psiquiatria, o que reduz a reforma a uma simples e mera reestruturação dos serviços.

Se tanto autores quanto técnicos consideram o que se denomina por reforma psiquiátrica como um processo restrito à reorganização de serviços, vinculando-a a pura reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, pode-se concluir, em outras palavras, que consideram reforma psiquiátrica sinônima de modernização das técnicas terapêuticas. É comum, ainda, ver-se considerá-la como humanização das características violentas e perversas da instituição asilar, o que constitui uma luta e uma transformação muito importantes, mas que certamente reduz a amplitude de processo de questão. (AMARANTE, 2003c, p. 43)

Fazemos nossas as palavras de Birman (1992) e Amarante (2003c), que defendem que *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica, passa por outro objetivo que é a construção de um *outro lugar social* para a *loucura*, o que demanda a transformação das relações da sociedade com a *loucura* e da relação estabelecida pelo saber/poder da psiquiatria e das demais disciplinas.

Rotelli (2001), ressalta que as reformas psiquiátricas dos anos de 1960 na Europa buscavam superar gradualmente a internação nos manicômios e criar novos serviços substitutivos na comunidade, porém, o processo enviesado de desinstitucionalizar acabou tendo a desospitalização como resultado, reduzindo sua abrangência, “a desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transsinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários *não psiquiátricos* etc..) e novas formas (mais obscuras) de internação” (p. 20).

Pontua que as internações, nesta proposta, continuam a existir como recurso terapêutico, que os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação, não a substituem, mas confirmam sua necessidade, pulverizando o atendimento em total compartimentalização e ausência de relações entre os diversos serviços, que acabam especializados e fragmentados em cada tipo singular de prestação de serviços.

A intenção de liberar a Psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restitui-lhe o estatuto terapêutico resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam (...) É razoável reter que este é um projeto impossível, mas que através dessas operações tenta-se fazê-lo parecer real (Rotelli, 2001, p. 24).

Ressalta também, que continua sendo um sinal complementar do modelo que tentou desinstitucionalizar tendo como via a desospitalização, a necessidade de coação e dos lugares de internação “eles permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo” (p. 24).

A proposta de desconstrução da instituição manicomial e asilar perpassa as relações administrativas e inter-pessoais exigindo a transformação cultural de todos os atores sociais envolvidos. Ele defende que a “Desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como *sujeitos*. Talvez não se *resolva* por hora, não se *cure* agora, mas no entanto seguramente se *cuida* (ROTELLI, 2001, p. 33).

Que discurso vem tendo a primazia entre os atores sociais envolvidos nesse *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica ?



Os primeiros contatos com o processo de Reforma Psiquiátrica,

Inicialmente, destacamos que os discursos dos atores sociais expressam que a Reforma Psiquiátrica vem sendo acompanhada como um processo necessário e relevante para transformar o modelo asilar.

Este *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica vem sendo acompanhado, por alguns atores, de forma mais intensa, com questionamentos pontuais, posição política e embates constantes, outros se limitam a observá-lo, acompanhá-lo de longe, com críticas

direcionadas a necessidade de leitos psiquiátricos e outros dispositivos. Porém, todos apontam avanços e conquistas no município e seus retrocessos e necessidades.

Podemos verificar no discurso de Amália⁴⁰ que o reconhecimento da cidadania devolve a liberdade ao *louco*, “Para mim, este **movimento é tudo**, é tudo porque a cura ou o tratamento, tudo que se relaciona à saúde mental, a primeira coisa que a pessoa deve ter é a liberdade” (Agente de Saúde Amália).

Defendendo a liberdade de expressão política, jurídica e civil do sujeito que sofre, que passa a ser protagonista de sua história e compreendido não mais como objeto, uma doença, mas como um ser, sujeito, que não pode continuar sendo objeto: a doença mental e carregar seus estigmas de perigoso, incurável e indesejável.

Para outros profissionais lembrar a caminhada, as expectativas, os questionamentos e o modo de fazer a assistência são momentos vividos intensamente nos idos de 1980, com participação em debates e questionamentos na formação acadêmica. Como relata a psicóloga Acácia, “(...) Já no meu período de formação a gente tinha uma postura muito crítica dos nossos métodos e nossas técnicas, do que estava sendo feito, entende? (...) eu entrei na universidade, coincidentemente era uma época que as coisas já estavam com relação à reforma psiquiátrica borbulhando!!” (Psicóloga Acácia).

A profissional Camila lembra dos primeiros passos do movimento de luta antimanicomial e demonstra sua satisfação por ter participado inicialmente, inclusive do momento que motivou a comemoração do dia nacional de luta antimanicomial. Ressalta que sua participação aconteceu sem que ela tivesse plena consciência e convicção do alcance do que estavam fazendo, era puro idealismo, acreditava nas mudanças, não queria aquele modelo asilar vigente.

Então aquela coisa de estar em passeata, de ir atrás, e tinha aquilo de muito idealismo, e de conhecimento concreto talvez sobre tudo isto, tinha pouco, **isto era uma coisa em movimento**, era um cara pintada que fizeram, **um negócio que eu só tinha uma noção assim, que eu não queria que o modelo fosse aquele do Juquery**, isto eu tinha claro pra mim, que aquele modelo não era o modelo que deveria ser...porque era terrível, não dá nem pra sonhar com aquilo lá de tão horrível (Terapeuta Ocupacional Camila).

⁴⁰ As falas utilizadas serão identificadas por **nomes fictícios**, para os profissionais destacaremos sua profissão (Psicóloga Acácia) e aos portadores de sofrimento mental destacaremos ser usuário (Augusto, usuário) e quando houver necessidade de destaque em ambas as falas o faremos **em negrito**. Interferência da pesquisadora será em itálico.

Estas profissionais tiveram o privilégio de acompanhar este processo inicialmente no sentido de romper com o modelo asilar, e falam a partir de suas experiências, situando sempre a formação de vanguarda e que isso marcou de modo indelével suas vidas. Eles descrevem os primeiros passos, as mudanças, e recontam a história vivida com tons e cores e muita emoção. Destacam os embates políticos, a formação acadêmica, os fechamentos de hospitais, os encontros e discussões de modelo.

Outros profissionais, partindo de suas experiências, apontam mais os resultados atuais deste movimento, o que conseguem *ver* e acompanhar no município, relatando que “a reforma é maravilhosa”, e sua satisfação com os avanços e melhoria dos serviços ofertados aos usuários, “então nesta experiência eu pude ver e dizer que bárbaro que é isso, que é a gente evoluir, que bárbaro para o profissional e para o paciente”(Psiquiatra Cléo).

Mas, outro profissional, também psiquiatra, demonstra ter certa reserva quanto ao processo de reforma, pois entende que não será possível ficar sem o recurso da internação, pois em sua prática cotidiana percebe ter uma parcela que necessita deste recurso sempre e que há uma lacuna na política organizada em Joinville, “**cada um tem a sua opinião, em relação a esta reforma, na verdade nem todo mundo é anti-manicômio.** (...) mas, claro que se você quiser acabar com os manicômios significa fazer o que com uma população que necessita, hoje nós não sabemos o que fazer com ele...” (Psiquiatra Geraldo).

Ele reforça a importância dos CAPS, mas entendendo-os como serviços intermediários e não substitutivo a internação, “(...) crescendo o número de CAPS, **de processos que permitem estes cuidados intermediários**, que antes não tinha, ou ele estava internado ou ele estava no ambulatório, se meio descompensado, internou” (Psiquiatra Geraldo). Deixando claro sua compreensão “cada um tem a sua opinião, em relação a esta reforma, na verdade nem todo mundo é anti-manicômio”. O que revela certa resistência, por parte dos médicos, parcela essa, muito temerária do possível fechamento dos hospitais, pois parece não estar claro o que fazer com a demanda e como organizar estruturalmente e politicamente o modelo de assistência.

Partindo destes discursos, podemos ressaltar que os primeiros contatos e o modo de conceituar e pensar a reforma psiquiátrica depende das experiências que demarcaram o entender e o posicionar de cada ator. O sentimento, a sensação de estar muito perto e dentro do movimento nos embates iniciais, acompanhando de perto, sentindo mas não entendendo a profundidade, indo junto sem ter muita crítica, mas com isso acumulando experiências e marcando profundamente pelo o que se luta.

O *ouvir falar*, os encontros, congressos e palestras são outras formas de se aproximar deste processo, aceitando as mensagens, as apologias, as críticas, e assim, aos poucos captando, defendendo o que julgam importante e essencial: a não exclusão, garantir a inclusão e a liberdade, o não investir em hospitais, o resgate dos familiares, o vencer os preconceitos, a integração, a humanização dos serviços e a discussão com a sociedade. Ou então percebendo as melhorias, a integração entre os serviços, mas com certo receio, não entendendo a abrangência que a rede de atenção psicossocial pode vir a ter se realmente implementada e garantida pelo poder público.

A implementação das ações de saúde mental no município.

Os seguintes discursos nos contam como os atores foram inicialmente pensando e mapeando as ações de saúde mental para o município.

A psicóloga Acácia destaca que a forma de funcionamento não era SUS e sim INAMPS, que houve um processo de descentralização e que o município passa a dar a direção política da saúde mental:

(...) Estava tudo centralizado no INAMPS...(...) **que levava os pacientes para internação em Curitiba, não batia na prefeitura! Com a municipalização aí a prefeitura tinha que dar conta dessas questões todas.... aí sim que a água começou a bater! Os pacientes em surtos começaram a vir, mas a gente também já estava com essa proposta....** (Psicóloga Acácia).

Este discurso revela ser um processo recente de organização política no município, descentralização, e busca de mão de obra especializada em saúde mental. Destaca sua posição de questionamento ao hospital psiquiátrico e que defendiam uma unidade de psiquiatria dentro de hospital geral.

Suzana, outra psicóloga, relembra o desejo de descentralizar as ações de saúde mental, e a visão dos colegas de faculdade, os quais tinham noção ideológica e conhecimento do modelo asilar.

(...) e logo que eu vim pra Joinville, tinham fechado o hospital psiquiátrico, (...) a gente tava começando a formular a Secretaria de Saúde e Programa de Saúde Mental, programa não, Serviço de Saúde Mental.... nós viemos e éramos em 4 ou 5 funcionários da mesma universidade, **já com essa lógica de luta antimanicomial, ou de uma tentativa de tirar o foco do tratamento da doença mental de dentro do hospital e colocar assim esses tratamentos nos postos de saúde, tirando essa**

ótica hospitalar, já pensando nisso na **questão descentralizada**, (...) **colocando a saúde mental dentro dos postos de saúde**, e isso foi caminhando e com isto a discussão do país, logo em 1989 já estava acontecendo em Santos, tinha que fechar o hospital lá, o Anchieta, que era um grande hospital, e já tinha essa idéia de montar o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) regionais e tal... (Psicóloga Suzana).

O município teve o privilegio de contar com profissionais de formação mais crítica, os quais se mantinham atualizados na proposta da luta antimanicomial, o que justifica a falta de hospital psiquiátrico no município, e organização da rede de assistência descentralizada buscando a integralidade das ações de saúde, a promoção e a prevenção da saúde mental. Visão perpassada pelo discurso da psiquiatria comunitária.

Para Kely a Reforma Psiquiátrica em Joinville vem acontecendo a contento e pode ser resumida a programas, os quais atuam em diferentes frentes e necessidades, buscando evitar a internação psiquiátrica e ter novos serviços:

Eu acho que **existem vários programas**, eu acho que o CAD é um desses programas, que beneficia os pacientes, **tentando evitar uma internação psiquiátrica, tentando a recolocação no mercado de trabalho**, a REPART que é um outro programa, o SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social) que está sendo criado agora também... eu acho que todos esses **programas novos são uma evolução pra Joinville** dentro da saúde mental, **no tratamento do doente mental...** (Assistente Social Kely).

Kely explica, que a população por não entender o movimento de reforma, solicitaram a construção de um hospital psiquiátrico no município, e esclarece o por que não foi construído “porque é contra lei agora, não é permitido mais a construção...” e defende que deveria ter mais uma unidade de psiquiatria dentro de hospital geral, “o que faltaria ainda em Joinville seria então, mais uma ala psiquiátrica dentro do Hospital Geral, uma realmente é pouco para estar atendendo os pacientes que estão necessitando de uma internação”; em sua visão o número de leitos é insuficiente, sinalizando que a internação é um recurso, ainda, muito utilizado e necessário. Ressaltando os avanços e as dificuldades existentes, mas pensando reforma como reorganização de programas e melhorias na qualidade de atendimento.

Para o psiquiatra Geraldo a integração entre os profissionais e a rede de atendimento é ampla e dá suporte, evita internações, mas aponta também a necessidade de ter leitos para a internação:

Eu vejo que estão **melhorando, principalmente, para os pacientes em termo do tratamento, de atendimento**, isso **diminui a internação**, tem pacientes que nunca

internaram e hoje em dia continuam sem internação, agora situações graves, **no sentido de terem loucuras...** as esquizofrenias, estas coisas, são pacientes **fregueses do manicômio**, os que mais possivelmente **vão acabar dentro de hospitais psiquiátricos**, se você não tiver um atendimento adequado...(...) **até busca ativa nós temos, coisa que não existia antes há 10 anos atrás não se buscava ninguém...** (Psiquiatra Geraldo).

Verificamos que os discursos dão conta de pontuar os avanços da construção da rede de atendimento, suas falhas e necessidades. Porém, é necessário destacar que alguns destes discursos acabam defendendo a internação psiquiátrica, como recurso terapêutico principal.

Existe, então, certa dualidade, ao mesmo tempo que não se quer o hospital psiquiátrico, que percebem que o modelo de atenção psicossocial evita internações, por outro lado defendem a necessidade de mais leitos, de outra unidade psiquiátrica.

Com bem salienta Rotelli (2001), que em algumas propostas do processo de Reforma Psiquiátrica é entendido como desospitalização, tendo como marca os lugares de internação e a necessidade de coação e controle. O que nos lembra as considerações de Amarante (2003) quando salienta sua preocupação com os desvios de percurso da Reforma Psiquiátrica, sua redução à reorganização de modelo de assistência, e reprodução do modelo asilar nos serviços substitutivos e de atenção psicossocial (*capsização*).

Entendemos que internação psiquiátrica deve ser o último recurso a ser utilizado, que a rede de atenção psicossocial deveria estar constituída de todos os recursos assistenciais e sociais de suporte, com capacitação permanente das equipes e supervisão técnica/institucional.

A psiquiatra Cléo, demonstra sua satisfação em trabalhar na rede e refere a interação entre aos serviços existentes: “Hoje eu ainda fico em Joinville, trabalhando na rede como psiquiatra num posto de saúde é bárbaro!!... (...) que o município tem isso, tu estar disponível para isso, ter um hospital dia, um centro dia de atendimento, ter um pronto atendimento, isso é maravilhoso”. Aponta como falha a falta de leitos, novamente a questão do número de leitos vem a tona. Novamente o hospital termina sendo a referência inevitável:

(...) **A gente vai ter pacientes que vão ter necessidade de uma internação mesmo de curto prazo, que estão psicóticos.** (...) O que a gente tem de leito não dá conta, em termos de população, a gente sabe que precisaria de um pouco mais, e aí a gente **acaba retroagindo tendo que mandar um paciente para o hospital num modelo antigo ainda...**(...) ter mais centro diário de atendimento, **acho que falta coisas do modelo**, pensão protegida para os pacientes (Psiquiatra Cléo).

As considerações de Cleo evidenciam a sensação de impotência que o médico e o profissional da área têm que enfrentar tendo a internação como foco, a falta de leitos, pois recorre-se ao modelo hospitalocêntrico. Faltam “as coisas do modelo”, faltam os dispositivos e equipamentos sociais que garantam a desinstitucionalização e que promova esta proposta, que vai muito além de somente desospitalização, com todas as críticas já pontuadas por Rotelli (2001).

Amália, agente de saúde, defende a proposta implementada, fala sobre o atendimento ofertado no território e focaliza a humanização do atendimento “É uma busca cada vez maior para humanização do tratamento das pessoas”. Entendemos que a discussão também perpassa a base filosófica do humanismo, mas requer bases sociológicas que sustentem a conquista e apropriação dos direitos como condição e não como benesse:

Pelo o que eu consigo perceber **Joinville está bem dentro desde contexto da reforma e luta antimanicomial, até porque a internação aqui é somente em casos de surtos**, casos agudos, a maneira normalmente encaminhada para tratamento são nos Postos de Saúde, ou no CAD, procurando não afastar a pessoa de dentro da sua família, de uma maneira mais humana de tratamento. **É uma busca cada vez maior para humanização do tratamento das pessoas.** (Agente de Saúde Amália).

Contra o discurso hospitalocêntrico podemos resgatar a fala da psicóloga Suzana, que relembra a história de Santos e seus atuais retrocessos, pontuando que em Joinville, também, houve retrocessos, mas que continuam caminhando dentro da proposta de reforma. Defende, enfaticamente, que não há necessidade de mais leitos psiquiátricos, que a utilização desse recurso de internação tem sido demasiado e aponta, que com isto os profissionais não pensam outras alternativas.

Acho que aqui em Joinville a gente teve alguns retrocessos, mas eu acho que continua avançando, **a questão da gente não ter um hospital psiquiátrico** contribui muito, pra acelerar a questão da Reforma Psiquiátrica. *Você acha que contribuiu não ter hospital psiquiátrico?* Eu acho que contribui, pra você implementar uma Reforma Psiquiátrica sim, porque você mostra outras alternativas, que são possíveis outras alternativas, **eu acho que existe ainda uma óptica hospitalocêntrica aqui**, apesar de tudo, principalmente com a área da psiquiatria, **(..) o que permeia a fala deles é a falta de leitos psiquiátricos...** Então o **avanço que a gente teve com a construção, implantação do CAPS, ela fica em segundo plano, porque primeiro vem a falta de leito...** é claro que nem todo profissional tem essa fala, mas dentro da ala psiquiátrica, da área da psiquiatria, a fala é esta, então, eu acho que a gente tem avanços e retrocessos.....(Psicóloga Suzana)

Explicita que é muito difícil executar a proposta de Reforma Psiquiátrica em Joinville, que a visão da internação como recurso é muito utilizado, existe muitas reclamações que não provoca discussões políticas e nem busca outras alternativas. Salienta, que mesmo nas ações que ocorrem dentro do CAD, é difícil implementar a Reforma, pois se tem utilizado muito da internação como recurso, não sabem lidar com *a sintomatologia* e a crise:

(...) se a equipe não estiver bem preparada pra segurar crise, a primeira coisa que você vai pensar, vai ser a internação dele... Nós temos aquele desejo de estar fazendo a reforma, **só que como não existe ainda uma coesão entre a equipe, entre as pessoas que estão trabalhando com a saúde mental deste município**, a gente passa a lançar mão com muita frequência da internação...a gente fica justificando que interna porque não tem um CAPS III, porque se tivesse não ia internar... **Mas a gente tem medo de fazer um movimento, por quê?** Enquanto eu não tenho um CAPS III vou atendendo no CAPS II mesmo.... (...) **só que a gente ainda não tem aquela noção da ideologia do que realmente um CAPS pode segurar a crise**, que você pode trabalhar com o familiar, com o usuário... (...) é muito medo da responsabilidade, então eu internar parece.... esta coisa da proteção...*pro técnicos?* É pro técnicos... bom eu percebo assim... (Psicóloga Suzana).

As considerações de Suzana são realistas e profundas, pois entendemos que na essência o que falta é ter noção política do *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica, se responsabilizar, ser um agente político, um sujeito cidadão, que embate eticamente e prima pelos direitos humanos, sociais, políticos e civis. Ela reconhece que há o desejo, a busca, “mas as pessoas não estão prontas para exercer na prática, (...) vamos falar sobre como é que faz, me ensina, mas ir para prática é difícil”. Percebe existir uma acomodação estranha e muito medo por parte dos profissionais: “eu acho que hoje nós temos muito mais bagagem para estar fazendo isso, eu acho que as pessoas se acomodam muito, tem uma acomodação estranha. As pessoas dizem - estou fazendo a minha parte, é por aí mesmo, e as coisas vão permanecendo como estão” (Psicóloga Suzana).

A caminhada irá colocando os confrontos e embates necessários para que a história possa ser escrita de forma diferente, mas depende da práxis e da visão de mundo que os envolvidos possuem e como enfretam ou não o cotidiano em seus conflitos e contradições. Entretanto, posicionar-se e defender uma *Sociedade sem Manicômios* é tarefa de todos, dos profissionais, dos usuários, das famílias, do controle social do SUS e da sociedade, pois só assim a loucura poderá ter um *outro lugar social* nesta era de globalização excludente.

Desconstruir e reconstruir o quê?

Entretanto o discurso da profissional, Camila, traz certa conotação de esvaziamento ideológico e dá um toque muito interessante:

Eu acho que Joinville começou já reformando, por que ele o hospital que tinha antigamente, quando a gente começou com o projeto ele não existia mais, e nós não colocamos nunca o hospital no projeto... eu acho que Joinville já **começou fazendo de uma forma diferente, já entrou no processo de reforma, esta reforma foi se construindo já reformada, (rssi) se construiu diferente ...** Então a gente fazia todo este trabalho ambulatorial, depois foi tentado fazer um CAPS, mas não deu certo, isto em 1993, não deu certo pela forma que foi tentado fazer, depois acabou sendo feito na forma que deveria ser o CAD, acho que tem uma questão clara é que **não tinha mão de obra aqui, que entendesse, então por isso nós demoramos pra construir....**(Terapeuta Ocupacional Camila).

Para Camila, mesmo começando deste jeito reformando, construindo diferente o processo por não ter hospital psiquiátrico, lamenta não haver um *fato* que realmente marque a Reforma Psiquiátrica em Joinville e continua tecendo suas considerações:

Eu acho que é isso mesmo, a gente não precisou desconstruir nada, então em Santos foi em cima da desconstrução do Anchieta, e Bauru também foi em cima de um hospital... **então todo mundo entra, precisava ter uma caricatura assim do que era o hospital construído daquele jeito para poder desconstruir e fazer outra coisa, e aqui foi em cima de idéias**, eu trazia pro pessoal as falas, coisas lá do Juquery, sei o que eu quero o que eu não quero, (...) então porque já tinha essa coisa da lei, não era fácil você autorizar um hospital... **Então eu acho que Joinville não tem muito essa cultura da reforma, até por causa disto...** ao mesmo tempo que é boa é uma coisa ruim.... pois como a gente não tinha hospital, não tinha profissionais e acabou demorando mais (Terapeuta Ocupacional Camila).

Revela claramente a falta de capacitação na área e atribui o não ter estes profissionais capacitados devido a falta do hospital psiquiátrico, o que nos parece paradoxal.

Fica explicito na opinião desta profissional, que acompanha a saúde pública há mais de 10 anos, que este processo de Reforma Psiquiátrica é diferente no município de Joinville devido à falta de algo que seja um marco e que aponte de maneira visível este processo, “A gente não precisou desconstruir nada”, pois o hospital psiquiátrico já havia fechado as portas por conta própria. Revelando assim, que em sua opinião, não houve uma bandeira de luta, nem necessidade de maiores confrontos políticos, ideológicos como em outros municípios, “aqui foi em cima de idéias”.

Entretanto a frase “A gente não precisou desconstruir nada”, revela que o saber/poder psiquiátrico não precisa ser desconstruído, que a filosofia, a ideologia por não

serem concretas foram relegadas a outros planos, ficando o foco de atenção voltado muito ao modelo estrutural e administrativo. “Então eu acho que Joinville não tem muito essa cultura da reforma, até por causa disto...” ou podemos inferir que se refere aos demais profissionais que foram sendo contratados, os quais não tinham as noções e ideologia do movimento e não tinham a caricatura do atendimento hospitalocêntrico.

Este discurso por si só é muito interessante, expressa a expectativa inicial de participação em um movimento, que demorou muito a se organizar no município de Joinville, talvez por conta destas faltas de marco e posição ideológica.

“A gente não precisou desconstruir nada” (Terapeuta Ocupacional Camila). Talvez seja está a sensação de outros profissionais da área, talvez falte a caricatura, o conhecer a história e parece que há um interdito em sabê-la (Saraceno, 2001). Precisamos desconstruir sim, o tempo todo, as relações de poder e o mandato social dos técnicos, o jeito de compreender a loucura. Então, cabe ressaltar, que o saber/poder da psiquiatria segue inalterado e hegemonico, apesar da atuação terapêutica de outras disciplinas e que o modelo asilar e suas técnicas precisam ser desconstruídos sistematicamente, independente do lugar de ação, seja ele um hospital, um CAPS, uma oficina de geração de renda, uma moradia, entre outros.

Podemos indagar: Será que o CAD acabará sendo este marco para romper com o saber/poder psiquiátrico ou será mais outro serviço que tende a reprodução do modelo asilar?

Acácia tem um discurso contundente e também sinaliza a acomodação por parte dos profissionais da área (alienação do trabalho)⁴¹ e das equipes que estão na atenção básica. Pontua com propriedade a visão e postura das equipes de saúde mental em relação aos crônicos e psicóticos, mostrando a realidade existente no município.

Pensando assim da gente estar atendendo o paciente psiquiátrico, de estar evitando a internação, a institucionalização, eu não vejo isto, claro que eu não estou pensando no nosso CAD, estou falando daquelas equipes que estão na rede, **que elas tem mais de 18 anos de organizadas, eu acho que estas equipes ela não conseguiram trabalhar no sentido da Reforma**, de evitar a internação, elas estão atendendo a demanda, eu acho que estas equipes se protegeram... (...) **Eu acho que a gente agora, neste sentido não estamos conseguindo fazer a reforma, a gente está medicalizando muita gente. (...) e no CAD o psiquiatra vem, atende e vai embora (não se envolve), quer dizer temos aqui um CAD e um ambulatório, os outros profissionais fazem a proposta da reabilitação social do CAD e o psiquiatra faz ambulatório.....(Psicóloga Acácia).**

⁴¹ Ver a dissertação de mestrado de Arlene Laurenti Monterrosa Ayala, *A Divisão do Trabalho no Setor Público de Saúde no Município de Joinville - Um Estudo de Caso*, do Mestrado em Saúde Pública de UFSC, 2006.

As críticas de Acácia são fundamentais em sua experiência e persistência, pois não desiste de embater, de sinalizar e apontar alternativas. Reconhece o processo de medicalização e dificuldade de manter a porta aberta, e fazer a reabilitação social, mesmo dentro do CAD. Pontua com indignação que os profissionais destas equipes não conseguem dar direção política, organizar a rede necessária e mobilizar a opinião pública.

(...) me preocupo de não termos um CAPS infantil que eu acho que a gente **está num retrocesso muito grande....** Então eu fico inconformada, **nós temos profissionais de referência, ele sabe da demanda que tem, temos uma história de 20 anos e olhando de fora, a gente não avançou em nada....** por que 20 anos é muita coisa!!! Dava pra ter criado já um CAPS infantil... (Psicóloga Acácia)

E continua mostrando o que falta para o município: um Pronto Socorro decente, as portas são semi-abertas, o acesso para os psicóticos em crise é praticamente inexistente, lamenta que em 20 anos de organização avançou-se pouco, apesar de constatar que em relação a outros municípios estamos avançando e pontua os motivos que considera com entrave no processo: “eu acho que falta mais compromisso político dos profissionais, está tudo muito diluído, cada um olha pro seu umbigo, não tem uma diretriz, e principalmente quem mais acaba sofrendo de todos os pacientes, que são os psicóticos...” (Psicóloga Acácia).

Destaca com muita propriedade, e nós corroboramos com ela, que as idéias, os embasamentos teóricos correlacionados com a prática são relegados, que não há fórum de discussão e que faltam compromisso e comprometimento dos profissionais com a Reforma Psiquiátrica:

(...) **a gente não tem fórum de discussão de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial**, mesmo sendo legal o nosso movimento na praça no dia 18, eu acho que a gente poderia fazer mais isso independente de datas, mas foi só nosso, não foi do município, dos profissionais como um todo... foi um movimento do CAPS, não foi da saúde mental como um todo. **E a gente não discute reforma psiquiátrica no município!!!!** E no dia da luta antimanicomial só o CAD defendeu a bandeira!!!! Ninguém mais falou nisso!!!! **Então eu acho esse profissionais muito descompromissados com a reforma, por isso a gente não avançou muito até agora....**(Psicóloga Acácia).

As expectativas de Acácia são fundamentadas na visão e desejo de romper com o modelo asilar, de construir outro modelo, de entender e ver a loucura como outro olhar. Fica evidente que falta compromisso profissional e diretriz política institucional.

Precisamos acabar com o *hospício*.

Entretanto os usuários, quando abordados sobre o processo de Reforma Psiquiátrica demonstram e focalizam a atenção na terapêutica, mais no atendimento em si, reconhecem que os cuidados foram ampliados pela atuação das equipes e o CAD como sendo um espaço diferenciado de *salvação*, de acesso a medicação especial de auto-custo, e lugar onde sua fala tem importância, pode falar, conversar e ter liberdade. Vejamos o discurso de Augusto:

O CAD é minha, é a nossa salvação, dos pacientes.... Porque se fosse pra se tratar, no Regional ou em Bocaina (hospitais), eu mesmo já tendo indo no regional não vou mais. *Não quer ir mais?* Não!! Ah!! tem muita diferença, lá no hospital eles **faz experiência como se a gente fosse cobaia**, dão um remédio, dão outro, vai aumentando, aumentando, vai tirando, aumentando....**Aqui posso conversar....** Olha tem pacientes que necessitam de medicamentos especiais, mais caro, que foi falado naquela reunião (grupo de auto-ajuda) ali, eles falaram destes medicamentos, eu falei pra Técnico de Referência (TR), que se prontificou a falar com o Dr. X pra receitar o medicamento e esse medicamento é especial. (...) Olha na integração dos familiares, pra acompanhar de perto o paciente e saber qual a doença que a pessoa tem... (...) Eu notei diferente foi um movimento na pracinha ali na rua central, mas eu não me senti bem ali... ah!! muita gente esquisita, (rsss) tinha muita gente se olhando sem saber o que fazer ali (Augusto, usuário)

Outros sinais destacados por Augusto foram referentes a comemoração na praça no dia da luta antimanicomial, as reuniões do grupo de auto-ajuda, a implicação dos familiares e principalmente pela defesa ao portador de sofrimento mental, em sua condição de ser no mundo. Destaca que tem espaço para conversar e ser ouvido e não se sente uma cobaia.

Débora, outra usuária, se posiciona a favor do processo de luta antimanicomial e reconhece que um dos caminhos possíveis é o de se colocar no lugar do outro: “Luta antimanicomial (soletrando), eles tão lutando, se mostrando, se apresentando, explicando o que é uma pessoa doente, que tem problemas na mente”. Salienta o quanto é difícil encontrar compreensão do sofrimento: “Então é muito difícil as pessoas ouvirem, por que as pessoas estão de um jeito hoje em dia, que ela não se põe no lugar das pessoas que estão passando por isso... se cada um se conscientizasse, se coloca-se em redor dessas pessoas, sentissem o que elas sentem, seria bem melhor”(Débora, usuária).

Faz críticas a unidade de psiquiatria dentro do hospital geral, pois o modelo é asilar, horários rígidos, falta de respeito, empurra, empurra, abandono familiar. Mas também reconhece os avanços em Joinville fazendo uma comparação entre o hospital e o CAD:

Eu considero o Hospital Regional um hospício! A pessoa sai louca de verdade, porque ela já pensou: minha família me abandonou! Olham de um outro jeito estranho. Outro empurra, o outro bate, outro diz: vai por chuveiro, empurra e sai do chuveiro, o outro fala que tá no banho 15, 20 mulheres dentro do banheiro, que nojo mulherada toda nua... Então, a **pessoa acaba saindo de lá louca**, eu não sei como não sai louca de lá, **é preciso acabar tudo isto!!!!** (...) E parece que tem bastante recursos que antes Joinville não tinha, depois que fechou aquele que esqueço o nome (Schoereder), aí abriram um novo recurso, (CAD) vamos ver se vai dar certo. Aqui tinha a TR, a enfermeira, terapeutas ocupacionais, estagiários, psicólogos, no hospital não tinha tudo isso de equipe, não tinha estagiárias, e o médico... Era horrível pra ver o médico, passava tempo sem falar com o médico. Meu Deus do céu é horrível lá dentro do hospital. Aqui temos mais liberdade. *Liberdade pra que? Liberdade pra andar, pra escolher o que se quer fazer, se não quer fazer também não precisa... Começa a fazer uma coisa, aí faz outra coisa, não faz mal. Os profissionais incentivam e cada um vai fazendo o que da conta de fazer* (Débora, usuária).

O discurso de Débora tende a ser mais polêmico, e abrange a dura realidade vivenciada ainda pelo portador de sofrimento mental, invasão, humilhação e privação de liberdade.

Os discursos e relatos aqui revelados fazem parte de uma fotografia, montada como um quebra cabeças, fragmentos de discursos, e podemos perceber detalhes que refletem o todo do processo. Estes fragmentos, feixes de luzes e cores revelam que o discurso está permeado de compreensões quanto ao *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica, revelam, contornos fortes da visão psiquiátrica, sendo hegemônica e arraigada na maioria dos discursos dos atores sociais, sendo a internação o toque clássico deste paradigma e seus dogmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos discursos analisados podemos verificar que a trajetória destes atores sociais, revela um discurso atualizado, afinado com algumas das propostas da Reforma Psiquiátrica, mas propenso à redução, deste processo, à mera reorganização do modelo de assistência e novas tecnologias.

Nesta trajetória da implementação da rede de atenção psicossocial, o município de Joinville teve o privilégio de contar com a participação de profissionais envolvidos nos primeiros momentos da luta antimanicomial, profissionais estes com formação mais aberta,

questionadora, o que aliado à visão de mundo e postura ética possibilitou dar certa direção política as propostas de saúde mental no município.

A compreensão, o confronto e a defesa em prol de implementar ações que desconstruam o modelo asilar fica evidenciada em alguns discursos, que tendem a ser mais polêmicos e políticos. Sendo estes os discursos que movimentam os bastidores, que buscam alternativas e articulam o embate necessário.

Porém, fica evidente também, certo viés da compreensão deste *processo social complexo*, confundido como reforma do modelo de assistência, como sinônimo de melhores condições de assistência e de novas técnicas desenvolvidas, denotando certa redução da dimensão teórico-conceitual, tão importante neste processo de críticas as bases científicas da ciência médica psiquiátrica.

A visão hospitalocêntrica ainda permeia o discurso e é defendida como um recurso terapêutico central, sem, contudo, tentar inverter este modelo, o que tende a ser um discurso conservador e tradicional.

Ainda, que estes profissionais trabalhem na rede de atenção psicossocial é possível intuir que o peso da formação e tradição hospitalocêntrica dificilmente deixará de interferir na práxis dos serviços. Ainda, o discurso psiquiátrico parece resistir às mudanças necessárias para o avanço da Reforma Psiquiátrica e muitas vezes seu papel nos CAPSs e outros serviços de atenção psicossocial continua reproduzindo os velhos modelos terapêuticos da psiquiatria clássica: internação e contenção, agora química.

Tendo a psiquiatria como base hegemônica do saber/poder, as demais áreas são complementares, ganham o status de terapêuticas, mas o mandato social é para a manutenção da harmonia e ordem social. Sendo assim, tendemos a reproduzir as mesmas relações de controle e adaptação, com cunho moralista e violento do modelo asilar. Então, nos preocupa verificar que o discurso dos atores sociais em Joinville, ainda está permeado e carregado da visão hospitalocêntrica, centrado na doença e não no sujeito que sofre.

A reflexão da práxis e as bases filosóficas que sustentam e oxigenam este processo, parecem relegadas ao segundo plano, se é que ele existe, pois parece haver pouquíssima reflexão entre a teoria e a prática.

Tomamos emprestado o discurso de Acácia para tecer estas últimas linhas das considerações finais deste artigo, visto sua eloquência, sua compreensão do todo e postura ética, política e profissional frente às dificuldades e avanços deste processo de Reforma Psiquiátrica.

(...) refletir a prática para nós é algo muito distante... As coisas ainda parecem vagas, talvez nem todos tenham esta necessidade.... refletindo a prática, nós percebemos aonde estamos, um passo a frente, um passo atrás... Quais os pontos que a gente não está olhando, se precisa mudar o foco, que caminho a gente pegou acreditando que era o melhor, mas enfim.... não era!!! Naquele momento em 1980 ou 1990, era o melhor, mas hoje olhando, não!!! A gente até defendeu uma coisa mas aconteceu outra.... Acho que não é culpa de alguém e sim de todos nós, os profissionais, do posicionamento político, infelizmente a gente não troca, não se reflete, não se conhece... Se a gente nem sabe o que pensa, como vai querer saber do outro? (Psicóloga Acácia).

Podemos então, constatar que a fotografia revelada a partir deste negativo, esse estudo de caso do município de Joinville-SC mostra o que a maioria dos municípios vem enfrentando na implementação da Reforma Psiquiátrica, ou seja, uma visão enviesada, centrada na estrutura administrativa e modelo de assistência, sem questionar as bases científicas que legitimam o saber/poder da psiquiatria.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. IN: AMARANTE. P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003c.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. IN: AMARANTE, Paulo. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ALVARGA, Alex R. e DIMENSTEIN, Magda. A Loucura Rompida nas Malhas da Subjetividade. IN: AMARANTE, P. (org) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.** Rio de Janeiro: NAU, 2005.

BASAGLIA, Franco et al., 1979. Considerações Sobre uma Experiência Comunitária. IN: AMARANTE, Paulo. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BASAGLIA, Franco. Instituições da Violência. IN: AMARANTE, Paulo. (org) **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo**. 2 ed., Rio de Janeiro: GRAAL, 1991.

BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. IN: AMARANTE, Paulo, (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

GILL, Rosalind. Análise do Discurso. IN: **Pesquisa Qualitativa, com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. (org) BAUER & GASKELL. Petrópolis: Vozes, 2002.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: Censo de 2000. disponível <http://www.ibge.gov.br/> consultado em 09 de novembro de 2004.

LUZ, Madel T. A. História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidade. IN: AMARANTE, Paulo. (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos**, São Paulo: Editora Pontes, 2000.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de. & MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. IN: NICÁCIO, Fernanda. (Org) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

_____ O inventário das subtrações. IN: NICÁCIO, Fernanda. (Org) **Desinstitucionalização**. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, p. 25-59, 2002.

6.2. ARTIGO 02: A LOUCURA E O PODER PSIQUIÁTRICO.

BUENO, Maria Lúcia da Silva⁴²

CAPONI, Sandra⁴³.

RESUMO

Introdução: O *tratamento da loucura* dispensado ao portador de sofrimento mental no Brasil tem um passado sombrio e segregador. O modelo asilar voltado ao tratamento moral cunhou uma face desumana de superlotação, abandono, maus tratos e terapêutica questionável. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e o Movimento de Luta Antimanicomial sinalizam que é possível romper com o modelo asilar, e garantir o protagonismo do sujeito que sofre, estabelecendo, assim, um novo modelo de atenção psicossocial, primando pelo serviço substitutivo à internação psiquiátrica e outros dispositivos sociais. **Objetivo:** Analisar como se articulam os discursos dos atores sociais sobre o processo de reforma psiquiátrica no município de Joinville – SC, buscando investigar e inquirir o papel da psiquiatria e do diagnóstico. **Método:** Utilizamos a pesquisa qualitativa, sendo a entrevista aberta e a observação como instrumentos principais. Foram realizadas, no total, 10 entrevistas com os atores sociais envolvidos, sendo 07 profissionais e 03 usuários dos serviços substitutivos. Os dados foram analisados a partir da análise de discurso. **Conclusões:** O aporte teórico aponta que a Reforma Psiquiátrica é uma realidade possível e seu enfrentamento faz parte dos grandes desafios da saúde pública, pois perpassa diretamente a defesa dos direitos à vida, e postura ética dos atores envolvidos em resignificar o lugar social da *loucura*. Alguns discursos tendem a ser mais conservadores, sinalizando que este processo é relevante e entendido mais como reforma do modelo assistencial e administrativo com implantação de novas técnicas. Outros discursos tendem a ser posicionados politicamente, realizando enfrentamentos e buscando outro olhar que não seja o biomédico. Mas este processo em construção, necessita continuar possibilitando reflexões e embates epistemológicos e sinalizando críticas às suas próprias bases científicas, particularmente à hegemonia do saber/poder da psiquiatria.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Atores Sociais, Discursos.

⁴² Assistente Social. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lucia.bueno@ig.com.br

⁴³ Doutora em Filosofia pela Universidade Estadual de Campinas – SP. Professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

ABSTRACT

MADNESS AND THE PSYCHIATRIC POWER

Introduction: The *treatment* of the *madness* granted to the person with mental suffering in Brazil has a shady and segregator past. The psychiatric model directed to the moral treatment marked a without humanity face of super capacity, abandonment, ill-treatment and questionable treatment. The Psychiatric Reformation in Brazil and the Movement of Antimanicomial Clash signals that it is possible to breach with the psychiatric model, and to guarantee the protagonism of the subject who suffers. Establishing, thus, a new model of psicossocial attention, in stand of guarantee other social devices and to substitute the psychiatric internment service. **Objective:** To analyze as the speeches of the social actors associate about the process of psychiatric reform in the city of Joinville - SC, searching to investigate and to inquire the paper of psychiatry and the diagnosis. **Method:** We use the qualitative research, being the open interview and the comment as main instruments. They had been carrying out, in the total, 10 interviews with the involved social actors, being 07 professionals and 03 users of the services substitutes. The data had analyzed from the speech analysis. **Conclusions:** The theoretical base to shows that the Psychiatric Reformation is a possible reality and its confrontation is part of the great challenges of the public health, well has the same value of the defense of the rights to the life, and ethical position of the involved actors to give a new meaning to the social place of *madness*. Some speeches tend to be more conservatives, signaling that this process is important and understood more as reform of the assistance and administrative model with establishment of new techniques. Other speeches tend to be politically, carrying out confrontations and searching another look that it is not the biomedical one. However, this process in construction needs to continue making possible reflections and holds epistemological and signaling critical to its proper scientific bases, particularly to the hegemony of psychiatry's know/power.

Key Words: Psychiatric Reformation, Mental Health, Social Actors, Speeches.

INTRODUÇÃO:

Este artigo faz parte da pesquisa *A Construção do Discurso dos Atores Sociais envolvidos com o processo de Reforma Psiquiátrica: Um estudo do município de Joinville – SC*.

Joinville é a maior cidade em população do estado de Santa Catarina, com 477.971 mil/habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2000). A cidade está situada entre a serra e o mar, sendo um dos principais centros turísticos da região Sul do Brasil, referência para indústria e comércio e pólo sede de regional de saúde.

Nos idos de 1985, uma equipe de profissionais, trabalhadores do município, já discutia e implantava ações em saúde mental. Com a promulgação do Sistema Único de Saúde – Lei Federal 8080/90 o processo discutido de descentralização das ações foi facilitado e em 1993 já havia 03 equipes de saúde mental atendendo nas sedes de regionais de saúde. Houve uma tentativa de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, que não deu certo, por falta de compreensão da função do mesmo, que passou a ser um ambulatório de referência.

O município é reconhecido, em todo estado, pela prestação de serviços em saúde mental na atenção básica, por dispor de vários profissionais da área (assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras), por não possuir hospital psiquiátrico, mas uma unidade de psiquiatria dentro de um Hospital Geral e por ter porta aberta para o acolhimento, um Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS). Porém, enquanto se construía e se estabelecia a rede de atenção psicossocial, durante estes vários anos, foram utilizados os recursos de internação psiquiátrica em hospitais psiquiátricos de São José-SC e Curitiba-PR.

Com a implantação do Centro de Atenção Diária⁴⁴ *Nossa Casa* (CAD), em 2002/2003, e o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) outras demandas,

⁴⁴ Compreenda-se que a nomenclatura utilizada de Centro de Atenção Diária *Nossa Casa*, (CAD) se dá com objetivo de implantar o atendimento em atenção psicossocial intensivo, buscando, portanto, ser um serviço substitutivo à internação psiquiátrica, com atendimento diário, de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 18:00 hs. Conforme a Portaria GM nº 336/2002, visto o número de habitantes existentes no município (500 mil/hab), comportaria um CAPS III, que atende 24 hs. Porém, em Joinville tem-se um CAPS II, que atende somente no período diurno. O que dificulta alcançar o objetivo principal que é: evitar internação psiquiátrica. Ver as críticas apontadas por AMARANTE, FREIRE e UGA. Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

necessitam de repostas e as discussões e embates apontam o quanto falta para organizar a rede de atenção psicossocial.

Defendemos que a Reforma Psiquiatria deve ser entendida como um *processo social complexo* (Amarante, 2003c), que se movimenta, principalmente em defesa do direito e da cidadania do portador de sofrimento mental (Tenório, 2002). Todas as implicações e embates são conquistadas em meio às contradições e conflitos existentes, visto os interesses em jogo, principalmente da indústria hospitalar e farmacêutica.

Como caminhos metodológicos de pesquisa qualitativa, o principal instrumento utilizado foi a *entrevista* com perguntas abertas e roteiro semi-estruturado, possibilitando a participação comunicativa, permitindo o falar da percepção, da vivência e da práxis, sendo um orientador de uma conversa com finalidade e facilitador da abertura e aprofundamento da comunicação. As entrevistas foram transcritas e revistas pelos participantes e analisadas a partir da análise de discurso. Analisamos alguns prontuários do CAD e Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS), somando ao instrumento de coleta de dados a observação ativa.

Os usuários e os técnicos entrevistados, totalizando 10 participantes, foram orientados e concordaram com os termos de consentimento, seguindo as orientações da Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº196/1996.

Durante o processo de pesquisa percebemos que um dos entraves para a Reforma Psiquiátrica está centrado no saber/poder da psiquiatria e suas bases científicas. Sendo assim, foi nosso objetivo investigar e inquirir o papel da psiquiatria e do diagnóstico psiquiátrico, destacando de que modo eles continuam sendo articulados nos diversos discursos dos profissionais e usuários que participam dos novos serviços de atenção psicossocial, implementados com o processo de Reforma Psiquiátrica.

O objetivo deste artigo é, então, revelar, demonstrar que o saber/poder da psiquiatria, mesmo que diluído entre os demais profissionais, é hegemônico e que a dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica precisa ser elucidada e aprofundada.

Dimensão epistemológica: Loucura e seus conceitos

Focalizaremos a dimensão teórica/conceitual da Reforma Psiquiátrica, pontuando a compreensão da loucura em si, do papel do diagnóstico e da práxis dos profissionais (tratamento dispensado). O saber/poder construído pela medicina biomédica afeta todas as áreas que abrange seu conhecimento, inclusive a psiquiatria, contribuindo diretamente na compreensão e construção epistemológica.

Para Tesser e Luz (2002), a própria epistemologia hoje hegemônica aplicada na área da saúde e na medicina “obscurece vários pontos críticos do saber científico e de sua aplicação na clínica, dificultando uma melhor resolução cotidiana dos dilemas da atenção à saúde biomédica, seja na prevenção, seja na terapêutica” (p.366). Pontuam críticas à visão mecanicista, pois a realidade seria compreendida da mesma maneira por todos os cientistas e pesquisadores, a relação existente entre médico e paciente vem ficando mais distante e o fechamento de diagnóstico e terapêutica nem sempre possível apesar do discurso ser de supremacia científica médica.

A cientificação positivista da medicina ajudou a gerar uma nova transcendência inatingível, fonte de todo poder/saber e toda responsabilidade terapêutica: a instituição Ciência. É ela agora que deverá resolver todos os problemas de saúde, ao menos no âmbito do saber. E os sujeitos terapeutas, médicos e demais profissionais de saúde, passaram progressivamente a ser técnicos, como que cientistas aplicadores da ciência *normal* (cf. Kuhn, 1986) que devem resolver um pequeno enigma a cada novo doente: qual a doença que o doente tem? Resolvido esse enigma, acabaram seus problemas e desafios: é aplicar a terapêutica padronizada em voga na atualidade científica (TESSER e LUZ, 2002, p.367).

A dimensão teórica/conceitual pode ser entendida como o “conjunto de questões produzidas pelos saberes de cada disciplina médica, que se refere ao conjunto de questões que se situam no campo da produção de saberes, que dizem respeito à produção de conhecimentos, que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico” (AMARANTE, 2003c, p. 49).

Na Reforma Psiquiátrica em processo, no Brasil, as tentativas de criticar suas próprias bases, de apontar discussões que focalizem o modo de compreender e aceitar a loucura e de questionar o poder/saber desenvolvidos pela psiquiatria, vêm sendo uma marca distinta deste movimento. Como diz Foucault (1997), “todas as grandes reformas, não somente da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder, são tentativas de deslocá-lo, mascará-lo, eliminá-lo, anulá-lo” (p. 51).

Um dos conceitos naturalizados e emblemáticos é o da *loucura*. Conceito este transformado rapidamente, pelo discurso médico, para doença mental e assumido pela indústria hospitalar e farmacêutica.

Na época clássica, a loucura era compreendida como ilusão, engano, mentira, falsidade, falta de correspondência entre o enunciado e o real das coisas em si. Para a psiquiatria moderna, *loucura* é compreendida já não como erro, mas como comportamento alterado, inadequado, confrontamento da moral e da ordem.

A prática do internamento no começo do século XIX coincide com o momento em que a loucura é menos percebida em relação ao erro que em relação à conduta regular e normal; onde ela aparece não mais como juízo perturbado, mas como alteração na maneira de agir, de desejar, ou de experimentar as paixões, de tomar decisões e de ser livre; em resumo, quando ela se inscreve não mais no eixo verdade-erro-consciência, mas, no eixo paixão-vontade-liberdade (Foucault, p. 43, 1974)

Temos, assim, a apreensão da *loucura* como objeto do saber médico, caracterizando-a como doença mental, sem contudo, lhe garantir a cura, meta investida e procurada até os dias atuais. Então a *loucura*, *alienação*, *degeneração* e, por fim, *a doença mental* passa a ser observada, catalogada e categorizada dentro dos hospitais e integrada ao saber médico e à indústria farmacêutica.

Essa oscilação loucura/degeneração ganha conotações hegemônicas, sendo na modernidade irredutivelmente classificada como doença mental, o que leva a psiquiatria a estabelecer os limites da etiologia, nosografia e diagnóstico como dogmas.

Contradizendo esta visão hegemônica, Rotelli (2001) compreende *loucura* como existência/sofrimento do ser humano, do sujeito, em relação ao corpo social, construído a partir de conflitos e contradições. Desse modo, o doente inscreve-se no centro da cena, recuperando o lugar que tinha ficado vazio no discurso da doença mental, onde existia patologia, mas não o sujeito da patologia.

O processo de desinstitucionalização, buscando a atenção psicossocial, tem como um dos focos principais a reinvenção da saúde, “desinstitucionalização é, sobretudo, um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos. Talvez não se *resolva* por hora, não se *cure* agora, mas, no entanto, seguramente se *cuida*” (ROTELLI, 2001, p. 33). Trata-se de colocar a doença entre parênteses e de ficar com o sujeito, como defende Basaglia (1994).

Saraceno (2001) ressalta que as abordagens globais críticas à psiquiatria foram características dos anos 1970, porém, têm imprimido a visão de que a psiquiatria é um conjunto de técnicas terapêuticas a serem aprendidas para escolher a mais convincente e aponta que “a psiquiatria de hoje autopromoveu-se científica enquanto pertencente, de pleno direito, à biomedicina: libertando-se – nas declarações, mas não nos fatos – de equivocada vocação para o controle duro e desumano dos *loucos nas correntes*, ela pôde finalmente fazer parte do *discurso da medicina*” (p. 14).

No bojo do *processo social complexo*⁴⁵ de Reforma Psiquiátrica existem críticas epistemológicas e sinais de rompimento do paradigma asilar e suas conformações. Então, o que vamos situar é o discurso dos atores sociais envolvidos nesse processo em Joinville-SC, revelando assim uma fotografia da realidade.

Partindo desses embasamentos teóricos, buscamos compreender a *loucura*, este objeto, tão propalado e de difícil conceituação, visto que esbarramos na redução da dimensão teórico-conceitual do *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2003c).

Os discursos dos atores sociais analisados, referentes à *loucura* são instigantes e reveladores de como o saber/poder instituído pela psiquiatria atua como base hegemônica, ainda que apresente alguns sinais de rupturas e questionamentos. Por isso, neste artigo optamos e priorizamos três categorias: *loucura*, *diagnóstico*, e *terapêutica*, entrecruzando com a prática do psiquiatra e da equipe de saúde mental, que realizam as ações terapêuticas.

Convém destacar que os discursos foram os mais variados e carregados de significados, pois partiram da experiência de vida de cada ator social, com o seu papel político e profissional, alguns há muitos anos transitando na área da saúde mental, outros iniciando uma aproximação.

Destacamos este *pequeno discurso*⁴⁶, que pode até parecer confuso, inseguro, mas o que de fato revela é a angústia de um profissional, que por acompanhar intensamente esta área há 20 anos, percebe que o conceito de *loucura* é uma incógnita.

As considerações de Acácia (psicóloga) sobre o que compreende por *loucura* revelam as dúvidas e angústias de um profissional que percebe a sutileza deste saber/poder em sua prática cotidiana:

⁴⁵ Ver as discussões de Paulo Amarante: A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

⁴⁶ As falas utilizadas serão identificadas por **nomes fictícios**, para os profissionais destacaremos sua profissão (Psicóloga Acácia) e aos portadores de sofrimento mental destacaremos ser usuário (Augusto, usuário) e quando houver necessidade de destaque em ambas as falas, o faremos **em negrito**. Interferência da pesquisadora será em itálico.

Eu acho essa uma das perguntas mais difíceis. Eu fico pensando.... eu acho que eu **não sei nada...** (rssss) **Por quê? Você lê diferentes autores, diferentes teorias?! E aí no dia-a-dia você vai pra um lado, daqui a pouco você vai pro outro... Às vezes, você até quer achar que tem uma explicação, ou que tem uma cura, você quer acreditar nessas coisas...** Hoje a gente acaba se perguntando, **será que a pessoa não é assim mesmo?! É apenas diferente, por que ser diferente tem que ser uma patologia?! Mas aí, se ela não está funcionando (gesticula com as mãos aspas) não é só patologia?! Quem fez disto uma doença assim no sentido cerebral?! É orgânico ou é a nossa sociedade, nosso mundo, assim, nosso dia-a-dia que acaba também desencadeando essas coisas?! Então eu hoje sinto que minhas dúvidas, meus questionamentos, eu fico assim... confusa. (...)** Mas eu disse e como foi muito rápida a resposta que eu dei para aquele menino na praça, no dia 18 (dia da luta antimanicomial), eu achei que aquilo é o que eu acredito. Ele perguntou-essas **peessoas são normais? Eu disse: São! Mas tem transtorno mental. Eu quero dizer que elas são pessoas como nós, com desejos, com necessidades... só que tem lá, como todos nós também, uma coisinha que está incomodando, um transtorno que está incomodando,** como nós chamamos hoje, mas que ela vive e vai viver sempre com esta questão, só que preenchendo todas as outras necessidades, e exercitando seus desejos, como qualquer um faria foi uma coisa espontânea, eu tive que me explicar...viu?! Então fiquei enrolada de novo e percebi o quanto essa questão me pega! (rssss) (Psicóloga Acácia).

O discurso de Acácia demonstra o impasse teórico em que se encontram os profissionais frente à prática, pois o que tem sido produzido no âmbito teórico não satisfaz plenamente. Refere-se à *loucura* como transtorno mental, o que vem sendo traduzido pela Classificação Internacional de Doenças – CID 10 como o conceito mais moderno e atual. Mas podemos inferir que transtorno, como definido no dicionário Globo e pela própria CID 10, é: alterar a ordem de, pôr em desordem, atordoar, turvar o juízo, desencaminhar. O que nos lembra a doença mental e suas alterações de pensamentos, o não cumprimento das regras, do modo de viver.

Como definir o objeto de trabalho que perpassa tantos conceitos: normal, anormal, doença, distúrbio, incompreensão, desejo, liberdade e cidadania? Essa profissional se sente confusa, pois o *louco*, o portador de *transtorno mental* ou sofrimento mental é outro, no qual reconhece desejo, necessidade, enfim, vida. Pela experiência na área da saúde mental, Acácia consegue admitir suas dificuldades e dúvidas, como por exemplo, quando trata a questão dos sintomas.

(...) Como é, você está falando muito sozinho? Era um critério pra você avaliar o doente?! *Os sintomas você quer dizer?! Éee! Os sintomas...* O paciente também ficava muito ansioso quando ele se pegava falando sozinho... Aí ele me trazia: estou começando a falar sozinho! Acho que estou piorando! Eu me dizia: ai meu Deus! Digo a ele que eu falo o dia inteiro sozinho?! (rsss) todo mundo tem esse **lado dos sintomas, mas nunca fui diagnosticada como louca por causa disso (rssss) eu não sei esses lados dos sintomas, se são doenças mesmo...** (Psicóloga Acácia).

Demonstra sua preocupação com os critérios diagnósticos e como defini-los como doença. Em suas próprias palavras “quem fez disto uma doença assim no sentido cerebral?!”.

Neste outro recorte, a mesma profissional revela seu descontentamento com o discurso utilizado e conclui que é tudo muito confuso, que teoricamente não estamos dando conta de explicitar uma teoria que se relacione com a prática. Buscando definir o conceito de *loucura*, no final da entrevista retoma, indagando o porquê de optarmos por tal pergunta:

E que esta pergunta dá um *que* de racionalidade, porque você vai tentar dar uma explicação racional, (fala com certo espanto) **uma definição para aquilo, que não tem... Não tem? Não!! Não tem, e aí como não tem esta definição, esta coisa racional, você fica tentando pegar lá nos seus conteúdos, na sua formação, nos seus teóricos e suas teorias e tal, fica lá e diz mas não é isto, não é isto, e fica lá... Não está batendo... Este conteúdo teórico, não bate com esta pessoa que esta aqui, louco, doente, e aí não fecha entende, e fica muito difícil... (rsss)**, por que você não consegue analisar a teoria, com aquele que está na *sua* frente, o outro que está na *minha* frente, que é o louco.... *Eu* não consigo juntar as duas coisas, e **acho que está uma bagunça muito grande dentro deste nosso arsenal teórico, técnico e do que é o louco e a loucura mesmo...** (Psicóloga Acácia).

Apontando que as dificuldades entre a teoria e a prática são vivenciadas pelos técnicos, que as bases científicas não dão conta de explicar de modo racional a *loucura*, a doença mental. Ela aponta a existência de certa confusão teórica e conceitual produzida cientificamente, o que reflete diretamente na práxis profissional. Assume estas dificuldades como suas, implicando-se neste processo em construção, revelando não se conformar como o que está posto, “(...) por que você não consegue analisar a teoria, com aquele que está na *sua* frente, o outro que está na *minha* frente, que é o louco.... *eu* não consigo juntar as duas coisas” (Acácia, Psicóloga).

Estas reflexões e estas dúvidas de Acácia são pertinentes neste *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica, em sua dimensão teórico-conceitual, demonstrando que os conceitos e a prática fazem parte dos questionamentos e estão sendo checados com mais ousadia.

Analisando os discursos dos demais participantes sobre o que entendem por *loucura*, todos eles, sem exceção esboçaram sorrisos, como que dizendo: logo esta pergunta? Pergunta de difícil explicação! Demonstrando certa resistência, receio, silêncio. Alguns questionaram o porquê de tal pergunta.

Ao mesmo tempo pairava certo receio de falar a respeito da *loucura*, revelando ser um assunto não dominado, de difícil explicação, ou prontamente fechado como

doença/diagnóstico. Vejamos os discursos: “Esta primeira pergunta eu já vi... e **não sei se consigo responder.....** (rsss)” (Terapeuta Ocupacional Camila) ou esta “Eu acho essa uma das perguntas mais difíceis. Eu fico pensando assim, eu **acho que eu não sei nada**” (Psicóloga Acácia).

Este outro discurso sinaliza o não ter preocupação em definir, em conceitualizar, pois entende que as definições e pretensões conceituais da medicina psiquiátrica não dão conta de explicar, “hoje em dia eu nem defino mais... eu acho que ficou uma coisa tão do dia-a-dia (...) que não diferencio mais...” (Psicóloga Suzana). Segundo ela, as definições da medicina *não dizem nada*: “Se vamos ficar em cima do discurso médico, dos livros, que discutem mais a questão, que falam da normalidade, da perda da razão, **mas eu acho que não diz nada?! Ah... não diz nada....**” (Psicóloga Suzana).

Em contrapartida, os médicos psiquiatras entrevistados, que trabalham na rede de atenção psicossocial, conceitualizam a *loucura* com menos dúvida e mais certezas científicas que estes profissionais, apesar de esboçaram também risos e silêncio. Focalizam o comportamento, as atitudes, o jeito de viver, como sendo adequado ou não à sociedade, se a pessoa tem ou não capacidade de discernir entre certo e errado. Eles parecem olhar mais para o que chamam de doença mental do que para os sujeitos que sofrem. Por exemplo, nestes casos vemos claramente como avaliam:

É a **perda de consciência dita normal**, um primeiro conceito seria isto, **incapacidade de lidar** com suas diferenças em relação à realidade, então a partir do momento em que você não tenha mais esta capacidade de discernir o que é **certo ou errado**, ou o que é **real e irreal**, você está num estado da loucura... (Psiquiatra Geraldo).

Para mim é quando uma pessoa, as idéias dela, o pensamento manifesto destas idéias e o comportamento manifesto dela **são inadequados para a situação que ela está vivendo**, para a realidade que ela está vivendo, é a inserção desta pessoa na cultura, no social como sendo uma coisa inadequada, **exageradamente e marcadamente fora do compasso**, vamos dizer, não sei se tu consegues entender? Se está claro o que estou dizendo? (Psiquiatra Cleo).

Podemos inferir que a compreensão mais usual é da *loucura* como comportamento fora do padrão, incapacidade de lidar com a realidade estabelecida, não aceitação das normas, centrada na questão moral, no comportamento inadequado aos padrões esperados. Além desta compreensão moderna persiste a concepção clássica de loucura, de maneira bastante evidente, quando vemos aparecer nas falas a questão da inadequação entre *o pensar* e a *realidade* ou quando elas se referem à oposição *real e irreal*.

Esta maneira de compreender a *loucura* como algo que foge da realidade, das normas estabelecidas pela sociedade, que espera a aceitação do padrão estabelecido é reiterado em outros discursos profissionais, além do discurso psiquiátrico. Outros profissionais reproduzem a mesma percepção ideológica sobre o conceito de *loucura*. Vejamos:

Loucura.... rsss... **É tudo o que as pessoas fazem diferente que não está preestabelecido pela sociedade**, tudo o que se faz e que não está claro pra todo mundo... Então eu vejo isto como loucura, **qualquer ato que você fizer, coisa que você falar diferente do que todo mundo fala e faz, diferente do que a sociedade preconiza, do que é dito normal, o que é fora do normal, isto é loucura**” (Assistente Social Kely).

Este outro discurso, também fundamentado na psiquiatria, destaca a perda da razão e fuga da realidade “Loucura a meu ver é o que foge da realidade, é tudo que foge da realidade e a pessoa não consegue controlar, é uma coisa que foge do controle voluntário da pessoa” (Agente de Saúde Amália). O conceito utilizado pelas duas profissionais é idêntico ao dos psiquiatras, está firmado nas bases científicas da psiquiatria, não situa críticas e nem visualiza outras bases epistemológicas.

Outros recortes discursivos dos psiquiatras fazendo uma diferenciação entre a compreensão de loucura e doença mental as misturam:

Vamos dizer a doença mental ela não é só a loucura, o comportamento inadequado, alterado, **quando a gente fala da loucura lembra mais a questão da psicose**, mas a doença mental **é toda doença que acomete as funções mentais** da pessoa, e não é só os pensamentos, é também o comportamento, mas também atinge a memória desta pessoa, a atenção desta pessoa, e faz com que altere nesta pessoa a relação dela com mundo, a capacidade dela se relacionar com as pessoas, capacidade dela de trabalhar, de funcionar profissionalmente, toda a sua capacidade de vida plena, vamos dizer de viver.... quando isto está alterado, está instalada a doença mental... (Psiquiatra Cléo).

A doença mental não é loucura só.... a **doença mental na verdade inclui várias outras patologias que fogem um pouco deste conceito**... do que uma depressão, um retardo mental, um quadro de ansiedade ou uma fobia social, não são loucuras, mas são doenças mentais. *Então a loucura é mais a psicose em si?* A loucura é mais a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva, que tem uma fase que é psicótica, então, na verdade há diferenças entre elas... (Psiquiatra Geraldo).

Como podemos ver nestes discursos, existe certa dificuldade em diferenciar doença mental e loucura. Ambos referem-se, teoricamente, aos mesmos conceitos de inadequação, alteração, fuga da realidade. Quando se quer olhar a diferença limita-se a uma

questão de grau de intensidade, a loucura parece ser a doença mental agravada, crônica, limita-se ao caso da psicose. É evidente que tanto a loucura quanto a doença mental são compreendidas como sinônimos, portanto como uma doença medicalizável.

Então, vejo a doença mental como a palavra diz que é uma doença, são as psicoses, as neuroses..... *Mas assim no mundo da psicose não tem loucuras?* Sim... *Coisas incompreensíveis, difíceis de analisar?* Sim, sem dúvida. *Mas mesmo assim é uma doença?* Sim é uma doença assim mesmo, pra mim doença mental é doença.....rssss...eu não vejo diferença de doença mental pra mim é doença, digo do lado das palavras são as várias doenças mentais que existem... todas as neuroses, as psicoses, as mais graves, as menos graves, mas é uma doença eu vejo assim. *E você vê que é uma doença partindo do quê?* A partir dos sintomas apresentados, porque **como a doença mental não aparece em nenhum exame realizado**, não aparece em nada que comprove, assim a pessoa pergunta como você sabe que eu tenho esta doença mental? ...o que eu falo é pelos sintomas que você apresenta... (Assistente Social Kely)

Então, trazer à tona a conceitualização da *loucura*, doença mental, mostrou-se ser algo complexo. Pensávamos que com o processo de Reforma Psiquiátrica este conceito estaria mais elaborado, compreendido e com a diluição do poder psiquiátrico distribuído na função terapêutica das outras áreas profissionais houvesse mais questionamentos à base científica da medicina psiquiátrica.

O discurso hegemônico parte da óptica da psiquiatria tradicional, portanto, loucura é uma doença que pode ser localizada no corpo. Mas de que modo, com que classificação, etiologia, nosografia e diagnóstico se faz isso? Não há resposta, pois é o discurso moral (de certo e errado) que tem a primazia.

No entanto, é possível achar outros discursos mais próximos da compreensão da existência-sofrimento em relação à sociedade em que vivemos. A fala de Suzana aponta um exemplo de compreensão mais ampla e mais condizente com o sofrimento mental:

Eu acho que a loucura hoje está ligada mais com o sofrimento, da falta de prazer, da falta de sossego, da questão do estresse, dessa coisa do dia-a-dia, passa tudo muito rápido, as pessoas se estressando, se desentendendo muito, eu acho que é uma coisa muito ampla, que está ligado mesmo com o modo de vida! **Hoje eu não posso falar da loucura só pensando na questão biomédica, tem todas as questões sociais, que também envolvem a questão da violência, a questão da fome, da moradia, da falta de trabalho, do desemprego, da falta também de lazer!** E mesmo da coisa assim do mundo muito agitado, as pessoas elas já não se falam mais, elas já não se olham mais, não tem muita vida familiar, desencontros... Eu acho que é um conjunto de coisas, eu acho que no fundo no fundo cada um tem sua loucura e cada um tem seu modo de lidar (rsss)... (Psicóloga Suzana).

Esta profissional ressalta a importância de compreender a *loucura* olhando o social, a cultura, a vida como um todo, o modo de viver ou sobreviver nesta era globalizada, de neoliberalismo e ao sabor do mercado, que a todos enreda com seus apelos consumistas e seus fetiches individualistas. Como viver e interagir nesta conjuntura globalizada e excludente? Como fixar o olhar somente no biológico? Que respostas dar, que enfrentamento fazer a este sistema, ao poder disciplinar e seus biopoderes? Temos que considerar todos estes fatores e o quanto contribuem para o sofrimento humano, porém este discurso não é hegemônico.

Atualmente, em pleno século XXI, estamos às voltas com a compreensão da *loucura*, como ensinou Pinel e Esquirol, com vistas à adaptação social do sujeito desviante, trazê-lo de volta à realidade natural da sociedade, domar-lhe a índole.

Contudo, podemos constatar que aos poucos o campo de saber/poder da psiquiatria/saúde mental encontra-se em ebulição, recebendo críticas e se auto-avaliando nesse *processo social complexo*, chamado de Reforma Psiquiátrica, implementada no Brasil e também em Joinville-SC.

O Poder Psiquiátrico: Diagnóstico, Interrogatório e Terapêutica

Nos escritos da História da Loucura (1967), Foucault estudou a representação da *loucura* como fenômeno histórico e social. No texto do Poder Psiquiátrico (1973 e 1974) a análise é outra: ele analisa os discursos, as ciências, os jogos de poder e verdade que tomaram por objeto a loucura, “representação ou as percepções da loucura que reenviam necessariamente a uma história das mentalidades do pensamento, mas a tentativa de observar os dispositivos de poder” (CAPONI, 2005, p. 84).

Foucault buscava responder à seguinte indagação: “Em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de um certo número de enunciados, de discursos e, em consequência de todas as formas de representação que podem surgir dali?” (Foucault apud Caponi, 2005, p. 83).

Mostrando as dificuldades em separar a história da psiquiatria e a história da medicina, pois os modos de observar e de diagnosticar são absolutamente diferentes entre elas. A tendência é compreender a psiquiatria como uma especialidade no interior do domínio médico, onde encontra seu prestígio:

Entretanto, entre os fundadores da psiquiatria a operação médica que realizam quando tratam de um paciente, não tem, em sua morfologia, nem em sua disposição geral, virtualmente, nada a ver com aquilo que se está transformando na experiência, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irreduzíveis aos da medicina (Ibidem, 2005., p. 83).

Caponi (2005) destaca que Foucault analisando ambas as disciplinas (psiquiatria e medicina) observa aquilo que as aproxima ou separa, mostrando que é necessário distinguir entre a figura do médico e a do psiquiatra, entre a instituição hospitalar e o asilo; “entre as práticas próprias do psiquiatra e aquelas realizadas por um anatomopatólogo ou um clínico nesse mesmo momento histórico, detém-se nas diferenças estratégicas terapêuticas e nos diferentes modos de estabelecer um diagnóstico” (p. 83).

Salienta que um dos eixos privilegiados do texto do Poder Psiquiátrico é a comparação entre os estudos médicos, anatômicos e neurológicos e os estudos psiquiátricos, “ou dito de outro modo, a distinção entre o corpo anatomopatológico, o corpo neurológico e a ausência de corpo que caracteriza a psiquiatria” (p. 85). Para dar novas explicações à doença mental, a psiquiatria se fundamenta em três elementos, atualmente utilizados: os interrogatórios, a hipnose e as drogas.

Por um lado, a oposição entre um conhecimento diferencial da sintomatologia da doença, própria da anatomopatologia, e a ausência de diagnóstico diferencial, própria da psiquiatria; por outro lado, a oposição entre inscrição de lesões no corpo, órgãos, tecidos e a ausência de corpo que caracteriza o poder psiquiátrico.

Salientando que no espaço da psiquiatria a situação é completamente diferente, por duas razões; não importar tanto saber a precisão nosológica quanto saber se o paciente é ou não louco:

Sua preocupação não é inicialmente a de saber se tal comportamento, tal maneira de falar, tal categoria de alucinações refere-se a esta ou aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo caracteriza ou não a loucura (Foucault, apud Caponi, 2005).

O que Foucault denomina de oposição binária, pois não se trata de perguntar, como na clínica, do que se está doente? Mas sim de saber se está ou não está doente? O que vem a ser um diagnóstico binário, o qual sem referências a lesões em órgãos ou tecidos acaba sendo um diagnóstico absoluto.

Caponi (2005) reforça que a psiquiatria, como surge, se opõe à medicina pelo papel que o corpo desempenha em um caso e em outro, “a psiquiatria é uma medicina em que o corpo está ausente”, diz Foucault. Como saber se esta pessoa, que escuta vozes ou se define como o Todo Poderoso, deve ou não ser remetido a uma instituição psiquiátrica? (p. 87).

Será necessário que a psiquiatria possa estabelecer mecanismos de provas capazes de substituir a constatação de que a medicina clínica encontrava na observação das lesões. Será necessário poder tornar explícito aquilo que se esconde, aquilo que se oculta não no interior do corpo, nos tecidos ou órgãos, mas no interior das condutas, dos hábitos, das ações, dos antecedentes familiares, da história de vida. (CAPONI, 2005, p. 87).

Então, uma das funções do interrogatório é disciplinar, pois possibilita uma atribuição de identidade, uma série de enunciados de reconhecimento do sujeito, suas condutas passadas, dados que sinalizem comportamentos ou reações anormais e antecedentes individuais e familiares, ou seja, que representem o alongamento do corpo do sujeito ao corpo social.

Por fim, o interrogatório, técnica privilegiada que o psiquiatra utiliza com o doente, tem duas características. A primeira é estabelecer um cruzamento entre responsabilidade e subjetividade; a outra é a capacidade de fazer com que o doente reviva a doença no momento preciso do interrogatório, diante do saber psiquiátrico.

No primeiro caso, o interrogatório procede de modo tal que as ações cometidas, as faltas que levaram ao internamento passam a ser visualizadas como sintomas da loucura. (...) cabe ao psiquiatra a confirmação final. Ele deve presenciar a enunciação da loucura sob a forma do reconhecimento, provocando a confissão: *sim, eu escuto vozes*, ou bem deve provocar o desencadeamento da doença: suscitando as alucinações, provocando a crise histérica. Trata-se resumidamente, de gerar o enunciado confirmatório: *Sim eu sou louco* (CAPONI, 2005, p. 89).

Basaglia (2005), trabalhando a relação de papéis, salienta que na medicina o encontro entre médico e paciente se efetua no próprio corpo, mas quando este encontro é transferido para o plano do psiquiátrico o processo deixa de ser tão simples, pois se efetua no *corpo doente*:

Se o encontro com o doente mental se efetua no corpo só é possível efetuar-lo num corpo presumivelmente doente, operando-se uma ação objetificante de caráter pré-reflexível, da qual se deduz a natureza da abordagem a estabelecer: nesse caso, impõe-se ao doente o papel objetivo sobre a qual virá a basear-se a instituição que o tutela. Assim, o tipo de abordagem objetificante acaba influenciando o conceito que faz de si, conduzindo-o – por meio de tal processo – a só poder vivenciar-se como

corpo doente, exatamente como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição que trata dele (p. 97).

Então, como estabelecer o diagnóstico? Com que corpo, com que parte dele se relaciona a psiquiatria? O olhar vem determinado, direcionado, é ou não é louco.

Continuando com os discursos dos usuários, os quais revelam o quanto o descrito vem sendo vivenciado no cotidiano do *tratamento, da terapêutica*. Eles compreendem seus sofrimentos como algo estranho, sem nome, sem explicação, alguns não reconhecem, nem *apreendem* o diagnóstico ou *o nome da doença*, mesmo tendo muito tempo de acompanhamento e tratamento e resistem negando ou indo em busca de outras alternativas de cura. Outros dão os nomes utilizados pela psiquiatria, mas buscam alternativas, se recusam a confiar plenamente na terapêutica ofertada.

O que nos leva a inferir que existe algo velado, não dito, que faz o psiquiatra, principalmente, e os demais técnicos exercitarem/manterem o poder/saber verticalmente e distante, sem trocas, mas checando *os sintomas*, medicalizando, terapeutizando, confirmando o diagnóstico e prognóstico, mas olhando o sujeito que sofre como um objeto, uma *doença mental*. O que não é privilégio somente de quem tem sofrimento mental, pois isto acontece em todas as áreas da medicina, visto o modelo biomédico ser hegemônico. Porém, quando existe esta ausência de corpo, fica a critério dos técnicos esta objetivação dos sintomas.

Vejamos o discurso do usuário Augusto:

Naquela época (início do tratamento psiquiátrico há 25 anos) você já sabia o seu diagnóstico? Não... E agora você sabe? Esquizofrenia né?! O que você sabe sobre isso? Olha eu acho que esquizofrenia, é difícil explicar Se você não ponderar o que é o certo e o que é o errado, a voz da razão, coisas ruins acontecem. Coisas ruins como assim? Brigas, desavenças, exagerar coisas... Procurar descarregar no outro o mal estar que a gente está sentindo... E quando você não está bem, quais são os sintomas, o que acontece contigo? Ah! antigamente eu via vulto, ah! uns tempos atrás, não antigamente... (...) Você toma medicação, a medicação te ajuda? Isso! Olha, é de grande valia, tomando o remédio me acho normal, (...) Ah! me sinto quase normal! Quase normal.... Só quando uma pessoa me tira do sério, fico angustiado, revoltado, mas fora disto.... (...) então daí saí de lá tomando medicamento, a que eu tomo até hoje, daí (algum tempo depois) eu fui pro Regional (hospital) mas eu não queria ir porque eu já não tava mais alucinado, eu tava perceptivo, eu tinha percepção dos fatos (....) e daí eu fui consultei com o psiquiatra, fui pra casa e não adiantava nada, a percepção era contínua, voltei lá de novo.... (Augusto, usuário).

Este relato nos faz perceber que este usuário dá nome a seu *diagnóstico* e lhe atribui significados, além de se utilizar do nome técnico utilizado pela psiquiatria, refere-se a

loucura como um *mal estar* e faz diferença entre estar *alucinado* e *perceptivo*. Relembra sua trajetória de tratamentos psiquiátricos e alternativos: religiosos e fitoterápicos.

Que tratamento você fez além deste da psiquiatria? Psiquiatria sim (hsss) e o macumbeiro também (hsss). *Macumbeiro também?* Sim, fui feito filho de santo, fui e não sou mais... Fui!!! *Por que você foi?* Pra buscar a cura... *Hum, e o que mais que você lembra que você fez de tratamento?* Olha tive em diversos lugares..., eu tive no retiro de drogados da Rua Arataca, em base de rodas de oração, mas lá era só ladrão, marginal, **não era pra pessoa que tem o mal estar que eu tenho**, estive em Cascavel, Pato Branco (hospitais psiquiátricos no estado do Paraná)... *Mas tudo isso na psiquiatria?* Tudo na psiquiatria... (...) **tomei chá, cana cidreira que no começo ajudou, depois não fez mais efeito...** (Augusto, usuário).

Augusto faz questão de enfatizar que toma a medicação e com o uso dela se sente bem, “Ah! me sinto quase normal!”, referindo que não é totalmente *normal*, quando sente-se provocado, desrespeitado, e angustiado. Referindo-se a sentimentos e relacionamentos humanos e não a sintomas. Porém, revela que, mesmo tomando a medicação, as *percepções* continuam e algumas vezes precisa ir ao Pronto Socorro e que mesmo tomando mais remédios as *percepções* são persistentes. Sinalizando que a *loucura* vem sendo controlada pela *terapêutica medicamentosa* e que recorreu e experimentou outras alternativas, pois o tratamento realizado não traz a cura.

Outro conceito questionável é o de *cura*, sua expectativa é almejada por usuários, familiares e sociedade como um todo, mas é um assunto também velado e pouco discutido pela psiquiatria, principalmente com os usuários e familiares⁴⁷.

O mesmo usuário, após o processo de entrevista e apreciação da transcrição, entregou para a autora do trabalho, um texto, por ele elaborado sobre a importância de não limitar o olhar terapêutico à psiquiatria.

O psiquiatra examina o paciente e conforme as condições que o paciente se encontra, prescreve os medicamentos e cabe ao paciente se auto analisar... Se o paciente for consciente e explicar como se encontra, se não estiver consciente cabe aos familiares falar ao médico para acertar a medicação, porque se não for assim fica difícil de voltar à realidade.....O paciente deve tomar os medicamentos segundo a prescrição do médico. Existe paciente que precisa se fortalecer fisicamente, outros são afetados na alma, precisam não só tomar os medicamentos, mas também como o meu caso, **eu tomo os medicamentos mas também oro a Deus para me dar à proteção Divina**, porque sem a proteção de Deus não somos nada. Deus deixou a medicina para nos curar, quando a medicina não tiver solução, entra a providência Divina fluidificando. **Acho que precisa ter teologia na psiquiatria, pois falta muito isto** (Augusto, usuário).

⁴⁷ Ver Vlória J. dos Santos Jucá. A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso

Para Augusto a psiquiatria e o psiquiatra são importantes, mas apesar disto faz um pedido de que tenha mais teologia na psiquiatria, pois entende que a ciência é boa e ajuda, “mas não é tudo”.

No seguinte recorte, Augusto revela sua compreensão da ação do psiquiatra, ou seja, escuta o paciente, escuta os familiares (extensão do corpo social) e prescreve medicamentos que devem ser ingeridos conforme a orientação dada. Mas quando o usuário Augusto fala da *técnica de afrontamento*, referindo-se a um certo momento da consulta, da entrevista psiquiátrica, ou poderíamos chamar como Foucault (1997), o interrogatório psiquiátrico, ele refere-se ao poder do médico, do interrogatório em si, de olhar bem nos olhos do paciente e inquirir, questionar, checar antecedentes familiares e ouvir o que os familiares têm a dizer, pois não tem como *provar* anatomopatologicamente o quadro nosográfico, a não ser fechando o diagnóstico absoluto *ser ou não ser louco*:

Ele fez um teste de afrontamento comigo... *Me conta como é esse teste de afrontamento? É fixar os olhos e tentar psicologicamente testar, ver o que eu iria fazer*, o ego da pessoa sai, os olhos ficam assim pra dentro, (cerrando os olhos e franze a testa questionando) um olha pro outro... *hummm...*, (faz gestos de quem fica olhando um ao outro e medindo força) (Augusto, usuário).

Partindo deste *teste de afrontamento*, conforme Augusto intitula o interrogatório, sinaliza o que entende e como percebe a ação médica e seu poder de fechar o diagnóstico, indicar a internação e tratar com medicamentos. Relatando esta cena, lembra que o psiquiatra em questão fechou seu diagnóstico e deste então é reconhecido como esquizofrênico paranoíde, mas em outros momentos, pelos dados de seu prontuário, foi considerado como sendo esquizoafetivo e bipolar com comorbidade alcoólica. Podemos verificar que conforme o diagnóstico e momento de crise, as prescrições medicamentosas são alteradas, mas permanece o sofrimento mental, acentua-se a cronicidade e a cura não existe, somente o controle medicamentoso.

Vejamos quando se refere ao modo do psiquiatra saber/avaliar o processo saúde/doença durante a consulta no CAD, sinalizando que há certa abertura ao diálogo, mas que ainda não o satisfaz:

(...) *E você tem liberdade pra contar as coisas pro Dr. X? Tenho, mas ele corta muito.... Ele corta? Não deixa você falar? Ele não deixa.... E normalmente o que o psiquiatra te pergunta? Sobre a minha alucinação, mas eu não tenho mais*

alucinação..., aí ele (pergunta) o que você tem? Eu, digo tenho percepção! **A minha alucinação passada passou, passou a ser a minha percepção de hoje.** (...) *Então você percebe e consegue compreender isso de maneira diferente do que um psiquiatra compreende?! Exato! Porque ele acha que tudo é alucinação* (gesticula com mãos, tim-tim por tim-tim, detalhes) **e quer saber o jeito que eu bloqueio, detono a alucinação.....**(o modo como lida com sua loucura), mas o Dr. F e o Dr. C deixam o tempo passar e me deixam conversar a vontade.....(Augusto, usuário).

As falas de Augusto são reveladoras de suas expectativas quanto ao papel do psiquiatra, pois mesmo reconhecendo ser ele o técnico preparado, que estudou para isso, destacando que estudou o comportamento humano, mas que a compreensão do processo de sofrimento não coincide, não se sente compreendido “mas falar com o psiquiatra não bate com nada do que eu penso...”

(...) Olha eu não espero ficar sem o psiquiatra, porque é de grande valia pra mim, **mas com o entendimento do psiquiatra ele nunca vai acertar o remédio certo pra mim... Então não é só o psiquiatra...** (...) Olha o psiquiatra, **creio que estudou, teve aula sobre o comportamento humano, então eles, conforme o que a pessoa se sente, ele tira mais ou menos de letra** o que a pessoa tem, e **receita o remédio... Mas falar com o psiquiatra não bate com nada do que eu penso...**(Augusto, usuário).

E naquilo que se espera do psiquiatra, ele não acerta, que é a medicação, “mas com o entendimento do psiquiatra ele nunca vai acertar o remédio certo pra mim”. Há 25 anos Augusto vem sendo acompanhando e lamenta que a cura não chegue, pois não acertam a medicação para ele, apesar de seguir a prescrição do médico.

Fica evidente que existe alguma comunicação, mas a compreensão, as trocas, o ouvir não é efetivo, pois parece não haver recepção da fala do outro, do louco, como um discurso possível e real, “mas falar com o psiquiatra não bate com nada do que eu penso...”.

Dando seqüência, passamos a analisar o discurso da usuária Débora, a qual afirma que os psiquiatras e os profissionais de saúde mental são invasivos e controladores, não respeitam a fala e sofrimento dos usuários, escutam por demais os familiares. É interessante ressaltar que eles (profissionais) não conseguem convencê-la do diagnóstico, pois fora do local de tratamento dizem para ela que é normal e ela se sente normal:

Bom, quando eu olho as pessoas com quem eu ando, que estão ao meu redor e são doentes, como eu sou doente, que aqui (CAD) sou considerada doente... Por tudo que eu sofri na minha vida, eu acho que eu sou uma pessoa forte ainda, **não sei se tenho a doença ou se coloco na cabeça, se são os remédios e deixo a doença, se o remédio ta me curando... Você não tem certeza?!** Eu não tenho certeza, porque não foi (fácil)... **Foi um começo assim muito bruto, ninguém me deixou**

explicar, ninguém deixou nada... tem que tomar o remédio, e vai tomar e tem que tomar, sabe? Então não tem como justificar estas coisas.... (Débora, usuária).

Débora mostra que a prática e atuação tanto dos psiquiatras quanto dos demais profissionais das equipes deixam a desejar no processo de escuta e compreensão do sofrimento. Para ela seu quadro é confuso e não sabe ao certo que *doença* tem, pois já recebeu diagnósticos variados e questiona se chega mesmo a ser uma doença:

(...) muita gente diz pra mim, **que eu não sou doente, mas os médicos dizem que eu sou doente, então eu vou pelos médicos, eles me deixam confusa, uns dizem que não, que eu não sou doente, e aqui dentro e o lugar que eu vou no médico (regional de saúde) e tomo o remédio, diz que eu sou doente, lá fora dizem que não, não sou doente...** (...) se souberem que tenho este transtorno, esta doença, que nem concordo com o nome, bipolar e recebi o rótulo de esquizofrênica pela Dra. X, as pessoas se afastam ... (Débora, usuária).

Os questionamentos de Débora são contundentes. Ser ou não ser doente! “Mas, os médicos dizem que eu sou doente, então eu vou pelos médicos, eles me deixam confusa...”. Demonstra não concordar com os diagnósticos recebidos, que os rótulos afastam as pessoas. A dualidade de percepção a confunde. Quem confirma sua doença mental é o psiquiatra e as equipes de saúde mental, tanto do CAD quanto da Regional de Saúde.

O que mais revela Débora sofre seu sofrimento? Ela acredita que sofre as injustiças de um mundo capitalista, por ser pobre e desprovida de recursos e que se os tivesse não sofreria tanto:

Olha para mim o que precisa melhorar era a minha vida (condições reais de sobrevivência), eu não me sinto melhor... Melhorar assim esses transtornos que eles causam em cima de mim, (a irritam com muitos conselhos e falatórios) tais fazendo coisa errada, de ficar falando besteira (comunicativa), eles querem muito mudar o meu cabelo agora... *O que é que tem no seu cabelo?* É que eu quero deixar crescer mais um pouco, aí dizem que mais um pouco é pra cortar meu cabelo, e vender no programa do Ratinho. *E o que você está pensando sobre isso?* Eu não quero nem saber, deixa eu estar com este cabelo, assim mesmo!!? O que estas pessoas tem haver com a minha vida?! Eu detesto que se metam na minha vida (Débora, usuária).

Atualmente, Débora sobrevive com auxílio doença de um salário-mínimo, depende da família, de doações e da venda de produtos cosméticos, entrega folhetos, faxina. Débora é uma mulher que chama atenção, muito bonita, cabelos longos, às vezes muito comunicativa, expansiva, brincalhona, gosta muito de ajudar, de vez em quando se mostra carente de afeto,

desanimada e desarrumada. Entretanto, não importa o jeito em que se encontra, não tolera interferência de outros, mas é sistematicamente muito cerceada pelos familiares.

Fica evidente que o controle exercido pela família e equipe de saúde mental, sobre quem tem o rótulo de doente mental vem sendo uma prática naturalizada e permissiva. Dificultando por muitas e muitas vezes a vida do sujeito em sua existência-sofrimento, pois que direito pode ter um *louco*? Será que basta um tratamento mais humanizado, certa tolerância e um pouco de compaixão? Mas, este é outro assunto.

Com o discurso de Débora podemos compreender seu descontentamento com o tratamento prescrito tanto pelo médico quanto pela equipe, pois o olhar continua centrado no comportamento e não há empatia, um colocar-se no lugar do outro que está sofrendo e é desqualificado como *louco*, conforme Foucault (1997).

Ora o que estava implicado, antes de tudo, nessas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência, exercendo – se sobre uma ignorância, de bom senso, de acesso à realidade, corrigindo os erros, (ilusões, alucinações, fantasmas) da normalidade, impondo-se à desordem e ao desvio. É esse triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o *sujeito* atingido por essa doença era desqualificado como louco – ou seja, despojado de todo o poder e de todo o saber quanto à sua doença. (Foucault, 1997, p. 56)

O poder psiquiátrico descrito por Foucault se reforça e se constrói no cotidiano da prestação da assistência e marca a percepção dos usuários, como relata Débora, pontuando que o médico faz e precisa fechar o diagnóstico, pois este é o seu trabalho. Mostrando ao mesmo tempo as contradições, pois não consegue se relacionar bem com esta categoria profissional, mas o discurso da psiquiatria está introjetado, apreendido, quando afirma que cabe ao psiquiatra observar e fechar o diagnóstico:

Psiquiatra pra mim.... **Eu não gosto de psiquiatra!** Não gosto **porque eles não me escutavam, eles não me escutam,** Os outros médicos me escutavam, mas quando chegava minha família aí já não me escutavam mais... *Por quê?! Eles escutam a família!!* Aí não me ouviam mais, só a família, não ouviam a mim... *Então você sente que é acolhida pelo psiquiatra?! Agora sim, mas antes não...* Normalmente, *quais as perguntas que eles fazem pra você na consulta?* Se eu to me sentindo bem (...) se eu tô tomando remédio direito, é... se eu estou sentindo mais alguma coisa, um outro sintoma assim e outras coisas que eu não me lembro no momento.... (...) **é ele que tem que observar mas, que tem o diagnóstico pra fazer** ... a equipe ela ajuda muito, mais o médico eu acho que ele teria que se impor mais um pouco, mais assim entendeu? (Débora, usuária).

Novamente, aparece na cena a família como a extensão social do corpo do paciente. Quando os profissionais não dão conta de situar a *loucura* no corpo do doente, desloca-se o processo de interrogatório para a família, seus antecedentes e cultura familiar. A psiquiatria não escuta a pessoa que sofre, mas escuta a família. O discurso do doente, do louco, é tido como um discurso sem valor e vazio de significados.

Interessante observar que a definição de *loucura*, defendida por Débora, é voltada para a maldade humana e falta de respeito para com a vida.

Loucos são estes que se dizem bons, posso ser louca de amor, fazer loucura de amor, ser louca por alguma coisa, e ser louca doente daquele tipo que mata, que fala e faz...**mas os verdadeiros loucos não estão em tratamento estão soltos e as pessoas nem percebem que podem fazer tanto mal, veja quantas guerras, estupros, violência, estes são os loucos.....doença mental, tem retardo mental que são doençasmas estes rótulos, este título é uma desgraça na vida da gente....** eu sou vendedora se souberem que tenho este transtorno, esta doença, que nem concordo com o nome, bipolar e recebi o rótulo de esquizofrênica pela Dra. X, as pessoas se afastam, eu sei o que sofri e estou sofrendo por causa disto, e sei que algumas coisas a gente tem que passar, **mas os preconceitos são muito e, é muito triste lidar com isto o tempo todo....** (Débora, usuária)

Novamente aparece no relato de Débora o quanto o diagnóstico afeta sua vida e salienta que lidar com este rótulo a expõe socialmente a preconceitos referentes à *loucura*. Quem são os loucos? Seu olhar atenta para as questões sociais de violência, guerra. E ela não se sente fazendo parte desta loucura. Mas sofre com os rótulos que carrega. O poder psiquiátrico e também das equipes de saúde mental, apesar de sentir-se mais acolhida, ainda paira soberano.

Quando abordamos Rosa, outra usuária, sobre o seu diagnóstico e se ela conversava com o médico sobre isto, ela afirma: (...) **eu não sei meu diagnóstico, não sei...** mas sei quando não estou bem, e peço ajuda.... *Mas com o nome desta doença você não se importa?...Não!! não, o nome não me importa....não sei...mas você nunca ouviu falar? Não, nunca ouvi...”* (Rosa).

Rosa faz tratamento psiquiátrico há 25 anos, demonstra a complexidade do vivido, as constantes internações, as crises histéricas, a raiva sempre contida, os tratamentos a que é submetida, mas não tem interesse em conhecer seu quadro e descobri-lo em sua essência. O que nos causa estranheza, como pode um doente não se interessar com o que lhe aflige? O que está por trás deste *não se importar*? Podemos inferir que não o faz por medo, por negação a tal sofrimento ou porque este assunto sempre foi muito velado, tratado nas entrelinhas, com meias palavras, dando ao psiquiatra o poder de controle do quadro psiquiátrico. Neste caso,

para o aparato psiquiátrico por ser um quadro de difícil diagnóstico, denominado de transtorno de personalidade, *borderline*, esquizoafetivo.

Basaglia (1998) destaca que o médico psiquiatra é o detentor único do saber, símbolo de autoridade única da instituição, enquanto o doente é sistematicamente excluído da mesma, pois a relação, que é chamada de terapêutica, gera dinâmicas que quando melhor analisadas, não tem nada a ver com a doença:

Refere-se que, particularmente a relação na qual a diagnose de doença é puro acidente, uma ocasião a criar-se um jogo de poder – regressão que será, porém, determinante nos modelos de desenvolvimento da doença. Trata-se do poder institucional de caráter quase absoluto, do qual o psiquiatra toma posse no interior de uma estrutura asilar, ou de um poder *terapêutico, teórico, carismático* ou *fantasmagórico*, onde o psiquiatra goza de uma situação de privilégio em relação ao doente que, já por si mesmo, define o papel e a posição. Portanto, referimo-nos a ausência de reciprocidade do encontro-desencontro de duas dimensões diversas, onde o valor de uma é já tido por certo, assim como a ausência de valor de outra (p. 17).

A diagnose tornou-se um juízo de valor, fica evidente o controle exercido pelo psiquiatra em relação ao doente que foge ao seu domínio “a diagnose assume o valor de uma etiquetagem que serve para distanciar quem usa e para estabelecer, através desta distância a natureza diversa de uma classe, uma categoria: a dos doentes mentais” (p. 18).

Basaglia nos esclarece que o papel do técnico, do mandato social, continua sendo aquele que tende a facilitar a compreensão da doença mental na sociedade, a não adaptação a esta sociedade será interpretada em termos de doença, cabendo aos técnicos dissolver os conflitos sociais: “poderíamos deste modo encontrarmo-nos em um mundo dominado pelos técnicos, cujo poder dará cada vez maiores possibilidades de ação, desde que garantam atenuação das contradições sociais mais evidentes” (p. 21).

E assim, o poder de dizer, de executar procedimentos confirmatórios da doença, está nas mãos do psiquiatra e atualmente um pouco mais diluído entre outros profissionais. O sujeito continua sendo ouvido e compreendido muito pouco em sua existência/sofrimento e mesmo que venha a questionar o médico e a equipe, será sujeitado, visto o poder atribuído ao saber médico:

Sobre teu sofrimento e tua singularidade, sabemos bastante coisas (de que não duvidas) para reconhecer que é uma doença; mas conhecemos bastante essa doença para saber que não podes exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Nossa ciência nos permite chamar de doença a tua loucura e, desde então, somos, nós médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em ti uma loucura que te

impede de ser um doente como os outros: serás, portanto, um doente mental (Foucault, 1997 p.56).

Podemos, então, salientar que o saber/poder constituído reafirma o poder psiquiátrico hegemônico e determina o saber dos demais técnicos e a assistência terapêutica oferecida nos serviços substitutivos e na rede de atenção psicossocial. Os recortes analisados, tanto dos técnicos quanto dos usuários revelam o quanto são complexos, sutis e mesclados os discursos utilizados e que a constituição epistemológica dos conceitos perpassam a construção histórica com bases hegemônicas voltadas à psiquiatria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto de Reforma Psiquiátrica, defendida como um *processo social complexo*, a dimensão teórica-conceitual vem recebendo questionamentos e críticas, sendo uma possibilidade concreta de enfretamento e implementação de serviços substitutivos ao modelo asilar. Mesmo a passos lentos, busca-se desconstruir o paradigma biomédico, medicina psiquiátrica, modo de pensar, interagir e situar um *outro lugar social* para a *loucura*.

Destacamos que toda transformação ou reforma depende da visão de mundo, visão política e ética que os atores sociais possuem, das correlações de forças estabelecidas e explicitadas politicamente na sociedade, por meio de embates políticos, ideologicamente posicionados num mundo capitalista.

A construção do saber/poder vem encontrando embates mais acirrados em novos espaços de atendimento, os serviços substitutivos, na rede de atenção psicossocial, o que aponta a movimentação do pensar e agir, podendo simplesmente reproduzir ou transformar a práxis, conceitos e abordagens *terapêuticas*

Ao inquirir o papel da psiquiatria e do diagnóstico, fica evidente que o poder/saber da psiquiatria é hegemônico e assimilado na atuação profissional dos demais técnicos, perpassando também a vivência do usuário. O poder/saber se constrói a partir da presunção de doença, a lesão no corpo não pode ser localizada, então se produz uma extensão social desse corpo para a família e os antecedentes familiares. Ser ou não ser louco é a pergunta principal da psiquiatria, chamado por Foucault de diagnóstico binário, pois cabe ao psiquiatra checar os sintomas primando pela confirmação do estado da loucura. Uma vez diagnosticado, instala-se o processo de medicalização, sendo o uso de psicofármacos a terapêutica utilizada no controle da psicose.

Entretanto, a tão esperada cura, não existe, não chega. Mas este é um assunto velado, sutil e habilmente não informado. As expectativas de pacientes e familiares se confrontam com a gravidade das crises, da cronicidade, das internações hospitalares, que apesar do discurso médico psiquiátrico não se alteram. Como explicita Saraceno (2001), esse é o signo da continuidade histórica do cerco à desrazão, que teve seu início com o primeiro manicômio há séculos atrás. “A história continua. Não mais de loucos, delinquentes e prostitutas, mas psicóticos, *borderlines* e marginais. Continua, mudando formas, linguagens e competências, o processo de cerco à loucura, de exclusão da desrazão” (p. 63).

Então, podemos afirmar que o saber/poder da psiquiatria segue intocado, um pouco diluído, humanizado, moderno, mas na essência continua o mesmo. A loucura é *doença mental* e precisa do lugar terapêutico, o hospital, e de medicamentos. O lugar social da *loucura* não é questionado e sua ressignificação cultural praticamente impossível.

Verificamos nos discursos que o conceito de *loucura* é emblemático e confuso. Na prática dos profissionais vem sendo compreendido como *doença mental*, mesclado com a visão clássica ainda persistente, a do erro, do engano. O conceito de *loucura* assume a forma de doença, legitimando a psiquiatria, enquanto o único saber científico capaz de resolver, de dar repostas, cabendo-lhe o controle social da *loucura*.

Este poder encontra-se sutilmente diluído e distribuído entre as demais profissões, sem, contudo, atenuar a violência que o mandato social concedido pela sociedade impõe e espera, que é a adaptação social e a manutenção deste sistema. Para isso é irrelevante o local de atendimento. Quando a prática continua sendo semelhante e quando os recursos de psicofármacos - camisa de força química - ainda persistem, sendo que esse fenômeno pode acontecer tanto num serviço de atenção psicossocial quanto num hospital.

Tendo a psiquiatria como base hegemônica do saber/poder, as demais áreas são complementares, ganham o status de terapêuticas, mas o mandato social é para a manutenção da harmonia e ordem social. Sendo assim, tendem-se a reproduzir as mesmas relações de controle e adaptação, com o cunho moralista e violento do modelo asilar.

Alguns discursos analisados são ideologicamente situados em defesa da saúde, buscando compreender a *loucura* com outros olhares, sem ser reduzidos ao olhar biomédico. Estes discursos tendem a ser polêmicos, políticos, configurando-se como uma prática de resistência e enfrentamento. Visto que alguns atores sociais se posicionam, conseguindo apontar alguns questionamentos e críticas ao saber/poder psiquiátrico e buscam caminhar

rumo à desinstitucionalização, à atenção psicossocial, à reinserção integral, a autonomia da pessoa acometida por sofrimento mental.

Outros discursos, porém, tendem à predominância autoritária, à manutenção do que está posto com o certo, o paradigma biomédico, à medicina psiquiátrica hegemônica, até aceitando algumas modificações, sem contudo focar no sujeito que sofre, mas no objeto, a loucura e seu diagnóstico e a terapêutica psiquiátrica.

Os discursos dos atores sociais envolvidos com o *processo social complexo* de Reforma Psiquiátrica revelados nesta fotografia, neste estudo apontam o quanto o pensar e o fazer, ainda está permeado e carregado da visão hospitalocêntrica, centrada na doença, nos sintomas e não no sujeito que sofre. E que não basta ter modelo assistencial organizado e reforma administrativa, se não for desconstruído o modelo asilar em sua essência, em sua base científica (é científico ser moral, punitivo?), ou seja, será necessário realizar uma profunda crítica ao saber/poder da psiquiatria em suas bases epistemológicas, para uma efetiva mudança no modo como operam hoje os profissionais nos espaços de assistência não asilares.

Esperamos, que a luta por uma *Sociedade Sem Manicômios* seja uma utopia possível, precisamos, porém, estar implicados, atentos e resistindo à estagnação das conquistas que ofuscam a real fotografia almejada de desinstitucionalização.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. IN: AMARANTE, P. (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003c.
- ALVARGA, Alex R. e DIMENSTEIN, Magda. A Loucura Rompida nas Malhas da Subjetividade. IN: AMARANTE, P. (org) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2.** Rio de Janeiro: NAU, 2005.
- BASAGLIA, Franco et al., 1979. Considerações Sobre uma Experiência Comunitária. IN: AMARANTE, Paulo. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- BASAGLIA, Franco. Intuições da Violência. IN: AMARANTE, Paulo. (org) **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro:Garamond, 2005.

- GILL, Rosalind. Análise do Discurso. IN: **Pesquisa Qualitativa, com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático.** BAUER & GASKELL. (orgs), Petrópolis: Vozes, 2002.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística:** Censo de 2000. disponível <http://www.ibge.gov.br/> consultado em 09 de novembro de 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.
- ORLANDI, Eni Pulcinelli. **Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos,** São Paulo: Editora Pontes, 2000.
- ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de. & MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. IN: NICÁCIO, Fernanda. (Org) **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- _____ O inventário das subtrações. IN: NICÁCIO, Fernanda. (Org) **Desinstitucionalização.** 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 2001.
- TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, 2002.
- TESSER, Charles. D. & LUZ, Madel. **Uma Introdução às Contribuições da Epistemologia Contemporânea para a Medicina.** Rio de Janeiro:ABRASCO, Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n.2, p. 363-372, 2002.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2^a . ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003a.
2. _____. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. V. 02 e 03, Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003b.
3. _____ e TORRE, Eduardo H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental, **IN: Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, n° 1, 2001.
4. _____. **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2^a . ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
5. _____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. **IN: AMARANTE, Paulo. (org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1^a reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
6. _____. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. *Cadernos de Saúde Pública*, [online]. jul./set. 1995, vol.11, n°. 3. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X - ISSN 0102-311X - [citado 09 Novembro 2004], p.491-494.
7. _____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. **IN: AMARANTE, Paulo. (org). Archivos de Saude Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro:NAU, 2003c.
8. ALVARGA, Alex R. e DIMEINSTEIN, Magda. A Loucura Rompida nas Malhas da Subjetividade. **IN: AMARANTE, Paulo. (org). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro:NAU, 2005.
9. BASAGLIA, Franco et al., 1979. Considerações Sobre uma Experiência Comunitária. **IN: AMARANTE, Paulo. (org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1^a reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
10. _____. Intituições da Violência. **IN: AMARANTE, Paulo. (org). Escritos Selcionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro:Garamond, 2005.
11. BIRMAN, Joel. & COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. **IN: AMARANTE, Paulo. (org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1^a reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

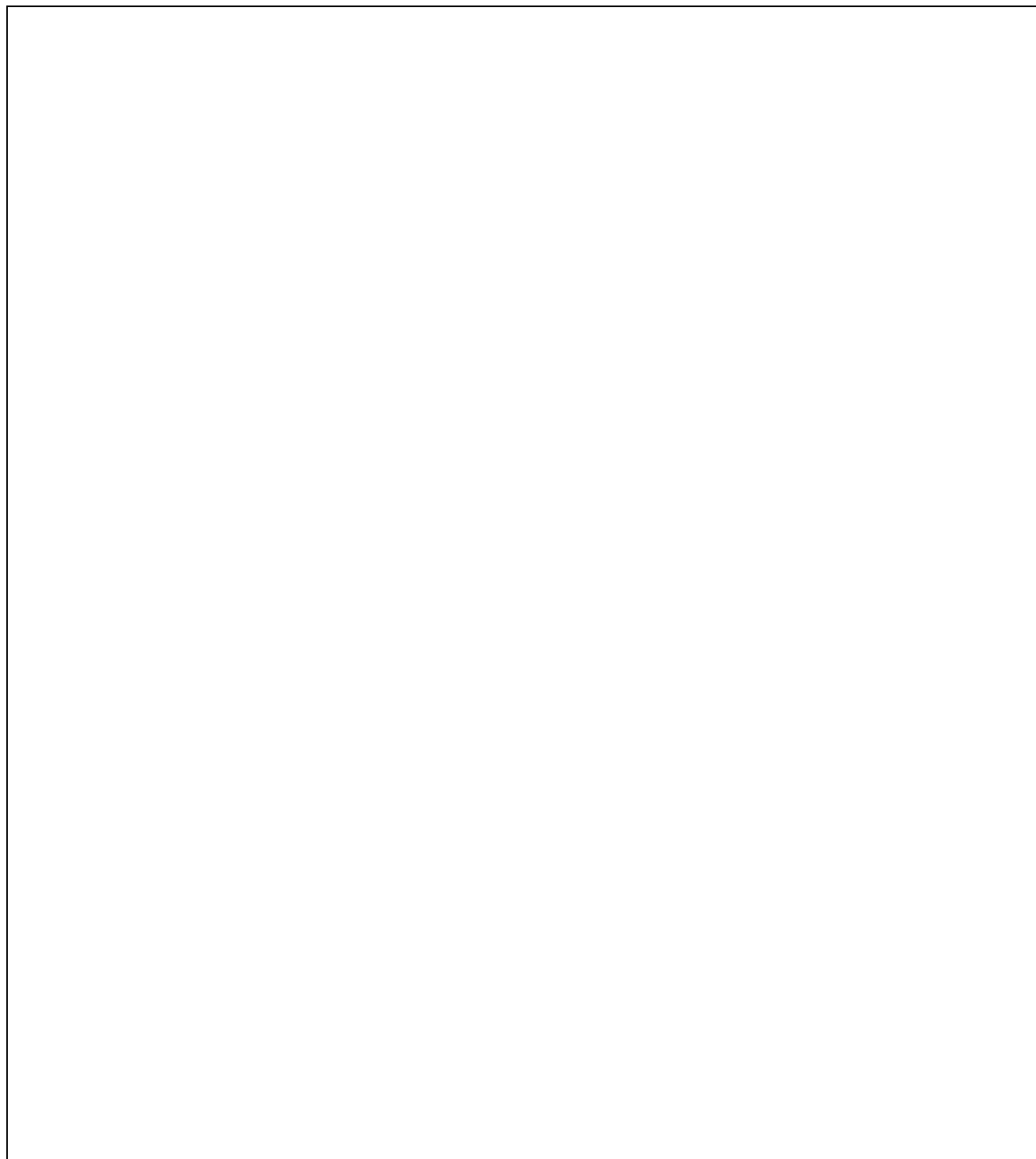
12. CAPONI, Sandra. **Da Compaixão a Solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
13. CAPONI, Sandra. Da história da Loucura na época Clássica ao Poder Psiquiátrico. IN: FALCÃO, Luis F. & SOUZA, Pedro. (org). **Michel Foucault: Perspectivas**. Rio de Janeiro: Achiamé, 2005.
14. CASTRO, Eduardo G. A Falsa Dialética Saúde-Enfermidade. IN: **Revista do Centro de Ciências Sociais e Humanas**. Santa Maria: UFSM, v.7, n. 01, 1992.
15. CARVALHO, Maria do Carmo B. & NETTO, José P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 5ª. ed. São Paulo: CORTEZ, 2000.
16. CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo**. 2 ed., Rio de Janeiro: GRAAL, 1991.
17. COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. 2ª. ed. São Paulo: PERSPECTIVA, 1989.
18. COSTA, Jurandir Freire. Os interstícios da lei. IN: **Saúde Mental e Cidadania**. 2ª. ed. São Paulo: MANDACARU, 1989.
19. DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 1ª Reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
20. ENGEL, Magali Gouvea. **Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospícios (Rio de Janeiro, 1830 -1930)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
21. KINOSHITA, Roberto Tykanori. Uma experiência pioneira: reforma psiquiátrica italiana. IN: **Saúde Mental e Cidadania**. 2ª. ed. São Paulo: MANDACARU, 1989.
22. GANSKELL, George. Entrevistas Individuais e Grupais. IN: BAUER & GASKELL. (org). **Pesquisa Qualitativa, com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
23. GILL, Rosalind. Análise do Discurso. IN: George & GASKELL (org). **Pesquisa Qualitativa, com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. BAUER. Petrópolis: Vozes, 2002.
24. GIOVANELLA, Ligia & AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. IN: AMARANTE, Paulo. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
25. HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. 6ª ed. São Paulo: PAZ E TERRA, 2000.

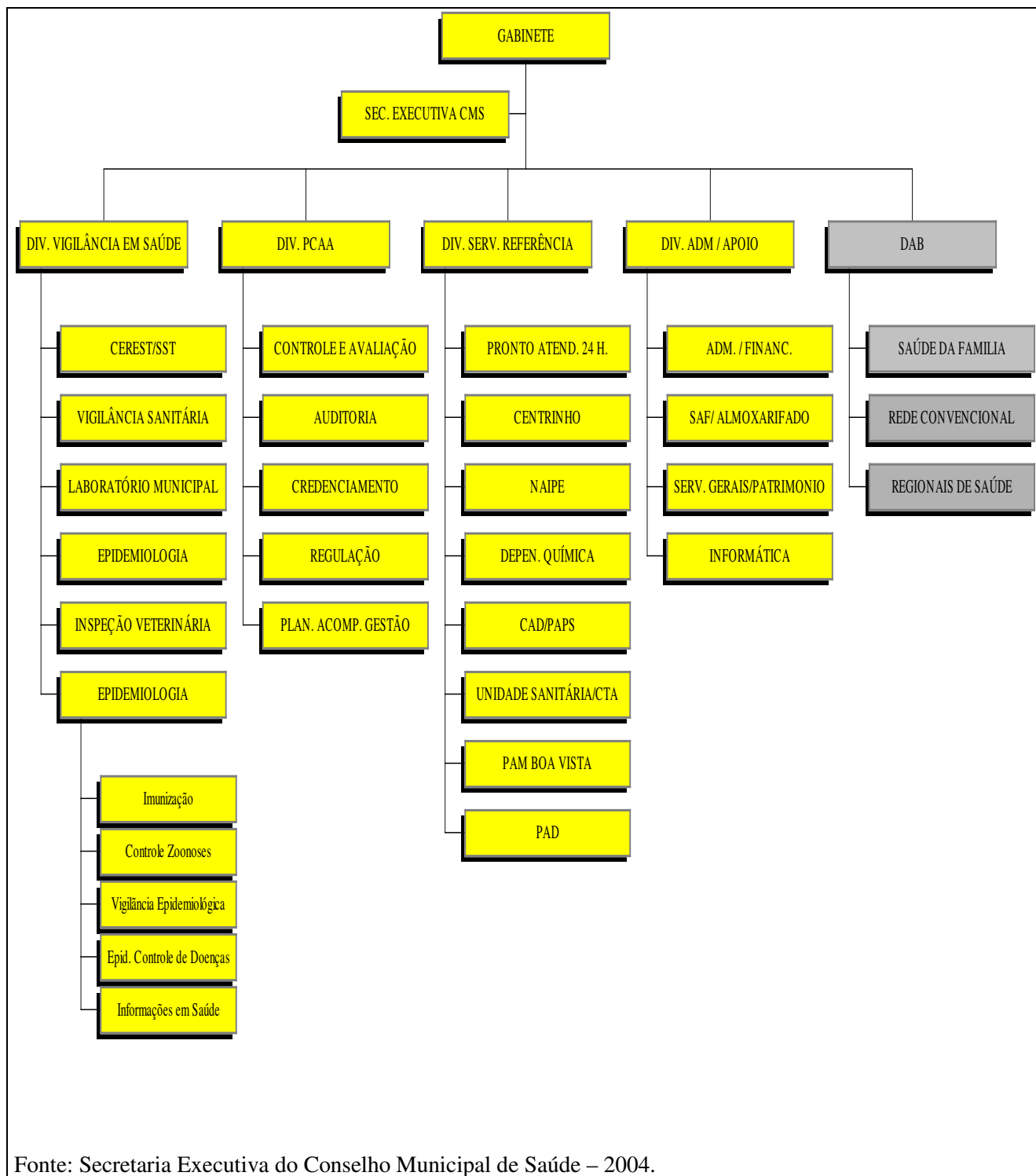
26. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Censo de 2000. <http://www.ibge.gov.br/> consultado em 09 de novembro de 2004.
27. LUZ, Madel. A. História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidade. IN: AMARANTE, Paulo. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998b.
28. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2000.
29. _____ Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. IN: MINAYO, Maria Cecília. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22ª. ed. Petrópolis: VOZES, 2003.
30. ORLANDI, Eni Pulcinelli. **A Linguagem e seu funcionamento**: As formas do discurso, São Paulo: Editora Pontes, 1987.
31. _____, Eni Pulcinelli. **Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos**, São Paulo: Editora Pontes, 2000.
32. ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de. & MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. IN: NICÁCIO, Fernanda. (Org). **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
33. _____, Franco. O inventário das subtrações. IN: **Desinstitucionalização**. (Org) NICÁCIO, Fernanda. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
34. ROCHA, Juan S. Y. A Saúde Coletiva e a Dialética. IN: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, nº 1, 2001.
35. ROQUE, Cleusa M. E & BENVENUTTI, Kátia P. **O Percorso da Saúde Mental em Joinville – SC: Um olhar do Serviço Social** – Monografia- Universidade Tuiuti do Paraná, 2002.
36. SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 2001.
37. SZASZ, Thomas. **Cruel Compaixão**. São Paulo: Papyrus, 1994.

38. SANTOS, Nelson Garcia dos. **Do hospício à comunidade: Políticas públicas de saúde mental.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.
39. TEIXEIRA, Mario. **Hospício e Poder.** Brasília: Senado Federal, 1993.
40. TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 01, p.25-59, 2002.
41. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve Periodização do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente. IN: VASCONCELOS, E. M. (org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: CORTEZ, 2000.

ANEXOS

ANEXO A - ORGANOGRAMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE





ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOBRE DISTÚRBIOS MENTAIS

Você ou alguém da sua família no último ano)

1. Sofre de falta de apetite?
2. Tem dificuldade para dormir?
3. Se queixa de zumbidos nos ouvidos, agonia na cabeça?
4. Sente dores ou pontadas freqüentes na cabeça?
5. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?
6. Fica agressivo, explode com facilidade?
7. Fica períodos triste, com desânimo?
8. Sente bolo na garganta, queimação ou peso no estomago?
9. Sente tremores ou frieza nas mãos?
10. Tem com freqüência crise de irritação?
11. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender coisas?
12. Consome bebidas alcoólicas?
13. Às vezes fica parado, chorando muito?
14. Já pensou em dar fim a vida?
15. Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?
16. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?
17. Já ficou sem poder falar e enxergar?
18. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?
19. Se embriaga pelo menos uma vez por semana?
20. Bebe diariamente?
21. Se queixa de palpitação ou aperto no coração.
22. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo?
23. Se preocupa muito com doenças? Se queixa sempre?
24. Já sofreu algum ataque depois de susto ou contrariedade?
25. Tem medo excessivo de certas coisas, ou de alguns bichos, ou de lugares fechados?
26. Após fechar a porta verifica várias vezes se estão bem fechadas?
27. Se queixa de ouvir vozes ou vê coisas que os outros não vêem?
28. Falas coisas sem sentido, bobagens?
29. Fala ou ri sozinho?
30. Se acha perseguido, que estão lhe querendo fazer o mal?
31. Sente que está sendo controlado por telepatia, por rádios ou espíritos?
32. Às vezes, fica muito tempo numa posição estranha?
33. Fica períodos exageradamente alegre sem saber o por quê?
34. Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?
35. Já utilizou ou usa atualmente remédios para dormir ou acalmar os nervos? Qual?
36. Não consegue freqüentar a escola?
37. Sofre de acessos de loucura?
38. Sofre de retardamento mental?
39. Tem manias de limpeza ou arrumação? Exageradamente?
40. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?
41. Sofre ataques, caindo no chão se batendo?
42. É dado ao uso de drogas? Qual?
43. Bebe exageradamente? Alguém de sua família:
44. Não sabe se vestir, urina e defeca nas roupas?
45. Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas?

Pela contagem da Escola Paulista de Medicina, quem responder a sete ou mais perguntas, pode estar sofrendo algum tipo de distúrbio psiquiátrico. Fonte: Escola Paulista de Medicina, publicado no Jornal Folha de São Paulo. **Transcrito da página 16, do Livro: Do Hospício à Comunidade. Nelson Garcia Santos, Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.**

Também pode ser encontrado em **Saúde Mental e Políticas e Instituições: A Constituição do Paradigma Psiquiátrico e as Reformas 2**, na página 48 (org) Paulo Amarante, EAD/ENSP/FIOCRUZ

ANEXO C: APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA/UFSC.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA - USUÁRIO

1. Qual o motivo que fez você procurar o atendimento na Saúde Mental/Psiquiatria?
2. Qual o seu diagnóstico? O que sabe a respeito disso? Quais os sintomas (o que sentia) no início? Como está atualmente?
3. Qual tratamento faz? Quais tratamentos você tentou, fez? Por quê? Você faz uso de medicação? Como se sente? Funciona? Sente se melhor? O que é bom e o que não é?
4. O que o psiquiatra representa para você? Ele te escuta? Você se sente acolhido? Você acha que o psiquiatra te compreende?
5. O que a equipe representa para você?
6. O que representa para você a Reforma Psiquiátrica ou Luta antimanicomial?
7. Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito do assunto.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS:

1. O que você entende por loucura, doença mental? E Saúde Mental?
2. Você conhece, já ouviu falar ou tem acompanhado o movimento de Reforma Psiquiátrica/Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil? Como se deu a sua aproximação?
3. Focalizando seu conhecimento do processo de Reforma Psiquiátrica o que você identifica de ações no município de Joinville.
4. Você percebe questionamentos e tentativas de desconstrução do modelo asilar e dos conceitos da psiquiatria tradicional?
5. Pela tua práxis profissional você interage no processo de diagnosticar, medicar e viabilizar a terapêutica em si? Explique.
6. E a relação interdisciplinar entre os profissionais como vem acontecendo? Existe alguma relação diferenciada entre os profissionais de saúde (não-médicos) e os médicos-psiquiatras?
7. A partir de sua experiência como percebe este processo de Reforma Psiquiátrica/Luta Antimanicomial em Joinville?
8. Referente a este tema você gostaria de falar algo mais?

APÊNDICE C: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Declaração De Orientação, Consentimento Informado E Autorização Para Publicação De Resultados Do (A) Informante De Pesquisa E Termo De Compromisso Da Pesquisadora

Eu, _____, portador do CPF _____, residente e domiciliado (a) a Rua: _____ Bairro: _____, CEP: 89. _____ - _____, na Cidade de Joinville, SC, Fone: _____, Profissão: _____, ocupação: _____

DECLARO, para os devidos fins, que fui informado/orientado (a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos, da justificativa e da metodologia do Trabalho de Pesquisa: A Construção do Discurso dos Atores Sociais da Reforma Psiquiátrica em Joinville – SC, conduzida pela pesquisadora Assistente Social: Maria Lúcia da Silva Bueno, cujo trabalho faz parte da Dissertação do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Dra. Sandra Caponi.

CONCORDO, plenamente, em colaborar com a referida pesquisa, na condição de informante/sujeito do mesmo, deixando registrado, desde este momento, que terei liberdade para retirar este consentimento e autorização para publicação, a qualquer momento, deixando assim, de participar da mesma, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento. Ciente de que poderei fazê-lo por telefone comercial (47) 4 33 59 02 ou 4 22 71 61 solicitando falar com a pesquisadora: Maria Lúcia da Silva Bueno, ou pessoalmente/correspondência no endereço: Rua Alexandre Schellmm, 850 – Centro, em horário comercial e ainda por e-mail: lucia.bueno@ig.com.br.

DECLARO, que autorizo a pesquisadora a gravar a entrevista referente ao tema com as informações que possa prestá-la, bem como, transcrevê-la para compor partes e/ou servir de base à consecução dos objetivos da pesquisa.

Da mesma, forma AUTORIZO a pesquisadora a realizar escuta da entrevista e/ou fazer a leitura do material que resultar da transcrição. A pesquisadora se compromete a fazer a devolução do material escrito, fruto da transcrição, para que possa apreciar, criticar e autorizar a utilização do mesmo.

AUTORIZO a pesquisadora a proceder a discussão do material que resultar desta pesquisa com a sua orientadora, co-orientador e/ou outro colaborador que possa auxiliá-la, teoricamente, na composição/redação final do trabalho de dissertação.

AUTORIZO, ainda, que o material que resultar de minha entrevista possa compor o texto final da dissertação da referida pesquisadora.

CONCORDO, que trechos e/ou partes completas de minha entrevista sejam utilizadas pela pesquisadora em livretos, livros, artigos e/ou textos de toda a espécie que possam resultar do presente trabalho. Tenho clareza que, caso me interesse, terei livre acesso aos resultados da pesquisa, entrando em contato com a pesquisadora pelos meios acima referidos e/ou acessando a mini-biblioteca do CAPS de Joinville.

Além do exposto, ainda, gostaria de solicitar de parte da pesquisadora que (descreva outras exigências que gostaria de ver seguidas para poder prestar as informações necessárias à consecução do presente trabalho):

CONCORDO, portanto, com todas as condições ofertadas pela pesquisadora para a boa utilização de minhas informações, bem como a mesma, concorda com minhas exigências ao presente documento.

Ao assinarem estarão de acordo com os termos desta “Declaração de Orientação, Consentimento Informado e Autorização para Publicação de Resultados do Informante de Pesquisa e Termo de Compromisso da Pesquisadora”

<hr/> Nome do Entrevistado	<hr/> Maria Lúcia da Silva Bueno Pesquisadora
CPF: _____	CPF: _____

Joinville, _____ de _____ de 2005

APÊNDICE D: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/USUÁRIO

Eu, _____, residente e domiciliado a
Rua: _____, Nº _____, Bairro: _____,
Cidade: Joinville - SC, portador do RG/CPF _____.

DECLARO, para os devidos fins, que fui informado(a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos desta pesquisa “A construção do discurso dos atores sociais da Reforma Psiquiátrica em Joinville – SC”. Sei que a mesma está sendo conduzida pela assistente social Maria Lucia da Silva Bueno, mestranda em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Dra. Sandra Caponi. Tenho clareza de que tal pesquisa servirá de dados para a elaboração da Dissertação de Mestrado. Sei que minha participação nesta pesquisa será como informante/sujeito da mesma, que posso desistir de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem que isso acarrete em qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo para mim, fazendo contato pessoalmente com a pesquisadora, por telefone ou nos endereços abaixo. Dessa forma, DECLARO que autorizo a pesquisadora a gravar as entrevistas que realizar comigo e fazer anotações de suas observações, bem como utilizar esses dados para realização de seu estudo, além de poder divulgá-los em trabalhos acadêmicos e no meio científico, ou seja, em artigos, revistas, livros. Informo ainda, que tenho ciência de que será respeitada a condição de anonimato e sigilo por parte da pesquisadora, preservando minha identidade pessoal. Sei ainda, que a pesquisadora se compromete a fazer a devolução do material escrito, fruto da transcrição (escrita), para que eu possa apreciar, criticar e autorizar a utilização do mesmo. Tenho clareza que, caso me interesse, terei livre acesso aos resultados da pesquisa, entrando em contato com a assistente social Maria Lucia da Silva Bueno pelos telefones: (47) 4 33 59 02; 4 22 71 61; e-mail: lucia.bueno@ig.com.br, pelo endereço comercial: Rua Alexandre Sechellmm, 850, Centro, Joinville – SC e ainda na mini-biblioteca do CAPS II de Joinville. Diante de tudo isso eu declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo a utilização dos dados coletados.

Entrevistado (s): _____

Mestranda: _____

Joinville, _____