

Portas abertas, chaves de lado: reflexões sobre a reforma psiquiátrica no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira¹

Open doors, key in part: reflections on the psychiatric reform at the service of health Dr. Cândido Ferreira

Adriana Oliveira de Souza

Rosimeire Barboza Silva

Resumo:

Este artigo procurará refletir sobre aspectos observados numa visita ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, situado em Campinas, São Paulo, considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma referência importante na luta pela desospitalização. Para isso, efetuaremos uma descrição das diversas ações de apoio à reinserção social dos usuários, que conta também com grupos de discussão sobre saúde mental com representantes da comunidade. O presente artigo também buscará, por meio de um diálogo problematizador, apresentar aos leitores alguns conceitos da literatura sobre reforma psiquiátrica, tensionando-os com a experiência prática do Serviço de Saúde em questão.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, saúde mental, reinserção social, promoção de saúde, desospitalização.

Abstract:

This article will reflect on aspects observed during a visit to the Health Service Dr. Cândido Ferreira, located in Campinas, São Paulo, considered by the World Health Organization (WHO) an important reference in the struggle for dehospitalization. To do this, we'll make a description of the various actions to support the social reinsertion of users, which also has groups of discussions on mental health with community representatives. This article

also seeks, through problematizing dialogue, the presentation to the readers of some concepts from the literature on psychiatric reform, stretching them with practical experience of health services in question.

Key-words: Psychiatric reform, mental health, social reinsertion, health promotion, dehospitalization.

*(...) Sede de vida/ E vida em paz/ E sossego não é deixar de lutar
E forças a mais e mais / Tantas coisas para se mudar
As pessoas e principalmente eu
Precisamos lutar por mudanças / A mudança está no próprio ver e sentir
Mudança de astral, de aura/ E do próprio amor,
Amor mesquinho que dói / Somos ambiciosos
E queremos ter mas não temos / Queremos ser mas não somos
Queremos ver mas não vemos / Ou fingimos que não*

*Rosânia Cândida Pereira (Usuária do Serviço de Saúde Cândido Ferreira)
Jornal Candura, Ano VI, nº12, in: Poder do Vôo*

Introdução

Em uma palestra do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, em 29/10/2002, intitulada *Crime e Loucura: a construção de propostas de atendimento para adolescentes*, a psicóloga e consultora de direitos humanos Cenise Monte Vicente falava de alguns critérios que utilizava para a avaliação de instituições totais. Um deles nos chamou a atenção não só por seu caráter subjetivo, mas principalmente pela coerência que sua conceituação carregava: ela usava, como critério, a avaliação do “cheiro” do local. Segundo Cenise, “todo lugar ruim fede igual”. Esta foi a primeira frase que recordamos ao entrarmos no edifício principal (Administração) do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, situado em Sousas, sub-distrito de Campinas a 93 km. da capital paulista.

Ao contrário de nossa experiência anterior em outro hospital psiquiátrico, quando estagiárias de Psicopatologia, o Cândido exalava cheiro de limpeza, apesar de as paredes estarem com a pintura desgastada e os móveis precariamente conservados. De imediato, o local no seu conjunto nos deu a impressão de zelo e cuidado.

O Dr. Cândido Ferreira, como é conhecido na região, foi construído, na década de 20, como uma instituição filantrópica que oferecia assistência à Saúde Mental dos moradores de Campinas e região. Funcionava, como todos os sanatórios da época, aprisionando e enclausurando a loucura, como relata Valentini no texto *Nenhum Ser Humano Será Bonsai* (2001).

Contudo, atualmente o Cândido Ferreira tornou-se uma referência internacional, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e uma referência nacional no marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Este artigo surge a partir de uma visita realizada por nós, enquanto estagiárias da disciplina Psicologia da Saúde, e tem como principal objetivo fomentar um diálogo problematizador sobre os principais conceitos utilizados tanto pela literatura e movimentos da Reforma Psiquiátrica quanto pelo Serviço de Saúde. A desospitalização é um deles.

Para tensionar esses conceitos com a prática e a experiência do Cândido Ferreira, optamos por uma descrição dos principais serviços prestados à comunidade e uma apresentação de sua estrutura de funcionamento. Além disso, como nosso método qualitativo previa um estudo de caso baseado em entrevistas com profissionais e usuários, optamos no presente artigo especificamente, por recortar trechos da entrevista realizada com a psicóloga responsável pelos serviços Núcleo de Atenção à Crise (NAC) e Núcleos de Oficinas de Trabalho (NOT), a fim de salientar como essas tensões surgem no cotidiano dos profissionais da saúde e como sua superação, na maioria das

vezes, subverte uma lógica causal, para dar lugar à invenção e ao respeito dos saberes criados coletivamente.

Por fim, concluímos que essas tensões, que muitas vezes criam um fosso entre teoria e prática, tendem a ser elas mesmas democratizantes, uma vez que possibilitam o diálogo e o movimento constante e inquieto rumo a um questionar crítico e desmistificador que tem como horizonte a emancipação social.

1. O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e sua abordagem complexa

Já se passaram mais de quinze anos de árduo trabalho desde a iniciativa pioneira para instituir a reforma psiquiátrica no antigo Hospital de Sosas. Desde lá, podemos perceber o quanto a mudança de atitude e o modo de encarar o usuário e a existência-sofrimento dos pacientes (ROTELLI, 1990) passou a se refletir na filosofia e, também, de um modo mais comedido, na prática cotidiana do serviço. Hoje, o Cândido Ferreira tem como principais objetivos a desospitalização, a participação social dos usuários e o respeito ao direito à convivência dos diferentes. Para alcançar esses objetivos, as grades, que antes segregavam e escondiam a loucura, foram removidas, as portas foram abertas e os métodos punitivos, como o eletrochoque e a camisa de força, abandonados. Assim, a maior parte dos tratamentos está focada na promoção da cidadania e na reinserção produtiva dos usuários na vida familiar e comunitária.

O processo de mudança iniciou-se com a implantação de co-gestão da Prefeitura de Campinas com a Associação Cornélia Van Hylckama Vlieg, permitindo à instituição, que antes era filantrópica, dividir a responsabilidade, atingir maior amplitude dos serviços de saúde do município

para os "cidadãos doentes" (HARARI & VALENTINI, 2001) e propiciar que estes se conscientizassem de seus direitos, como respeito e dignidade.

Após esta parceria, um passo importante foi a criação de um Conselho-diretor da entidade, composto por representantes da Prefeitura, por trabalhadores do Cândido (eleitos internamente), por representantes de Universidades locais, do Governo do Estado e da Associação Filantrópica mantenedora, além da participação de representantes de familiares de usuários do SUS. Este Conselho ensejou um debate produtivo entre seus participantes pelas contribuições diferenciadas que ampliaram as alternativas de tratamento e as ações coletivas.

Vale destacar que, após a co-gestão, enfrentou-se um desafio com a chegada de novos profissionais para conviver com profissionais que lá já atuavam. Após um ano, para desfazer este campo tenso, foi implantado um processo de gerenciamento compartilhado e instituído um Colegiado de Gestão. Este colegiado era composto por profissionais de diversas formações, que tinham a função de gerenciar as equipes de cuidados e de apoio. Os profissionais que antes compunham o Colegiado hoje são gerentes e supervisores de equipes profissionais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, economistas, médicos psiquiatras, farmacêuticos, nutricionistas e outros sem formação universitária específica; assim, equipes multidisciplinares foram distribuídas entre os serviços existentes.

A instituição atende, aproximadamente, 1.000 usuários, por mês, vindos de Campinas e dos municípios vizinhos, sendo que 33% são mulheres e 67% homens. A faixa de idade de maior incidência é a de 36 a 45 anos, somando 31% do total, e a de menor incidência, com 1% do total, é a de usuários acima de 65 anos.

Para esta população, são oferecidos os seguintes serviços: Hospital-Dia; Núcleo de Atenção à Crise (NAC); Núcleo de Atenção à Dependência Química

(NADeQ); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleo Clínico; Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) e o Centro de Convivência e Centro Cultural, que contam com uma escola para alfabetização de adultos.

O Hospital-Dia acompanha quarenta usuários que podem ir diariamente ao Cândido e retornar às suas casas ao final do dia; são usuários que possuem moradias próprias ou residem com suas famílias.

O Núcleo de Atenção à Crise tem por objetivo acolher o usuário em situação de crise, prestando atendimentos especializados a pacientes psicóticos e neuróticos graves. Divide-se em dois núcleos, o NAC I e o NAC II.

O NAC I possui um espaço mais preservado, podendo oferecer maior continência no momento de franca crise, com risco de fuga, risco de suicídio, auto e heteroagressividade e pouca autonomia para os próprios cuidados. Já o NAC II, que se propõe a ampliar o leque de intervenções, pois é um espaço para acolher os usuários após a fase mais crítica, apresenta os elementos presentes no NAC I, porém em menor intensidade.

O NADeQ oferece tratamento a pessoas que apresentam abuso ou dependência quanto ao uso de álcool e drogas. Seu atendimento é individualizado, podendo ser ambulatorial ou de atenção integral (conta com 25 vagas).

Dentre os serviços do "Cândido" temos também dois Centros de Atendimento Psicossocial, o CAPS Estação e o CAPS Leste. Ambos se propõem a atender pessoas com transtornos mentais graves do distrito norte e leste de Campinas, e alguns usuários das moradias extra-hospitalares do Cândido.

O CAPS Primavera é um outro posto, que se localiza no bairro de Botafogo, atendendo a população do distrito norte. Possui 8 leitos, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana.

Já para aqueles usuários que, em decorrência de muitos anos de internação, perderam os vínculos com familiares ou apresentam dificuldades para a reinserção produtiva, o Conselho do "Cândido" criou o Núcleo Clínico, que se divide em duas equipes: uma no edifício conhecido como "Casa Branca", que hospeda hoje 9 mulheres e 21 homens, variando as idades de 36 a 80 anos, e a outra no chamado "Primavera", que hospeda 14 homens e 17 mulheres, variando as idades de 28 a 76 anos. Alguns desses usuários apresentam seqüelas neurológicas, muitos em decorrência dos tratamentos anteriores que lhes atribuíram o carimbo científico de "crônicos". O desafio é justamente reverter esta situação.

O Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) foi criado para redirecionar o trabalho, com uma nova proposta que garantia aos usuários a criação de espaços de formação profissional, preparando-os para a reinserção social. Inicialmente, oferecia frentes de trabalho para usuários internos e, com o tempo, passou a oferecê-las também para usuários de outros serviços da rede municipal. O NOT procura atender duas demandas dos usuários: a) promover a profissionalização; b) assistir as necessidades terapêuticas. Contudo, os objetivos específicos são: estimular as relações interpessoais, resgatar o processo de aprendizado propiciando a expressão da subjetividade e respeitando a potencialidade de cada um; e colocar em prática alternativas de intervenção no processo de autonomia e reabilitação dos usuários.

Há 11 oficinas de trabalho no complexo Dr. Cândido Ferreira: Oficina Agrícola, de Mosaico, de Papéis, de Culinária, de Arte em Vitral, de Vitral Plano, de Serralheria, de Marcenaria, de Materiais Reciclados, de Vela e Oficina Gráfica. Todas funcionam como cooperativas, com a participação democrática de todos os usuários na organização do serviço, no planejamento da produção, na pesquisa de mercado, nas vendas e no processo de remuneração. As oficinas possuem suas normas e regras, que definem o funcionamento, mas de maneira geral funcionam de segunda a

sexta-feira, das 8 às 17 horas. Em cada oficina há um coordenador, funcionário que tem o papel de articular os integrantes para atingir os objetivos e de estimular o usuário a fazer descobertas, para se reconhecer e se incluir no campo interacional. O outro profissional que trabalha nas oficinas é um monitor, que auxilia na produção do trabalho, com ênfase na qualidade. Um aspecto importante no programa de inclusão do Cândido Ferreira é que, em algumas oficinas, os monitores são ex-usuários do serviço de saúde mental.

As oficinas mais procuradas pelos usuários são as de Mosaico e de Papel Reciclado. Acredita-se que o motivo de maior procura seja o tipo de trabalho, que não é braçal. A de maior rotatividade é a Oficina Agrícola, também a maior em número de usuários-trabalhadores.

As ações expostas acima têm forte repercussão entre os serviços de saúde e em outras esferas da sociedade. Além de referência na luta por direitos, o Cândido Ferreira, segundo o que pudemos ouvir de seus funcionários, é um celeiro de criatividade e de ações participativas e democráticas, que vão além dos "tratamentos terapêuticos". Ainda segundo eles, o trabalho do Cândido Ferreira é de excelência porque respeita diferenças e aposta na participação; seus profissionais buscam não discriminar nem "infantilizar" os usuários, além de criarem vínculos profissionais e afetivos que acompanham os usuários durante o tratamento, e muitas vezes, afirmam, pelo resto de suas vidas.

Se pensarmos como Torres & Amarante (2001) que "um objeto se configura pelo seu sistema de relações" (p.78), podemos verificar que o que o Cândido Ferreira vem construindo como espaço de pertencimento de seus usuários, mesmo aquém da exigência de uma reforma psiquiátrica - nos moldes discutidos por Basaglia, para quem qualquer reforma somente seria possível se prescindisse completamente dos serviços asilares -, mostra, por outro lado, uma invenção cotidiana que complexifica e desestabiliza lugares

demarcados na sociedade para certas subjetividades. Esse questionar, por seu aspecto plural e dinâmico, problematiza a própria racionalidade responsável por fragmentar e estipular tais lugares, cumprindo assim um outro papel relevante, o de “desmistificar”: “a racionalidade introduz uma simplificação, através do reducionismo que o método científico e psiquiátrico operam, e que a retomada da complexidade busca desmistificar” (p.78).

Vale também ressaltar que essa abordagem complexa adotada pelo Serviço e que busca não reduzir a multiplicidade da existência-sofrimento de seus usuários é, ao mesmo tempo, um desafio em busca da consolidação de uma efetiva política de direitos *para* e *por* esses usuários. Se o caminho a percorrer nessa luta ainda é longo, como discutiremos a seguir, a predisposição a uma transformação solidária da clássica relação psiquiátrica poder-saber (FOUCAULT, 1993) continua como um objetivo maior nessa busca democrática e democratizante (SANTOS, 2003).

2. Problematizando o diálogo: desospitalização, profissionais da saúde e os usuários como sujeitos de direitos

Neste ítem nosso objetivo será, por meio da apresentação de alguns conceitos-chave do movimento de reforma psiquiátrica, relacioná-los com as práticas atuais, em curso no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, e aos desafios que sua operacionalização ainda encontra no cotidiano.

Como profissionais da saúde, nosso intuito, ao discutir tais tensões, é complexificar e densificar as questões de pertencimento e subjetivização coletiva dos usuários dos serviços de saúde, tendo sempre como horizonte de atuação a emancipação humana (SANTOS, 2002). Daí, compreender as diferenças assentes entre alguns termos e a práxis torna-se central para compreendermos, também, sob qual ótica o usuário, a instituição e o profissional da saúde se inserem no discurso organizativo, bem como se, a

partir dessa ótica, é realmente possível pensar uma psiquiatria que coloca a doença entre parênteses para tornar apenas o sujeito o protagonista de seus cuidados (BASAGLIA, 1981).

De acordo com a vasta literatura disponível sobre o tema (AMARANTE, 1992; BASAGLIA, 1982, 1985; BEZERRA, 1982; FOUCAULT, 1972; HARARI e VALENTINI, 2001 entre outros), a Reforma Psiquiátrica, ou Movimento da Psiquiatria Democrática, nos moldes que a conhecemos atualmente, começa na década de 1960 com a inovadora experiência da Comunidade Terapêutica realizada pelo italiano Franco Basaglia em Gorizia. Para Amarante (1992), "o Movimento da Psiquiatria Democrática possibilita um momento inédito de ruptura na história da loucura e das doenças mentais" (p.114).

Ruptura, porque mesmo sendo precedida por outros movimentos de contestação da alienação ocasionada pela segregação e o isolacionismo (como por exemplo o "preventivismo", que buscava "prevenir" doenças fundando-se na epidemiologia e em uma compreensão organicista do comportamento "patológico") dos tratamentos psiquiátricos, seu objetivo não é reformar ou re-significar antigos símbolos, mas sim desconstruí-los: "Qualquer que fosse a forma de administrar a instituição ou o manicômio este seria sempre um lugar de controle social e não de cura. A única possibilidade de enfrentar a doença mental ou a loucura seria eliminar o manicômio" (BASAGLIA, 1982: 87).

Mas de qual manicômio fala Basaglia? Paulo Amarante (1992) é contundente ao afirmar que o manicômio que nos apresentava Basaglia não é apenas uma instituição física, formada por paredes, janelas e administradores-vigilantes, mas "um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do 'objeto' doença" (p.115).

Daí que a desconstrução desse aparato, para o próprio Basaglia (1982), implicasse um desmonte da equação cartesiana problema-solução: começava-se a compreender o até então "doente" como o sujeito central dos

processos de saúde, ou seja, substituía-se o processo de "cura" pela "invenção da saúde".

Para Amarante (1992), é essa seqüência de etapas (negação do aparato manicomial, superação do modelo psiquiátrico clássico e invenção da saúde) que define o que Basaglia chamou de "desconstrução do manicômio". Ainda de acordo com o autor: "Uma vez que este [o manicômio] é entendido para além do simples hospício, para além da mera arquitetura do hospital ou, mesmo, para além dos seus mecanismos institucionais, sua desconstrução significa a desmontagem da causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade diante de um objeto complexo." (p.116).

A desconstrução se delienava assim como um projeto tríplico, que não poderia ser colocado em marcha por meio de etapas isoladas, e que envolvia uma negação do atual estado de coisas a fim de superá-las para voltar a inventá-las, e que também trazia em seu cerne um retorno à complexidade que as ciências biológicas, sociais e humanas, influenciadas pela filosofia cartesiana e pelo positivismo, haviam deixado de lado, como Basaglia (1982) aponta:

O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado [e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo]. Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição [a existência-sofrimento de um corpo social], em estado de não-equilíbrio: esta é a base da instituição inventada e nunca dada (p.90-91).

Dessa forma, nessa triangulação de um objeto complexo, nunca dado, mas que precisava ser cotidianamente inventado porque sempre em mutação, exigia-se um olhar novo sobre antigas questões. Era impossível,

como afirmam Torre & Amarante (2001), compreender, a partir daqui, a subjetividade como uma questão que dizia respeito apenas ao indivíduo, forjada no ensimesmamento de sua condição de oprimido. Antes, a subjetividade surgia como uma construção coletiva e multidimensional que voltava a reintegrar dimensões até então dicotomizadas e compreendidas disjuntivamente, como o econômico, o social, o político e o ético. A existência-sofrimento, que, no paradigma médico, estava causalmente relacionada à “doença do indivíduo”, começa a ser questionada e seu lugar desconstruído. Quem são esses doentes, senão sujeitos coletivos, circunstância em que a desospitalização não era mais suficiente, uma vez que o hospital se configurava apenas como um dos eixos de um sistema muito mais amplo e perverso que excluía de si os diversificados mundos da vida?

Foi na trilha de algumas dessas questões que chegamos ao Cândido Ferreira. Compreender quem era esse sujeito emergente, como se reinseria numa sociedade que apenas reiterava o desejo de vê-lo distanciado e ainda o considerava perigoso, era uma das questões centrais que nos colocávamos. Com as leituras e o convívio nos estágios clínicos, outras questões também foram tomando corpo: qual era nosso papel efetivo numa emancipação desse coletivo de usuários? Como inventar nosso trabalho cotidiano a fim de reforçar a autonomia e a centralidade desses sujeitos como protagonistas de sua própria luta por direitos? O que significava falar em direitos no contexto da saúde mental? Era possível desconstruir também nosso papel de “agentes de saúde” em prol de uma relação menos hierarquizada e mais equitativa com os usuários dos serviços? Até que ponto a desospitalização poderia ser uma resposta nessa luta por direitos, se em seus pressupostos o atendimento asilar ainda se apresentava como central?

2.1 A experiência da desospitalização, dos profissionais e dos sujeitos de direitos emergentes

Com essas e outras questões em mente, iniciamos nossa visita ao Dr. Cândido Ferreira. Contudo, nosso objetivo, antes de encontrar respostas, era poder formular nossas perguntas da melhor forma possível, e com base na experiência cotidiana. Por isso, uma postura que privilegiasse o conhecer “com” direcionou nossa estadia no serviço. Ali, além de conhecer em detalhe todas as oficinas, também pudemos entrevistar alguns e algumas profissionais. Uma das profissionais entrevistadas foi-nos designada pela Administração como sendo a responsável pelos serviços prestados no “Cândido” e também a cargo de quem estavam as entrevistas e recepção de observadores, pesquisadores e estagiários de outras instituições. Para preservar a identidade da profissional, ela será chamada de Sofia, ao longo de nosso artigo.

Sofia atua na área de Saúde Mental desde 1999, quando foi estagiária num Hospital Psiquiátrico, também localizado em Campinas. Após o fechamento desta instituição, que ocorreu em 2000, passou a ser estagiária no Serviço de Saúde “Cândido Ferreira”. Formou-se em 2001, ficando afastada por um ano para atuar somente na clínica. Em 2002, voltou para o “Cândido” como aprimoranda do curso que estava realizando na Unicamp, sendo contratada como psicóloga no Núcleo de Atenção à Crise em março desse mesmo ano.

Durante nossa conversa foram levantados diversos pontos que foram evidenciando as tensões entre a prática cotidiana e a filosofia que o Cândido adotou. Todos os profissionais do Serviço trabalham conjuntamente na elaboração do Projeto de Trabalho Individual (PTI), que é elaborado semanalmente e tem por objetivo direcionar o tratamento que será realizado com cada paciente. Os profissionais envolvidos neste trabalho têm o cuidado, ao construir este projeto, de individualizar para respeitar cada usuário, como Sofia destaca:

... cada paciente tem o seu projeto, porque a gente trabalha com PTI, nenhum paciente aqui tem projeto idêntico ao outro. *A gente acolhe e valoriza a individualidade, a subjetividade de cada um*, a gente não trabalha com bloco de PTI, com bloco de projeto terapêutico, é elaborado individualmente para cada paciente segundo a demanda, o quadro, o sintoma, a história de vida, a realidade desse paciente, tudo isso tem que ser levado em conta.

De acordo com Sofia, além de ser respeitada e valorizada a subjetividade de cada usuário, o "Cândido" procura valorizar, também, a opinião dos usuários sobre o próprio serviço oferecido; organizam, semanalmente, uma assembléia no NAC e no NOT e estimulam os usuários a organizarem o trabalho que vão realizar:

... há a assembléia (...) abrindo espaço para críticas, sugestões de mudanças, problemas práticos, como se o bebedouro quebrou, se precisa de giz de cera no espaço aberto, se um enfermeiro foi mal educado, é um espaço deles. Tudo é escrito em uma pauta, documentado, e são tomadas providências. Até a próxima assembléia, as pautas que foram levantadas devem ser resolvidas, dentro das possibilidades.

Dois serviços oferecidos, especificamente, pelo NAC são o Grupo com os pacientes e o Grupo com os familiares. O grupo dos pacientes discute os aspectos gerais que envolvem a internação, além de servir como "...uma troca de conhecimentos, de vínculos, de fortalecimento do grupo com a equipe.". E o grupo com os familiares prioriza a discussão de cada caso, o esclarecimento de dúvidas diversas, além de promover "...uma socialização da sintomatologia, da dor, do sofrimento, tentando realizar uma interação, onde somos (os profissionais) apenas os facilitadores dessa reunião."

O NAC trabalha também com Licença Terapêutica, que tem o objetivo de reinserir o paciente na família assim que ele esboça uma "melhora dos

sintomas” que apresentava e que acarretaram a internação. A licença é de 24 horas, tempo que foi estabelecido para perceber se o paciente consegue se restabelecer no seu habitual ambiente. Assim, “a licença terapêutica é muito importante para que a equipe observe a melhora do quadro. Após a licença terapêutica, há uma conversa com a família sobre como foi sua (do paciente) estadia lá. Traz dados novos para continuar o trabalho na terapia. Trabalhamos com um número indefinido de licenças”.

Ao questionarmos possíveis conflitos entre os profissionais, obtivemos como resposta que, no “Cândido”, esse tipo de problema é sentido como uma mais-valia, pois acredita-se que as diferentes percepções abrem perspectivas para a atuação multiprofissional, segundo o comentário a seguir:

...a gente faz da diferença a grande ferramenta nossa... Acho que o grande segredo de se trabalhar no Cândido, que não é segredo nenhum, as pessoas que não querem ver, é fazer da diferença um aliado, a gente faz questão de ter pessoas diferentes numa mesma equipe, porque vão discutir o dia inteiro e vão sair com um ótimo resultado para o paciente, porque a mesmice não leva a lugar nenhum, porque de repente é preciso ter diferentes olhares em cima de um mesmo paciente. Por isso é muito respeitado, e muito bem-vinda essa diferença...

Sobre as problemáticas enfrentadas pela instituição, foram levantados alguns pontos que ainda esperam ser aperfeiçoados. A principal problemática, para Sofia, é enfrentada num âmbito muito maior do que o plano da instituição Cândido Ferreira; segundo ela, a luta antimanicomial conta com entraves complexos como: para se acabar com a estrutura de internação é preciso ter uma estrutura que suporte acolher a crise; profissionais preparados para darem a assistência necessária a pacientes que estiverem em franca crise, sem contar com uma estrutura asilar; e, ainda,

contar com uma população capaz de conviver com a nova proposta do CAPS. Com isto, Sofia faz uma reflexão:

Será que a gente está realmente pronto para instalar a crise lá fora? Porque ela não vai deixar de existir porque a gente resolveu levantar a bandeira da luta antimanicomial e desospitalizar todo mundo, as pessoas não vão deixar de entrar em crise por isso. E como lidar com esta crise quando a gente deixar de existir? Porque é esta a nossa proposta...

Apesar de tantos resultados positivos nos últimos 18 anos, o "Cândido" não pôde deixar de se preocupar com alguns pontos que necessitam de melhorias. Há, ainda, moradores que aguardam planos a serem criados para reinseri-los na família e na comunidade, e para que estes planos sejam criados a instituição aguarda verba e profissionais.

Mas não é isto apenas. A criação da cooperativa do NOT, por exemplo, gera discussões e dúvidas: o trabalho desenvolvido pelos usuários é apenas de cunho terapêutico? Se é, então por que as faltas são descontadas como em um trabalho formal? Se não é, então por que não há uma formalização jurídica do vínculo empregatício?

De qualquer modo, são questões a serem discutidas, refletidas, para que num futuro próximo possam ser equacionadas - é que afirma Sofia.

Conforme dissemos anteriormente, durante nossa visita pudemos conversar com alguns profissionais e usuários. Os usuários do NOT mostraram-se completamente ativos nos trabalhos que realizam, entendem o processo em que estão inseridos, compreendendo que fazem parte de uma relação. Deixam claro para quem os ouve, durante a apresentação das oficinas, que delas fazem parte, descrevendo os trabalhos que realizam; que o NOT contribui para se perceberem como atores sociais, proporcionando melhorias na qualidade de suas vidas.

Percebe-se uma tentativa efetiva de levarem consigo o princípio que orienta o desenvolvimento do processo de atuação e o “modo Cândido” de fazer a reforma psiquiátrica: “...os usuários, no centro dos cuidados e dos projetos terapêuticos” (HARARI & VALENTINI, 2001, pg. 21).

Ainda de acordo com os relatos que ouvimos, o Cândido foi um dos responsáveis por fazer desmoronar o modelo perverso de trancafiar para isolar o diferente da sociedade, e para construir um novo paradigma na psiquiatria brasileira, na tentativa de qualificar a convivência ao invés de desqualificar, valorizando a subjetividade ao contrário de desvalorizar a experiência humana. Acreditamos que dessa maneira se promove saúde com dignidade: “Promover saúde é antes de tudo educar para um modo de vida diferente, no qual as atividades desenvolvidas pelo sujeito estejam comprometidas com seu desenvolvimento e bem estar.” (REY, 1997: 286).

2.2 Um diálogo problematizador com base na experiência da desospitalização

Sem dúvida, o Serviço de Saúde Cândido Ferreira promove saúde através do aprofundamento das questões da “doença mental” dentro da comunidade e com os próprios usuários do serviço. Entretanto, não é apenas isto que faz com que o Cândido se transforme em referência: a ética cotidiana, implicada no respeito ao que é diferente, é uma das receitas para a desospitalização.

Contudo, também pudemos notar que ainda existe um fosso real e simbólico entre os discursos acadêmicos sobre a reforma psiquiátrica e as estratégias que estão sendo utilizadas nessa reforma cotidiana. E o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira pode ser um dos exemplos emblemáticos de tal fosso, possibilitando, por meio de um diálogo problematizador de suas

práticas, uma reflexão aprofundada acerca da transformação que buscamos ver no campo da saúde mental. Especificamente, do como podemos atuar juntos para transformarmo-nos como profissionais enquanto colaboramos na transformação de “doentes” (no antigo jargão psiquiátrico) em sujeitos de direitos.

Se por um lado promover saúde é, antes de tudo, envolver comunidade e equipes terapêuticas num exercício de cidadania constante, e sem tréguas diante de uma “mercantilização da vida” cada vez mais individualista e neoliberal (AMARANTE, 1992), por que então o PTI surge, no discurso institucional, como um instrumento relevante e responsável, ele mesmo, por assegurar a individualidade do paciente acima de qualquer esforço de atuação coletiva? Ao estabelecer um PTI baseado numa “dada” sintomatologia, o mesmo discurso institucional que preza a autonomia não estará reificando e colaborando com a idéia de um sujeito cindido? A compreensão de seus “sintomas” acaso não continua sendo uma revisitação ao velho sistema hierárquico da classificação social (SANTOS, 2003) por meio de diagnósticos que catalogam, dividem e reforçam o dispositivo psiquiátrico?

Ou, num sentido mais amplo, será que o PTI, quando relacionado às Licenças Terapêuticas (que pressupõem um atendimento asilar) e às questões e dúvidas que nos apresenta Sofia sobre a contenção de crises, não é uma forma de recusa a uma “desconstrução do manicômio”(Basaglia, 1982)? Através da identificação das situações de crise não persistirá uma “doença” individual? E um receio de lidar, nesse novo espaço não-linear, com sujeitos que não mais estão em equilíbrio, como mencionado por Basaglia (1982)?

Qual o papel do profissional de saúde nesse contexto? Como desarmar essa emboscada de uma clínica asséptica e individualizante, que, em última instância, também é subsidiária da falácia neoliberal que desapropria sujeitos

e corpos de seu pertencimento coletivo? Torre & Amarante (2001) julgam que para fugirmos dessa concepção tão em voga na psicologia quanto em outras áreas é necessário transformar nossa própria atuação, principalmente reinserindo a vida (em sua completude) no nosso trabalho:

...o papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido da desmontagem desse dispositivo. Isso significa pôr em funcionamento um dispositivo de desinstitucionalização e reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida. (...) Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica. No lugar do diagnóstico, a tomada da responsabilidade e a quebra de hierarquia (p.80).

Nesse sentido, a "subjetividade de cada um", como ressaltamos anteriormente, é uma construção coletiva que só faz sentido quando coletivamente significada. Dizer isso significa afirmar que não podemos continuar utilizando o termo subjetividade como sinônimo de indivíduo, a fim de não incorrer em novas simplificações e reducionismos que teimam em retirar o sujeito de um contexto-cultural-político-econômico-ético em que só se é quando em relação com o mundo.

Outra forma de questionarmos essa relação entre o "doente" e o emergente "sujeito de direitos" da reforma psiquiátrica é compreender até que ponto existe uma participação consentida dos usuários no seu próprio processo emancipatório. Mesmo quando Sofia reitera uma importante participação dos usuários, "inclusive" em processos administrativos, nos perguntamos até que ponto essa participação realmente funciona como um mobilizador da luta por direitos desse coletivo. Será que a execução de

tarefas em oficinas de trabalho e a preocupação com assuntos administrativos são fatores relevantes quando pensamos na autonomia desses sujeitos?

A resposta aqui não é fácil, como não é fácil nenhum posicionamento que se pretenda politicamente situado ao mesmo tempo que crítico e desmistificador; entretanto, pensamos que a participação em assembleias representa, se não uma efetiva transferência de poder (que ainda nos parece um poder-saber disciplinar, para usar os termos de Foucault), um exercício de cidadania importante, principalmente no contexto dessa população. Depreende-se então que mesmo que não estejamos no “melhor dos mundos” da participação, dar sentido ao pertencimento coletivo por meio da presença nesse tipo de eventos reforça relações capacitantes, historicamente situadas e repletas de significação, eticamente compartilhadas por sujeitos da saúde e profissionais, onde a participação de um reforça o comprometimento e o engajamento do outro e vice-versa.

Se observarmos que “a história da psiquiatria é uma história de apropriação e seqüestro de identidades e cidadanias, um processo de medicalização social, de disciplinarização, de inscrição de amplos segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta” (p.104), vemos igualmente que, mesmo insuficiente em muitos aspectos, a proposta de desospitalização do Cândido Ferreira tem colocado em marcha tensões importantes. Embora nem sempre satisfatoriamente respondidas por seus métodos atuais de tutela (PTI, Licenças Médicas, Espaço para Contenção de Crises), tais tensões fazem parte de um processo de superação que se constrói em um espaço e em um local específicos.

De forma resumida, desospitalizar é muito menos que desinstitucionalizar e ambos os termos não dão conta da complexidade que envolve a concepção de Basaglia de uma “desconstrução do manicômio”.

Contudo, o mais importante a ser referido aqui é que a crítica, nesse caso, é bem-vinda quando não paralisa a ação. Desospitalizar, apesar de ser atualmente uma idéia quase consensual no meio acadêmico (Amarante, 1992), ainda é um desafio quando levamos em conta aspectos econômicos, políticos e culturais em jogo em nossas sociedades.

É verdade que a tensão entre os discursos institucionais se coloca ainda na fase anterior à da negação (que deveria vir antes da superação, no projeto tríptico imaginado por Basaglia) da instituição manicômio, uma vez que fomos interrogadas sobre como dar conta da “loucura” no dia em que realmente derrubássemos todos os muros que a cerceiam: “Será que a gente está realmente pronto para instalar a crise lá fora? Porque ela não vai deixar de existir porque a gente resolveu levantar a bandeira da luta antimanicomial e desospitalizar todo mundo, as pessoas não vão deixar de entrar em crise por isso. E como lidar com esta crise quando a gente deixar de existir? Porque é esta a nossa proposta.” (Sofia).

Poderíamos, talvez, responder ao Cândido com outras indagações, já que nossas respostas atuais ainda são frágeis frente aos desafios que a reforma psiquiátrica nos coloca diariamente. Uma reflexão, no entanto, é salutar e necessária: os instrumentos teóricos têm de nos desafiar, ajudar a pensar e alargar nossa atuação no cotidiano. É só por meio dessa operacionalização que eles fazem sentido, mesmo quando se revestem de diversas roupagens e ideologias.

O que a experiência do Cândido nos mostrou é que a teoria tem esse importante papel, mas não deve atuar como uma camisa-de-força; pois como poderíamos assinalar todas as invenções cotidianas dessa experiência, re-significadas por meio do respeito aos saberes de seus usuários-sujeitos, se pensássemos que *a priori* seria necessário negar o manicômio como um todo? Ou como poderíamos discutir a superação de algumas hierarquias no trabalho dos oficineiros e sua reinserção na sociedade, se a concepção de

uma etapa de superação só fosse ela mesma possível após a negação? Seria interessante pensar que a conjugação entre teoria e prática, a práxis, é uma relação tênue e extenuante, que implica envolvimento e intervenção efetiva no real, e que muito embora a teoria seja um quadro amplo que oferece diretrizes e reflexões, essas são apenas consistentes quando interrogadas e re-interrogadas pela prática cotidiana - nesse caso específico, quando somos interrogados por esses sujeitos de direitos que foram insistentemente invisibilizados e subalternizados.

Conclusão

Ao optar por tensionar conceitos funcionais da reforma psiquiátrica com a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, vimos que as invenções se dão num espaço que tem como horizonte a emancipação humana, e que esse processo não exclui totalmente as contradições, porque seu objetivo não é nem a hegemonia nem a homogeneidade, mas, sim, ser uma prática plural, justa e politicamente situada que recusa, em seu próprio âmago fluido e flexível, caminhos fáceis e respostas prontas. Antes, buscavam-se conquistas parciais e marcadas por atuações que envolvem sujeitos históricos reais numa experiência real.

Assim, todo protagonismo, como diria Basaglia (1982), não é um objetivo final e linear a ser alcançado, mas uma construção coletiva e conquistada, em vivo e dinâmico processo; ou, como assinalam Torre & Amarante (2001): "O protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente ou de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição, que participa e interfere no campo político" (p.84).

Se a emancipação faz parte também dos discursos de uma reforma psiquiátrica no Cândido Ferreira, vemos que boa parte do “fosso” já foi ultrapassada. Se seus discursos, contudo, continuam ambíguos e ainda se debatem entre o desejo de invenção e a reprodução de um sistema excludente, a luta social e engajada entre os diversos atores sociais é que representará a efetivação do desmonte desse sistema. Como assinala Boaventura de Sousa Santos (2003), são essas lutas protagonizadas muitas vezes pelos ativistas, técnicos e usuários que dão conta do enredo multifacetado da construção coletiva da subjetividade no cotidiano, porque são eles e elas “que aprenderam na luta da resistência contra os poderes hegemônicos o saber prático que afinal faz mover o mundo e, mais do que qualquer outro, dá sentido ao mundo” (p.26).

O Serviço Dr. Cândido Ferreira continua, por meio de seu trabalho, dando sentido ao mundo e à sua inserção numa comunidade, fazendo avançar a produção acadêmica sobre o tema e as questões complexas que surgem desse “que fazer”. Principalmente porque acredita num modo diferente de ser, onde a luta é um aspecto central da reapropriação da autonomia por esses sujeitos políticos. Pois somos nós, enquanto cidadãos e cidadãs, sujeitos de direitos, que começamos a fazer a mudança que queremos ver em marcha, aqui, nos nossos serviços ou em qualquer lugar... Como dizia Rosânia na poesia que abre este artigo: “(...) Precisamos lutar por mudanças [pois] A mudança está no próprio ver e sentir(...)”.

Adriana Oliveira de Souza
Psicóloga, especialista em Psicologia Institucional e das
Organizações.
adriana.osouza@uol.com.br

Rosimeire Barboza Silva
Psicóloga, mestranda em Sociologia pela Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra e bolsista do Programa Internacional de
Bolsas de Pós-Graduação da Fundação Ford.
rose.bs@uol.com.br

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, Paulo. **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: desconstrução do aparato manicomial.** In: Seminário Saúde Mental, Cidadania e Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec e Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

BEZERRA, B.J. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1982.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1972.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática – Conferências no Brasil.** São Paulo: Editora Brasil Debates, 2ª. Edição, 1982.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

HARARI, A. e VALENTINI, W. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUZA, M.L.R. O. Hospital: Um espaço terapêutico? **Revista Percurso**, n.9, 2, p.22-28, 1992.

JORNAL CANDURA: Espaço para um novo pensamento – Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, nº 12, julho/2002: A luta Antimanicomial continua. Campinas, Brasil.

JORNAL CANDURA: Espaço para um novo pensamento – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, nº 10, dezembro/2002: O terror do manicômio judiciário. Campinas, Brasil.

JORNAL CANDURA: Espaço para um novo pensamento – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, nº 11, março/2002: Saúde x Violência. Campinas, Brasil.

BRASÍLIA. **Primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos – Uma amostra da realidade manicomial brasileira.** Consultado na world wide web em: <http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/icaravana.html>

REY, Fernando Gonzalez. Psicologia e Saúde: Desafios Atuais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.10, nº2, pg. 275-288, 1997.

Rotelli, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio, M.F. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.) **Democratizar a democracia: Os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática.** vol. 1, 4ª Ed. Cortez: Editora, 2002.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães & AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (1): 73-85, 2001.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. Em: HARARI, A. e VALENTINI, W. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

¹Agradecemos as reflexões contidas no artigo às nossas profícuas conversas com Beatriz Orosco. Muito também do olhar e do posicionamento presente nesse pequeno relato vem de nossos encontros enriquecedores com a Profa. Adriana R. Domingues do Centro de Intervenção Psicossocial da Universidade Mackenzie e da Profa. Jacqueline Brigagão da Universidade de São Paulo. Do mesmo modo, pela revisão final e a generosidade com que vem nos presenteando na militância e nas reflexões junto aos coletivos oprimidos, agradecemos a Cleisa M.M. Rosa.