

JOÃO RENATO CIABATTARI PAGNANO

**O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO ANALISADOR DA
SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO
PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**ASSIS
2018**

JOÃO RENATO CIABATTARI PAGNANO

**O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO ANALISADOR DA
SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE
DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Silvio José Benelli

**ASSIS
2018**

Ficha catalográfica elaborada pela Seção Técnica de Aquisição e Tratamento da Informação - Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação - UNESP, Campus de Presidente Prudente

P156h Pagnano, João Renato Ciabattari.
O hospital psiquiátrico como analisador da Saúde Mental de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo / João Renato Ciabattari Pagnano. - 2018
116 f.

Orientador: Silvio José Benelli
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018
Inclui bibliografia

1. Saúde Mental. 2. Análise Institucional. 3. Hospital Psiquiátrico. I. Benelli, Silvio José. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras. III. Título.

Alessandra Kuba Oshiro Assunção
CRB-8/9013

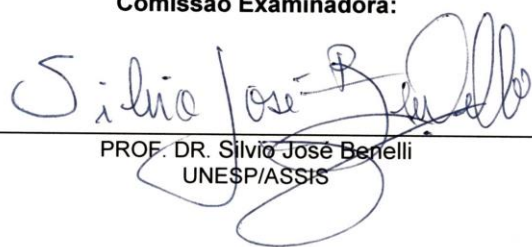
JOÃO RENATO CIABATTARI PAGNANO

O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO ANALISADOR DA SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para obtenção do título de Mestrado Acadêmico em PSICOLOGIA.
(Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Aprovado em: 12/03/2018

Comissão Examinadora:



PROF. DR. Silvio José Benelli
UNESP/ASSIS

PROF. DR. Emerson Elias Merhy
UNICAMP/CAMPINAS

PROF. DR. Silvio Yasui
UNESP/ASSIS

Ao Gael e à Nina, meus filhos, espero compensar minha ausência, sei que ainda há tempo de brincar!

À Bruna, minha esposa, que sofreu junto comigo todo longo processo. Dedico este trabalho à minha família e à família dela, que me ajudaram bastante, em especial ao meu irmão Gabriel, que me socorreu diversas vezes no texto e minha irmã Giovana, exemplo de luta pessoal.

Agradeço a todos meus amigos e amigas: aos que contribuíram com o texto do meu trabalho, aos que estiveram do meu lado nas reflexões, aos que me aguardam para poder brincar (sei que ainda é tempo!) e ao meu orientador, Silvio José Benelli, que além de me ajudar, confiou em mim e ofereceu-me esta oportunidade.

“[...] uma tentativa para compreender a época em que vivemos. Poder-se-ia pensar em um período que, num espaço de cinquenta anos, desloca, escraviza ou mata setenta milhões de pessoas deveria ser imediatamente condenado. No entanto, sua culpa precisa ser compreendida. Em épocas mais inventivas, quando o tirano saqueava as cidades para conseguir maior fama, quando o escravo acorrentado ao carro de vitória passava pelas ruas em festa, quando os inimigos eram lançados a feras selvagens diante do povo, a mente não vacilava diante de tais crimes, e o julgamento era claro. No entanto, os campos de escravos sob a bandeira da liberdade, os massacres justificados pela filantropia ou pelo gosto do super-homem paralisam o julgamento. No dia em que o crime – por curiosa transposição, peculiar à nossa época – coloca a roupagem da inocência, é esta que precisa justificar-se.”

Albert Camus

“Estou de novo aqui, e isto é _____. Por que não dizer? Dói. Será por isto que venho? - Estou no hospício, deus. E hospício é este branco sem fim, onde nos arrancam o coração a cada instante, trazem-no de volta, e o recebemos: trêmulo, exangue - e sempre outro. Hospício são as flores frias que se colam em nossas cabeças perdidas em escadarias de mármore antigo, subitamente futuro - como o que não se pode ainda compreender. São mãos longas levando-nos para não sei onde - paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incomensuráveis: Hospício é não se sabe o que [...]”

Maura Lopes Cançado

PAGNANO, J. R. C. **O hospital psiquiátrico como analisador da Saúde Mental de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo**. 2018. 116f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

RESUMO

Nosso objetivo nesta pesquisa de mestrado foi problematizar, a partir da Análise Institucional, enquanto lugar teórico-metodológico de investigação, as práticas e os discursos dos atores institucionais que trabalham na organização Saúde Mental, tais como se apresentam nos modos de funcionamento institucional de três hospitais psiquiátricos existentes em uma cidade de médio porte localizada no interior do Estado de São Paulo. Realizamos uma série de visitas de observação participante nesses três estabelecimentos, com a utilização de um diário de campo e entrevistas semi-dirigidas com membros da equipe dirigente e com psicólogos que atuam nesses locais, visando captar o plano do discurso institucional e as contradições existentes na organização Saúde Mental. Como mediação e pano de fundo para nossos objetivos, por meio de uma revisão bibliográfica, examinamos o processo histórico que engendrou a atual sociedade disciplinar enquanto um projeto do Estado de normalização social, que possibilitou o aparecimento dos Hospitais Psiquiátricos. Procuramos estudar os discursos e as práticas institucionais presentes nesses locais, bem como detectar quais são seus possíveis efeitos em termos éticos e de produção de subjetividade. A escolha da Análise Institucional como referencial teórico-metodológico, revelou-se muito útil para pensar a organização Saúde Mental, por permitir considerar o campo social, bem como a transversalidade dos momentos instituintes. A Análise Institucional subsidiou a construção analítica dessa investigação e a utilização de seus conceitos nos permitiu, ao estudar o plano latente desses estabelecimentos institucionais, captar as linhas de transformações que podem escapar aos jogos de poder sobrecondutores praticados no campo da Saúde Mental. O Hospital Psiquiátrico como analisador indica que os atravessamentos de ordem reguladora, de disciplina e de controle costumam superar o projeto oficial dos estabelecimentos da organização Saúde Mental. Detectamos que os problemas dessa organização necessitam serem contextualizados no plano institucional e sócio-político, para não permanecermos em considerações funcionalistas que apenas mascaram a realidade do poder e da política, reduzindo os problemas às questões unicamente de ordem psicológica individuais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Análise Institucional. Hospital Psiquiátrico. Reforma Psiquiátrica. Luta Antimanicomial.

PAGNANO, J. R. C. **The psychiatric hospital as an analyzer of Mental Health of a medium-sized municipality in the interior of the State of São Paulo.** 2018. 116f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) – São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2018.

ABSTRACT

Our objective in this master's research was to problematize, from the Institutional Analysis as a theoretical and methodological place of investigation, the practices and discourses of the institutional actors that work in the Mental Health organization, such as they are presented in the institutional modes of functioning of three psychiatric hospitals existing in a medium-sized city located in the interior of the State of São Paulo. We conducted a series of participant observation visits in these three establishments, using a field diary and semi-directed interviews with members of the management team and with psychologists who work in these places, in order to capture the institutional discourse plan and the contradictions existing in the organization Mental Health. As a mediation and background to our objectives, through a bibliographical review, we examine the historical process that engendered the current disciplinary society as a project of the State of social normalization, which made possible the appearance of the Psychiatric Hospitals. We seek to study the discourses and institutional practices present in these places, as well as to detect their possible effects in ethical terms and the production of subjectivity. The choice of the Institutional Analysis as a theoretical-methodological framework proved to be very useful for thinking about the Mental Health organization, since it allows to consider the social field, as well as the transversality of the instituting moments. The Institutional Analysis subsidized the analytical construction of this investigation and the use of its concepts allowed us, when studying the latent plan of these institutional establishments, to capture the lines of transformations that can escape the overcoding power plays practiced in the field of Mental Health. The Psychiatric Hospital as an analyzer indicates that the crossings of regulatory, discipline and control tend to overcome the official project of the establishments of the organization Mental Health. We have detected that the problems of this organization need to be contextualized in the institutional and socio-political levels, so that we do not remain in functionalist considerations that only mask the reality of power and politics, reducing the problems to the only questions of individual psychological order.

Keywords: Mental Health. Institutional Analysis. Psychiatric Hospital. Psychiatric Reform. Anti-Asylum Movement.

LISTA DE SIGLAS

ACP - Ação Civil Pública

AI - Análise Institucional

AP - Atenção Psicossocial

APA - Associação Americana de Psiquiatria

ATE - Ala de Tratamento Especial

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial infantil

CID - Códigos Internacionais de Doenças

CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

DRS - Departamento Regional de Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HD - Hospital Dia

HE - Hospital Especializado

HG - Hospital Geral

HP- Hospital Psiquiátrico

MPF - Ministério Público Federal

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Paradigma Asilar

PAI - Pólo de Atenção Intensiva

PPHM - Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

PPS - Paradigma Psicossocial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RP - Reforma Psiquiátrica

RPb - Reforma Psiquiátrica brasileira

SM - Saúde Mental

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UII - Unidade de Internação Intensiva

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
CAPÍTULO I	16
A ANÁLISE INSTITUCIONAL COMO APORTE TEÓRICO- METODOLÓGICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	16
1. As ferramentas da Análise Institucional para novas intervenções, pesquisas e ações	17
2. Introduzindo e desdobrando conceitos da Análise Institucional para o manejo analítico	22
3. Os mantenedores e os contestadores institucionais, atritos necessários dos atores institucionais	26
4. A instituição, seus atravessamentos e o analisador Hospital Psiquiátrico	30
CAPÍTULO II	33
PERSPECTIVA METODOLÓGICA INSTITUCIONAL E SUAS TÉCNICAS ...	33
1. Objetivos.....	33
2. Os operadores da Análise Institucional.....	34
3. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	35
4. Forma de análise dos resultados	38
CAPÍTULO III	40
A TRAJETÓRIA DA LOUCURA E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	40
1. A invenção da doença mental e o surgimento da psiquiatria	40
2. Transformações institucionais: movimentos da Reforma Psiquiátrica e os caminhos de desinstitucionalização	45
3. O movimento da Reforma Psiquiátrica na história brasileira e as mudanças paradigmáticas no modelo de atenção à saúde mental	50
4. O Hospital Psiquiátrico, figura institucional de um estabelecimento total e disciplinar	53
CAPÍTULO IV.....	60
ANÁLISE INSTITUCIONAL DA ORGANIZAÇÃO SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE	60
1. O município e suas características no campo da Saúde Mental	62
2. Histórico de criação do Departamento Regional de Saúde e sua especificidade com relação à Saúde Mental desta região.....	65
3. A Ação Civil Pública instaurada pelo MPF no município e seus desdobramentos: uma contribuição à caracterização do território	69
4. Descrições e históricos dos Hospitais Psiquiátricos visitados.....	73
4.1 Hospital Psiquiátrico 1	73
4.2 Hospital Psiquiátrico 2	75
4.3 Hospital Psiquiátrico 3	78
5. O Hospital Psiquiátrico como analisador da Saúde Mental no contexto municipal	79

6. O funcionamento do Hospital Psiquiátrico e seus desdobramentos éticos.....	83
7. O que justifica a permanência dos Hospitais Psiquiátricos?	90
8. As práticas institucionais mantenedoras e contestadoras no campo da Saúde Mental	95
9. O funcionamento do Hospital Psiquiátrico, as contradições institucionais e a prática de violência cotidiana	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS	111

APRESENTAÇÃO

Nessa investigação de mestrado estudamos, a partir da perspectiva teórica e técnica da Análise Institucional (AI), a história e os modos de funcionamento de estabelecimentos manicomiais ainda existentes em uma cidade do interior paulista, problematizando suas funções e persistência na atualidade. Para tanto, partimos de nossa experiência profissional enquanto psicólogo que vem atuando nas políticas públicas de Saúde, com ênfase na Saúde Mental (SM): trabalhamos durante três anos e seis meses em um município que compõe o Departamento Regional de Saúde (DRS) que estamos pesquisando, como funcionário público concursado, lotado em uma Secretaria Municipal de Saúde, tendo por atribuições as atividades de atuação como psicólogo junto à Unidade Básica de Saúde e à Estratégia Saúde da Família, visando o atendimento da população por meio de psicoterapia individual e em grupos, a elaboração de estratégias de orientação e supervisão, em saúde mental, junto aos Agentes Comunitários de Saúde e ao Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) de um município vizinho. Acompanhamento pessoal, frequentando as atividades junto aos usuários que se deslocavam ao CAPS deste outro município onde residia o NASF. Também atuamos como psicólogo no Hospital Psiquiátrico (HP), que nomeamos como HP 1, durante dois anos, desenvolvendo as seguintes atividades: a) realização de grupos com as pessoas internadas, b) atendimentos individuais, c) atendimento à família das pessoas internadas, d) atividades externas de socialização das pessoas internadas e d) atividades lúdicas junto a Terapia Ocupacional. Recentemente, em 2017, nos meses de março a junho, atuamos coordenando um CAPS 1 de outro município desta mesma DRS. Estamos, atualmente, de julho de 2017 a janeiro de 2018, atuando como psicólogo no HP 2, com as mesmas funções do trabalho exercido no HP anterior.

Na área da Psicologia, nos anos de 2014 a 2016, atuamos como docente em curso de graduação em psicologia e como membro gestor do Conselho Regional de Psicologia (CRP), de 2013 a 2017, em uma de suas subsedes, compondo núcleos de discussões em saúde com prioridade nas demandas de SM, representando ao longo do ano de 2016 o mesmo conselho no âmbito estadual, compondo a Comissão de Saúde Mental: álcool e outras drogas.

Ao longo destas atuações na UBS, no HP1 e no CAPS1 houve uma constante participação nas reuniões do Colegiado de Saúde Mental que ocorriam no DRS em que empreendemos a investigação, com a participação de todos os 45 municípios da região.

Cabe explicar neste momento que o modelo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) atribui à esfera estadual a responsabilidade de proporcionar condições de municipalização e territorialização do cuidado, uma vez que cabe ao Estado a responsabilidade de gerir os municípios. E para garantir uma condição de trabalho alinhada com as características de cada território são realizadas reuniões, que são espaços ocupados por profissionais que trabalham no campo da SM desses municípios, e que por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuações de soluções, constroem uma organização de ações e serviços de atenção à SM para a Rede regional de sua respectiva região.

Esta pesquisa tem pertinência acadêmica e social, pois os psicólogos estão presentes e atuando em estabelecimentos institucionais da SM, bem como de internações psiquiátricas que ainda existem na atualidade. Os HP que se configuram como locais de internação psiquiátricas para pessoas em sofrimento psíquicos, alcoolistas e usuários de drogas ilícitas constituem ainda uma temática extremamente relevante para a Psicologia devido à sua permanência nos dias de hoje e também por seus efeitos enquanto dispositivos produtores de subjetividade.

A investigação mostrou-se exequível, pois obtivemos as três autorizações dos dirigentes desses HP, realizamos visitas de observação participante e também entrevistas semidirigidas, para tanto obtivemos a aprovação do Comitê de Ética (CAAE: 31107414.9.0000.5401).

No Capítulo I, apresentamos uma resenha sobre a AI e o Movimento Institucionalista, como um aporte teórico-metodológico importante para o campo da SM, discutindo alguns dos seus principais conceitos, utilizados nesse estudo, para que fosse possível situar o Hospital Psiquiátrico como analisador da organização SM e elucidar os conflitos institucionais.

No Capítulo II, tratamos dos conceitos da AI enquanto ferramentas técnicas que nos permitiu operacionalizar essa investigação para que fosse possível realizar um delineamento histórico crítico dos processos de internação manicomial e de seus desdobramentos, utilizamos alguns conceitos-ferramentas da AI, os quais nos permitiram nos situarmos adequadamente neste campo.

No Capítulo III, por meio da revisão bibliográfica, buscamos pensar criticamente a trajetória da SM na história ocidental, a Reforma Psiquiátrica brasileira e suas influências internacionais. Como mediação e pano de fundo para nossos objetivos, examinamos o processo histórico que engendrou a atual sociedade disciplinar enquanto

um projeto do Estado de normalização social onde se tornou possível o aparecimento das instituições de sequestro, que se atualizaram nos estabelecimentos HP.

No Capítulo IV, apresentamos e discutimos o material de campo, composto pelo diário de campo das observações participantes, análise de documentos, e também, das entrevistas, instrumentos por meio dos quais buscamos captar os discursos e as práticas institucionais, presentes no contexto institucional.

Em seguida, vêm as considerações finais e as referências.

CAPÍTULO I

A ANÁLISE INSTITUCIONAL COMO APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Nossa perspectiva teórica nesse trabalho de pesquisa parte da observação de que o poder e as práticas disciplinares, no século XXI, estão mais sofisticadas e qualitativamente mais dispersas na vida social como um todo, concentrando-se e focalizando em diversos universos institucionalizados. Continuam, inclusive, sendo implementadas estratégias de normalização e controle mapeadas por Goffman (1987) e Foucault (1999). A atuação dos profissionais da Saúde, tais como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, psiquiatras, nutricionistas, educadores físicos etc., dificilmente se ocupa com a totalidade do campo social, considerado como um importante pano de fundo para esses trabalhadores.

Dentro dos estabelecimentos esses profissionais submetem-se a diversas situações de difícil manejo, tanto de ordem operativa quanto reguladora, a primeira correspondendo à divisão do trabalho, a segunda, ao sistema do poder – ambas ligas às interpelações dos atravessamentos que a instituição e a organização vivenciam a todo momento. A análise das instituições não pode, portanto, evitar a submissão dessas instituições a um exame, e, por mais forte que seja, uma organização pode e deve ser problematizada, visando a sua transformação, como, por exemplo, a Saúde Mental. A racionalidade aparente da sociedade não é mais um véu suficiente para esconder suas contradições, mesmo que fossem fecundas. As instituições tomadas em si mesmas não podem mais garantir a regulação da vida em seus diversos aspectos (LOURAU, 2014).

O controle social estatal ganhou ares de cientificidade com as ciências humanas emergentes nos séculos XIX e XX que, para a manutenção do sistema, nasceram com mandato de gerenciamento das populações. Podemos dizer que, em uma sociedade burguesa capitalista, dominação, aumento da alienação social, adaptação sociocultural e mistificação ideológica são funções latentes de suas diversas instituições sociais. A religião, por exemplo, possui também essa função de manutenção ideológica do sistema social (FOUCAULT, 1999). No que se refere à Saúde Mental (SM), continuam existindo atuações pautadas apenas no controle, devido ao clássico descuido e falta de investimentos governamentais, há estabelecimentos de internação nos quais vigoram

práticas que nos permitem considerar tais locais inadequados do ponto de vista temporal, nos conduzindo à ideia de que, quanto à forma de tratamento da loucura, ainda parece que estamos no século XIX.

Considerando a sociedade um tecido formado por uma rede de instituições (ALTOÉ, 2004; BARUS-MICHEL, 2004), os problemas da SM necessitam ser contextualizadas no plano institucional e sócio-político para não permanecermos em considerações funcionalistas que apenas mascaram a realidade do poder e da política, reduzindo os problemas às questões unicamente de ordem psicológica individuais, o que compreendemos como “psicologização” dos sujeitos. Muitas vezes acreditamos nos discursos altruístas, plasmados nos projetos oficiais dos estabelecimentos de saúde e acabamos tomando como efeito colateral o que na verdade é o produto principal da ação institucional, o controle e a normalização dos indivíduos. Contudo, as ferramentas da Análise Institucional pretendem caminhar num sentido oposto, ofertando aos profissionais recursos que os faça possibilitar aos usuários instituir, na medida do possível, sua organização, fazendo-os adquirir consciência das coações institucionais e sociais de seu sofrimento psíquico (LOURAU, 2014).

Tendo em vista nossos objetivos, os quais visam uma abordagem crítica das *práxis* no campo da SM da cidade em que esta pesquisa foi realizada, analisando as formas de tratamento aos indivíduos em sofrimento psíquico nos estabelecimentos de internação psiquiátrica, esse estudo necessitou de uma abordagem institucional que pudesse dar conta da complexidade dessa problemática. Portanto, utilizamos como ferramenta de investigação o instrumental composto pela Análise Institucional (LAPASSADE, 1977; LOURAU, 2014; GOFFMAN, 1987; FOUCAULT, 1999b; BAREMBLITT, 1994; BENELLI, 2002, 2003a, 2003b, 2004, 2006, 2013, 2015; ALTOÉ, 2004; L’ABBATE, 2013). Entendemos que esses recursos teóricos nos permitiria estudar como seria as características do campo da SM nessa localidade.

1. As ferramentas da Análise Institucional para novas intervenções, pesquisas e ações

De acordo com Baremlitt (1994), o Movimento Institucionalista emergiu na revolucionária década de sessenta do século XX, visando promover movimentos de autoanálise e de autogestão em grupos, estabelecimentos, comunidades e instituições, partindo de uma crítica sobre os efeitos de alienação institucional ocasionados pela

heterogestão e também da proposta de desmistificação do saber denominado científico. O Institucionalismo surgiu para fazer frente ao cientificismo tradicional, de matiz predominantemente classificatório, arbitrário e repressivo no qual o cientista era concebido como o detentor universal do saber e, conseqüentemente, do poder. Nessa situação, era praticamente inaceitável para o *status quo*, qualquer tentativa de questionamento por parte da população. De modo a esclarecer essas questões, partimos da ideia de que, nas últimas décadas, nossa civilização sofisticou intensamente seu modo de produzir conhecimento e também suas aplicações. Por meio da divisão social e técnica do trabalho, ela tem produzido um saber acerca de seu próprio funcionamento como objeto de estudo, gerando profissionais, intelectuais e “experts” diversos, que seriam os conhecedores da estrutura e dos processos da vida social, estando autorizados para se pronunciarem e intervirem sobre ela.

O relevante é que não se pode ocultar, quando fazemos uma análise crítica da sociedade que, predominantemente, esses “sábios” trabalham a serviço do Estado e das empresas privadas e, como consequência aniquiladora do seu próprio saber/fazer, a população tem se visto despossuída de um saber que tinha acumulado ao longo de muitos anos acerca de sua própria vida, de seu próprio modo de funcionamento. Criado e acumulado pelas comunidades sociais durante tantos anos de experiência vital, a partir do surgimento do saber científico e tecnológico, esse saber tende a ficar relegado, sendo colocado em segundo plano, como se fosse rudimentar e inadequado. Desse modo, em todos ramos produtivos, primários, secundários e terciários, existem os especialistas na produção de bens materiais, tais como: comida, vestuário, moradia, transporte etc. Ora, esses bens materiais que são indispensáveis à sobrevivência e que, em outras épocas, eram parte comum, como por exemplo, do saber/fazer de uma família - cortar o cabelo uns dos outros, costurar roupas para os filhos -, hoje estão nas mãos de terceiros (BAREMBLITT, 1994). Podemos ver essa função perdida até no almoço, como indica a frase “Temos comida caseira” nos restaurantes, parecendo buscar, pelo *marketing*, algo perdido nos lares das famílias de nossa modernidade.

Neste sentido, sob a égide do liberalismo exagerado, a sociedade passou da manufatura à fábrica e depois à empresa, fazendo surgir, com a regulação intensa dos diversos estágios da produção, uma época da organização científica do trabalho, da “direção científica” – modelo taylorista de produção. É a época do engenheiro organizador, que foi criticada tanto por meios acadêmicos e intelectuais quanto por expressões culturais da sociedade, pelos artistas. No início desse processo as

transformações na tecnologia tiveram por base a admissão do saber como força produtiva. Contudo, enquanto no começo da indústria o processo de trabalho punha em ação a inteligência do trabalhador, os progressos do maquinismo (da ciência, da tecnologia) tenderam a suprimi-lo. A ciência de seu trabalho tornou-se estranha. Os novos problemas não puderam mais, inclusive, ser resolvidos pelos próprios práticos e técnicos da racionalização, exigindo a intervenção de outros especialistas: os profissionais das relações humanas (LOURAU, 2014).

A sociedade necessitou de uma nova ciência, crítica, que contemple a importância de evitar uma orientação disciplinar, de estratégias racionalistas, simples e precisas, que objetivam unicamente facilitar o que os trabalhadores devem fazer. A AI contesta essa ciência pragmática e reconhece a complexidade inscrita em todo contexto organizacional: as disputas de poder, as lógicas corporativas, os problemas pouco estruturados, a dificuldade de governabilidade e os frequentes reducionismos. Essa teoria, oferece uma caixa de ferramentas para o manejo desse difícil processo das organizações, procurando elucidar as práticas sociais nas instituições a partir das ações dos coletivos, revelando as relações que os indivíduos e grupos estabelecem entre si, trazendo à tona a história da organização. O meio de evitar erros de intervenção institucional é a análise permanentemente da demanda, é ver a situação real da organização, suas relações com o conjunto do sistema social (MERHY, 2013; LOURAU, 2014).

Sobre o conceito de demanda, é possível pensar que os coletivos têm perdido o saber acerca de suas próprias vidas, a noção de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas limitações e das causas que determinam essas necessidades e essas limitações. Abandonam um certo grau de compreensão e o controle sobre quais tipos de recursos e formas de organização devem dispor para colocar e resolver seus problemas (BAREMBLITT, 1994). As pessoas acham que precisam apenas daquilo que os “experts” dizem que elas necessitam, e eles nos dizem o que querem dizer, de acordo com interesses próprios ou da classe dominante. Tomemos como exemplo uma situação de um determinado gênero alimentício, a laranja. Se for conveniente, pois há um estoque na produção de laranja, é sugerido pela mídia, incluindo os jornais televisivos, segundo os cientistas, que seria importante que essa fruta fosse consumida em grandes quantidades para muitos aspectos da saúde e todos saem às compras em busca dessa fruta.

Segundo Barembilit (1994), é possível afirmar que as comunidades ou coletividades não têm necessidades básicas indiscutíveis e universais, tais necessidades são colocadas diariamente por meio da exigência de produtos e de serviços correspondentes. Em todas as épocas da história, mas particularmente na nossa, não existem necessidades básicas “naturais”, não existem demandas “espontâneas”, a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada, ou seja, aquilo que os povos pensam que todos os membros de uma população precisam como “mínimo” não existe. Quanto aos problemas da SM é fundamental essa reflexão, problematizar a demanda, pensar como foi produzida e que ação deve ser tomada, torna-se uma ação importante. Afinal como podemos nos organizar para resolver os problemas se não conseguimos saber quais são, de fato, os problemas e o que se requer para resolvê-los?

O Movimento Institucionalista propõe, como um de seus objetivos, que, para uma tentativa de resolver alguns impasses de nossa sociedade, é necessário propor uma estrutura organizacional horizontal e uma reflexão crítica acerca das reais necessidades da população para, a partir disso, buscar a autoanálise e autogestão dos coletivos sociais. Nessas circunstâncias, o cientista não seria mais concebido como um ser onipotente detentor da verdade, mas como um “intelectual orgânico”, que busca valorizar o saber produzido de modo coletivo e democrático. Trata-se de uma retomada do saber próprio, do qual outrora fora destituído do povo. Sendo a AI uma corrente originária do Movimento Institucionalista, ao estabelecer esse rumo na pesquisa, implica, conseqüentemente, um descentramento radical da enunciação científica, de uma nova ciência a ser talhada, não se limitando apenas em dar a voz aos sujeitos envolvidos, mas romper de fato com as barreiras do saber vigente, do poder dominante, o que não é fácil, é todo um novo espírito científico que precisa ser refeito (BAREMBLITT, 1994).

A autoanálise consiste em que as comunidades, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja, não se trata de que alguém venha de fora para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir. Para tanto, os “experts” devem submeter seus saberes, seus métodos, suas técnicas, suas inserções sociais como profissionais, a uma profunda crítica que os façam separar, em suas *práxis*, dentro dos organismos institucionais aos quais pertencem, o que é produto de sua origem, de sua pertença ao bloco dominante das forças sociais e o que pode ser útil para uma autoanálise e para uma autogestão. Para

poderem efetuar essa autocrítica, eles não podem fazê-lo permanecendo encerrados em seus laboratórios de estudo, não podem fazê-lo nas Universidades ou Centros de Pesquisas. Devem de fato entrar em contato direto com estes coletivos que estão se autoanalisando e autogestionando para incorporar-se a essas comunidades desde um estatuto diferente daquele que tinham. Esse estatuto deve resultar de uma crítica das posições, postos, hierarquias que eles têm dentro dos aparelhos acadêmicos ou jurídicos e políticos do Estado, ou ainda das diretivas das grandes empresas nacionais e multinacionais (BAREMBLITT, 1994).

É importante que os “experts” reformulem sua condição profissional, seu saber específico numa gestão, num trabalho feito em conjunto com essas comunidades e na mesma relação de horizontalidade com que qualquer membro dessa comunidade o faz. Isso permitirá que eles, eventualmente, quando a comunidade conseguir organizar-se, tenham algum lugar dentro das organizações específicas que a comunidade deu-se a si mesma para esses fins. Então, seu saber, sua capacidade e sua potência produtiva estarão plenamente integrados ao movimento de autoanálise e autogestão dessa comunidade. Eles poderão assim reformular, aprendendo e ensinando seu saber e sua eficiência nessa nova e inédita situação. À parte dessa reinvenção de sua disciplina, os “experts” poderão aprender como eles serão capazes de propiciar outros movimentos autoanalíticos e autogestivos quando forem chamados a participar. Torna-se necessário implicar-se assim em apenas uma certa especialização de algumas tarefas, porque esses dispositivos estão feitos de tal maneira que as decisões de fundo são tomadas coletivamente. Em todo caso, os quadros hierárquicos não seriam nada mais que expressões da vontade consensual, são executores, mas não são mais executores do mandato das elites mediatizada por organismos burocráticos, por correias de transmissão de poder de mando. Na autogestão, os próprios coletivos deliberam e decidem. Eles têm maneiras diretas de comunicar as decisões. Existem hierarquias moduladas pela potência, peculiaridades e capacidade de produzir; mas não há hierarquias de poder, ou seja, exclui-se a possibilidade de impor a vontade de um sobre os outros (BAREMBLITT, 1994; ALTOÉ, 2004).

É evidente que os processos autoanalíticos são produtores de conhecimento, que todo saber envolve necessariamente um poder e ambos não são homogeneamente distribuídos. Porém, o saber decorrente da autoanálise é coletivo; produzido, distribuído e exercitado na vida coletiva. Cabe aos profissionais que trabalham com a AI o aprendizado deste caminho de intervenção, tomando como exemplo alguns resultados

positivos dessas iniciativas históricas (BARBIER, 1985; BOFF, 1984; BORDENAVE, 1987; DALLARI, 1984; DEMO, 2001, 2004; PEREIRA, 2001). Nós, os “experts” – psicólogos, médicos, engenheiros, advogados, comunicólogos etc. –, temos aprendido que esse êxito coletivo existe e que poderíamos colaborar para seu desenvolvimento a partir das experiências históricas que já existiram nesse sentido e das que estão existindo e se desenvolvendo com mais ou menos facilidade, inclusive sem a nossa participação. Por outro lado, a gênese conceitual que se refere ao campo das ideias, conceitos, categorias, teorias e funções, produzidas pela humanidade no decorrer da história do conhecimento, não necessitam serem abandonadas, elas podem contribuir para dar base, para fundamentar ainda mais a proposta institucionalista (BAREMBLITT, 1994).

Entendemos que esta mudança que inclui a proposta de uma nova ciência, de um trabalho crítico que evita uma orientação unicamente racionalista, consiste em não separar pensar e fazer, propõe fazer o sujeito mestre dos poderes. O que se pretende é socializar cada vez mais o Estado, a economia, a teoria, a técnica, o saber, o poder e outras instâncias que até hoje funcionavam como destino exterior e inexorável. A encarnação da ideologia democrática nas formas sociais reais, graças à ação instituinte dos indivíduos e coletivos, não funciona como a ação reguladora das ciências positivistas, instaura e desencadeia um processo de democratização permanente e generalizado (ALTOÉ, 2004), libertando os aprisionamentos característicos de nossa sociedade moderna, bastante evidente na organização SM.

2. Introduzindo e desdobrando conceitos da Análise Institucional para o manejo analítico

Para a reflexão e o manejo do campo por parte dos analistas institucionais algumas distinções da AI são fundamentais na compreensão do conceito de instituição, que é sempre abstrato. Entendemos que esse conceito se materializa em dispositivos - as organizações - que por sua vez compõem-se de unidades menores, nomeadas de estabelecimentos. Os estabelecimentos costumam incluir dispositivos técnicos: as instalações materiais, maquinaria, arquivos, aparelhos, esse conjunto de elementos recebe o nome de equipamentos. Todos esses elementos: instituição, organização, estabelecimento, equipamento, adquirem dinamismo por meio dos agentes (atores institucionais). Os atores institucionais protagonizam as práticas sociais, que podem ser

verbais, não-verbais, discursivas, teóricas ou técnicas (ALTOÉ, 2004). Com essas distinções é possível obter um auxílio na construção das análises que permitem, neste trabalho de investigação, problematizar a própria constituição do campo da Saúde Mental. Consideramos, assim, a Saúde Coletiva como uma instituição, a Saúde Mental como uma organização e o Hospital Psiquiátrico como um estabelecimento.

Não se observa uma instituição como se fosse observar um conceito qualquer na realidade, pois isso seria confundir o objeto real com o objeto de conhecimento. Esse conceito, de acordo com o modo que estabelece suas conexões, pode estar configurado como leis, normas ou regularidades de comportamentos, que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana, bem como as relações entre as pessoas. Como exemplo dessas instituições citamos as seguintes: a linguagem, as relações de parentesco, a educação, a religião etc. A ação do ser humano encontra-se “numa certa altura” sob a influência oculta de códigos, de estruturas inconscientes, mas nem por isso deixa também de ser determinadas por referenciais, objetos reais e problemas que a história se encarrega de colocar “no andar” da consciência (BAREMBLITT, 1994; LOURAU, 2014).

A instituição existe e persiste unicamente devido à participação das pessoas que habitam seus quadros, reciprocamente, as pessoas, por sua própria constituição individual, não podem viver senão no quadro das instituições. A relação estabelece-se entre “títulos” individuais e institucionais, não entre um sujeito (indivíduo) e um objeto (a instituição). O indivíduo vive, fala, age em nome de seus modos de pertencer institucionais, mas esses modos e essas instituições só existem porque o indivíduo lhe dá um nome (LOURAU, 2014).

Do ponto de vista da AI, uma sociedade pode ser entendida como um entrelaçamento de instituições. As relações sociais são formadas pela articulação entre ação histórica de indivíduos, grupos, coletividade, por um lado, e as normas sociais já existentes por outro. A instituição não é um nível da organização social (regras/leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos, ela atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo e logo pertence a todos os níveis de análise: individual, grupo e organização (ALTOÉ, 2004).

Duas dimensões fundamentais precisam ser distinguidas: o plano instituinte, que se configura como um processo transformador e o plano instituído, produto do processo de institucionalizar. O instituinte remete ao conjunto das forças que tendem a fundar as

instituições, atualiza-se constantemente como movimento criador, dinâmico, que mantém a instituição renovada, atualizada, transformada e em transformação. Embora a instituição apresente-se como um fato instituído, isso é apenas aparente, pois ela necessita de seu poder instituinte para ser e operar efetivamente. Ela não é só o resultado instituído, o fato de que a instituição é contestada também faz parte dela (BAREMBLITT, 1994).

Essa ação institucional desenvolve-se em uma dialética na qual o social instituído pressupõe sempre o social instituinte. Na maior parte do tempo esse social manifesta-se na instituição, “mas esta manifestação é ao mesmo tempo verdadeira e de certa forma falaciosa, conforme mostram os momentos em que o social instituinte irrompe e se põe a agir diretamente, os momentos de revolução” (LOURAU, 2014, p. 101). No entanto, o momento de transformação visa imediatamente um resultado, que é dar a si mesmo, de novo, uma instituição para existir de maneira visível. E desde que essa instituição é estabelecida, o social instituinte afasta-se, já está também em outra parte, por estar em andamento o processo de institucionalização. Infelizmente o resultado disso revela a vitória final da burocracia e a derrota constante da espontaneidade (LOURAU, 2014).

Essas duas dimensões não atuam separadamente apenas nos momentos de transformação, mas se interpenetram constantemente em vários níveis. Assim, mais que de dimensões morfológicamente isoláveis e observáveis, tratam-se de instâncias de forças sempre em complementaridade e em luta, fora dos critérios demasiado cômodos de pertencimento objetivo a um dos dois lados. Podemos dizer também que:

[...] não se configuram como relações estáticas entre polos constituídos, mas apresentam-se em permanente constituição e ordenação – plenas de vicissitudes – em constante transformação dos lugares e posições no interior das relações, numa pulverização dos lugares instituídos e instituintes. [...] Essa é a principal condição para que as instituições existam concretamente. A solidez institucional residiria nos vínculos entre os sujeitos que as fazem cotidianamente, vínculos invisíveis, microfísicos, que se plasmam em relações instituintes e instituídas no contexto institucional, podendo ser mapeadas a partir das forças e dos poderes moleculares que as permeiam. [...] A ação institucional, entre reconhecimentos e desconhecimentos incide normativamente sobre as condutas. (BENELLI; COSTA-ROSA, 2003, p. 46-47)

As condições da intervenção institucional tornam-se assim ultrassensíveis e de manejo muito delicado. Permitem-se diversos posicionamentos dentro das instituições, e isso dá lugar a técnicas diferentes, mas fundamentalmente a eficácias diferentes. O grau

de integração ou coesão de uma instituição é medido pelo grau de interiorização das normas instituídas pelo maior número de atores sociais, que internalizam de diferentes maneiras as regras que vigoram nestes locais, de modo que podemos pensar sempre na existência de diferentes modos de atuar. Em alguns momentos é importante lembrar que o ato instituinte é sempre um ato coletivo, não uma medida de profilaxia social, decidida e executada por aqueles que detêm o poder oficial da organização. Portanto, podemos iniciar uma reflexão pelos atores institucionais, considerando que eles poderiam ser a voz da instituição, e que possuem múltiplas relações com as questões sociais mais amplas, ao mesmo tempo que lidam com o sistema, manifesto e latente. Há, entretanto, um fator importante a ser sinalizado, que antecede o trabalho com esses atores, trata-se da “ignorância institucional”, essa que se configura como algo da ordem do não dito, mas que está presente a todo momento na instituição (ALTOÉ, 2004; LOURAU 2014).

A alienação dos trabalhadores é representada pela autonomização institucional, consequência da dominação do instituído e fundada no esquecimento das origens, num processo de naturalização das instituições. Resultantes de processos históricos, as instituições ainda tendem, contudo, a aparecer para esses atores institucionais, como fixas e eternas, como algo dado, como se fossem condição necessária e trans-históricas (ALTOÉ, 2004). Relembrar esses processos históricos, fazer aparecer os conteúdos latentes, é o que objetiva o trabalho da AI frente a esta problemática da “ignorância institucional”.

Ao fazerem parte da instituição, o instituído e o instituinte expressam-se em pontos de vista opostos e os atores institucionais podem entrar em conflito, nos momentos de conversa ou de ações e, portanto, devem operar com maturidade, superando a premissa de que só a eliminação do outro, que o difere, é que pode ser suportada. A diferença não só deve ser aceita como desejada; podemos e devemos divergir nos pensamentos e nos cabe realizar uma composição dessa diferença, o que nos importa é saber onde queremos chegar. O instituinte não chegará sozinho, num grito desgovernado, perde sua credibilidade e o instituído tão pouco sairá de seu lugar, no enrijecimento, na burocracia, e nada é produzido com sua resistência e inércia. O importante é que ao fazermos algo, as coisas tenham sentido, superem as relações dominação e alienação, encontre brechas nas tensões permanentes entre as molecularidades e as molaridades (MERHY, 2013).

Seria um facilitador analítico se o instituído se confundisse sempre com o aparelho de coação, com o poder estabelecido das classes dominantes, mas sua apresentação, muitas vezes mistificada, não é dada com essa nitidez. Também seria muito interessante, por outro lado, que o plano instituinte se apresentasse na capacidade de análise e de contestação atribuída a cada indivíduo, grupo ou a uma categoria social específica. Porém, de fato, não é tão simples observar essas dimensões. A ilusão institucional e o desconhecimento são necessários para que o sistema social se mantenha, para a estabilidade das relações sociais dominantes, produzidas e reproduzidas pelas instituições (ALTOÉ, 2004).

3. Os mantenedores e os contestadores institucionais, atritos necessários dos atores institucionais

A AI é um dispositivo que foi criado no início de um processo que ainda está ativo na atualidade e é composto pela crítica ao instituído – no que diz respeito às formas políticas de ação institucional. Em busca de um caminho para trabalhar as dificuldades institucionais, utiliza como referência dois modos de funcionamento dos atores institucionais: a) um “alienado”, mantenedor, caracterizado por ser reprodutor, que interioriza as interdições, sublima com mais ou menos habilidade seus desejos dentro do respeito sobre-repressivo, para a manutenção da ordem estabelecida, visando manter intacta a instituição da qual depende; e b) um outro modo de funcionamento, “crítico”, contestador, que, por meio da sua “consciência de classe”, apresenta um estado de disponibilidade para ações coletivas de transformação institucional (ALTOÉ, 2004). Trabalharemos com esses modos de funcionamentos para analisar alguns recortes dos dados de campo sobre a SM de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, buscando analisar as *práxis* encontrada nessa região.

A instituição não está necessariamente no lugar em que se manifesta declarada, mas está sempre onde as relações de produção são “instituídas” de maneira aparentemente necessárias, naturais e eternas, localizada entre o momento da singularidade (social instituído) e o momento da particularidade (social instituinte). Com esses dois conceitos opostos é possível estabelecer uma divisão analítica na qual, de um lado, temos o mantenedor e, de outro, o contestador. O primeiro é relacionado aos discursos universais da instituição, geralmente, ao “bom espírito” de cooperação, ao que possui uma disciplina “livremente consentida”, à participação integradora, é

definido ainda quanto a ter um “caráter”, a ter “personalidade” e a ter “qualidades sociais”. Se as manifestações de tal indivíduo não conflitam os quadros estabelecidos da “consciência profissional”, são relacionados ainda ao “civismo” e aos “bons costumes”. Já os contestadores são suspeitos de terem um “espírito mau” e frequentemente associado aos “problemas de caráter”, “irresponsabilidade”, “agitação”, “interesses sórdidos”, sendo que qualquer ação deles corre o risco de ser percebida como ativismo importuno e perigoso (ALTOÉ, 2004; LOURAU, 2014).

As características do primeiro indivíduo, o bom cidadão cooperativo, participante ativo, mas não contestatário, justificam essa dualidade, pois supõem um equilíbrio social, antigo e universalmente aceito, que é a ilusória e desejada garantia de uma sociedade sem antagonismo de classes. O papel instituído dos mantenedores sustenta, no plano universal, que não existe uma luta de classes. A atitude instituinte dos contestadores, à revelia das forças hegemônicas, considerando quaisquer que sejam as finalidades ou táticas, englobam a condição do ator institucional de analisar a posição que ocupa na estrutura social. A existência de uma capacidade de orientação para a prática social, presente em tais ferramentas de análise, tem em vista assegurar uma crítica permanente da implicação institucional, bem como garantir aos atores, em seu campo de ação, um estilo de vida e um estado de disponibilidade para ações coletivas de transformação institucional (ALTOÉ, 2004).

As instituições são fabricadas pelos atores institucionais, por ações que as produzem e as atualizam por meio de suas práticas cotidianas, de acordo com suas condições ético-políticas. Mas é importante lembrar que o ser humano funda as instituições no seio de uma instituição que não fundou, e é ainda atravessado por forças de transformações que são constantemente capturadas – que se esforçam em regular, modular e controlar seus atores institucionais. Entretanto, cabe aos sujeitos escaparem e reinaugurarem novos processos no cotidiano, abrir fendas que produzam ações ético-políticas e iluminem caminhos emancipadores nessas instituições. Diante da necessidade de produzir esses caminhos é preciso superar alguns empecilhos produzidos por esses atores institucionais, e, assim, torna-se importante à organização SM possibilitar esse esforço, mobilizar os mantenedores institucionais de modo que possam transpor suas resistências e as forças antiprodutivas (LOURAU, 2014; MERHY, 2013).

Segundo Merhy (2013), o profissional produz quando conversa, ou seja, os atores institucionais agem quando produzem atos de fala, em momentos formais ou informais,

que precisam ser evidenciados para que se compreenda a dinâmica da organização. Os encontros e as conversas revelam o “fazer” dos profissionais, que habitam o espaço institucional e constituem a organização no seu dia-a-dia. Esse “fazer” e sua revelação é o que a AI visa analisar e intervir, elucidando as *práxis*, orientações ético-políticas etc. Por meio das intervenções é possível produzir outros modos de ações, a organização é permanentemente atualizada pelas ações de seus próprios coletivos.

No esquema de dois modos diferentes de relação dos atores institucionais com as instituições, pensando em novas possibilidades de atuação, por um lado, temos a implicação institucional como a soma de pertencimentos subjetivos e objetivos, por outro, temos a distância institucional e os não pertencimentos dos indivíduos, grupos e organizações. Ambos conceitos de trabalhadores, “alienados” e “críticos”, mantenedores e contestadores, não devem ser considerados como tipos de caráter, nem se pode confundi-los com uma clássica antítese. Esses termos terão por objetivo nos oferecer uma possibilidade de análise para além dos esquemas binários, tais como: integração/desvio; típico/atípico; institucional/anômico; intradeterminado/extradeterminado, permitindo que façamos correlações entre dois modos de funcionamento de um mesmo objeto – este objeto é um grau de integração de um indivíduo, grupo ou organização ao conjunto social considerado. Os dois modos de funcionamento atravessam os mesmos trabalhadores em diversos aspectos, devemos romper o esquema dicotômico excessivamente belo que situaria ilusoriamente de um lado, os exploradores – cooperantes em uma obra comum a serviço do capital – e, de outro, os explorados – cooperantes, também eles, em uma obra comum, desta vez em nome da destruição do capital e do desaparecimento da classe exploradora (ALTOÉ, 2004).

Não podemos nos contentar em observar as instituições apenas com uma oposição dualista. Para avançarmos na compreensão do contexto institucional é necessário ampliarmos os recursos analíticos. Para tanto, é apropriado utilizar como ferramenta de trabalho três aspectos diferentes de análise: os planos universal, particular e singular. O primeiro, que é a universalidade, se inscreve por meio da mediação de cada caso particular, encarnando-se nas formas singulares. O momento da particularidade é o dos indivíduos como pessoas indivisas, mas igualmente como agregado de pessoas cujas particularidades das determinações se resolve na singularidade de uma situação comum. É sempre como coletivo que o particular se manifesta, são eles os agentes de ações institucionais e onde é possível haver as transformações. Os momentos singulares estão

ligados, por exemplo, à diferenciação do processo de trabalho (as formas de organização produzidas pela divisão técnica e social do trabalho), e os universais como pertencimento a um sexo, uma faixa etária, a uma raça, a uma nacionalidade, eventualmente a uma religião, etc. (ALTOÉ, 2004).

A universalidade é o momento da ideologia, ela legitima como eterna a “ordem” estabelecida nas suas formas mais transitórias e artificiais. A ela está reservada a função de garantir a distância institucional que separa qualquer indivíduo das decisões concernentes a sua vida cotidiana. Cabe ao momento da singularidade – momento da integração em formas singulares de organização, de gestão, de administração, de funcionamento – assegurar a implicação institucional de cada indivíduo neste processo. Quanto ao momento da particularidade, podemos dizer que revela o ator social como um indivíduo que se forma na e pela negação de todas as falsas evidências da universalidade, na e pela síntese de todas as coações arbitrárias ou racionais da singularidade. Sua participação no sistema institucional não é de simples ratificação ou delegação. Os imperativos da produtividade, da eficácia, do rendimento etc., são formas ideológicas universalistas, negadas não só pelos imperativos singulares da organização como lugar de socialização, como pelas exigências próprias de cada indivíduo particular (ALTOÉ, 2004).

As confusões sobre os três momentos do conceito de instituição: universal, particular e singular, alteram ética e politicamente os objetivos institucionais. A oposição do universal ao particular é abstrata, não existe nunca na prática, somente no plano ideológico. O modo de operar confusamente com esses conceitos, assimilando e confundindo as formas sociais singulares às normas universais, produz um funcionamento que valoriza autoritariamente a ordem estabelecida, expressando um modo tradicionalista de ver o mundo. Pensar deste modo, opondo o universal ao particular, oblitera o terceiro momento, o singular, e pior, a ação recíproca dos três momentos, sem a qual não há dialética. Com a prática dessa oposição, o pensamento opera com antíteses racionalistas, naturalistas e inflexíveis entre o indivíduo e a sociedade, e - o que é mais comum no campo da Saúde - opera pela preeminência de atribuir sempre ao indivíduo a responsabilidade de todas as questões de seu sofrimento. Busca-se assim, reduzir as formas sociais singulares à mentalidade do indivíduo, negando os fenômenos sociais ou pretendendo que esses fenômenos sejam imaginários, valendo-se da falsa ideia de que vale mais modificar o indivíduo antes de pensar em mudar a ordem social (LOURAU, 2014).

4. A instituição, seus atravessamentos e o analisador Hospital Psiquiátrico

Para a compreensão dos conceitos de atravessamento e transversalidade, pensamos que a finalidade mais operatória de uma organização, sua função oficial, está constantemente ligada a outras funções, existem relações contínuas entre as organizações de diferentes funções no conjunto do sistema social. As organizações não são redutíveis a seus projetos oficiais, sua característica positiva não pode ser considerada um fato social puramente objetivo. Assim, definir um estabelecimento apenas pelos serviços que ele afirma prestar não basta, é preciso também levar em conta seus desdobramentos. É importante considerar, por exemplo, que no caso de uma fábrica, o fato de que esse local não se organiza somente para o trabalho e para a produção, buscando um acréscimo do rendimento dos serviços, mas que existem também outros fluxos que atravessam seu funcionamento, como a produção de um modelo de comportamento entre os trabalhadores. Esse modelo de comportamento integra esses atores institucionais a um sistema total que também faz parte da definição desse estabelecimento (LOURAU, 2014).

Toda forma social (organização) define-se negativamente fazendo referência às outras formas sociais e ao conjunto do sistema social. Estas formas sociais instituem um corte entre o que é possível fazer e o que não é, o que é desejável fazer e o que não é, o obrigatório e o não obrigatório, ou seja, definem seu modelo de ações que a caracterizem como um universo diferente das demais organizações. Entretanto, a finalidade e o funcionamento das organizações, apesar de não serem idênticas, demonstram similaridades e entrecruzamentos significativos por estarem ligadas umas às outras, pela existência de relações contínuas e por suas relações com o conjunto do sistema social (LOURAU, 2014).

Tais desdobramentos compõem o andamento, as atividades e as finalidades de um determinado estabelecimento, com fluxo paralelo, como o exemplo do modelo de comportamento na fábrica, resultado de ações internas de controle e disciplina, de uma ordem reguladora que nos permitem compará-los a outros diferentes estabelecimentos, com outras organizações, que também possuem esses desdobramentos. Os exemplos disso seriam os hospitais psiquiátricos, as escolas, os seminários católicos, o exército etc., em ambos estabelecimentos existe concomitantemente essa disciplina, um controle semelhante das pessoas que frequentam e ações coletivas de vigilância. No cruzamento dessas outras funções concomitantes é que podemos nomear, mais especificamente

como atravessamento, que inclui a interpenetração do nível reprodutivo, conservador. De um modo oposto, mas neste mesmo sentido, dos cruzamentos e fluxos institucionais, é possível nomear outro conceito: a transversalidade, que designa o movimento de interpenetração do instituinte, do criativo, do novo. A transversalidade é também uma dimensão permanente da instituição, mas continuamente submetida a exame e sempre renovada (LOURAU, 2014).

Na instituição Saúde Coletiva, especificamente na organização SM, estes atravessamentos de ordem reguladora, de disciplina e de controle, costumam superar o projeto oficial de seus estabelecimentos. Quando elegemos o Hospital Psiquiátrico (HP) como um analisador, foi possível elucidar estas funções latentes para a compreensão do funcionamento dessa organização. Objetivamos, com o termo analisador, provocar, fazer a organização SM falar, mostrar suas contradições, seus limites e suas possibilidades. Problematicar a instituição é algo necessário, de outro modo não haveria mudança. Há uma lógica perversa de cuidado à população em sofrimento psíquico que, ainda no ano de 2018, precisa ser combatida.

A clausura institucional dos HP, sua configuração como um “local da separação” e de sequestro, parece ser onde a essência da burocracia que, a todo momento, legitima a coação dos sujeitos internados. Esse estabelecimento é um espaço singular, marcado por seu fechamento, lugar do recalçamento libidinal, recortado no espaço e no tempo social, local submetido às normas imperativas, refletindo em parte as normas sociais dominantes, acentuando-as e instaurando algumas regras que desprezam até mesmo as regras jurídicas do Estado de Direito. Possui características bem definidas quanto à modalidade de entrada, com a saída extremamente codificada e a arquitetura funcional que tende a ser típica (LOURAU, 2014).

A possibilidade de construir novos processos de atenção à população nos impulsiona a enfrentar a árdua tarefa de trabalhar com o HP enquanto analisador. As ações instituintes, no interior das organizações de SM, em conjunto com os usuários e seus atores institucionais, viabilizam transformá-las em espaços menos burocratizados, não produtores/reprodutores de indivíduos passivos e submissos, justamente o oposto do que segue ocorrendo nos HP. Objetivamos que os resultados da nossa pesquisa possam oferecer aos atores institucionais recursos e uma crítica que vise a construções nas quais as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia sejam respeitadas e promovidas, com a condição de que tais processos sejam, eles mesmos, postos

constantemente “em análise”, mesmo nos novos estabelecimentos que surgem da Reforma Psiquiátrica (L’ABATTE, 2012).

Destacamos na realização deste trabalho de pesquisa a relevância da utilização dos conceitos de instituição, organização e estabelecimento, bem como a percepção dos atravessamentos, e a elucidação do analisador. Ao longo deste capítulo procuramos descrever a importância dessas ferramentas teóricas da AI para que pudéssemos refletir sobre o papel do profissional no contexto da SM que, em pleno século XXI, ainda mantém estabelecimentos tão rudimentares como são os HP. Perceber e atuar juntamente com um coletivo, no sentido de torná-lo mais autônomo e com processos de trabalho mais adequados, inovadores e produtivos não é tarefa fácil para o profissional que enfrenta o cotidiano em estabelecimentos manicomiais.

O referencial teórico-metodológico da AI nos interessou para pensar o campo da SM, por visar promover movimentos de autoanálise e de autogestão nas instituições, partindo da crítica sobre os efeitos de alienação institucional produzidos pelo modo hierárquico como é realizada a gestão dos HP. A AI ofereceu-nos as condições necessárias para subsidiar a construção analítica deste trabalho de investigação nestes locais, pois a utilização de seus conceitos permitiu-nos, ao estudar o plano latente desses estabelecimentos institucionais, captar as linhas de transformações que poderiam escapar aos jogos de poder sobrecondificadores praticados na organização SM. É possível vislumbrar e propor uma estrutura organizacional horizontal à SM, e que esteja sintonizada com uma reflexão crítica acerca das reais necessidades das pessoas em sofrimento psíquico que utilizam dos estabelecimentos dessa organização.

CAPÍTULO II

PERSPECTIVA METODOLÓGICA INSTITUCIONAL E SUAS TÉCNICAS

1. Objetivos

Nosso objetivo geral consiste em estudar a organização Saúde Mental (SM) a partir da AI, enquanto referência teórica e metodológica. Estudamos o campo da SM de uma cidade de médio porte do interior do Estado de São Paulo, por meio do modo de funcionamento dos Hospitais Psiquiátricos que elegemos como analisador institucional, problematizando suas condições e possibilidades de atenção ao sofrimento psíquico, bem como suas funções e persistência na atualidade. Buscamos captar tanto as práticas quanto os discursos dos atores institucionais, circunscrevendo nosso objeto de investigação e elucidando os atravessamentos tanto do estabelecimento quanto da organização. Para isso, empregamos alguns instrumentos metodológicos, pretensamente compatíveis com a visada adotada: levantamento e estudo da bibliografia pertinente, elaboração de um diário de campo, análise de documentos e entrevistas semi-dirigidas com alguns atores institucionais que estavam presentes nesse território.

Nosso objetivo específico consistiu em compreender e explicar a lógica de funcionamento do HP, que supomos ser de grande utilidade para a compreensão da organização SM. O HP se configura como uma instituição total e disciplinar, tal como, respectivamente, caracterizado por Goffman (1987) e por Foucault (1999), autores que nos permitiram investigar o modo de cuidado ofertado ao sofrimento psíquico por nossa sociedade, problematizando a “lógica manicomial” e a pertinência das práticas psiquiátricas de internação ainda existentes, inclusive, nos estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial implantada para substituir os HP.

As práticas de internação psiquiátricas são comuns na realidade da região em que empreendemos a investigação, no contexto do recente processo de fechamento de três Hospitais Psiquiátricos que atendiam o município e sua região, ocorrido entre os anos de 2014 e de 2016, como consequência de uma Ação Civil Pública do ano de 2013. Essa intervenção judicial, contrariando os interesses dos gestores públicos, tanto os da prefeitura quanto os do DRS, exigiu a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial e fechou dois dos três estabelecimentos de internação que encerraram suas atividades. O terceiro HP fechou devido à questão financeira, reflexo da Reforma

Psiquiátrica brasileira que, ao longo de sua história, interferiu para que o Estado repassasse a maior parte dos recursos financeiros para a rede substitutiva ao invés de destiná-los para os HP¹. No entanto, há uma lógica de cuidado aos usuários da SM que ultrapassa os muros dos HP, que também persiste nos novos equipamentos da SM e que buscamos elucidar e compreender melhor, a fim de definir em quais práticas o usuário(a) se engaja/é engajado(a) e determinar até que ponto elas seriam promotoras de singularidade ou de “patologização”, autonomia ou “docilização” e tutela dos sujeitos; em outras palavras, que tipo de subjetividade continua sendo produzida na organização Saúde Mental.

Algumas das questões que buscamos problematizar nesta investigação foram as seguintes: Qual o sentido histórico da emergência destes estabelecimentos manicomiais em nossa sociedade ocidental? Como ainda são possíveis os estabelecimentos institucionais de internação, com vistas ao tratamento psiquiátrico? O que explica sua permanência temporal? Qual seria a lógica do processo de tratamento empregado nessas unidades de internação? Qual é sua funcionalidade social no contexto instituinte da Reforma Psiquiátrica? A função destes questionamentos consiste em nos ajudar a evidenciar qual é a lógica de trabalho predominante na organização SM. Os HP já foram objeto de diversas críticas teóricas pertinentes (AMARANTE, 1994; BENELLI, 2003; COSTA-ROSA, 2013; YASUI, 1999) que, num certo sentido, nos possibilitaram obter recursos analísadores para investigar qual seria a lógica de tratamento típica desses estabelecimentos e também para pensarmos sobre a orientação teórica, técnica, política e ética que permeiam as ações e relações institucionais desenvolvidas no campo da Saúde Mental.

2. Os operadores da Análise Institucional

A AI é uma teoria que apresenta conceitos consistentes e nos permite, ao mesmo tempo, operar com tais conceitos. Ao compreender esses conceitos, considerando toda sua complexa gama de articulações e seus efeitos, necessitamos esclarecer que se trata ora de uma definição de ordem abstrata, ora concreta, contemporânea ou não, que delimita alguns direcionamentos a serem seguidos pelo pesquisador. O campo de

¹ Segundo Benedetto Saraceno, médico psiquiatra e sanitarista que dirigiu o departamento de Saúde Mental da OMS, em fala realizada no 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, esse direcionamento dos recursos financeiros que, em sua maior parte são destinadas à Atenção Psicossocial, é um fator que torna o Brasil reconhecido mundialmente, uma experiência exemplar, no campo da SM, para os outros países.

análise é um conceito que torna possível realizarmos um delineamento histórico crítico, nesse caso, dos processos de internação psiquiátrica e de seus desdobramentos na atualidade de um município brasileiro localizado no interior do Estado de São Paulo (BAREMBLITT, 1994).

Na AI, segundo Baremlitt (2002), há uma divisão entre a configuração de um campo de análise e um campo de intervenção. O primeiro consiste num processo de produção de conhecimento, não implicando necessariamente em uma intervenção, envolve apenas o fato de que o pesquisador vai tentar entendê-lo, que é o nosso caso neste presente estudo. Já o segundo necessita de uma análise para sua realização e durante a intervenção segue-se ampliando esse entendimento inicial. Escolhemos o HP como um estabelecimento existente no território e delimitamos um campo abstrato, elegendo para análise estudar o processo histórico de sua implantação, os modos de cuidados existentes dentro desse local e os atravessamentos dessa organização SM, a fim de entender como ela funciona atualmente, para além do estabelecimento analisador.

O analisador institucional (LOURAU, 1995; BAREMBLITT, 1994; ALTOÉ, 2004), outro conceito operador, refere-se aos fenômenos emergentes em meio ao processo analítico, podendo ser dinâmicos, como, por exemplo, a fala de algum dos atores institucionais, ou estáticos, como a arquitetura local. Os analisadores nos permitem compreender questões pertinentes para a compreensão institucional. É, portanto, analisando o que se passa nas práticas dos atores institucionais, no momento da observação, e não exclusivamente pela observação de um agente exterior, que elaboramos nosso conhecimento. Para instalar-se nesse estabelecimento foi necessário afastar definitivamente a abordagem objetiva e “coisificante” da instituição, mergulhando em uma experiência difícil, plena de afetos árduos e intensos.

3. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A partir de um olhar institucionalista buscamos estudar criticamente os estabelecimentos de internação para pessoas em sofrimento psíquico, por meio de diversos procedimentos e instrumentos pertinentes ao campo. Procuramos realizar um levantamento e leitura da bibliografia necessária ao estudo durante toda a pesquisa, sobretudo, com maior intensidade nos meses iniciais. Por meio da análise bibliográfica (LIMA; MIOTO, 2007), pesquisamos em bancos de dados e realizamos um

levantamento da literatura acadêmica composta por teses, dissertações, livros e artigos científicos, relativos ao nosso tema de investigação. A apropriação e análise desse material foi um procedimento metodológico que nos auxiliou e esclareceu quanto aos problemas que encontramos na trajetória desta pesquisa.

Investigamos a emergência histórica do HP em nossa sociedade ocidental. Realizamos uma tentativa de colecionar alguns documentos públicos, tais como os jornais locais, revistas e sites dos HP em funcionamento no território investigado. Dessa forma, não trata-se de uma pesquisa documental exaustiva (CORSETTI, 2006; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009), pois privilegiamos mais o arco histórico na sua amplitude do que na sua profundidade, incluindo uma breve história da fundação e a situação atual. Constatamos que não há uma caracterização histórica dos HP dessa região, e, como dois deles foram fechados recentemente, o resgate histórico de documentos tornou-se ainda mais difícil nos momentos finais deste trabalho, devido ao fato de não haver mais a possibilidade de retornar a esses estabelecimentos que foram fechados. A construção de um histórico desses HP seria uma contribuição importante para o território. Consideramos também que uma descrição, mesmo que breve, relatando a história fundacional e os processos pelos quais passou cada estabelecimento e a situação atual do HP que permaneceu aberto, são ainda importantes analisadores para entender as condições da SM deste município.

Visando captar o plano das práticas institucionais, realizamos uma inserção efetiva nas atividades cotidianas e de rotina em três HP (o HP 1, o HP 2 e o HP 3), procurando estudar seus modos de funcionamento, por meio de visitas de observação participante (DEMO, 2004; BENELLI, 2006) durante cinco dias consecutivos em cada um deles, totalizando quinze dias de visitas de observação, com duração de seis horas cada. Esse lapso temporal, embora relativamente curto, pareceu-nos suficiente, por hipótese, para verificarmos as práticas dos atores institucionais destes estabelecimentos que ainda funcionavam como instituições totais (GOFFMAN, 1987) e disciplinares (FOUCAULT, 1999), dada nossa experiência no campo, por já havermos trabalhado como psicólogo no HP 1 nos dois anos que antecederam o início deste estudo, de 2011 à 2013, e pela acuidade do instrumental teórico-analítico adotado.

A produção de um diário de campo (TRIVIÑOS, 1987; HESS, 2004; PEZZATO; L'ABBATE, 2011) sobre tal inserção institucional, material utilizado na apresentação dos dados de campo bem como nas análises deste trabalho, permitiu fazer uma descrição lógica da dinâmica desse estabelecimento HP (GIL, 1999; ALVES-

MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999). O diário de campo² é uma técnica de pesquisa utilizada para realizar um registro descrito e detalhado das visitas de observação, descrevendo o espaço e a organização do estabelecimento institucional, relatando as atividades vistas, as impressões e/ou reflexões do pesquisador. Redigido depois de encerrada cada uma das visitas, o instrumento consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões para uso individual do pesquisador. Nele procuramos descrever com precisão os acontecimentos observados na rotina de funcionamento do HP, garantindo uma maior sistematização e detalhamento possível de todas as situações presenciadas durante a atuação do pesquisador.

Realizamos entrevistas semidirigidas (BLEGER, 2007; BENELLI, 2013) com membros da equipe dirigente e com psicólogos que atuaram nesses HP. Utilizamos essas entrevistas para buscar uma perspectiva quanto aos modos de funcionamento dos outros HP, visando compreender o discurso institucional presente nesses estabelecimentos de internação, problematizando seus pressupostos teórico-técnicos bem como seus efeitos éticos na contemporaneidade brasileira da Reforma Psiquiátrica. Foram realizadas duas entrevistas semidirigidas, gravadas em áudio e devidamente transcritas, em cada um dos três HP visitados e observados, sendo que entrevistamos três membros da equipe dirigente e três psicólogos, totalizando seis entrevistas. O critério direcionador da escolha dos possíveis entrevistados pautou-se pela escolha de bons informantes, buscados ao longo das visitas de observação e selecionado pelo pesquisador. Os possíveis informantes foram abordados e lhes solicitamos que nos concedessem uma entrevista. Privilegiamos, na medida do possível, os trabalhadores mais antigos dos HP.

Ressaltamos que todos os cuidados éticos foram resguardados na realização dessa pesquisa. Nosso projeto foi submetido ao Comitê de Ética (CAAE: 31107414.9.0000.5401) e todos os envolvidos na investigação, tanto os dirigentes dos estabelecimentos institucionais psiquiátricos nos quais fizemos a observação participante, quanto os seis sujeitos entrevistados, assinaram um termo de consentimento esclarecido.

² Optamos por não adicionar os diários de campo como anexo deste trabalho. Entendemos que o material não traria uma contribuição ao leitor, por se tratar de textos iniciais, com pouca elaboração para compor uma dissertação de mestrado.

4. Forma de análise dos resultados

A perspectiva institucionalista advinda da AI se constituiu a partir de várias disciplinas, com o objetivo de produzir conjuntos de conceitos e instrumentos para investigação institucional. Nessa perspectiva, nos processos de intervenções nas instituições, certamente, é muito adequada a apresentação sistemática de um conjunto de observações de campo. Dentre os instrumentos, destacamos o diário de campo como principal ferramenta utilizada neste trabalho, que obviamente não se configurou por uma perspectiva teórica pautada no positivismo e nem se baseou numa suposta objetividade empirista.

Segundo Benelli (2012), uma pretensa objetividade atribuída aos fatos da realidade é o que caracteriza o pensamento positivista, exigindo uma atitude de “neutralidade” por parte do pesquisador, visando não influenciar nos “dados” que, conforme se acredita, já possuiriam uma objetividade intrínseca. De modo contrário, na perspectiva da AI, os dados coletados por meio do diário de campo não possuem uma suposta pureza e neutralidade, e não se verificam jamais de modo completo e exaustivo. O que permite a realização da análise numa pesquisa institucionalista está em outra parte, mais especificamente no plano do pensamento lógico e na implicação do pesquisador orientado por uma perspectiva prioritariamente ética.

Os diários de campo elevam ao primeiro plano questões comumente deixadas de fora, às vezes contempladas apenas em notas de rodapé e que possibilitam a compreensão de questões implícitas das situações observadas, fazendo emergir a problemática da implicação, tão importante quando se trata de utilizar o método da AI. A elaboração deste trabalho corresponde a um procedimento que, por meio do pensamento dialético, permite a construção de categorias analíticas, que por sua vez são dotadas de forte capacidade explicativa e interpretativa.

Também é importante evidenciar que a construção de conceitos passa por uma imersão atenta num determinado campo de análise, o que pode ser realizado, por exemplo, por meio da observação participante, podendo ainda incluir também uma coleta de dados quantitativos, a realização de entrevistas, um levantamento bibliográfico e uma análise cuidadosa da literatura pertinente ao tema investigado. Mas de modo algum podemos tomá-la como a simples soma de todos esses elementos quantitativos ou qualitativos aquilo que permitirá a formulação das proposições conclusivas. Não tivemos a pretensão de colecionar todo um conjunto de fragmentos aleatórios e

dispersos, ordenando-os de modo a realizar um associacionismo mecanicista, e sim operar por meio de um processo de trabalho do pensamento em que formulamos e construímos categorias conceituais analíticas, a partir do que chamamos de operadores conceituais da AI (BENELLI, 2012).

A instituição, materializada em seus estabelecimentos, é uma articulação de saberes e práticas que se desdobram em uma ordem latente e em outra manifesta, consistindo, então, numa formação social instável, composta por discursos lacunares, fruto de conflitos múltiplos e de pulsações da demanda social. Em decorrência dessa definição institucional demonstra-se a obrigatoriedade de um trabalho de análise, de interpretação do sentido do discurso e do sentido das práticas institucionais, para não nos inserirmos nelas de um modo funcionalista e pragmático. Os discursos das instituições tendem, sobretudo, a enunciar suas funções positivas, em geral plasmado em estatutos, regimentos, projetos e normas. Foi a análise das falas dos atores institucionais, em um exercício de deciframento, que revelou as funções negativas invisíveis nas instituições, e somente uma interpretação dessas observações, de suas relações institucionais e com as práticas cotidianas que nos possibilitou o acesso às suas funções latentes ora, inclusive, manifestas (COSTA-ROSA, 2013; BENELLI, 2012).

Uma característica importante dos estudos da AI consiste numa abordagem complexa do objeto investigado, o que se pode obter por meio de uma acuidade teórica. A partir da apropriação da literatura sobre a AI bem como do material acadêmico específico sobre o tema da investigação, fomos obtendo ferramentas que nos permitiram construir categorias analíticas para organizar os dados levantados, para analisar nossos relatos de observação participante e sistematizar as entrevistas realizadas, buscando descrever e problematizar as práticas e os discursos institucionais do HP, e consequentemente da organização SM. Buscamos compreender as relações institucionais de cuidado e de tratamento nesses locais de internação psiquiátrica, enquanto dispositivos nos quais saberes, poderes e práticas institucionais produzem subjetividade. O recorte das questões apresentadas, bem como os objetivos estabelecidos e os instrumentos técnicos que foram empregados, permitiram-nos realizar a presente investigação para esta pesquisa de mestrado.

CAPÍTULO III

A TRAJETÓRIA DA LOUCURA E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

1. A invenção da doença mental e o surgimento da psiquiatria

Neste capítulo buscamos estudar criticamente o processo de internação psiquiátrica, com base na AI. Procuramos realizar um levantamento e estudo de bibliografia pertinente ao tema, seguindo alguns autores que nos proporcionaram, em uma viagem pelo tempo, fazer uma reflexão histórica sobre a loucura, retomando algumas questões que surgiram durante a Idade Média até os dias atuais. Compreender e explicar como se deu o surgimento dos espaços que posteriormente serão transformados em Hospitais Psiquiátricos (HP), para iniciarmos esta trajetória analítica, é o que nos propõe a “História da Loucura” escrita por Foucault (1978). Ele distingue um conjunto de figuras históricas da loucura, sendo que a doença mental seria apenas uma forma moderna desse fenômeno que certos indivíduos experimentam em suas vidas. Segundo esse autor, entre aproximadamente os anos de 1300 a 1600, ou mais precisamente, da Alta Idade Média até o final das Cruzadas, havia um enorme temor da sociedade europeia com relação a uma doença, a lepra. Eram exercidas obscuras práticas médicas e os leprosários se multiplicaram por toda Europa. Provavelmente o resultado da segregação dos doentes em estabelecimentos institucionais teve por mérito diminuir as contaminações, culminando, ao final da Idade Média, num estranho desaparecimento dessa doença.

O medo da lepra foi transferido, posteriormente, para as doenças venéreas. Essas doenças ocuparam, no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no mundo medieval, sendo que outras práticas discursivas, não discursivas e institucionais foram criadas para lidar com elas. Do século XIV ao XVII a sociedade europeia temia intensamente tais doenças. Teria sido apenas por volta da metade do século XVII que a loucura emergiu como uma preocupação social. Todos os estabelecimentos institucionais construídos e ocupados durante a Idade Média para realizar o tratamento da lepra haviam se tornado espaços vazios e acabaram servindo como casarões de depósito às pessoas que não eram bem aceitas nas cidades, eram lugares que acabaram se tornando o destino certo para os indivíduos que eram considerados loucos pela sociedade. Havia também um outro local ao qual essas pessoas eram destinadas, a chamada Nau dos Loucos (FOUCAULT,

1978), um barco que transitava ao longo dos rios carregando as pessoas indesejadas, que eram assim excluídas de suas cidades. A navegação dessa estranha embarcação simboliza muito expressivamente o lugar que a loucura ocupa ainda hoje em nossa sociedade, situação simbólica, liminar, que assegura um lugar de passagem à loucura, expressando a dificuldade que existe, atualmente, em conceder novamente às pessoas que são caracterizadas como tais, um lugar de volta na sociedade, ou seja, “a volta de seus antigos inquilinos³” (PELBART, 1993, p. 104).

Com o objetivo de compreender o que justificava à sociedade impor um destino de exclusão para alguns indivíduos, Thomas Szasz (1976), autor que também é importante para a compreensão histórica do fenômeno da loucura, comparou, especificamente, a crença em feitiçaria e a perseguição de feiticeiras à crença na doença mental e a perseguição das pessoas consideradas loucas, partindo da concepção de que a ideologia da doença mental serve a uma necessidade moral de nossa sociedade. Para ele o conceito de doença mental é análogo ao de feitiçaria. Esses conceitos possuem o mesmo *status* lógico e empírico, são imprecisos e excessivamente abrangentes, livremente adaptáveis a quaisquer usos que deles se queiram fazer, seja a religião, a justiça, a medicina ou o senso comum. O autor pretendeu mostrar que o conceito de doença mental serve, no mundo contemporâneo, à mesma função social que tinha o conceito de feitiçaria no final da Idade Média, demonstrando que as ações sociais a que conduz têm as mesmas consequências morais e políticas. Podemos considerar que tanto a feitiçaria quanto a loucura tornaram-se importantes categorias institucionais, das quais derivaram todo um conjunto de operadores: estabelecimentos, discursos, práticas, atores institucionais e efeitos éticos determinados.

A psiquiatria, por sua vez, desenvolveu-se institucionalmente, na medida em que a perseguição às feiticeiras declinou e desapareceu. Isso ocorreu porque houve uma transformação de uma ideologia religiosa em uma ideologia científica: a Medicina substituiu a Teologia; o alienista substituiu o inquisidor; o insano substituiu a feiticeira. O resultado foi a substituição de um movimento religioso por um movimento médico de massa, com a perseguição aos doentes mentais substituindo a perseguição aos heréticos. Neste novo paradigma institucional científico continuaram existindo também os dissidentes, que são aquelas pessoas não aceitas no padrão vigente, e o conformismo continuava a ser exigido. Os não-conformistas, aqueles que faziam objeções, os que

³ Parafraseando Peter Pál Pelbart (1993), no livro: A nau do tempo rei.

negavam os valores dominantes da sociedade ou que se recusavam a aceitá-los, continuavam a ser uma ameaça e necessitavam ser expulsos, segregados, depositados em um espaço institucional separado, onde seriam internados. Certamente, a ordenação adequada dessa nova sociedade já não era conceituada em função de graça divina, era considerada, nesse momento, em função da saúde da população. Por isso, seus inimigos internos eram vistos como loucos, doentes mentais e, como resposta social e institucional, foram criados os HP, com a justificativa de proteger a sociedade dessas ameaças (SZASZ, 1976).

Nessa época da história, no século XVII, com a apropriação institucional da loucura pelo discurso médico, seguiu-se a criação dos hospitais como estabelecimentos institucionais singulares, fazendo deles espaços privilegiados para a produção e exercício de saberes e de poderes. Como ator institucional, o louco foi, e ainda é, amarrado às suas estruturas, aprisionado no interior desses lugares, espaços de racionalidade psiquiátrica nos quais inventaram a doença mental. Contudo, no século seguinte, em um momento instituinte da história da loucura enquanto doença mental, um médico chamado Philippe Pinel iniciou seus trabalhos nos hospitais franceses, conquistando na justiça uma autorização para desacorrentar as pessoas aprisionadas e propondo a criação de uma nosografia baseada no método da História Natural. Ele procurou conhecer, classificar, separar e agrupar os diversos fenômenos mentais que observava acometendo os indivíduos no interior destes locais de internação (FOUCAULT, 1978).

Pinel acreditava que o meio social causava as “doenças mentais” e que as pessoas “loucas” deveriam ser mantidas afastadas das outras pessoas da sociedade. Elas deviam ser internadas em estabelecimentos institucionais fechados para serem tratadas pelos médicos. A tradição da Clínica Psiquiátrica e o termo “alienista” para o médico da mente foram fundados por ele, acreditando que poderia tratar e curar a loucura por meio da internação hospitalar. Dessa forma, o hospital tornou-se um lugar de tratamento da “doença mental” e o “louco” passou a ser objeto de observação sistemática pelo saber médico (FOUCAULT, 1978).

Continuando com os trabalhos de Pinel, Esquirol, psiquiatra francês do século XIX, enunciou que a loucura era produto da sociedade, das influências morais e intelectuais negativas que eram exercidas sobre os indivíduos. Ganhou força o que se chamou de “tratamento moral”, visto que apresentava resultados mais efetivos que os outros tratamentos realizados, como por exemplo, na época, pela incipiente

farmacopeia. Ele reafirmou considerar principalmente que as paixões eram os sintomas mais essenciais e também os mais poderosos agentes terapêuticos contra a loucura. Esse “adoecimento” era considerado uma perda do livre arbítrio. Com Esquirol, de um certo modo, houve um grande desenvolvimento da clínica psiquiátrica em termos teóricos e práticos (FOUCAULT, 1978).

Ainda no século XIX, Morel, médico psiquiatra, foi o iniciador da investigação sobre a esquizofrenia, publicando livros nos quais apresentou sua doutrina sobre a teoria da degeneração, na qual estudou os processos mentais, baseado na neurofisiologia e na bioquímica do sistema nervoso, buscando decifrar a etiologia da alienação mental. Ele buscava encontrar uma causa orgânica que seria produtora do fenômeno da loucura, permitindo assim sua confirmação médica precisa. Ele instituiu originalmente a ainda atual orientação clínico-etiológica que é predominante na psiquiatria. Para Morel, as degenerações que levavam a loucura eram potencialmente hereditárias, além dos fatores do meio social.

É importante considerar que esse autor desenvolveu suas pesquisas e teorias a partir da observação do proletariado de sua época e local, o que o levou a construir um sistema explicativo para dar conta da situação de miséria e doença dessa população. Isso pode nos confirmar, em muitos momentos, o sentido que possui o fato de que algumas autoridades, tais como juízes ou médicos psiquiatras, atribuem a alguns indivíduos, principalmente aqueles que estão em situações de dificuldade econômica, a qualificação de “doentes mentais”. Essa perspectiva podia colocar em xeque o tratamento moral do século passado, mas não abalava as forças hegemônicas. O tratamento moral continuou sendo o meio terapêutico mais utilizado nessa época (FOUCAULT, 1978; SZASZ, 1976).

Como parte das transformações das estratégias de tratamento psiquiátrico dos séculos XVIII e XIX, surgiu a proposta da profilaxia, o conceito de endogeneidade e de eugenia em psiquiatria, consolidando a importância da noção de prevenção da alienação no meio social e moral, sendo que a atuação médica cuidadora típica do interior dos hospitais foi deslocada e expandida para o meio social e político. No final do século XIX, Magnan, partindo de Morel, construiu o conceito de predisposição. Contudo, mais tarde, apareceu Kraepelin, sendo considerado o criador da Psiquiatria Moderna. Seu mérito foi ter sistematizado a nosologia, estudando a esquizofrenia e a hereditariedade, apresentando a visão de doença mental como conjunto de aspectos não acidentais, próprios da natureza de cada unidade nosológica. Ele introduziu, ainda, a noção de

anormalidade, marcando fortemente o discurso psiquiátrico do século XX. A loucura passou a ser percebida, diante disso, como socialmente perigosa (FOUCAULT, 1978).

Um dos principais problemas na Psiquiatria foi, e continua sendo, o temor que o “louco” desperta, supondo-se que ele seria essencialmente violento, sendo que a violência real, ao contrário, é produzida pela sociedade contra ele. Disso resulta a desumanização, a opressão e a perseguição do cidadão estigmatizado como sendo “mentalmente doente”. A estratégia típica dessa psiquiatria é a hospitalização involuntária em hospitais psiquiátricos, o que representa a segregação, a exclusão e a internação dos indivíduos considerados loucos. Evidentemente não é fácil combater essa situação. É difícil rejeitar as ideologias bem entrincheiradas, habilmente construídas ao longo da história, defender uma lógica inversa de olhar para a loucura em uma sociedade tão pautada pela razão, sobretudo numa vertente médica e medicalizadora, assim como foi impossível defender o herético que questionava a religião, que pretendia então responder todas as questões da sociedade em sua época (SZASZ, 1976).

Ao longo da história é possível considerar que houve diversas mudanças de olhares sobre a “loucura”, no que se refere às práticas e aos discursos da psiquiatria (FRAYZE-PEREIRA, 1989). Podemos verificar ainda que na síntese histórica elaborada por Amarante (1996), ele descreve a constituição do que denomina de Paradigma Asilar⁴ (PA), afirmando que as mudanças e transformações diversas que foram sendo realizadas na implementação do tratamento médico-psiquiátrico da loucura continuam cegas quanto aos aspectos positivos da loucura e de sua verdade. Assim, podemos considerar que a psiquiatria, produto das reformas transformadoras ocorridas nas instituições sociais da França Revolucionária, seguiu o caminho das ciências positivistas, pela qual a medicina ocidental se fundamenta, tendo como base apropriar-se do outro - confina-lo, manipulá-lo e observá-lo -, buscando formular um saber universal e verdadeiro sobre a doença mental que o acomete, já que não considera as qualidades e verdades próprias desse outro. O isolamento do mundo exterior, como princípio terapêutico, que permite a apropriação do outro, como diz o autor em seu livro *O Homem e a Serpente* (AMARANTE, 1996), é um amargo e universal remédio, que até os dias atuais ainda não está superado.

⁴ O Paradigma Asilar, composto por diversos operadores institucionais teóricos, técnicos, ideológicos e éticos pautados no poder/saber da psiquiatria, segundo Costa-Rosa (2000), encontra oposição e objeção dialética no modelo denominado de Atenção Psicossocial, trazendo elementos, tanto em termos teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, propondo a superação e a abolição do manicômio enquanto estratégia institucional para lidar com o sofrimento psíquico.

Ora, essa “terapêutica” do isolamento social, quase perdeu sua eficácia ao longo da história por conta da anatomopatologia e da medicina clínica. Por meio delas, os médicos buscaram intensamente encontrar causas orgânicas para a loucura, mas fracassaram, já que não se pode encontrar no corpo humano uma patologia de etiologia social. A sociedade ainda reclama uma solução para o “louco” e sua “loucura”, oscilando contraditoriamente entre propostas de humanização, decorrente dos lemas libertários da Revolução Francesa, e as medidas de caráter mais drástico, tais como os aprisionamentos, castigos, abusos ao medicar as pessoas em sofrimento psíquico e a exclusão destinadas aos resistentes à fabulosa obra social que se pretende operar, ao grande projeto de Estado, à família, às Instituições (FOUCAULT, 1978; SZASZ, 1976).

Atualmente, no campo da SM, o tratamento segue sendo cada vez mais farmacológico, todavia em 2018 existem internações em HP nas quais ainda se aplicam as antigas práticas tipicamente disciplinares que incluem o isolamento, contenções físicas e o tratamento moral, que são operacionalizadas por inúmeros profissionais que utilizam recursos teórico-técnicos e éticos francamente manicomiais e asilares em sua atuação. Consideramos que os objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira e dos esforços da Luta Antimanicomial visam propor alternativas diferentes de atuação, instituindo novos modos de cuidado para as pessoas que experimentam sofrimento psíquico intenso, contribuindo para a construção de outros rumos instituintes nessa trajetória da história da loucura no contemporâneo. Autores como Emerich e Yasui (2016) articulam um discurso que, superando a visão psiquiátrica tradicional, permitem pensar que a suposta loucura do outro seria apenas uma das facetas da complexa e múltipla dimensão humana, presente entre nós, e própria de todos nós.

2. Transformações institucionais: movimentos da Reforma Psiquiátrica e os caminhos de desinstitucionalização

A Instituição Psiquiátrica, com a consolidação da psicopatologia como um campo de saber específico, realizou construções teóricas cada vez mais precisas e detalhadas sobre as assim chamadas “doenças mentais”, criando um número maior de sistemas de classificações, cuja consequência foi a redução do ser humano aos quadros psicopatológicos⁵. Em 1946, nos EUA, foi fundada a primeira associação de psiquiatria

⁵ Na literatura, a autora Maura Lopes Cançado (1979), que foi diversas vezes internada em hospitais psiquiátricos da década de 1950 a 1980, ilustra esta passagem do texto ao dizer que ela se sentia como

biológica, por um grupo de psiquiatras e neurologistas. Na década de 1950, registraram-se as descobertas de novos medicamentos para o tratamento dos sofrimentos psíquicos tais como, por exemplo, os antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor e antiepiléticos. A invenção desses remédios revolucionou a psiquiatria, tendo renovado a hipótese de causas físico-químicas das diversas formas da loucura (LUZIO, 2013).

No século XX, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um novo processo de transformação institucional no campo da Saúde Mental. Houve diversas experiências no continente europeu e nos EUA que buscaram promover a saída das pessoas internadas nos HP, tendo sido denominada de Reforma Psiquiátrica. O avanço dos medicamentos contribuiu com esse movimento de reforma, mas também possibilitou à psiquiatria manter o seu mandato social sobre a loucura. Assim, o saber e a prática médica seguem detendo um lugar privilegiado no imaginário social, garantindo a manutenção do poder hegemônico e das normas dominantes da sociedade (LUZIO, 2013). Podemos considerar que movimentos reformistas também possuem aspectos instituintes interessantes, mas como não são radicalmente contraditórios – do ponto de vista paradigmático – terminam por reincidir na manutenção do instituído, embora com novas roupagens.

Em 1952, foi criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) com o objetivo de unificar as nomenclaturas dessas classificações de “doenças mentais”. Embora o DSM tenha sido criado para os Estados Unidos, ele tornou-se uma referência global, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza desse manual para organizar os Códigos Internacionais de Doenças (CID). O DSM, que já teve cinco versões lançadas, tem como proposta buscar a descrição da etiologia, patologia, prognóstico e tratamento das “doenças mentais”. De modo geral, as reedições do DSM aumentaram o número de diagnósticos específicos, expandindo o processo de medicalização do social, por meio da banalização do diagnóstico psiquiátrico e do aumento da utilização de psicofármacos pela população. O DSM I contém 106 categorias mentais, em 130 páginas; o DSM II, 182 categorias mentais, em 134 páginas; o DSM III, 265 categorias mentais, em 494 páginas; o DSM III-R, 292 categorias mentais, em 567 páginas; o DSM IV, 297 categorias mentais, em 886 páginas (LUZIO, 2013). E, por fim, o DSM V, na sua

uma mala de viagem, que em cada parada recebia uma etiqueta: Paris, Roma, Berlim, [...]. Pois em cada internação, segundo ela, recebia um diagnóstico diferente: paranoia, esquizofrenia, epilepsia, etc.

versão atualizada que foi publicada em maio de 2013, contém 300 categorias mentais, em 947 páginas.

Orientadas pela visão biológica da “doença mental”, as classificações psicopatológicas articulam-se cada vez mais com o tratamento medicamentoso. Tal vinculação atualiza a procura, na trajetória da psiquiatria, pela etiologia orgânica da “doença mental”. O “eterno retorno” da psiquiatria à busca da etiologia neurológica da doença mental denota a persistência, em seu núcleo epistemológico, de uma suposição básica que já estava em sua origem, acompanhou todo o seu desenvolvimento e continua tão enigmática nos dias de hoje quanto antes. Não se trata de negar as contribuições oferecidas pelas ciências biológicas, nem pelas descobertas psicofarmacológicas, pois elas representam recursos terapêuticos importantes, em qualquer modelo de atenção em SM (LUZIO, 2013). Mas do mesmo modo que a internação pura e simples não “cura” a loucura, o tempo vem demonstrando que o remédio apenas também não “cura”. Trocar a internação institucional pela nova clausura química ainda é continuar na mesma lógica. De fato, é bem difícil incluir na mentalidade social mais ampla que a loucura seria uma possibilidade humana – singular, certamente, - mas uma entre outras possíveis. E essa consideração não quer dizer que se ignore o sofrimento que essa posição existencial singular representa, o que implica oferta de cuidados, de apoio, de continência, de suportes para lidar com o sofrimento e, ainda assim, ter direito a uma vida com dignidade.

Assim como aconteceu em vários países da Europa, nos Estados Unidos, em 1961 - cenário de contestação à psiquiatria como um campo de saber e poder -, houve uma reorganização, numa linha reformista, do sistema da SM pública, pois se intensificaram as críticas às péssimas condições de tratamento das pessoas internadas em HP. Surgiu, com isso, a Psiquiatria Comunitária/Preventiva, com os estudos de Gerald Caplan (1980), que foi considerada um marco na história da Psiquiatria, uma vez que ampliou sua função medicalizadora e “invadiu” o espaço público, por intermédio de ações de saúde mental junto à comunidade. Com tais esforços, pretendeu-se não apenas detectar antecipadamente as situações críticas, desencadeadoras das crises psíquicas, com a finalidade positiva de evitar a internação, mas a intervir no espaço social, de um modo negativo, sob a justificativa de “prevenir” o “adoecimento mental”, já que seguia responsabilizando apenas os indivíduos. Assim, houve um movimento interessante de deslocamento institucional do foco da doença para a saúde mental, no sentido de combater tudo o que na sociedade, no nível das causas possíveis de patologias, pudesse

interferir no bem-estar dos cidadãos. Tratou-se de um processo institucional importante porque buscou renovar o alcance da terapêutica psiquiátrica, liberando-a de suas funções tradicionais de controle social, coação e segregação (LUZIO, 2013), na direção da promoção da saúde mental.

Paralelamente, ocorriam importantes movimentos em outros países que efetivaram, de fato, transformações na SM. Movimentos instituintes, no interior da Instituição Psiquiátrica, dentre eles: a Psiquiatria de Setor/Psicoterapia Institucional de François Tosquelles e Jean Oury, na França; a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, na Inglaterra; e, por fim, a Psiquiatria Democrática, que é referência para a OMS, de Franco Basaglia, na Itália. Essas transformações, que buscaram operar diversas e significativas mudanças na Instituição Psiquiátrica, por meio de processos sociais complexos, fizeram surgir um novo paradigma, o da Atenção Psicossocial (AP). Esse paradigma procura romper com as práticas fundadas na psiquiatria e com uma concepção de “doença mental” abstrata, orgânica e restrita ao indivíduo. Além disso, propõe combater o poder hierárquico da instituição e tornar horizontal as relações entre os profissionais da SM e as pessoas em sofrimento psíquico intenso (YASUI, 2013; LUZIO, 2013).

O objetivo dessas transformações, de um modo geral, consiste em avançar para além das concepções de tratamento da psiquiatria clássica, levando em conta a subjetividade dos sujeitos em sofrimento psíquico, as singularidades e, ao mesmo tempo, considerar os atravessamentos das instituições, do Estado, da sociedade, dos acontecimentos globais etc. Buscou-se criar uma instituição não mais centrada na internação, que fosse democrática, participativa e que reinserisse na sociedade a problemática da saúde mental, da loucura e do louco, como questões relacionadas com o plano da cidadania e dos direitos humanos. Visa-se então estruturar um serviço público de tratamento no território, colocando à disposição da população o acesso universal às novas formas de atendimento. A internação deveria ser, finalmente, abolida. Esses movimentos que ocorreram nos EUA e na Europa estenderam-se também por alguns outros países, como no Brasil, caracterizavam-se pela contestação radical à ordem vigente instituída na cultura ocidental, recusando a homogeneização produzida pelas visões e práticas totalizantes, defendendo a diversidade, as diferenças sociais e culturais tão significativas a este campo da SM (LUZIO, 2013). Já não se tratava, portanto, apenas de reformar, reorganizar ou de ampliar a psiquiatria, com suas práticas e efeitos, mas de questioná-la estrutural e radicalmente.

Nesse cenário de contestação radical à psiquiatria como um campo de saber e poder sobre o sofrimento psíquico, uma série de críticas foram construídas por diversos autores como: David Cooper (1967), Ronald Laing (1963), Félix Guattari (1981), Erving Goffman (1987), Michel Foucault (1978), entre outros que, em suas produções, respectivamente – “Psiquiatria e antipsiquiatria”; “O eu dividido: um estudo sobre a loucura e a sanidade”; “Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo”; “Manicômios, prisões e conventos” e “História da loucura” –, procuram contestar o saber psiquiátrico, por considerar que a metodologia do tratamento, pautada num paradigma cientificista, dirige suas ações exclusivamente em relação à doença, garantindo, sempre, a tutela ao saber profissional. Citando Laing, Luzio (2013) afirma que o olhar de uma pessoa às ações de outra, na perspectiva do sintoma de uma doença, seria uma imposição das categorias pessoais de quem olha. Essas, por sua vez, impediriam a compreensão da pessoa examinada e, portanto, a comunicação com ela. Nesse sentido, seria fundamental que o profissional olhasse e ouvisse a pessoa em sofrimento psíquico como um ser humano e não como uma doença (LUZIO, 2013).

Em 1970, na Itália, Franco Basaglia desenvolveu uma estratégia de reinvenção da assistência ao sujeito em sofrimento psíquico que conduziu à desconstrução dos dispositivos psiquiátricos de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e mantidos, inclusive, pelo imaginário social. Sua proposta consistiu em propor e realizar um processo de desinstitucionalização voltado para o HP e para todo o conjunto de saberes e práticas da psiquiatria, restituindo a complexidade do fenômeno da loucura. Tal processo é fundado nas noções de institucionalização e de poder institucionalizante da reclusão. A noção de institucionalização engloba um complexo de danos decorrente da submissão da pessoa internada, de forma compulsória e por tempo indeterminado, ao autoritarismo e à coerção do manicômio. A ideia de poder institucionalizante da reclusão – enquanto tecnologia social de internação hospitalar – concerne a um conjunto de forças instituídas responsáveis pela redução da pessoa à doença e de sua consequente restrição por meio da internação manicomial, que transcendem amplamente as questões implicadas pelo próprio sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996; LUZIO, 2013).

A psiquiatria e seu aparato terapêutico centrado no hospital enquanto estabelecimento institucional separou a doença, um objeto fictício, da existência social e histórica concreta, global e complexa das pessoas e da sociedade em geral. Sobre essa separação artificial construiu-se um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos à “doença”. Podemos considerar que a Psiquiatria

tornou-se uma instituição que se deu um objeto próprio: a doença mental, inventou técnicas específicas baseadas na tecnologia da internação, fez dispositivos, criando a organização médico-psiquiátrica, estabelecimentos de formação e de tratamento, saberes, teorias, discursos, práticas diversas, atores institucionais, figuras históricas novas, novos sujeitos portadores de novas doenças e efeitos éticos característicos, precisamente a Instituição Psiquiátrica (FREIRE COSTA, 1996).

3. O movimento da Reforma Psiquiátrica na história brasileira e as mudanças paradigmáticas no modelo de atenção à saúde mental

No Brasil, as transformações na Instituição Psiquiatria, foram influenciadas pelos movimentos de reforma psiquiátrica dos EUA, França, Inglaterra e Itália. Para conhecermos o contexto histórico nacional temos como referência os trabalhos de diversos autores: Fernandes (1999), Yasui (1999, 2010), Costa-Rosa (2013) e Uliana (2007), dentre outros. Tanto o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, 2001, 2004, s/d) quanto o Conselho Federal de Psicologia (2010) também produziram um conjunto de documentos que oferecem informações e orientações para a realização do trabalho em SM, permitindo a crítica e o aprofundamento dos conhecimentos sobre diversas questões, tais como: os modos de funcionamento dos estabelecimentos de internação psiquiátrica, os novos estabelecimentos e equipamentos substitutivos aos HP, os desdobramentos e os resultados advindos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) e da Luta-Antimanicomial.

Referente à trajetória da RPb, de acordo com Costa-Rosa (2013), houve nesse processo histórico uma fase inicial que poderia ser caracterizada por meio dos “convênios de 1973” que, durante uma década de trabalho e pesquisas, produziram conhecimentos que contribuíram com a formação dos primeiros trabalhadores e gestores que surgiam para a confrontação direta ao PA. A implantação de dois modelos novos de enfrentamento, inspirados na Psiquiatria Comunitária/Preventiva americana e na Psiquiatria de Setor/Psicoterapia Institucional francesa, que são, respectivamente, a Atenção Básica na Saúde Pública e os Ambulatórios de Saúde Mental, introduziram no Brasil um novo modo de atenção à SM. Essa estratégia e esse novo estabelecimento institucional possibilitaram uma outra forma de tratamento, não havendo mais apenas a internação como única oferta de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2013).

O período em que as diversas ações no campo da SM brasileira começam a se desenvolver coincidiu com a posse dos primeiros governadores de Estado eleitos democraticamente em 1984. Nessa época, formulou-se um projeto amplo de política pública para a SM. As mudanças na organização SM também podem ser observadas com o fim da ditadura militar, quando surgiu um novo panorama social. Com a implantação de uma política que atribuiu poderes econômicos aos municípios, surgiram experiências novas no campo da Saúde. Transformações de caráter municipal começaram a ocorrer em paralelo às atividades da Atenção Básica e dos Ambulatórios de SM. Essas ações, importantíssimas para a RPb, com práticas inovadoras e fundamentadas em princípios teóricos e éticos, tornaram-se a base de um novo modelo de Atenção ao sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2013).

Uma das primeiras ações, fundamental para a base da RPb, realizada pelo grupo gestor da política dos ambulatórios em São Paulo, foi a implantação do CAPS Luiz Cerqueira, em 1987. O CAPS será, nos momentos seguintes dessa reforma, o modelo oficialmente adotado pelo Ministério da Saúde como o principal estabelecimento institucional de atenção ao sofrimento psíquico substitutivo ao HP. Entre outras experiências de práticas inovadoras da RP destaca-se a do município de Santos. Influenciadas pela desinstitucionalização italiana, expressaram-se inicialmente na criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial⁶ (NAPS) como substitutivos radicais dos estabelecimentos de internação psiquiátrica. Os HP foram efetivamente extintos no município de Santos⁷ e substituídos por uma rede de estabelecimentos ambulatoriais (COSTA-ROSA, 2013).

No final da década de 1980, já estavam em execução as práticas do movimento ético-político que ficou conhecido como Reforma Sanitária, inspirado e pautado, por sua vez, em importantes exemplos mundiais de reforma dos modelos de Atenção à Saúde, especialmente os modelos italiano e cubano. A Reforma Sanitária pode ser considerada o mais genuíno exemplo, das últimas décadas, de política pública no Brasil, por ter sua origem instituinte na luta dos trabalhadores, que culminou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova figura institucional revolucionária que representa a tradução prática dos princípios éticos e técnicos

⁶ Posteriormente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) englobou a terminologia referente aos NAPS, sendo que esses locais passam a ser denominados unicamente pelo termo CAPS.

⁷ Recentemente, em 2016, a grande capital do Estado de São Paulo extinguiu todos os seus convênios com os HP, segundo o secretário de saúde, Roberto Tykanori. Essa informação refere-se à entrevista que ele concedeu ao jornal Estadão (<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sp-encerra-convenios-e-troca-hospitais-psiquiatricos-por-casas-terapeuticas,10000093774>).

pertinentes ao campo da SM. O que possuímos de informações⁸ demonstra que, fora essas exceções municipais importantíssimas, as reformas na SM ficaram inteiramente na esfera das ações do executivo federal, até porque a maior parte dos recursos financeiros necessários para promover as transformações almejadas eram injetados nos municípios pela federação (COSTA-ROSA, 2013).

Continuando com a explanação sobre a trajetória da RPb, não eram apenas os recursos financeiros que configuravam as contribuições do ministério. Esse também expediu uma série de portarias e normas que foram se constituindo em um importante aparato jurídico-político que passou não apenas a facultar, mas a orientar de modo direto a implantação da Rede substitutiva à internação em HP, agora política oficial do país. Considerando o disposto na lei 10216 (BRASIL, 2001) – antigo projeto de lei Paulo Delgado, marco na história brasileira da RP, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para a realização de tratamento em meio aberto, mais especificamente, nesses estabelecimentos criados para substituir os HP. A internação, após o surgimento dessa lei, deve ocorrer apenas em casos excepcionais, após terem sido esgotadas todas as outras alternativas de tratamento. Esse projeto de lei tramitou no Congresso Nacional durante doze anos, desde 1989 até 2001, quando foi aprovado, mas com modificações significativas no texto original.

Com a publicação da Portaria 3088 de 2011, a organização SM necessitou pautar suas ações pela modalidade de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incorporando o conceito de região de saúde para garantir o acesso e cuidado integral de seus usuários. A Região de Saúde contém, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde, atenção ambulatorial, especializada e hospitalar. Contudo, graças às brechas abertas pelas modificações na Lei 10.216, os HP existentes continuaram funcionando, apesar destas novas leis e portarias, e se mantiveram atuantes, persistindo atualmente como estabelecimentos em funcionamento, integrados na organização SM. É possível pensar que, mesmo com a criação do CAPS, dispositivo estratégico da política federal para superação do HP, esses novos estabelecimentos seguiram internando seus usuários. De

⁸ Uma análise histórica e institucionalista desse período deve considerar a existência de uma importante lacuna de informações sobre as mais diversas experiências em Saúde Mental nos outros estados da federação (COSTA-ROSA, 2013).

certa forma, a situação se arranja ao modo temerário da forma de contradição “um, mas não sem o outro” (COSTA-ROSA, 2013), como podemos ler nas entrelinhas dessa lei.

O complexo campo da SM exige dos profissionais que nela atuam, uma gama de instrumentos conceituais para ampliação de suas práticas. A Luta Antimanicomial e a Atenção Psicossocial compreendem conjuntos de ações, saberes e políticas que, inclusive, têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica, considerada como reforma estrita da Psiquiatria. Essa questão é algo importante para assegurar que o avanço não esteja unicamente direcionado e pautado sobre uma “psiquiatria reformada”, excluindo uma série de outras disciplinas desse campo. Entretanto, é importante, ainda, o valor dessa expressão “Reforma Psiquiátrica” que se impõe a própria psiquiatria, como uma sombra que a ofusca e nunca deixa de acompanhá-la (COSTA-ROSA, 2013).

Conhecer o processo histórico da RP, tanto no mundo quanto no Brasil, nos possibilita entender que os indivíduos que utilizam dos serviços ofertados na organização SM ainda são submetidos aos jogos de poder muito característico de nossa sociedade ocidental, com tecnologias disciplinares (GOFFMAN, 1987) e de controle (FOUCAULT, 1999), mesmo com todos os compromissos éticos que fundamentam as diretrizes, portarias e leis desse novo modelo de Atenção à SM. Apesar de todo este aparato, conceitual, técnico, jurídico e ético da RPb, a lógica manicomial segue atravessando os trabalhos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Podemos notar, inclusive, no interessante processo de recuperação institucional dos CAPS pela lógica manicomial, a “manicomialização” dos CAPS.

O mais significativo, atualmente, em 2018, é que o HP continua funcionando, mesmo com toda trajetória da RP, o que nos faz eleger esse estabelecimento como um potente analisador para este estudo e seguir buscando compreender as estratégias dessa lógica pautada no PA e PPHM.

4. O Hospital Psiquiátrico, figura institucional de um estabelecimento total e disciplinar

Locais de formação, de educação, de ressocialização de pessoas, ou tratamento psiquiátrico podem ser considerados como instituições totais (GOFFMAN, 1987)⁹ e também disciplinar (FOUCAULT, 1999) quando funcionam em regime fechado, de

⁹ Goffman (1987) denomina de “instituições” aquilo que se nomeia, a partir da conceituação da AI, como estabelecimentos institucionais. Considerando isso, mantivemos na redação o termo utilizado pelo autor.

internação, são estabelecimentos produzidos historicamente no meio social por forças hegemônicas que promovem a ordem social. Há muito para refletir sobre o tema das instituições totais enquanto um fenômeno coletivo. Acreditamos que esse espaço social, especificamente o HP, merece ser devidamente investigado e seus procedimentos institucionais devem ser conhecidos e explicitados. Nesse sentido, estamos interessados em desvelar certa composição lógica que organizaria a existência e o modo de funcionamento destes locais de internação psiquiátrica, bem como verificar os efeitos éticos produzidos nesses locais.

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais. (GOFFMAN, 1987, p.16).

As instituições totais de nossa sociedade podem ser analisadas, grosso modo, por algumas diferenças de funcionamento e pelas pessoas que são internadas nestes locais. Existem estabelecimentos criados para cuidar de pessoas em situação de vulnerabilidade, que é a Casa Abrigo (antigo orfanato) e os de acolhimento à criança com limitações físicas e/ou cognitivas. Há locais estabelecidos para cuidar de pessoas que, segundo o imaginário social, são consideradas “incapazes de cuidar de si mesmas” e que também, segundo se pensa, seriam uma ameaça potencial à comunidade, embora de maneira “não-intencional”, que seriam as denominadas Comunidades Terapêuticas¹⁰ e os Hospitais Psiquiátricos. Tomamos este último como analisador nesta pesquisa. Uma outra instituição total existente, organizada para proteger a comunidade contra perigos intencionais, onde o bem-estar das pessoas isoladas não parece constituir um problema imediato, são as penitenciárias e as Fundações Casa (antiga Fundação Estadual do Bem Estar do Menor - FEBEM). Por fim, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, locais de instrução para os religiosos, que são os seminários, os mosteiros, os conventos, etc. Essa classificação não pretende, de maneira alguma, abranger todas as instituições totais de nossa sociedade e tampouco

¹⁰ Entendemos por Comunidade Terapêutica os estabelecimentos conhecidos pelo senso comum como “clínicas de recuperação” para usuários de álcool e outras drogas.

tem um uso analítico imediato. É apenas um pequeno esquema que nos permite obter uma definição puramente denotativa de categorias para o nosso estudo (GOFFMAN, 1987).

Como psicólogos interessados nos processos sociais e institucionais de produção de subjetividade, podemos nos perguntar: o que realmente fazem, ou melhor, para que servem as instituições totais que se configuram nos estabelecimentos de internação psiquiátrica, autodenominados de ressocializadores, de reabilitadores e de terapêuticos? Quais são as teorias que norteiam seu funcionamento efetivo? Serão as teorias das ciências humanas, saberes oriundos da Pedagogia, da Educação, do poder judiciário, da Psicologia, da Psiquiatria e da Medicina? Autores como Goffman (1987) e Foucault (1999) apresentam perspectivas paradoxais quanto a essas questões. Como explicar que tais estabelecimentos ainda continuam presentes e atuantes no contemporâneo, depois e apesar do complexo processo que consiste na RP e na Luta Antimanicomial (COSTA-ROSA, 2000, 2013; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI, 1999, 2010)? Buscamos responder a essas questões ao longo do capítulo IV.

De acordo com Goffman (1987), um estudo profundo do funcionamento institucional e dos diversos fenômenos que se produzem nesse espaço social específico que supõe a internação, pode proporcionar indícios valiosos quanto aos procedimentos utilizados na formação de pessoas. Seria possível entender como elas produzem a subjetividade daqueles que a compõem, tanto a das pessoas internadas quanto a dos dirigentes e técnicos, compreendendo também, ainda que por contraste, as lógicas sociais que de certo modo operam fora destas instituições totais. Quanto mais preciso for nosso conhecimento sobre a subjetividade institucionalizada, sobre o desenvolvimento psíquico que se processa em seu interior, das variáveis internas que o inibem, o propiciam, e também apreendermos as influências externas favorecedoras, dificultadoras, desviadoras ou deformadoras, melhor saberemos como e onde centrar nossos possíveis esforços teórico-técnicos e éticos visando subverter e transformar tal realidade, na direção ética proposta pelo Paradigma da Atenção Psicossocial.

O presente trabalho poderia fornecer algumas pistas de orientação para o desenvolvimento de perspectivas de atuação mais adequadas e eficazes para o profissional da organização SM, que compõe a instituição Saúde Coletiva, objetivando uma contribuição aos serviços prestados à população que manifesta sofrimento psíquico intenso e que tende a ser submetida atualmente a processos institucionais de controle e disciplinares. As práticas manicomiais podem prescindir os muros dos HP, mesmo em

territórios que apenas existam estabelecimentos e equipamentos substitutivos a eles, tais como os CAPS e os Centros de Convivência, por exemplo. A RAPS inclui a possibilidade da internação, possui leitos em hospitais gerais, que devem ser utilizados em última instância, mas nem sempre são estratégias utilizadas desse modo. Ir ao encontro da instituição total e dos profissionais que atuam nesses serviços é uma tentativa de produzir uma pesquisa mais próxima da realidade social e pode contribuir com um saber mais específico sobre o contexto brasileiro da RP.

No interior dessas instituições totais há uma série de obstáculos que não permitem ações terapêuticas. Dentre elas existem diversos aspectos que separam os dirigentes, os técnicos e as pessoas internadas. Há uma restrição implícita para a conversa entre eles, com limitações à transmissão de informações, sobretudo quanto aos planos dos dirigentes/técnicos relativos às pessoas internadas. Geralmente as pessoas em internação psiquiátrica nos HP não têm conhecimento das decisões quanto ao seu destino. É ocultado o diagnóstico, o plano de tratamento e o tempo aproximado de duração da internação. A omissão de informações dá à equipe dirigente uma base específica de distância e controle com relação às pessoas internadas e, presumivelmente, todas as restrições de contato ajudam a conservar estereótipos antagônicos. Realizar o rodízio de técnicos nos diversos setores, para que os profissionais não criem vínculo afetivo com as pessoas internadas, é outra potente ferramenta. Desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração. Por fim, é significativo observar que o local passa a ser identificado, tanto pela equipe dirigente/técnica como pelos internados, como algo que pertence apenas à primeira delas, quando qualquer um dos grupos se refere aos interesses do HP, implicitamente se referem apenas aos interesses da equipe dirigente/técnica (GOFFMAN, 1987).

O que caracteriza também a instituição total pode ser descrito como o rompimento das barreiras que comumente separam três esferas da vida, segundo Goffman (1987). As pessoas de nossa sociedade possuem locais para trabalhar, ter lazer e se sentir em um lar, com diferentes companhias, com ou sem diferentes autoridades e fora de um plano racional geral. Dentro das instituições totais todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária da pessoa internada é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de pessoas, todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Quando as pessoas se movimentam em conjuntos, podem ser supervisionadas

por uma equipe, cuja atividade principal não é terapêutica, mas de vigilância, fazer com que todos façam o que foi claramente exigido, sob condições em que a infração de uma tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada das outras. Todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade e toda a sequência de atividades são impostas verticalmente pelos dirigentes, por meio de um sistema de regras formais e explícitas. Finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais do estabelecimento (GOFFMAN, 1987).

A incapacidade da pessoa internada para se comportar como um indivíduo facilmente controlável, gentil e delicado com os técnicos, aspecto que tende a ser uma exigência unânime das equipes dos HP, tende a ser considerada como prova de que a pessoa ainda não está “preparada” para a liberdade e precisa submeter-se a mais tempo de tratamento. Há também uma necessidade de justificar o longo período das internações unicamente para que o HP continue recebendo o repasse financeiro que ocorre por meio de diárias pagas pelo governo, o que prolonga, injustificadamente, o período de internação psiquiátrica. Com isso, é justificável o fato de o hospital ser um lugar odioso para as pessoas internadas. Defende-se, assim, nesses locais, uma confusão sistemática entre obediência aos outros e ajustamentos pessoais como resultados terapêuticos. As pessoas internadas podem descobrir-se em uma condição muito especial: para sair do hospital ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído que consiste em apoiar e obedecer as regras impostas pela equipe dirigente e pelos técnicos (GOFFMAN, 1987).

Frequentemente algumas pessoas internadas trabalham. Essa atividade auxilia a passar o tempo, alivia o tédio e a monotonia da rotina dentro do estabelecimento, mas as condições de trabalho, na maioria das vezes, estão ligadas a um sistema de pagamento específico, dentre eles, autorizações pela equipe dirigente de que burlam as regras estabelecidas, por exemplo, fazendo vista grossa quando estão fumando um cigarro, já que é proibido fumar nos HP. A possibilidade de realizar uma ligação para os parentes do lado de fora é outra forma de pagamento ao trabalho no HP. O assistente social responsável por esta atividade é atarefado, necessita atender a dezenas de pessoas e não consegue contemplar as necessidades individuais. Ele geralmente procura priorizar os primeiros contatos de uma pessoa recém-internada ou algo que ele eleja como urgente, que tenha uma necessidade de contato imediato. Portanto, existe também uma incompatibilidade do trabalho dentro e fora destes locais. Há uma estrutura de

pagamento diferente da existente em nossa sociedade. Trabalhar não se configura como algo terapêutico: neste contexto, apenas evidencia um funcionamento perverso da lógica que ocorre internamente nesse estabelecimento.

As relações instituídas no contexto dos HP estão situadas no conjunto de práticas que produzem os sujeitos como corpos dóceis incapazes de contestar direitos básicos de vida. Acreditamos que o projeto de controle (GOFFMAN, 1987) e de disciplina (FOUCAULT, 1999) que vige em nossa sociedade contemporânea visa, todavia, adestrar os corpos tal como nas instituições totais. O sistema capitalista de produção necessita de sujeitos com essa personalidade. Torna-se necessário realizar uma articulação dos fenômenos emergentes no contexto institucional, num processo de análise das instituições e seus componentes, com críticas que superem posicionamentos unicamente funcionalistas. Pensamos que as dificuldades e problemas internos das instituições totais não se modificariam com apenas novos métodos e técnicas de gerenciamento institucional, tampouco com novos estabelecimentos e equipamentos. A inércia do instituído tende a mover os atores institucionais na direção de receitas que prometam soluções mágicas e rápidas para seus impasses e conflitos. Assim, parece que se buscam reformas para manter tudo como está, produzindo modificações apenas em aspectos secundários que geram somente efeitos paliativos (BAREMBLITT, 1994).

A dificuldade vivenciada pelos trabalhadores de superar a lógica do PA na direção da AP torna necessário o enfrentamento das ideias profundamente plantadas no imaginário social que, à inércia desse paradigma, insiste em atrair tais atores institucionais, sobretudo quando dotados de pouco recursos teórico-técnicos. A AI (LAPASSADE, 1977; BAREMBLITT, 1994; LOURAU, 2014; MARTINS, 2002; BENELLI, 2006, 2013) possibilita fortalecer a luta pela transformação paradigmática do PA na AP, possibilitando referenciais para um estudo crítico dos estabelecimentos institucionais. Goffman (1987) também nos auxilia ao estudar minuciosamente o que denominou de instituições totais, pois procurou explicitar sua dinâmica de funcionamento e descrever suas peculiaridades, aguçando nossa capacidade de compreensão desse fenômeno social. Benelli (2004) e Benelli e Costa-Rosa (2003) estudaram a perspectiva de Foucault (1999) relativa aos fenômenos psicossociais que são produzidos dentro desses espaços disciplinares, estabelecendo importantes pontos de contato entre suas análises e as de Goffman (1987). Por isso, pretendemos retomar a descrição das instituições totais, que se constituem como peças na engrenagem de um

tipo específico de sociedade que ainda é atual, apesar da emergência da sociedade de controle.

Somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio. Apesar de estabelecermos um campo de análise no qual situamos o HP como um determinado objeto de investigação, nem por isso deixamos de levar em consideração as dimensões micro e macro políticas da organização SM, pois a metodologia da AI considera sempre os diversos atravessamentos do campo social, bem como a transversalidade dos momentos revolucionários, tais como os movimentos advindos da RP e da Luta Antimanicomial.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE INSTITUCIONAL DA ORGANIZAÇÃO SAÚDE MENTAL DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE

Buscamos compreender, a partir da AI enquanto lugar teórico-metodológico de investigação, o funcionamento de três Hospitais Psiquiátricos (HP) de uma cidade de médio porte localizada no interior do estado de São Paulo. Por meio de inserções institucionais que nos permitiram realizar observações sobre a dinâmica institucional, analisamos as práticas e os discursos dos atores institucionais tal como se apresentam nesses estabelecimentos de internação psiquiátrica, visando assim entender as características da organização Saúde Mental (SM) nesse município.

Juntamente às entrevistas semidirigidas e ao diário de campo, a análise documental foi uma proposta inserida inicialmente como instrumento metodológico, e se revelou mais difícil do que supúnhamos, devido ao fato de que, aparentemente, os HP não produziam habitualmente folhetos, impressos e tampouco qualquer material oficial de divulgação de suas atividades para que pudéssemos colecionar e analisar. Obtivemos autorização para entrar e conhecer sua realidade, apenas. Os atores institucionais da organização SM, especificamente os gestores do Departamento Regional de Saúde ou responsáveis por prestar suporte à gestão que poderiam auxiliar disponibilizando algum material, não corresponderam às inúmeras solicitações que lhes encaminhamos para o acesso a alguns documentos institucionais, bem como recusavam-se a contribuir com a pesquisa devido ao histórico de posicionamentos críticos dos pesquisadores, que se manifestavam a favor da Atenção Psicossocial (AP) nas reuniões que tratavam da SM entre outros locais de discussão, quanto ao movimento manicomial nessa região.

Criou-se, com isso, uma resistência que culminou no impedimento da etapa do estudo documental que pretendíamos realizar. Por isso tivemos dificuldades para resgatar uma história mais aprofundada da fundação de cada um dos HP, bem como descrever seu desenvolvimento ao longo do tempo para verificar com maiores detalhes como eles persistiram até a atualidade. Nossas buscas de matérias em jornais impressos da cidade também pouco puderam auxiliar nesse trabalho. No entanto, os HP possuem *sites* na *internet* que, ainda que desatualizados e com pouco conteúdo, serviram como fontes de informações para elaborar um breve histórico de cada um deles. Houve então

a necessidade de investir nos dois outros instrumentos: as entrevistas e, principalmente, nos diários de campo.

Para podermos captar o plano das práticas institucionais, realizamos uma série de visitas de cinco dias de observação participante, no ano de 2014, em cada um dos três HP selecionados no projeto de pesquisa, o que nos possibilitou elaborar um diário de campo das experiências vivenciadas em cada local. Nele registramos nossas visitas, procurando captar o plano das práticas institucionais, construindo um material que nos permitiu descrever como esses estabelecimentos ainda permaneciam funcionando. É importante ressaltar que já trabalhamos como psicólogo, no período de 2011 a 2013, em um dos HP que visitamos, correspondendo a um trabalho profissional que foi realizado nos dois anos anteriores ao início desse estudo. Atualmente, nos anos de 2017 a 2018, trabalhamos em um outro HP, que é parte do conjunto de estabelecimentos que observamos, sendo que, desde janeiro de 2017, é o único que continua em funcionamento no território observado. Ou seja, apenas em um dos três HP visitados não atuamos como psicólogo e integrante da equipe técnica do estabelecimento. Por fim, as entrevistas semidirigidas foram realizadas com os membros da equipe dirigente e com os psicólogos que atuavam nos três HP no período em que fomos ao campo, visando captar os planos tanto dos discursos como das práticas institucionais.

Procuramos problematizar a existência dos HP no âmbito da organização SM do DRS, buscando investigar qual sentido haveria na permanência deles na Atenção ao sofrimento psíquico. Os discursos e as práticas institucionais encontrados nesses HP permitiram-nos desvendar a lógica que sustenta os atendimentos aos usuários dessa organização institucional de SM, compreendida pelo DRS. O trabalho terapêutico específico proposto pelos atores institucionais que operam como técnicos possui, por hipótese, seus possíveis efeitos no cuidado ao sofrimento psíquico, tanto em termos éticos quanto de produção de subjetividade. Aí estão incluídas questões pertinentes que poderiam ser tomadas como objeto de reflexão por parte de todos os trabalhadores do campo da SM que atuam em diversos equipamentos e estabelecimentos que substituem o HP, estabelecimento que consideramos como sendo nosso analisador institucional privilegiado.

1. O município e suas características no campo da Saúde Mental

A Rede Territorial de Saúde do município em que foi realizada esta pesquisa possui uma população de aproximadamente 200 mil habitantes, encontra-se localizada no interior do Estado de São Paulo, possui dezoito unidades da Estratégias Saúde da Família (ESF), treze Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Ambulatório de Saúde Mental, um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS II e um CAPS III¹¹, um CAPS ad (álcool e drogas) II, um CAPS i (infantil) II, e duas Unidades de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas. A região em que se encontra essa Rede é composta por 45 municípios, recorte territorial que diz respeito ao Departamento Regional de Saúde (DRS) desse local, totalizando cerca de 700 mil habitantes.

Em relação à SM nessa localidade, uma característica peculiar é que esta cidade de médio porte não possuía, no início desta pesquisa no ano de 2014, nenhum CAPS I, II ou III¹² voltado à Atenção ao sofrimento psíquico, tendo apenas um CAPS ad II e um CAPS i II. Em contrapartida, abrigava na sua área urbana, três grandes Hospitais Psiquiátricos (HP): o HP1¹³, com capacidade para receber 60 pessoas em seu Hospital Especializado (HE) e que incluía entre seus equipamentos institucionais, um Hospital Dia (HD) com capacidade para receber 30 internações; o HP2 com capacidade para internar 150 pessoas, que ainda no ano de 2018 segue aberto com esse mesmo número de vagas; e o HP3¹⁴, com 180 leitos de internação psiquiátrica. Em décadas anteriores, a capacidade desses dois últimos HP era ainda maior, cerca de três vezes mais que os números atuais.

¹¹ No final de 2015 o município inaugurou o estabelecimento CAPS II, que não foi o primeiro do município. Houve um CAPS I, que funcionou do final de 2014 até o surgimento desse outro estabelecimento, no mesmo bairro que, recentemente, no início de 2017, inaugurou também o CAPS III. O bairro que manteve o CAPS I e que a partir de 2017 passou também a sediar o CAPS III fica bastante distante do centro da cidade, local que não é facilmente acessível à população. Alguns profissionais de SM questionaram a decisão de implantar um CAPS III nessa região da cidade, mas foram orientados pela equipe de gestão e coordenação de SM a acatarem tal decisão, tendo sido obrigados a escrever o projeto de criação do CAPS III de modo a incluir na justificativa a determinação prévia indicada pela administração municipal. Tudo isso foi conduzido sem levar em consideração quaisquer fundamentos estratégicos para a Rede de SM e contra o parecer dos trabalhadores envolvidos com a realidade local. Tais fatos chegaram ao nosso conhecimento por meio de um relato informal em conversa com um dos trabalhadores de um estabelecimento da organização SM desta cidade.

¹² O CAPS possui modalidades diferentes. De modo simples, no CAPS I, trabalha uma equipe mínima; no II, essa equipe amplia o número de profissionais trabalhando; no III, com uma equipe ainda maior, há um funcionamento 24h e leitos de retaguarda para internações emergenciais.

¹³ O HP1 foi fechado em dezembro de 2016.

¹⁴ O HP3 foi fechado em dezembro de 2015.

Além desses HP, havia ainda uma ala psiquiátrica, com vinte vagas de internação dentro do Hospital Geral, e também um outro HP, localizado num município vizinho distante vinte quilômetros da cidade na qual realizamos a pesquisa, com capacidade de receber 60 pessoas e que, em janeiro de 2014, foi fechado com a justificativa de que não havia mais recursos financeiros para manter suas atividades. No ano de 2014, quando iniciamos essa investigação, havia um total de 440 pessoas internadas, distribuídas por esses quatro estabelecimentos psiquiátricos, nesse município. Isso porque o quinto HP que ficava na cidade vizinha já havia sido fechado. Essa quantidade de HP e o número de vagas disponíveis para a internação eram elevados e mereciam serem investigados. Como a realidade social é dinâmica, ao longo da nossa pesquisa, pudemos acompanhar diversas modificações no cenário municipal, com lutas e embates, com avanços e retrocessos, mas a relevância desse estudo continuou grande.

Para atender a uma população de 200 mil habitantes, no ano de 2014, o único Ambulatório de Saúde Mental existente contava apenas com dois psiquiatras e havia então apenas duas UBS que ofereciam atendimento com um psiquiatra compondo a equipe, e cinco das treze UBS possuíam psicólogos em sua equipe. Existiam ainda dois psicólogos que atuavam no NASF, realizando constantemente atendimento à população, abandonando sua atividade principal de matriciamento às equipes da Saúde para suprir a demanda reprimida na Atenção Básica. O Hospital Geral (HG) possuía, além de seu local para internação, outra ala psiquiátrica na qual buscava implementar o Programa de Atenção Intensiva (PAI), funcionando apenas como um pronto socorro de emergências para usuários que já estão em crise. Esse serviço funcionava como porta de entrada para todas as internações nos quatro HP e em sua própria ala psiquiátrica.

No início desta investigação, o DRS local, enquanto organização estadual paulista de saúde dispunha, ao todo, de cinco locais de internação para pessoas em sofrimento psíquico que manifestavam algum tipo de crise ou do assim denominado surto psicótico. Em pleno ano de 2014, nessa cidade e região, praticamente ainda não haviam sido implementadas outras alternativas já construídas pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pelo Movimento da Luta Antimanicomial (YASUI, 1999, 2010; COSTA-ROSA, 2013), previstas na legislação brasileira, pertinente e em vigor desde 2001. O poder político local esteve, ao longo desses anos, predominantemente nas mãos de uma única família proprietária da concessão de uma rede de televisão, de um jornal impresso e da maior universidade privada do município. Essa universidade dispunha de um grande Hospital Universitário que, desde 1997, atende aos 45 municípios desta região. No ano de 2009

esse estabelecimento Hospital Universitário foi adquirido pelo Estado de São Paulo e, desde então, passou a ser um Hospital Geral (HG) administrado por uma associação religiosa em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual. Em gestões anteriores desse município, os prefeitos fizeram várias trocas de Secretários de Saúde, sendo que a Secretaria Municipal foi, por vezes, coordenada por pessoas cuja formação de base era Engenharia ou Técnico em Contabilidade. Tinham, portanto, pouco conhecimento da especificidade da Saúde Mental.

Segundo Stringheta (2007), que buscou entender as características das equipes de trabalhadores e das práticas de SM que desenvolviam na Atenção Básica desse município e de sua região, a Rede de Saúde desse local passou a contar com profissionais de SM, concursados, atuando efetivamente e em maior quantidade nas UBS a partir de meados de 2004. A lei municipal que criou o “Serviço de Atenção Primária em Saúde Mental” é de 2000, a implantação do Programa de Saúde da Família tem uma data anterior, o ano de 1998, mas, segundo a autora, esse processo de implementação da política de SM sofreu dismantelamentos e esvaziamentos, dentre outros problemas. No ano de 2005, o município ainda perdeu o *status* de administrador da Gestão Plena de Saúde, e a esfera estadual de governo se incumbiu dessa tarefa (STRINGHETA, 2007). Atualmente, no ano de 2018, o município encontra-se sob intervenção de uma Ação Civil Pública (ACP) na área da SM, determinada por um juiz federal, obrigando os gestores, juntamente com o DRS, a realizarem adequações que disponibilizem os estabelecimentos de SM substitutivos aos HP, previstos na RAPS, de acordo com a legislação brasileira.

Com este histórico de intervenções externas, tanto a perda desse *status* de administrador da Gestão Plena de Saúde quanto à ACP, nos fazem compreender o porquê desse local possuir uma Rede de Saúde que necessita priorizar a internação em HP, ao invés de realizar os cuidados no próprio território, em meio aberto. Sua capacidade de acolher a demanda em SM é prejudicada pelos interesses ideológico, político e econômicos que acarretam na falta de equipamentos e estabelecimentos, bem como de construções, articulações e avanços dos serviços e políticas públicas locais, tão necessários à RAPS.

O HP é um local que pode ser interessante aos administradores e trabalhadores desse estabelecimento, por ser economicamente rentável, possuir convênios com o Estado e com a União obtendo verbas com os leitos para o SUS, e, consequentemente, diminuindo as dificuldades da gestão municipal que não necessitam investir em

contratação pública de funcionários (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais etc.) para a Rede de Saúde, em modalidades de atenção mais diversificadas. Por isso, o DRS e os gestores municipais não apresentaram uma capacidade ou interesse de uma autoanálise e uma autogestão da organização SM, pois a heterogestão diretiva parece contemplar melhor seus interesses, em detrimento das necessidades da população. A realidade mostrou que necessitaram ser interpelados por medidas judiciais para que passassem a garantir uma atenção em SM mais alinhada com a política nacional da área à população.

2. Histórico de criação do Departamento Regional de Saúde e sua especificidade com relação à Saúde Mental desta região

O responsável por prestar um suporte à gestão dos municípios - prefeito, secretário de saúde, coordenador da saúde mental, entre outros -, uma vez que os municípios encontram-se com dificuldades em acolher as demandas e suprir as necessidades no território, é o Departamento Regional de Saúde (DRS), órgão que representa o nível estadual das organizações da Saúde. Pelo que consta em seu histórico de ações, o município observado em nenhum momento apresentou interesse em equacionar dificuldades, tampouco sinalizou uma demanda na organização SM.

Quanto ao processo institucional de criação dos atuais DRS, trata-se de um processo histórico que antecede a Constituição Federal de 1988, que começou com os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), em 1986, por meio dos quais se objetivava promover a integração, hierarquização e regionalização dos serviços de Saúde no Estado de São Paulo. Dez anos depois, foram extintos todos os ERSA, e em 1995 foi criada a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (CSRMGSP) e também a Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI). Estes órgãos tinham como objetivo coordenar e articular o planejamento e as ações de Saúde nas regiões em que estão estabelecidos, em função das políticas e diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde. A essas coordenadorias vinculavam-se vinte e quatro Diretorias Regionais de Saúde (DIR), sendo cinco na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMSP) e dezenove restantes no interior do estado. Por fim, de 2005 a 2006, extinguiu-se as DIR e foram criados os atuais Departamento Regionais de Saúde (DRS), totalizando dezessete em todo o estado (SÃO PAULO, 1986, 1995, 2006).

De acordo com o discurso oficial presente na legislação, os DRS têm por finalidades contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando, organizando e gerenciando o Sistema de Saúde loco-regional. A eles cabe participar do planejamento do Sistema de Saúde dos municípios, incluindo os investimentos econômicos. Também devem selecionar, elaborar, monitorar e dar publicidade aos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população da região, bem como aos indicadores de produtividade e de qualidade para serviços de saúde. As unidades do DRS possuem ainda, em suas respectivas áreas de atuação, as seguintes atribuições: planejar e avaliar os recursos humanos, físicos e materiais necessários, realizando a avaliação dos serviços prestados aos usuários (SÃO PAULO, 2006).

Aos Diretores dos Departamentos Regionais de Saúde, além de outras competências que lhes forem conferidas por lei ou decreto, cabe gerir, técnica e administrativamente, as unidades sob sua subordinação, promovendo a adoção de medidas para garantir a totalidade e a integralidade da prestação de serviços. Devem estabelecer instrumentos formais de avaliação contínua e permanente da satisfação dos usuários dos serviços de Saúde da região de abrangência. Devem propiciar condições para o desenvolvimento de programas para estagiários e de outras atividades ligadas à saúde, bem como propor medidas e avaliar resultados. E, também, colaborar com as autoridades sanitárias e epidemiológicas na promoção de Saúde preventiva e prestação de serviços (SÃO PAULO, 2006).

A missão do DRS constitui-se como um grande desafio, na medida em que não são apenas os cumprimentos das diretrizes e normas que configuram os processos de trabalho, principalmente na organização SM. Há uma necessidade de que o DRS conduza suas ações no cotidiano de suas relações, prestando suporte às gestões municipais, com uma atenção que consiga distinguir junto aos gestores municipais, os que pactuam com os interesses coletivos da população dos demais que tomam suas corporações, seus valores e interesses como referência para os projetos públicos. Evidencia-se, com isso, a necessidade de reflexão permanente do DRS acerca da qualidade das ações e sobre a fundamentação de suas intervenções. Para que o DRS possa defender a construção de modos de fazer a gestão em Saúde que se orientem para a realização de um pacto ético-político, que tenha como referência as relações cotidianas que estabelecem seus atores institucionais entre si e com os usuários dos estabelecimentos. Desse modo, acreditamos que a matriz das práticas de cuidado que o DRS realiza deveria pautar-se pela atenção ao “território existencial” dos trabalhadores

e usuários, o que garantiria a transversalidade das dimensões subjetivas na organização SM (PESSOA, 2015).

Entretanto, no território investigado, notamos que a resposta ao sofrimento psíquico preconizava prioritariamente o atendimento em regime de internação, para o que servia o grande número de HP ali existentes. Permitindo esse cenário observado no campo da SM ao longo desta pesquisa, o DRS estava operando em relação à SM de um modo oposto à lógica da Atenção Psicossocial (AP) prevista na legislação, seus atores institucionais pactuavam com os interesses do Paradigma Asilar (PA) e excluía os aspectos sociais, o sofrimento psíquico, para eles, tinha justificativa unicamente individual. Houve um momento em que o pesquisador, quando atuava como psicólogo, no ano de 2012, questionou esses aspectos sociais e seus atravessamentos no campo da SM e foi ironizado por uma trabalhadora do DRS que dizia a ele: você não sabe que esses assuntos devem ser tratados na Assistência Social? Não conhece o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)?

A formação dos atores institucionais que compõem o DRS deveriam investir na responsabilidade quanto à garantia de contemplar a dimensão social e subjetiva na Atenção ao sofrimento psíquico. Essas dimensões não são contempladas nas reuniões de SM organizadas pelo DRS, mesmo no ano de 2014. Nessas reuniões prevalecem condutas no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), com falas, inclusive, realizadas frequentemente, nos anos de 2010 a 2014, pela psiquiatra coordenadora do Pólo de Atenção Intensiva, que dedica exclusivamente seu discurso aos sintomas e aos medicamentos psicotrópicos. No território desse DRS, se concentravam:

[...] cerca de 7% dos hospitais psiquiátricos de todo o Estado de São Paulo. Apenas a população de moradores desses hospitais somava 253 pessoas (BARROS et al., 2014); em 2014, estimou-se que essa população era de aproximadamente 202 pessoas. Dessa redução ínfima, pressupomos a ineficácia das estratégias de desospitalização e desinstitucionalização, uma vez que a redução na quantidade de moradores se deu principalmente em virtude de óbitos (SHIMOGUIRI, 2016, p. 60).

Um fator que nos chama a atenção – encontrado na dissertação de mestrado de Shimoguri (2016), autora que realizou um estudo em SM nesse território e que também coordenou o Censo Psicossocial do Estado de São Paulo em 2014, no DRS dessa região

– é que houve a inauguração, em 2010, do Pólo de Atenção Intensiva (PAI) em SM, apesar desse município possuir tantos locais de internação. Esse estabelecimento era o único serviço do tipo ambulatorio para internação no interior paulista e o terceiro do estado. Sua implantação se deu mediante a justificativa de que não havia leitos suficientes nos HP da região. Foi ainda possível à autora constatar que:

No decorrer dos seis anos, intervalo entre um censo e outro, nenhum morador dos hospitais psiquiátricos recebeu alta; outros sujeitos que chegaram para uma internação breve se tornaram moradores, e, não raramente, os próprios CAPS eram os mentores dos encaminhamentos para internação (SHIMOGUIRI, 2016, p.61).

Consideramos que o cenário da Rede de SM desse município apresenta uma série de dificuldades. Como psicólogos, ao trabalhar no HP1, nos foi possível constatar que o CAPS ad municipal não acompanhava seus encaminhamentos durante as internações que frequentemente solicitava ao HP. Não havia também propostas de tratamento de base comunitária e tampouco intervenções que favoreceriam o cuidado em outra perspectiva paradigmática por parte do DRS que mantinha posições baseadas predominantemente no PA, quando chamada a intervir em casos específicos, intermediando, inclusive, as internações psiquiátricas dos estabelecimentos da Rede. Havia nessa região uma falta de profissionais capacitados para o trabalho em SM na Atenção Básica e a inexistência de outros estabelecimentos e equipamentos alternativos, importantes para o fortalecimento do avanço da RP, tais como: Centros de Convivência (CECCO), Cooperativas de Geração de Renda e trabalhos de Economia Solidária. Ainda em 2018 não há nenhuma proposta de inaugurar nenhum desses estabelecimentos institucionais no município. Evidencia-se, com isso, o impedimento e a falta de perspectivas de uma reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico que residem nessa região, um desconhecimento das possibilidades de atuação nos moldes do paradigma da AP, e o que observamos foi a continuidade dos trabalhos na linha do PPHM.

Alguns atores institucionais que compõem o DRS são nomeados, por um concurso interno, como “articuladores de SM”. E ficam, assim, responsáveis por uma determinada região em que devem realizar suas atividades. Os articuladores de SM da localidade municipal que contém os três HP passaram a orientar trabalhos institucionais de modo a superar os moldes engessados do PPHM. Atualmente observamos que, em 2017, os profissionais do DRS estão desconstruindo esses antigos saberes e avançando

nos seus conhecimentos teórico-técnicos, para que seja possível a realização de supervisões institucionais pautadas no modelo da AP, supomos que a partir das determinações da ACP e dos cursos de formação proporcionados pelo estado de São Paulo foi possível obter o início dessas mudanças instituinte no DRS local.

O objetivo dessas mudanças e intervenções no DRS é garantir a transposição, nessa região, da lógica manicomial para a da AP nos dispositivos institucionais da Rede de SM que vem sendo construída oficialmente a partir da ACP instaurada pelo Ministério Público Federal (MPF) em 2013, visando substituir os HP por outros estabelecimentos de Atenção propostos pela RPb. Infelizmente, verificamos que, mesmo nesses novos estabelecimentos que estão sendo criados nesse território do DRS, acontece a reprodução da lógica manicomial. Essa lógica nem sempre se manifesta de forma explícita, mas, principalmente, pode ser deduzida quando se analisa o modo como os profissionais desses estabelecimentos se relacionam com os usuários dos serviços de SM (SHIMOGUIRI, 2016). Assim, os modelos advindos das práticas manicomiais continuam operando em forma de pensamento colonizado nas lógicas do território, com as antigas práticas típicas das instituições totais (GOFFMAN, 1987) baseadas em tecnologias disciplinares (GOFFMAN, 1987) e de controle (FOUCAULT, 1999). Essas práticas precisam ser combatidas e subvertidas nesta região, dando lugar a outros modos de atuação na organização SM.

3. A Ação Civil Pública instaurada pelo MPF no município e seus desdobramentos: uma contribuição à caracterização do território

O Ministério Público Federal (MPF), o Ministério Público do Estado de São Paulo e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ajuizaram uma ação civil pública¹⁵ contra o município investigado, no dia 6 de dezembro de 2013. O texto dessa ação se inicia informando ao município que desde o final da década de 1970 houve um processo de substituição do tratamento asilar oferecido às pessoas que estão em sofrimento psíquico, por meios institucionais alternativos aos antigos manicômios. Isso ensejou na mudança da legislação pátria, visando a implementação gradual de diversos equipamentos que proporcionariam um tratamento mais efetivo para essas pessoas,

¹⁵ Nesse sentido: JF, 12ª Sub. Jud., ACP 0008750-12.2013.403.6112, Juiz Flademir Jerônimo Belinati Martins, 3ª VF, j. 06/12/2013.

citando alguns exemplos, como: CAPS, Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), Centros de Convivências (CECCO), Cooperativas de Geração de Renda etc.

Por meio de ofício da Secretaria Municipal de Saúde, o município havia informado ao MPF sua dificuldade de custear esses serviços substitutivos, esclarecendo acerca de quais equipamentos já estavam instalados, bem como quais serviços foram contratados pelo estado de São Paulo para atendimento da política pública de SM no âmbito dos municípios desta região. Em sua resposta, concluía, assim, que em decorrência dos números indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, os HP conveniados/contratados ainda prestam serviços relevantes e que não podem ser substituídos pelos demais equipamentos previstos na legislação de SM. Além disso, indicava que não existia a possibilidade física de que o Hospital Geral do município disponibilizasse a quantidade de leitos e de atendimentos que são realizados pelos HP em sua atuação conjunta.

A Secretaria Municipal de Saúde informou ainda ao MPF que o Hospital Geral, que possuía uma ala psiquiátrica, estava na época atuando com sua capacidade máxima, e ressaltou a importância dos serviços prestados pelos HP, relatando que os HP 1, 2 e 3 estavam devidamente conveniados com o DRS local e que o custeio para tais serviços vinha do Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde. A Secretaria também salientou que esses convênios/contratos estavam vencendo e não foram renovados até o fim desse ano de 2013. No entanto, nesse mesmo ano de 2013, o DRS local informou a Secretaria Municipal de Saúde sobre a impossibilidade de prorrogação de tais convênios/contratos. Os prazos estipulados foram, ao HP 1 e 2, um termo aditivo até 27/12/2013 e ao HP3, até 10/01/2014. Consta também nesta ação o valor que cada HP recebia mensalmente dos Fundos Nacional e Estadual de Saúde, sendo o HP 1 a quantia de R\$ 132.624,98, o HP 2 a quantia de R\$ 306.438,84 e o HP 3 a quantia de R\$ 224.617,19.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como resposta, sustentou a necessidade de manter a continuidade dos serviços prestados pelos HP, já que seria imprescindível que não ocorresse interrupção nos serviços prestados, pois não havia estrutura na cidade e/ou região para substituir, imediatamente e a contento, os atendimentos e internações realizadas. O DRS por sua vez, havia orientado o que a SMS deveria fazer para tornar possível a substituição das internações nos HP pelo tratamento extra-hospitalar. Novamente a SMS respondeu que tais medidas não eram possíveis nem viáveis, pelo menos até o término dos convênios/contratos com os HP, o que levaria a desassistência

das pessoas em sofrimento psíquico. O próprio DRS ressaltou que havia necessidade de criação dos mecanismos alternativos de tratamento e, até que estes estejam em adequado funcionamento, a manutenção dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos era essencial.

Um trecho importante dessa ACP asseverou que dentre os equipamentos necessários para a reformulação do tratamento em SM dessa região, seria importante efetivar a implantação do CAPS e das SRT. A saída de moradores do hospital, a fim de garantir uma reinserção bem-sucedida, está condicionada à existência de vários serviços na comunidade, com diversos níveis de atenção e complexidade, com profissionais qualificados, SRT bem estruturados e serviços articulados com o Sistema de Saúde em rede.

O juiz federal determinou, na ACP, que fosse prorrogado/renovado o convênio/contrato celebrado com os HP 1 e 3, e que o município deveria conceder mensalmente uma subvenção financeira ao HP 1, complementar ao que já repassam a União e Estado de São Paulo, no valor mínimo de R\$ 50.000,00 reais, uma vez que aludida unidade de Saúde atuava no território prestando serviços equivalentes ao CAPS III, cuja implantação seria de responsabilidade do município e até este ano de 2013 não fora implantado, considerando que a complementação do custeio era necessária para a continuidade dos atendimentos. Também foi determinado que o descumprimento da ordem judicial geraria uma multa diária num valor não inferior a R\$ 10.000,00 reais. Ao final, o juiz requereu a procedência da ação para o fim de condenar o município, o estado e a união, de forma solidária e dentro de suas respectivas competências, na obrigação de fazer, consistente em adequar os serviços de saúde à Lei 10.216, construindo a Rede de Atenção Psicossocial nos termos da portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde, notadamente: dois CAPS I, um CAPS III, um CAPS AD III, duas unidades de acolhimento infantil, uma unidade de acolhimento adulto e vinte SRT, nas modalidades I e II, para atendimento de internos moradores dos HP.

A ACP contém, ainda, uma explicação do sentido que tem a realização da RP, que ela pretende modificar o sistema de tratamento clínico dos usuários da SM, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. O documento inclui a rede territorial, citando os estabelecimentos e equipamentos, tais como: CAPS, SRT, CECCO, Cooperativas de Geração de Renda, Economia Solidária, assinalando a necessidade de descentralizar e territorializar o atendimento em Saúde. Afirma que essa Rede substituiria o modelo arcaico dos manicômios no Brasil, pois se busca uma

desativação gradual dos HP, para que aqueles que estão em sofrimento psíquico possam conviver livremente em sociedade. Indica também que as pessoas internadas por longo período em HP teriam condições de se beneficiar de um tratamento extra-hospitalar, com a ressalva de que, sem haver estrutura administrativa, psicossocial e assistencial previamente estabelecida para atendê-los, poderá se agravar a fragmentação psicossocial dessas pessoas, colocando em risco sua saúde. O texto oficial considera que seria plenamente admissível reconhecer que a simples desospitalização, sem a criação de infraestrutura adequada para receber as pessoas internadas de longa data, é medida que afronta o direito à vida, à saúde e a dignidade das pessoas, sendo necessário preparar essas pessoas para prosseguirem com suas vidas fora dos HP.

O texto da ACP, ao relatar sobre as provas orais colhidas no processo judicial, informa que nos depoimentos restou também evidenciado que a existência de leitos hospitalares disponíveis para a internação, na região desse município, era francamente excessiva, o que havia gerado uma acomodação dos poderes públicos federal, estadual e municipal quanto ao cumprimento das metas de desospitalização, especialmente no que diz respeito à efetiva instalação dos CAPS e das SRT.

Com relação à possibilidade de o Judiciário intervir em políticas públicas, no caso dessa ACP, antevendo uma contestação, o juiz afirmou que são frequentes, na atualidade, as ações que questionam interesses que afetam toda a coletividade. Num Estado Democrático de Direito, o poder judiciário deve alinhar-se com os objetivos estatais. Assim, o controle sobre as políticas públicas não se dá apenas no que diz respeito a uma agressão frontal à Constituição, mas também no que se relaciona com os fins do Estado. Quanto à renovação dos convênios, o texto da ACP informa que era importante sublinhar que a renovação emergencial e provisória desses convênios não constituía uma carta branca para renovações subsequentes. Da mesma forma, os poderes públicos envolvidos deveriam ser obrigados a implementar com a máxima urgência os equipamentos públicos necessários (especialmente CAPS e SRT) para o gradual processo de desospitalização das pessoas internadas.

O juiz entendeu que era admissível a condenação do município por meio dessa ACP, pois os autores conseguiram demonstrar que a municipalidade, apesar da boa vontade e dos esforços empreendidos, realmente estava atrasada nas suas obrigações de criação da Rede de Atenção Psicossocial, sendo perfeitamente cabível sua condenação em pagamento de multa mensal, como forma de obrigá-la a implementar os equipamentos públicos necessários. Como pesquisadores deste território, que

investigaram o histórico desta organização da SM, discordamos que houve boa vontade e esforços empreendidos pelos gestores municipais, o que pode ser notado é que eles não estavam interessados em cuidar da SM desta população, para que essa ordem se mantivesse. Esses gestores eram movidos por interesses ideológicos, políticos e econômicos específicos e estavam levando vantagem com toda essa situação, seja pela diminuição de esforços, facilitando ações de SM que deveriam dar conta de uma complexidade do território, seja por interesses econômicos em parceria com os donos dos HP e a lucratividade que esse modo de gestão proporciona aos estabelecimentos de internação.

O juiz deixou de apreciar um pedido da Secretaria de Saúde do município, de aumento da diária de internação para o valor de R\$ 57,00 reais, uma vez que não se encontra completamente esclarecido nos autos sob quais circunstâncias e fundamentos tal aumento no valor da diária poderia se dar, postergando a apreciação da questão para momento posterior ao da vinda das contestações. Contudo, em 2018, o HP 2 recebe R\$ 81,00 reais pelas diárias de internação (feminina e masculina). Esse juiz aprovou a renovação do contrato do HP 1 por um ano, a contar o exercício civil de 2014. Ao estado de São Paulo e ao município, concedeu o prazo de sessenta dias a contar da publicação da sua decisão, para apresentarem projetos e encaminhamentos necessários ao início dos procedimentos de credenciamento dos equipamentos postulados nesta ação, bem como para que a União promovesse o devido cadastramento dos serviços no SUS e efetuasse o repasse previsto em Lei para tais equipamentos públicos. Por fim, deu ao estado de São Paulo e ao município o prazo máximo de seis meses após o início do ano civil de 2014, para que iniciassem a gradual desinternação das pessoas, facultando-se, somente em casos considerados graves (nos quais não fosse possível a desinternação) a remoção para outros estabelecimentos hospitalares congêneres da região.

4. Descrições e históricos dos Hospitais Psiquiátricos visitados

4.1 Hospital Psiquiátrico 1

O HP 1 foi fundado em 19 de fevereiro de 1961 por pessoas ligadas aos movimentos espíritas do Estado de São Paulo e teve como mantenedora uma associação regional espírita. Em alguns outros momentos da história desse HP, como por exemplo

nos dois últimos anos que antecedem o fechamento desse estabelecimento (2015 e 2016), a maçonaria assumiu sua administração. O HP se caracterizava como uma entidade sem fins lucrativos e seu patrimônio foi constituído de donativos recebidos de particulares e de convênio com o SUS. Sua clientela era oriunda dos 45 municípios do estado de São Paulo que fazem parte do DRS dessa região. O HP era dividido em dois departamentos, Hospital Especializado (HE) e Hospital Dia (HD). O HD foi inaugurado posteriormente, em 16 de setembro de 1994, constituindo uma outra ala do hospital. Esses dois departamentos estavam organizados para oferecer às pessoas que buscavam tratamento um serviço de atendimento especializado sob a coordenação de uma equipe multidisciplinar, configurada igualmente no HE e no HD. A equipe multidisciplinar que atendia os dois departamentos era composta por uma médica clínica geral, três psiquiatras, dois psicólogos, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma farmacêutica, uma técnica de farmácia, uma nutricionista, quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem. Ao todo, o número de funcionários se aproximava de 70 pessoas, distribuídas em diversos segmentos, tais como: limpeza, recepção, administrativo, portaria, manutenção e *telemarketing*.

No HE havia um total de 60 leitos femininos e no HD eram 30 vagas mistas (feminina e masculina). Os encaminhamentos para o preenchimento e ocupação dessas vagas com os usuários da cidade e região eram realizados pelos seus diversos estabelecimentos de Saúde, tais como: ambulatórios de saúde mental, prontos-socorros psiquiátricos, centros de saúde, unidades de saúde da família, centros de atenção psicossocial e médicos psiquiatras particulares, mediante a autorização da Central de Regulação de Vagas, serviço que determinava para onde iam todas as internações e que no ano de 2017 foi substituída por um sistema *on line*, monitorado por psiquiatras na cidade de São Paulo, chamado Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

O HP estava localizado em um bairro próximo de uma das saídas da cidade, num local que era deserto quando ele foi construído, onde não havia asfalto e, segundo antigos moradores, havia apenas “mato” em volta do estabelecimento. Com o crescimento da cidade, muitas casas foram construídas em suas proximidades. Todavia, era possível avistar os pastos da zona rural quando se está nos fundos do HP. A área total que pertence ao HP era de 18.040m² e a área construída era de 2.694m², o terreno era cercado por um alambrado, havia um muro apenas no pátio interno do HE e do HD,

que eram altos e ao que parecia, pelo acabamento novo que mostravam na época na qual realizamos nossas visitas de observação, haviam sido aumentados recentemente.

4.2 Hospital Psiquiátrico 2

O HP 2 tinha, no ano de 2017, 42 anos desde sua fundação. Sua inauguração foi em 25 de outubro de 1975. O espaço físico do hospital estava localizado em uma chácara com 338.000m² (18 alqueires) localizado na zona rural deste município, sendo que a estrutura física do HP tinha uma área construída de 9.200m² que distava aproximadamente três quilômetros da zona urbana. O primeiro diretor clínico do hospital foi um psiquiatra que nos dados históricos foi qualificado, segundo o *site* do HP, como o “pioneiro em implantar um tratamento terapêutico para pacientes com transtorno mentais”.

A Associação Assistencial, responsável pelo HP 2, foi fundada em 30 de agosto de 1963. Segundo consta na página de *internet* do HP, essa associação inaugurou o estabelecimento “com o objetivo de atender pessoas portadoras de transtorno mentais, sobretudo carentes, com a responsabilidade da reinserção social”. Os fundadores e idealizadores do projeto demoraram quase treze anos para arrecadar fundos para sua instalação e inauguração. Assim a história desse HP teve início com a construção de um abrigo para cem idosos, no ano de 1973. Posteriormente, dois anos após a construção do abrigo em 1975, foi proposto o início de construção da atual estrutura do estabelecimento.

A Ala de Tratamento Especial (ATE) do HP 2, o antigo abrigo, recebe pessoas com idade avançada para internação, alguns com idade superior a cem anos, em um local separado das outras alas e conhecida no ano de 2014 como o Recanto dos Velhinhos. Fundada em 29 de novembro de 1973, a ala é destinada ao atendimento, em regime de internação, de pessoas idosas em sofrimento psíquico do sexo feminino e masculino. Hoje o número é menor do que em sua inauguração. São em torno de 60 pessoas internadas que são residentes, entre homens e mulheres, acima de 60 anos. Os antigos funcionários relatam que por volta do ano de 2005, chegaram diversos ônibus com moradores, muitos transferidos de outros HP, tais como, o Hospital Franco da Rocha (Juqueri), Laranjal Paulista, Santa Rita do Passo Quatro e outros que foram desativados. O grupo responsável pelo tratamento dos idosos era composto por um médico psiquiatra, um médico clínico, uma assistente social, uma psicóloga, uma

terapeuta ocupacional, uma auxiliar de terapia ocupacional, trinta auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras.

A partir do ano de 2012 foram reduzidos os auxiliares de enfermagem, havendo aproximadamente vinte auxiliares trabalhando nesta ala em 2014. Segundo os funcionários, o Recanto tem projetos que, segundo o *site* do HP, visam oferecer atividades de lazer e melhora da qualidade de vida dos internos. Segundo os funcionários, soubemos que: “a cada dois meses os pacientes são levados aos passeios. Eles vão ao shopping, feiras, clubes de lazer, circo, entre outros locais. Há atividades sócio recreativas, mensalmente têm festas, seja para comemorar um aniversário ou alguma data significativa”.

No ano de 2017, a ala foi desativada e integrada às alas de internações, ocupando um espaço entre a ala feminina e masculina. A equipe possuía apenas uma psiquiatra, uma assistente social, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e duas cuidadoras por turno, com 43 internos, duas mulheres e o restante eram homens. Não havia quase nenhuma atividade realizada e a rotina das pessoas moradoras acaba sendo vagar pelo pátio, geralmente com as roupas sujas de fezes e urina. Nas duas primeiras semanas de dezembro de 2017 morreram, consecutivamente, quatro moradores.

O HP 2 também atende os 45 municípios que compõem o DRS local. Ao longo dos anos, desde sua inauguração e na maior parte de seu funcionamento, o número de pessoas internadas era de 240, sendo que 70% desse número eram do próprio município. Hoje, em 2018, o número de vagas, segundo os funcionários, já não ultrapassa 150, devido à redução de leitos estipulada pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Dentre as pessoas que eram internadas estavam usuários de álcool e drogas, pessoas em sofrimento psíquico de estrutura neurótica grave e psicótica e idosos em sofrimento psíquico do Recanto, sendo mantidos por meio do convênio com o SUS. No princípio, próximo ao ano de inauguração (1975), a equipe técnica era composta por profissionais das áreas de medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, farmácia, terapia ocupacional, odontologia e nutrição. Posteriormente, e de modo não muito diferente, essas equipes técnicas foram compostas de nove médicos psiquiatras, cinco psicólogos, quatro assistentes sociais, dez enfermeiros, dois farmacêuticos, três terapeutas ocupacionais e um nutricionista. No total eram 230 funcionários que haviam realizado, quando o HP completou seus 25 anos de funcionamento, cerca de 33 mil internações. Em 2014, esse número de funcionários foi reduzido, cerca de 30% deles foram demitidos devido a diminuição dos leitos e dos valores não reajustados dos repasses do

SUS, sendo que a equipe técnica era composta no ano 2014 basicamente por dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, quatro médicos psiquiatras, um médico clínico, sete enfermeiros, uma farmacêutica e alguns fisioterapeutas, que não eram contratados pelo HP, mas eram custeados diretamente por meio dos benefícios de aposentadoria dos moradores do Recanto, para o suporte desses internos que residem no HP.

O HP recebeu, no ano de 2011, uma certificação de nível prata na avaliação feita por um centro de estudos. Esse trabalho de avaliação costuma ser desenvolvido nos hospitais filantrópicos do estado de São Paulo, consistindo em um programa que visa elevar o desempenho administrativo e a qualidade de Saúde prestada à população. Dos 23 hospitais filantrópicos vistoriados no estado, ele foi o único hospital psiquiátrico que cumpriu 65,3% das exigências estipuladas para boas práticas nos atendimentos de todos os setores. Foram verificadas as vinte alas existentes, analisando itens tais como: valores e missão da entidade, regulamento interno, comissão de ética, aprimoramento profissional, revitalização, saúde e bem estar das pessoas internadas e funcionários, satisfação dos usuários, entre muitos outros quesitos.

Esse HP é o único que permanece aberto neste município, ainda no ano de 2018. Ele possui quatro alas, sendo uma masculina com 40 leitos. Nesse ano de 2018, a equipe dessa ala masculina está composta por um psicólogo, uma assistente social, uma psiquiatra, três monitores de terapia ocupacional, uma enfermeira e duas auxiliares. Há dias em que há apenas uma auxiliar de plantão, mesmo havendo um outro setor dentro dessa ala, a Unidade de Internação Intensiva (UII), local fechado, onde são instaladas as pessoas que chegam em crise, o que exige bastante atenção dos profissionais. Recentemente, no mês de setembro de 2017, um auxiliar quase morreu assassinado, ao ser agredido por duas pessoas internadas nesse local e um interno morreu em novembro de 2017, ele estava amarrado por três dias no leito do quarto de contenção. Há uma ala feminina com vinte leitos, sua equipe é composta de uma psiquiatra – que também realiza os plantões no hospital como um todo –, um psicólogo, uma assistente social, uma monitora de terapia ocupacional, uma enfermeira e duas auxiliares, mas também em quase todos os plantões permanece trabalhando apenas uma auxiliar. Há, todavia, uma ala mista de moradores, com 43 leitos, cuja equipe é composta por uma psiquiatra, uma assistente social, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e duas cuidadoras. Não possuindo atividades com psicólogo e terapia ocupacional, esses moradores andam pelo pátio, ociosos, muitos utilizando cadeira de rodas, há inclusive

um senhor que vive recluso dentro do quarto há anos, tem as pernas amputadas e é lúcido. Muitos andam sujos com fezes e urinam pelo pátio, o odor é sempre muito forte.

Quando entramos no HP avistamos uma primeira ala, antigo setor de administração, espaço dotado de uma estrutura elegante, possuindo ar-condicionado, uma bela decoração e um jardim externo. Aí se localiza a clínica particular do hospital, que é mista e está dotada de vinte leitos. Também existe uma oficina terapêutica, do lado oposto da clínica particular, na qual apenas se realizam atividades manuais visando exclusivamente a venda de seus produtos. Essa oficina cobra das pessoas que participam de suas atividades uma contribuição mensal, no valor que a pessoa apresentar condições de oferecer. Esse local esperava receber repasses do governo ou que sua oficina fosse patrocinada por uma empresa que utilizaria a mão-de-obra de seus frequentadores. Nenhuma dessas alternativas foi concretizada, por isso optaram por cobrar dos usuários e manter uma equipe mínima utilizando algumas horas de trabalho da terapeuta ocupacional da ala masculina e da assistente social da ala feminina, além de um monitor de terapia ocupacional e também de uma voluntária. A maioria das pessoas que participam da oficina eram usuários do HD do HP 1. A entidade que administra o HP é também responsável por dois SRT localizados num município vizinho e uma creche infantil, que fica na mesma cidade do HP. Em 2018, este estabelecimento será, segundo a diretora clínica, responsável por mais seis creches.

4.3 Hospital Psiquiátrico 3

O HP 3 foi o primeiro a ser criado neste município e teve 58 anos de existência. Sua fundação, como consta no histórico do hospital, data do ano de 1957, ano em que sua obra foi inaugurada. O local escolhido, localizado acima de um antigo campo de aviação, quase às margens de uma estrada de ferro, ficava distante do centro urbano, ocupava a área total de um quarteirão da cidade com aproximadamente 60% de sua área construída. Essa construção foi idealizada e realizada por oito médicos da cidade que se reuniram formando uma sociedade com o objetivo de constituir um HP para o município. Todavia, face à complexidade do suporte que a atenção ao sofrimento psíquico exige e a necessidade de especialização para trabalhar na administração do serviço, o controle acionário do hospital passou, em 1963, para um médico contratado na época para desempenhar essa função. Ele, segundo a página de *internet* do HP, era especialista na área de psiquiatria. Esse psiquiatra era também proprietário de um HP

em outro estado, que recebia as pessoas deste município antes da inauguração desse HP. Em 1965, outro psiquiatra assumiu a direção do HP 3, vindo do Hospital Estadual de Doenças Mentais de Juquery. Implantou-se uma nova fase, cuja atuação se expandiu por boa parte desta região do Estado de São Paulo. Com o falecimento do médico proprietário, em 1968, continuaram administrando o HP um médico e um administrador. Nesse período, outros médicos passaram a oferecer seus serviços ao hospital, entre eles o primeiro Secretário de Saúde do Município, que foi orientador científico, fundador e coordenador do serviço de clínica médica e ginecológica do HP.

Formado em medicina, o filho do falecido médico proprietário do HP, em 1978, começou a trabalhar no HP 3, que tinha como diretor um médico italiano de nascença e coordenador dos cursos de ciências da saúde da universidade local. Com o afastamento desse médico, em 1982, este filho do antigo proprietário do HP tornou-se o diretor do hospital até o ano de 2015, quando foi afastado para responder às denúncias contra desvios nas aposentadorias e benefícios dos moradores internados no HP, além de possuir enormes dívidas trabalhistas. A partir de 2015, a diretora clínica era uma médica psiquiatra e sobrinha desse diretor, auxiliada por outros profissionais, tais como: um administrador, uma profissional do Controle Hospitalar e Bioestatística, uma outra profissional responsável pelo Controle e Avaliação do HP e a profissional responsável pelo funcionamento do HP, que possuía formação em Farmácia e Bioquímica.

A equipe técnica do hospital contava com médicos psiquiatras, médicos clínicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta, nutricionistas, farmacêutico e bioquímico, cirurgião dentista, enfermeiros, professor de educação física. O hospital possuía o serviço de Atendimento Psiquiátrico de Urgência permanente e Serviço de Eletroencefalografia, também um dos primeiros da região implantado e dirigido por vários anos por um médico neurologista e eletronecefalografista.

5. O Hospital Psiquiátrico como analisador da Saúde Mental no contexto municipal

O pesquisador-participante atuou como psicólogo em dois destes estabelecimentos de internação psiquiátrica do município investigado, com dois anos de trabalho, de 2011 a 2013, no HP 1 e, durante o período de julho de 2017 a maio de 2018, atuou no HP 2. Tendo vivenciado experiências de trabalho, ao longo de nossa atuação profissional, na

Rede de Saúde desta região, em outros estabelecimentos da Saúde que tinham parceria com esses HP. Com base nessa trajetória, decidimos realizar essa investigação sobre os estabelecimentos de internação psiquiátrica na organização SM nesse município e iniciamos o trabalho de campo, realizando visitas de observação participante e entrevistas, utilizando a metodologia da AI.

Para realizar uma observação participante, de acordo com Benelli (2013), necessitamos entender que essa técnica, como instrumento de pesquisa, envolve três fases: na primeira etapa temos a aproximação do estabelecimento e formação de vínculos com seus membros, que no caso desse trabalho ocorreu facilitada pelas experiências antecedentes em diversos locais, tanto nos HP como em estabelecimentos vinculados a eles; a segunda etapa é a realização da observação no contexto dos sujeitos para a coleta de dados, em que nos inserimos cinco dias consecutivos na rotina de cada um dos três HP escolhidos; e a terceira, o registro posterior dos fenômenos, comportamentos, ações, diálogos e acontecimentos observados. Possuímos também recordações das experiências de trabalho em anos anteriores à essa pesquisa que ora ou outra aparecem no diário de campo. A entrevista foi outro instrumento utilizado para a coleta de dados, ela nos esclareceu questões que surgiram na etapa da observação participante e para colher informações sobre a perspectiva pessoal dos sujeitos, nos auxiliando no entendimento da vida institucional, plano das práticas discursivas, dos enunciados, que manifestam os objetivos da organização SM. Assim, foi possível problematizar as práticas e os discursos, tal como apresentaremos a seguir.

A escolha do HP como analisador não foi um acaso. De fato, o precário cenário, no que se refere à SM deste município observado, que caminhava, até o momento da ACP, na contramão dos avanços da RPb, bem como das leis e portarias vigentes relativas à política nacional de Saúde Mental no Brasil, devido ao histórico de ações dos gestores municipais que não apresentavam interesse, ao longo de sua história, em cuidar da saúde mental desta população. Eram movidos apenas por interesses particulares, ideológicos, políticos e econômicos.

Os resultados desse histórico manifestavam-se na prática de internação psiquiátrica utilizada de modo predominante nas ações de cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico, fazendo com que os estabelecimentos de internação permanecessem em funcionamento até a presente data. Ao longo das visitas de observação encontramos muitas pessoas internadas que já conhecíamos de períodos anteriores, das experiências profissionais que tivemos em um desses estabelecimentos

de internação, e também, anteriormente, nos outros serviços de SM em que estivemos atuando como psicólogos. Mesmo estando ausente há mais de um ano como um ex-funcionário de um dos HP observados, a maioria das pessoas atendidas que encontramos durante a pesquisa de campo no HP 1, cerca de setenta por cento, eram casos de reinternação. No ano de 2017, no HP que restou funcionando, havia também na ala feminina cerca de quarenta por cento de pessoas internadas que também conhecíamos de trabalhos anteriores.

O fato da permanência das mesmas pessoas internadas nos HP parece revelar a ausência de práticas pautadas pela Atenção Psicossocial à saúde das pessoas em sofrimento psíquico na Saúde Pública desse território e de sua região. Notamos a inexistência de outras estratégias de SM que permitissem que os sujeitos recebessem um suporte, evitando a necessidade de recorrer à internação psiquiátrica.

Há também os muitos casos dos que são internados sem necessidade alguma, apenas por não haver outra opção de cuidado, fora dessa lógica asilar. Ao longo das entrevistas pudemos encontrar confirmações disso nas falas da diretora do HP 1: “[...] eles ficam naquele ciclo vicioso: o paciente sai daqui e ele não tem o respaldo lá fora, aí daqui uma semana, quinze dias ele tá de volta”, ou mesmo quando ela está se referindo à família, podemos entender que se trata de um insuficiente respaldo da Rede de Atenção Psicossocial: “[...] é o que acontece aqui, nós tratamos aqui, o nosso paciente sai daqui equilibrado, ele volta pra lá e a família acha que ele já está curado e não dá aquela atenção, aí ele entra naquele processo de ir e voltar ao hospital”. A psicóloga do HP 2 também apontou uma questão significativa, nesta mesma perspectiva, dizendo que: “agora que tem que dar uns dias, saiu daqui, recebeu alta, só pode internar depois de quinze dias, para não acontecer de dar alta num dia e internar novamente no outro”. Acrescentando ainda em sua fala, a psicóloga do HP 2 disse da existência de uma fila de espera: “[...] então a pessoa fica trinta dias, dá alta, e tem cinco, seis pessoas esperando para internar”.

A farmacêutica desse mesmo HP, por sua vez, disse sorrindo, durante uma conversa: “graças a Deus a SM não funciona direito aqui neste território, se não a gente não teria emprego”. Notamos, que na base da manutenção desse modo particular de funcionamento da organização SM, está latente, oras até manifesto, o desejo de seus atores institucionais, particularmente dos trabalhadores, em manter essa estrutura. Mesmo que isso não contribua para auxiliar nos impasses na saúde mental das pessoas,

manter esse modo de funcionamento lhes permite retirar sua renda, mas, infelizmente, à custa do sofrimento dos outros.

Em um outro trecho de entrevista, com a diretora do HP 3, é possível compreender e destacar uma crítica ao modelo médico-centrado e medicamentoso contida em sua fala, ou seja, o atravessamento do PPHM, e que relata, também, neste mesmo sentido, as carências desse território:

Pesquisador: E para você, como seria um hospital psiquiátrico ideal?

Diretora HP 3: Eu considero o HP 3 um hospital bom, o que mudaria seria a retirada dos moradores que tem condições de ir pra casa, e, se a Rede estivesse funcionando, teria menos internação porque o paciente estaria mais estabilizado, então ele não viria tanto pro hospital, então diminuiria o número de leitos de internação.

Pesquisador: Então o hospital ideal contaria com essa Rede, continuaria internando, mas contando com a Rede funcionando?

Diretora HP 3: Hoje a gente vê que tem pouco médico na Rede, então o paciente às vezes fica muito tempo sem ver o médico, sem estar trocando medicação a nível ambulatorial num postinho, com isso ele surta porque ele precisava do médico pra estar aumentando ou diminuindo essa medicação, aí ele vem mais vezes pro hospital. Diminuiria o número de internações dele.

Os fatores que recortamos das entrevistas apontam a insuficiência da Atenção à SM, no município e região, quanto à proposta da Atenção Psicossocial. Também indicam qual é a lógica de cuidado que os atores institucionais utilizam nesse campo da SM, pois são os CAPS, Postos de Saúde, ESF, dentre outros estabelecimentos que realizam a solicitação de internações, que muitas vezes poderiam ser evitadas e as pessoas poderiam ser cuidadas em seus próprios territórios, mas na falta de equipamentos de SM, acabam recorrendo, de imediato, aos HP.

A demanda por internação neste território é muito grande. Com a redução dos leitos, após a ACP, houve ainda um aumento de solicitações das internações pelas vias judiciais. Essa conduta tem por objetivo garantir uma vaga no HP ao usuário da Rede. Um pedido de internação realizado pelo juiz ou promotor é sempre realizado, não podendo ser negado pela Central de Vagas, situação que remete, por sua semelhança histórica, à famosa *Lettre de cachet*¹⁶, típicas da França de 1759. Isso evidencia uma

¹⁶ *Lettre de cachet* era uma carta que servia para transmitir uma ordem do rei para privação da liberdade de um cidadão durante o antigo regime da França (FOUCAULT, 2003). Ele exigia a prisão, a expulsão ou o exílio de alguém. As pessoas que recebiam essa carta não eram julgadas, e iam diretamente à prisão ou ao asilo. Era uma demanda da população ao rei, para que ele auxiliasse com as pessoas que perturbavam a ordem. Parece que essa prática social ainda persiste na atualidade por meio dos ofícios judiciais que são

desassistência da população que, sem suporte territorial, recorre à justiça para garantir seu direito à Saúde. No ano de 2017, a metade do número de vagas do HP 2 era ocupada por meio dessa forma de internação, tanto na ala feminina quanto na ala masculina.

As internações judiciais são longas. Há juízes que apenas autorizam a alta hospitalar depois de um ano. Normalmente, são quase seis meses. Elas variam de acordo com o perfil do juiz. O promotor de justiça também tem poder para determinar a realização dessas internações. Elas duram menos tempo, cerca de quarenta a sessenta dias. Esse tempo longo deve-se ao fato de que ao conceder a alta é necessário enviar um relatório aos juízes. Muitas vezes, os magistrados não apenas demoram para responder como recusam-se a autorizar que a pessoa seja liberada, mesmo tendo um parecer fundamentado e positivo, enviado pela equipe de saúde. A promotoria geralmente não contesta as altas que lhe são recomendadas, mas solicita o envio do relatório ao HP e assim o fator burocrático determina a duração da internação, independente da necessidade terapêutica concreta da pessoa.

Os sujeitos internados judicialmente, na maioria das vezes, entendem a internação como um castigo e não como uma forma de tratamento. No HP 1 e no HP 2, testemunhamos a ocorrência de algumas intimações de juízes que chegavam à administradora e à psiquiatra diretora clínica, impedindo que o HP liberasse de alta as pessoas internadas por meio de ordem judicial, alertando que no caso de descumprimento dessa ordem, seria expedido um mandato de prisão do profissional responsável, no caso, da diretora clínica.

6. O funcionamento do Hospital Psiquiátrico e seus desdobramentos éticos

Esta pesquisa de campo foi realizada depois de treze anos de promulgação da lei 10.216, na qual o governo, desde 2001, passou a direcionar a maior parte dos recursos financeiros para o território, promovendo a criação de diversos serviços extra-hospitalares. Os HP passaram a receber menos repasses de dinheiro público a cada dia, e o cenário que observamos foi de estabelecimentos de internações trabalhando em situações cada vez mais precárias, fator que influenciava consideravelmente na qualidade dos trabalhos de atenção encontrados. No entanto, se o estabelecimento hospitalar continua funcionando, há que se ter responsabilidade ao lidar com seres

solicitados ao MP, para que o juiz ou promotor ajudem a retirar os sujeitos de seu território e colocá-los, segregados, num local de internação, separados do convívio social, mantendo a “ordem” social.

humanos, já que ainda oferta cuidados e recebe os usuários, do contrário, de acordo com a ética, não se deveria ofertar essas vagas de internação. Como exemplo, ao invés de diminuir as vagas, dadas as dificuldades econômicas, estavam frequentando no Hospital Dia (HD), equipamento do HP 1, dez pessoas a mais do que as trinta que sua capacidade real de acolhimento permitia, chegando a fazer quarenta internações durante as visitas de observação que realizamos. Isso nos possibilita ver o descaso e a falta de ética dos administradores do estabelecimento, consentida pelo DRS e gestão municipal, e o que é pior, a única justificativa desse precário espaço de acolhimento, que aumenta o número de pessoas internadas, é o interesse financeiro desse local.

Ao longo da entrevista com a psicóloga do HP 1, ela informou que praticamente não haviam mais atividades sendo realizadas com as pessoas que frequentavam o HD, os usuários estavam completamente ociosos. A médica psiquiatra não estava presente no momento, a assistente social estava de licença por uns dias, não havia terapeuta ocupacional contratada e, apesar dessa situação, as internações aumentavam, o que se configura como algo questionável, inclusive em relação a qualquer função terapêutica mínima, confirmando que atualmente ainda existem estabelecimentos institucionais funcionando apenas como depósito de pessoas. O que é ainda mais perverso é pensar que, todavia, em nossa sociedade, é possível explorar economicamente tal situação. A loucura continua sendo um campo rentável, mesmo no século XXI.

Observamos que a equipe de direção dos HP, de um modo geral, exerce uma conduta autoritária, o que piora a situação interna destes locais de internação, agravando ainda mais os problemas advindos da escassez econômica. No HP 1, houve uma troca do psicólogo e da assistente social, que antes era do Hospital Especializado (HE), com a psicóloga e o assistente social do HD, com a justificativa de que no HD estava havendo um vínculo excessivo dessa equipe com seus usuários. Essa troca visava, segundo a direção, que os técnicos não criassem relações afetivas com os internos, atitude bastante característica do controle e do abuso de poder, típico das equipes dirigentes e do modo de funcionamento de instituições totais (GOFFMAN, 1987). Os desdobramentos dessa manobra arbitrária foram ainda piores. No dia da assembleia, atividade que ocorria semanalmente, os usuários solicitaram que não houvesse mudanças na equipe, mas a direção disse que era uma decisão já tomada e que não haveria volta. Ao mesmo tempo, dizia que estava disposta a ouvir e pensar junto com eles, algo bastante ambivalente, em um momento que foi muito tenso para todos, funcionários e usuários. Podemos analisar e pensar sobre a existência de efeitos de alienação institucional produzidos pelo modo

como é realizada a gestão hierarquizada destes locais, e também um aspecto positivo, a força instituinte desses usuários que, diante dessa recusa, se mobilizaram, se reuniram e fizeram um abaixo assinado por todos, enfrentando a hierarquia do estabelecimento.

Nessas assembleias, que realizavam o HP 1 e o HP 2, as pessoas internadas que questionavam algo do funcionamento institucional, das condutas terapêuticas, das regras e rotinas do HP, logo eram impedidas de falar pelos técnicos que a todo momento diziam a elas que “era assim mesmo que o hospital queria que as coisas fossem e pronto”, geralmente em tom ríspido. Uma reunião que funciona desse modo não merece sequer o nome de assembleia, pois o que ali se fazia não condiz com significado desse termo. Essa reunião se caracterizava, nesses espaços manicomiais, apenas pela reunião de usuários para ouvirem as exigências da equipe e da administração, para saberem das novas regras, restando somente um pequeno espaço ao final que, por fim, eles acabam utilizando apenas para solicitar alguma manutenção da estrutura física como: chuveiro quebrado, lâmpada queimada, vaso sanitário entupido etc.

Ao contrário do que observamos nesses eventos nos HP, que incluíam operações de mudança dos técnicos ou “pseudo” assembleias nas quais não se considerava a vontade de seus frequentadores, o Institucionalismo (BAREMBLITT, 1994) propõe uma estrutura organizacional horizontal e uma reflexão crítica acerca das reais necessidades das pessoas que utilizam os estabelecimentos e equipamentos institucionais, para, a partir daí, buscar uma ação de trabalho em conjunto. Algo assim, nestas circunstâncias observadas, é algo praticamente impossível, dado o modo como a situação é conduzida pela direção e equipe técnica desses HP.

Mas, no momento em que os usuários se mobilizaram, tratava-se da retomada do saber próprio, que neste caso incluía o esforço que fizeram ao se reunir e solicitar que não houvesse a mudança da equipe, saber/poder do qual foram destituídos pela autoridade hierárquica do estabelecimento. O conceito de autoanálise da AI consiste justamente no oposto disso, em que estas mesmas pessoas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio, que lhes permita um saber acerca de sua vida. Não deveria haver separação entre as demandas dos usuários e os interesses da equipe dirigente. Estes estabelecimentos, que pretendiam realizar um trabalho “para” os seus frequentadores, não puderam pensar “com” eles os caminhos terapêuticos, permanecendo nas práticas de disciplina e controle, que se justificam apenas para a manutenção do poder, para garantir uma fonte de renda a um

determinado grupo de pessoas, demonstrando que o estabelecimento pertence, de fato, apenas, equivocadamente, à equipe dirigente e não aos seus frequentadores e/ou usuários.

Sobre o funcionamento autoritário dos HP, podemos recortar outros trechos do diário de campo. Houve um momento, numa das reuniões de equipe do HP 2 em que a médica psiquiatra disse, sobre uma internação que acabara de realizar: “Acho que ela tem que ficar internada aqui, sim, para ela ver como é ruim, dar um choque de realidade nela”. Os demais técnicos da equipe estavam argumentando que a pessoa em questão não tinha necessidade de estar internada, mas mesmo assim mantiveram a decisão da médica. O que chamava a atenção, para que houvesse algum tipo de questionamento quanto à internação, é que a condição econômica da pessoa internada destoava das demais internas. Ela não possuía características típicas da pobreza, comum entre os indivíduos que ficavam internados nos HP visitados.

Essa fala, indicando claramente que o local de internação não é um bom lugar, que é uma experiência negativa para os usuários, revela o descaso do estabelecimento para com as pessoas que buscam nele um cuidado para seu sofrimento. O que é mais incrível é que, mesmo na atualidade, o HP, por mais precário que seja em seu funcionamento, é um espaço que ainda pode representar para pessoas muito pobres uma oferta de condições de sobrevivência que elas dificilmente encontrariam em seus territórios, tais como comida, abrigo, roupa, higiene e cuidados mínimos de saúde. No entanto, isso não representa grande mérito para o HP que ainda assim se beneficia da situação de precariedade promovida pelo descaso do Estado para a sua manutenção, fortalecendo seu poder diante do território. Esse poder permeia integralmente tais estabelecimentos. Por exemplo, em outro momento, no HP 1, as profissionais relataram que:

[...] um casal que havia se formado, de dois usuários, começaram a faltar, e elas haviam dado alta para os dois. Uma semana depois, a mulher voltou em crise, trazida por seu companheiro. Elas indicaram que, agora, se ela quiser, vai internar no HE e depois volta para o HD.

O procedimento condicional imposto pelas profissionais, de exigir que a usuária teria que, primeiro se internar no HE, tinha por objetivo punir essa frequentadora do HD, parece realmente indicar que as internações em HP poderiam ser consideradas como castigos e não como oferta de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico.

Não é condição necessária internar no HE para depois ser admitido no HD. Isso foi apenas uma decisão arbitrária tomada pelas trabalhadoras, que exorbitavam de sua discricionariedade. É possível solicitar a entrada da internação diretamente no HD. É importante lembrar que o HE do HP 1 tem o mesmo funcionamento dos HP 2 e 3. E como pode um lugar em que os funcionários e usuários consideram como um lugar ruim, como disse a psiquiatra do HP 2, um local de punição, de más experiências, se efetivar como um espaço terapêutico e continuar funcionando nesta organização SM?

No funcionamento interno dos HP encontramos também, na prática dos atores institucionais, a lógica do PA, pois notamos que existe um interesse em recompensar certos comportamentos das pessoas internadas por meio de reforços positivos, o que parecia subsidiar algumas condutas “terapêutica” de certos trabalhadores. Descrevemos mais um trecho, de uma outra reunião de equipe do HP 2:

No momento em que começaram a discutir os casos falavam nome por nome, faziam um comentário de como aquela pessoa internada estava, geralmente se ela estava se comportando bem ou não. A questão comportamento era algo preocupante para eles. As enfermeiras se queixavam de haver internos furando a fila no almoço e na fila do remédio, todos se incomodavam com isso. O psicólogo sugeriu construir um painel que eles pudessem visualizar e onde colocariam estrelinhas para quem tivesse bom comportamento. Questionei se isso era algo terapêutico, houve um incômodo e a terapeuta ocupacional se juntou a ele, começaram a argumentar que ter responsabilidade diária era algo muito importante para eles, que isso fazia parte da recuperação e de uma boa condição emocional. A médica fez um corte na fala dos dois e disse “vamos prosseguir”, e iam dizendo os casos, rindo de alguns comportamentos das pessoas internadas.

Partir de um trabalho com as pessoas em sofrimento psíquico, que tem seu fundamento na disciplina dos indivíduos, no controle sobre seus corpos e na ironia com os comportamentos dos sujeitos psicóticos, revela novamente o descaso com que as práticas efetuadas no HP são desenvolvidas, demonstrando um afastamento do que qualquer fundamento ético indicaria às práticas em SM. Esses trabalhadores, ao que parece, dificilmente atuam com base em recursos teórico-técnicos específicos, mas parecem permanecer no plano do senso comum. Notamos que não estavam subsidiados por uma crítica em relação aos efeitos e sentidos de sua atuação, tampouco podemos esperar que se ocupem com os atravessamentos e transversalidades que os fenômenos do sofrimento mental possuem com a totalidade do campo social, considerado como um importante pano de fundo do trabalho na SM. Realizavam apenas um trabalho de

normalização dos sujeitos. Seguiam atravessados pela lógica do PA, induzidos a efetuar as regras do poder hegemônico, moldando as pessoas não aceitas no padrão vigente, em busca de um conformismo que continua a ser exigido pela sociedade desde a Idade Média.

Observamos numa reunião de família realizada no HP 2 que nesses encontros apenas eram reforçados, tanto por parte dos familiares quanto dos profissionais, os quadros psicopatológicos e a dificuldade da pessoa internada em fazer o uso correto das medicações. Numa determinada ocasião em que a assistente social não estava presente, quase todas as pessoas reclamavam dessa profissional. Disseram que ela agia com muita estupidez quando apresentava as informações sobre os parentes internados, citando exemplos, enunciando os diagnósticos escritos nos relatórios, sem demonstrar cuidado ou preocupação com possíveis efeitos emocionais desestabilizadores para os familiares que a ouviam. Ela geralmente informava que o parente internado possuía um determinado quadro psicopatológico e encerrava a conversa. Às vezes o membro familiar estava recebendo a notícia pela primeira vez e se sentia desamparado nessa situação.

Na mesma reunião, houve uma reclamação de que essa profissional utilizava de um estranho recurso no tratamento com as pessoas internadas que descumprem algumas regras do HP e criam alguns conflitos internos. Ela dizia aos internados rebeldes que ia enviá-los para a penitenciária. Um dos familiares disse: “Não quero ensinar ela atender, mas não é assim que se diz as coisas às pessoas que têm problemas mentais, será que ela não sabe disso?”. Por fim, foi possível presenciar e comprovar as queixas que diziam respeito a essa trabalhadora. Houve momentos em que ela se dirigia com rispidez aos usuários, dizendo: “Não sou sua funcionária, você tem que esperar”. Ou, ainda pior:

A assistente social, quando se refere a um usuário de drogas em conversa com a terapeuta ocupacional, o chama de desgraçado perante a equipe. Ninguém estranha. O telefone toca na sala, a terapeuta ocupacional atende, fica irritada com a administração que exige muito dela [...]. Ela diz que eles não querem saber de sua opinião, reclama da hierarquia, das demonstrações de controle deles, que no final eles sempre dizem que já está decidido. Ela se irrita, uma das pessoas internadas bate na porta e a assistente social fala para ela: abre a porta e desconta sua raiva nesse desgraçado.

Essas situações escancaram uma violência desses estabelecimentos que não é apenas moral, mas também física. Verificamos a existência de quartos de isolamento em

todos os três HP visitados, nos quais as pessoas eram amarradas aos leitos, algumas vezes apenas como castigo. Numa ocasião em que caminhávamos pela ala dos moradores do HP 2, a enfermeira falava à pessoa que estava deitada no chão que se ela não se levantasse iria amarrá-la. Muitas pessoas que chegavam de ambulância para a internação já vinham fisicamente contidas pelas equipes dos estabelecimentos da Rede de Saúde. É possível pensar que, assim como o eletrochoque foi banalizado nos antigos manicômios, conter fisicamente e aplicar doses altas de medicamentos são práticas que substituem essa terrível ferramenta na atualidade e são utilizadas cada vez com maior frequência.

Do mesmo modo, é possível observar a similaridade nos procedimentos de estabelecimentos de outra instituição, a Educação, em cujas escolas os castigos foram substituídos pelo uso de um medicamento que acalma o estudante rebelde, tal como a ritalina, por exemplo. Há professores que relatam observar que mais de cinquenta por cento dos alunos da sala de aula, atualmente, estariam fazendo uso de medicamentos como esse.

Na esteira das violências institucionais, notamos em outra situação que os HP seguem implementando cada vez mais estratégias de controle e de disciplina na sua lida com as pessoas internadas. Por exemplo, em relação ao cigarro, há uma regra institucional que prescreve que não se pode fumar quando se está internado. A direção justificava a adoção dessa medida afirmando que se tratava de uma lei¹⁷ determinada pelo governo, que de fato existe, mas também responsabilizava a equipe a função de garantir e vigiar para que as pessoas internadas ficassem em abstinência, pois, segundo as diretoras dos HP, isso era algo muito “saúdável” às pessoas internadas. Entretanto, o que podemos ver é que fazer valer essa regra implica aumento do sofrimento para elas. Há queixas constantes em relação a essa determinação por parte dos usuários internados, sendo que eles criam esquemas diários para fumarem escondido. Ocorrem ainda outros problemas por causa dessa proibição, tais como brigas entre os usuários internados, tráfico de cigarro, agressões, morte, exploração sexual por parte de funcionários com relação aos internos e entre as próprias pessoas internadas que estão em situação de abstinência do fumo.

Em uma reunião da equipe de trabalhadores, a psiquiatra diretora clínica de um dos HP comparou os auxiliares de enfermagem aos carcereiros das penitenciárias,

¹⁷ Lei nº 13.541, de maio de 2009, que proíbe o consumo de cigarro em diversos estabelecimentos.

dizendo que a equipe técnica deveria assistir ao filme de Pablo Escobar para saberem que existem pessoas que “jogam para os dois lados”, que no filme, baseado em fatos reais, os agentes penitenciários faziam favores aos presos e, segundo ela, no HP, os funcionários da enfermagem também estavam fazendo isso com os usuários. Essa discussão surgiu após ter se decidido, dada a grande insistência de um profissional, mesmo contra a vontade de toda equipe, não punir as pessoas internadas que fossem flagradas fumando. Esses internos, quando pegos, estavam sendo castigados: ficavam sem poder receber visita de familiares, eram proibidos de frequentar a cantina externa, não podiam realizar ligação semanal para conversar com sua família, às vezes eram recolhidos às alas de isolamento, ficando em locais fechados, sem pátio externo. Por fim, nesse caso, a direção aceitou a interrupção do uso desses métodos punitivos, mas que asseverou que isso não deveria ser contado aos auxiliares de enfermagem, para que eles não repassassem a informação aos internos. Não durou muito tempo e essa punição entrou novamente em vigor por desejo dos próprios técnicos que compunham a equipe de trabalhadores, algo bastante perverso e ligado a relação de poder entre eles. Quando não se possui referenciais teórico-técnicos, socioculturais, políticos e éticos claros e consistentes, diante da inutilidade e do fracasso da onipotência obtusa, a equipe, decepcionada e irritada, tende a reagir com maior truculência.

As pessoas internadas em HP sofrem muito por não poderem fumar durante o período de suas internações e não possuem recurso algum que lhes auxilie a suportar a abstinência. Essa situação constitui uma cena de horror típica nesses locais, manifestando-se como uma forma nítida de violência dos dirigentes e técnicos do estabelecimento contra os sujeitos internados. Podemos considerar isso como algo desumano, pois parece de fato ser algo unicamente arbitrário e repressivo. Não encontrar uma alternativa para solucionar esse sofrimento apenas justifica a permanência do mecanismo de poder do HP sobre a pessoa internada e, conseqüentemente, a distância que há entre as práticas de seus atores institucionais e a dimensão ética, aspecto que deveria ser fundamental para a organização SM.

7. O que justifica a permanência dos Hospitais Psiquiátricos?

Uma solicitação constante das pessoas internadas é a informação sobre a data na qual vão receber alta. Muitas delas perguntam, diariamente, como e quando vão sair do HP. Relatam que não querem ficar internadas ou que já estão se sentindo melhor e

necessitam ir embora para a casa. No entanto, na maioria das vezes, costuma ser sempre dito a elas, pela equipe técnica, que aguardem, que em breve vão sair ou sugerem que tenham paciência pois ainda precisam “melhorar” um pouco mais. A psicóloga do HP 2 esclareceu essa questão da alta ao longo de uma entrevista, demonstrando claramente qual seria a justificativa real que determina a duração do tempo de internação, explicando que os HP necessitam manter as pessoas internadas, preenchendo sempre as vagas disponíveis no estabelecimento, independentemente da necessidade terapêutica concreta das pessoas:

Pesquisador: Sobre a questão de ter que preencher vagas, dos 20 anos que você trabalha, isso sempre existiu?

Psicóloga HP 2: Sim. [fez um sinal de dinheiro com as mãos neste momento]. É uma coisa para manter o hospital, e é uma regra.

Essa lógica de preenchimento de vagas também foi relatada pela terapeuta ocupacional do mesmo HP 2. Ela disse que quando as ocupações das vagas ficam muito reduzidas, um profissional da administração solicitava à equipe que parasse de realizar as altas, pois já havia muitos leitos desocupados. Os leitos vazios representam menos dinheiro entrando no HP. Segundo a terapeuta sempre houve essa conduta no HP 2. Essa técnica trabalhava há mais de 25 anos nesse local, e relatou ainda que, num determinado momento, foi até a casa de uma pessoa que havia recebido alta, por determinação desse administrador, buscá-la de volta para o hospital, para que não se reduzisse o repasse de verbas.

O SUS somente repassa verba para o HP de custeio dos gastos com pessoas que estão internadas. Esse funcionário, que solicitava a interrupção da concessão de altas, por possuir um alto cargo hierárquico no HP, costumava ainda intervir inclusive no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, sem possuir qualquer formação em Saúde. Como exemplo disso, após um incidente na ala masculina, onde um interno havia quebrado as portas e ameaçado agredir as auxiliares de enfermagem, ele disse à equipe de trabalhadores que apenas as estruturas físicas do HP não conseguiam resolver o problema, que não adiantava instalar portas mais fortes. Continuou dizendo que “vocês precisam rever a questão dos medicamentos”, querendo dizer, claramente, que a médica deveria aumentar a dosagem dos psicotrópicos administrados para as pessoas internadas, realizando o que pode ser chamado de “contenção medicamentosa”. Por meio da medicação, as pessoas que estavam internadas aguardariam, sem se rebelar ou

contestar sua alta hospitalar, decidida pela equipe e/ou então pelos interesses da administração.

Infelizmente, a situação com relação a duração indeterminada e arbitrária quanto ao tempo de internação não é comum apenas no HP 2. A terapeuta ocupacional desse HP, que também trabalhava no HP 3, disse ainda que nesse outro estabelecimento o funcionamento das altas deve respeitar o mesmo critério, aguardar os preenchimentos das vagas para conceder as altas e assim evitar a diminuição do repasse do governo. No HP 1 isso também ocorria do mesmo modo. No diário de campo, em um momento que relatamos sobre uma reunião de equipe a que assistimos, e cujo tema consistia em decidir as altas hospitalares, pudemos observar essa situação:

[...] foram discussões mais implicadas com o tratamento, apesar da velocidade com que se passava de um nome para o outro e de que o fundamento das altas ainda era que a pessoa estivesse tranquila, algo “normalizador”, como se a pessoa estivesse sendo enquadrada em um determinado padrão para alta, se havia cumprido por volta de 20 dias e se não houvesse ultrapassado o número limite de altas do HP, para que não saísse mais pessoas do que as que entravam para a internação e o teto do repasse de verbas não ficasse em risco. Com base nesse critério, algumas altas eram concedidas. Esse era um ponto muito triste. O que mais me incomodava como psicólogo quando eu trabalhava neste estabelecimento, era que as altas fossem determinadas desta maneira. Ver as pessoas terem que ficar mais tempo por causa de uma lógica econômica me fazia brigar com a equipe e não ser desejado nas reuniões. Em tom de brincadeira eles diziam: “ufa, o psicólogo não vem hoje, não teremos que nos preocupar tanto com as altas”.

É comum que as pessoas internadas em HP não tenham conhecimento sobre seu processo terapêutico e é evidente que nenhuma delas sabe sobre os interesses econômicos do estabelecimento, fator que interfere significativamente na decisão de conceder ou não sua alta hospitalar. Certos desconhecimentos típicos, segundo a AI, operam na manutenção e permanência das instituições totais, que se manifestam em alguns elementos tais como o dinheiro, o uso do tempo, o controle da informação, formas de uso do poder. Eles aparecem tanto na importância do fator econômico, da renda mensal que recebem os trabalhadores e proprietários desses HP, quanto nos atravessamentos de poder que mantêm as relações de controle entre as pessoas. Garantir a permanência do HP é algo ora latente, ora manifesto, mas determinante na conduta de trabalho dos técnicos e dirigentes desse estabelecimento. Os profissionais desse estabelecimento viabilizam o repasse de verba pública e particular para esses locais,

prolongando indefinidamente a permanência de pessoas internadas sem necessidade de tal intervenção, apenas para manter ativa sua fonte de renda. Mais preocupante ainda é o preço pago pelos sujeitos aprisionados, que são medicados, amarrados, afastados da sociedade, estigmatizados e, inclusive, mortos, ainda na atualidade.

Não é como metáfora que citamos a morte como consequência desse funcionamento psiquiátrico, no qual a internação ainda é um recurso muito utilizado na SM. Não há um cuidado efetivo às pessoas que demandam de suporte para o seu sofrimento psíquico, e, sim, um sistema que mantém clientes em potencial, que vivem processos cíclicos de internação nos HP, colocando os sujeitos numa condição que estão fadados a falecerem, não só pelo uso intenso de psicotrópicos como pelo estigma social que os marginalizam. Inclusive, nos serviços de Saúde em geral, seus sintomas costumam ser constantemente associados às questões psíquicas e não recebem a devida atenção pelos diferentes setores da Saúde. Por exemplo, é comum ver uma pessoa de estrutura psicótica se queixar de uma dor, na barriga, no coração etc., e técnicos de Saúde dizerem que se trata apenas de algo “psicológico”, “sintoma de fundo emocional” e não realizar exame clínico algum e a pessoa vir a óbito devido à sua queixa, com uma parada cardíaca ou qualquer outra complicação de saúde. Esses sujeitos não são ouvidos, acarretando literalmente no falecimento dessas pessoas que recebem a marca da “loucura”.

A morte das pessoas internadas foi ainda pior há algumas décadas atrás, uma barbárie retratada no livro “Holocausto brasileiro”, da jornalista Daniela Arbex, publicado em 2013, no qual relatou e documentou a história de um hospital psiquiátrico no estado de Minas Gerais. As cenas de horror a que somos conduzidos ao longo da leitura retrata a questão também referente ao interesse financeiro dos HP, inclusive quanto ao número de óbitos das pessoas internadas. No hospital mineiro, fechado na década de 1980, as pessoas internadas morriam cotidianamente.

Até o início de 1980, cerca de sessenta mil pessoas morreram dentro desse HP. Entre esses mortos, quase dois mil tiveram seus corpos vendidos. Os administradores do HP vendiam os corpos às universidades que possuíam cursos na área biológica e necessitavam de cadáveres para estudos. Quando essa demanda das universidades cessou, devido ao grande estoque que acumularam, houve uma solução horrorosa do HP, momento do livro de embrulhar o estômago: instalaram no centro do pátio do hospital um grande recipiente cheio de ácido e as pessoas internadas mesmas ajudavam a jogar os corpos dos colegas mortos ali.

Nos HP visitados para a realização deste estudo, as ações institucionais norteadas pela primazia da dimensão financeira, promoviam também um processo de infantilização dos sujeitos internados, estratégia de controle bastante utilizada tanto nos HP quanto nos estabelecimentos substitutivos a ele, pois contribuí para a manutenção dos interesses do estabelecimento, reforçando a hierarquia do local. Como exemplo, durante nossas visitas de observação participativa, ouvimos uma terapeuta ocupacional da clínica particular do HP 2, em tom de brincadeira, dizer para a psiquiatra que trabalhava na ala do SUS e na clínica particular, “e como vão nossos filhos?”, se referindo às pessoas internadas, iniciando o relato de uma situação que acabara de acontecer. Ela contou sobre o caso de um homem internado há muitos dias naquela clínica, que a família iria montar um quarto para ele, trazer seus móveis, com *internet*, computador, cama, armário, dizendo que ele vai trabalhar aqui no HP, que faz parte da administração. Neste dia, quando os móveis chegaram, esse homem gritou muito, xingando todos os funcionários, era possível ouvir os gritos a uma longa distância. Essa família tinha boas condições financeiras, pagava cerca de R\$ 500 reais a diária da internação de seu filho.

Nessa clínica particular do HP 2, algumas pessoas eram internadas inicialmente pelo plano de saúde privado que paga cerca de 200 reais a diária, mas que tem uma quantidade restrita de diárias de internação, por volta de quinze a vinte dias. Os funcionários dessa clínica – equipe técnica, limpeza, cozinha, rouparia e os remédios que utilizam – eram custeados com verba do SUS, cujo repasse mensal o HP 2 recebia dos Fundos Nacional e Estadual de Saúde. O valor mensal que a clínica particular recebia pelas internações não cobriam todos os gastos de manutenção, pois ainda havia poucos leitos ocupados, menos de dez, o que era insuficiente para suprir as despesas hospitalares. Parecia evidente que a construção dessa clínica particular estava sendo custeada com dinheiro público. No entanto, a administração se justificava, com a promessa de que no futuro seria essa ala particular que iria custear as despesas da ala pública. Nesse caso há uma incongruência muito explícita: a Saúde Pública, com suas leis e portarias da SM, objetiva oferecer tratamento no território às pessoas em sofrimento psíquico, não justificando a alternativa proposta pelo HP, que apenas faz sentido dado seu interesse em manter um local que gerasse renda às diversas pessoas empregadas nesse estabelecimento. Na verdade, sabemos que, cinicamente, é o contrário: o dinheiro público acaba custeando todos os gastos para a clínica particular poder render lucro líquido.

8. As práticas institucionais mantenedoras e contestadoras no campo da Saúde Mental

Pretendemos, neste momento, discutir alguns aspectos gerais do funcionamento dos HP que dizem respeito aos modos de atuação dos atores institucionais utilizando dois diferentes conceitos analíticos da AI. Um desses modos, que consideramos mantenedor, tem as características de um funcionamento “alienado”, reprodutor, instituído, que interioriza as interdições, sublima com mais ou menos habilidade os desejos dentro do respeito sobre-repressivo, contribuindo para a manutenção da ordem estabelecida, e em seus procedimentos existe um interesse em manter intacto o estabelecimento e também a instituição da qual depende.

E o inverso desse conceito mantenedor, que consideramos como um funcionamento contestador, instituinte, que possui, por meio de sua reflexão crítica, de sua “consciência de classe”, um estado de disponibilidade para ações coletivas que visam os processos de transformação institucional. Observando esses dois aspectos, de um lado há implicações institucionais como a soma de pertencimentos subjetivos e objetivos, existem referências na qual se inscrevem estes indivíduos (grupo, organização) contestadores. Por outro lado, a distância institucional das ações mantenedoras é, inversamente, uma soma dos não-pertencimentos subjetivos e objetivos e das não-referências nas quais o indivíduo (grupo, organização) também se inscreve (ALTOÉ, 2004). Utilizaremos relatos de algumas reuniões de equipe às quais assistimos nos HP visitados para ilustrar esses conceitos.

Era comum nas reuniões de equipe tanto no HP 1 quanto no HP 2 proceder a uma leitura corrida de uma lista com todos os nomes das pessoas internadas. Os profissionais iam lendo e apresentando uma apreciação sobre o estado de cada uma, mas rapidamente. No caso do HP 1, o médico seguia dizendo após a leitura dos nomes: “esta é crônica, tem que ficar mais”. Essa frase era a que dizia com maior frequência. Em nenhum momento ele se referia às pessoas internadas como um sujeito com desejos e vontades. A impressão é que sempre se referia como sendo um objeto de intervenção, sem mais. No HP 2, a enfermeira, durante um diálogo que teve com a equipe, comparava um interno morador com uma criança pequena, e às vezes também dizia que o comportamento dele se assemelhava ao de seu cachorro, era um senhor com pouca

elaboração cognitiva, que não compreendia bem os diálogos, apenas correspondia os comandos, mas tinha costume de pular as janelas e cercas do hospital.

Segundo Costa-Rosa (2013), esses modos de relação dos técnicos com os usuários dos serviços podem ser analisados se considerarmos as características do Paradigma Asilar (PA) e as da Atenção Psicossocial (AP). No primeiro caso, temos os sujeitos reduzidos a objetos, passíveis de intervenção, tal característica se manifesta no discurso manicomial do médico e da enfermeira; no segundo, o sujeito como agente, protagonista dos caminhos de seu tratamento. São dois modos diferentes de visualizar um sujeito, fundamentados em duas éticas diferentes e que subsidiam ações diversas dos profissionais, possibilitando, ou não, práticas terapêuticas aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Num sentido oposto ao do médico com funcionamento mantenedor, fundamentada na AP, uma psicóloga do HP 1 apresentava de modo contestador, ao longo da reunião de equipe, questões relativas ao plano subjetivo das pessoas internadas, às quais não se dava importância. A assistente social pouco falava nessas reuniões e a enfermeira reforçava todas as queixas de “crise” das internas, indicando quem estava mais confusa ou mais tranquila, e assim concluíram nessa reunião que dariam alta apenas para duas das pessoas que já estavam contando por volta de dois meses em internação. Ainda foi possível levantarmos uma questão, perguntando se caso as deixassem mais tempo internadas, as que ficaram sem alta, quanto elas melhorariam ali dentro? E o médico disse: “mas tem que dar o tempo”. Ora, o tempo de gerar o lucro financeiro do HP, como nos foi possível observar, apesar do discurso dele de ainda insistir que “a pessoa é que ainda não havia encontrado seu equilíbrio emocional para receber a alta hospitalar”.

Nessas reuniões, notamos que, no sentido em que as discussões de casos aconteciam, ao apresentar alguns aspectos subjetivos das internas, a psicóloga realizava uma prática contestadora, num espaço em que o olhar da equipe se referia sempre a disciplina e ao controle, visando constantemente a normalização das pessoas em sofrimento psíquico. A presença de referenciais teóricos em seu discurso, a proximidade pessoal que dispunha para com as internas, as preocupações que ela relatava sobre sua técnica e seus desejos não atendidos pelo estabelecimento permitiam a ela desviar do foco coletivo e dizer de outros aspectos das pessoas que ali estavam internadas, diferente de seus colegas de trabalho, como foi possível percebermos em diálogos com ela ao longo da observação participante. Essas características nos fazem considerar a prática dessa psicóloga implicada, e também por sua queixa constante quanto a

incapacidade de romper a lógica manicomial sozinha, de trabalhar de modo diferente dos outros profissionais dentro deste HP.

Para nós, que optamos por analisar situações institucionais de internação psiquiátrica, essa atuação profissional evidencia que o contato com as nossas questões pessoais e sentimentos nos permite intervir neste campo da SM de um outro modo, diferentemente das tecnologias rudimentares de controle e disciplina, que não visam à saúde dos sujeitos, mas sim a manutenção do estabelecimento institucional, garantindo apenas o privilégio de algumas pessoas sobre as outras.

Na prática mantenedora, esse aspecto emocional também pode ser esclarecedor desse modo de atuação. No caso do HP 2, a assistente social relatou que constantemente sentia pena de alguns usuários, se emocionava com eles, em uma determinada situação, quando um interno com grave comprometimento cognitivo falou em terceira pessoa com a mãe dele, ela chegou a chorar ao ouvi-lo dizer: “mãe, vem buscar o menino”. Entretanto, com as outras pessoas internadas, sem comprometimento cognitivo, sua postura, sempre rude, prevalecia a todo o momento. Esse comportamento mantenedor era congruente com o projeto latente do PA.

O HP necessita adoecer seus usuários de forma a poder prolongar sua permanência. O trabalho dessa profissional contribui com esse trabalho do HP, sem questioná-lo. Esses técnicos não se perguntam sobre o sentido daquilo que faziam, não refletiam sobre quais comportamentos reforçavam e quais rechaçavam. Pensar nesse sentido, nos fins para os quais contribuem as práticas e ações desenvolvidas pelos trabalhadores é esclarecedor quanto aos objetivos institucionais visados, que seguem contribuindo com a produção de profissionais não questionadores, conformistas e fortemente impregnados pela lógica e ética do PPHM.

A diretora do HP 1 – local onde trabalhava a psicóloga que apresentava características contestadoras –, relatou em sua entrevista que considerava que a maior parte das internações era desnecessária como estratégia de tratamento, o que nos fazia pensar o quão estranho é a existência e permanência desse estabelecimento na organização SM, e ainda, por que então essa diretora não intervinha para que houvesse alguma mudança? Vejamos:

Pesquisador: O que você pensa da internação como estratégia de tratamento para essas pessoas?

Diretora HP 1: Algumas pessoas eu acredito que precisam de internação, sim, não são todas. Se a gente fizesse uma análise de todos

que aqui estão, eu acho que ficaria metade e a outra ficaria lá fora, ou talvez até uma porcentagem maior, porque alguns necessitam realmente estar internados para que eles não possam se prejudicar lá fora e não prejudicar alguém lá fora, mas outros eu acho que falta o assessoramento ou o conhecimento, eu não sei, talvez seja a falta de preparo da família, de estar ali trabalhando com aquela pessoa. É como um autista, uma pessoa com síndrome de down, eu acho que precisa a família estar junto, e não relegar a um hospital, abandonar[...]

A fala dessa diretora evidencia a falta de sentido que há no grande número de pessoas internadas nesses hospitais, o que confirma nossas observações de que tais locais servem, sobretudo, como geração de renda para os administradores e profissionais dos HP, à custa da exploração do sofrimento de diversas pessoas. Em seu discurso, em um determinado momento da entrevista, tal como fazia a enfermeira do HP 2, ela comparou as pessoas internadas aos autistas, às pessoas com síndrome de down, e houve um momento em que ela também comparou os internos aos animais, quando falava que as pessoas internadas possuem comportamento sem raciocínio, ela disse: “elas são como bichos”. Essa fala, tão semelhante às diversas outras ocorrências típicas da história dos manicômios do século XIX, foi enunciada em 2014, ano em que desenvolvemos esta pesquisa de campo.

E quando pensamos sobre a predominância determinante que possui a questão financeira dos HP na cidade em que realizamos o presente estudo, esse fator parece explicar a ineficácia, também, da construção da Rede de SM desse local, elucidando alguns enigmas. Para quem seria vantajoso montar essa Rede? Quem lucraria com a construção da RAPS, orientada pelo paradigma da Atenção Psicossocial? Ou então, quem perderia privilégios econômicos com o fechamento dos HP? Não é difícil saber que a classe dominante local é a detentora dessas vantagens, os administradores de estabelecimentos, psiquiatras com seus altíssimos salários, gestores municipais que evitam construir uma Rede complexa, com diversos atores institucionais, e seguem, de um modo reducionista, acreditando que internar seria a solução mágica para os problemas dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso. Isso, sem contar, extrapolando a questão do município, o tema da alta lucratividade da indústria farmacêutica, que muito se beneficia com dinheiro público. Suas vantagens e seu lucro são enormes e mal podemos dimensioná-lo. Os interesses dos usuários não são contemplados e eles ocupam o lugar rebaixado reservado para os dominados. O funcionamento da política de

SM deveria favorecê-los, mas a força é, neste caso, posse do poder hegemônico que, infelizmente não está do lado deles.

A fala da diretora do HP 1 era efeito de sua característica mantenedora. De modo algum em seu discurso, ao longo da entrevista, ela questionou o estabelecimento, e apenas visava justificar a existência do HP, argumentando que havia falta de suporte adequado em SM no território. Há um desejo latente de que essa Rede de Atenção Psicossocial permanecesse como estava, sem estabelecimentos substitutivos e com base exclusiva na internação. Sua preocupação consistia, segundo ela, em manter funcionando o estabelecimento e assegurar os empregos de todos os “seus” funcionários. Todavia, uma compreensão complexa do que seja efetivamente o território, mais especificamente do campo social em sua amplitude, tende a escapar aos atores institucionais dos HP em geral.

Além da diretora do HP 1, a psicóloga desse estabelecimento relatou ao longo da entrevista que, de acordo com sua concepção, os aspectos que abrangem a dimensão social envolvem apenas o trabalho com os parentes das pessoas internadas, o que seria realizado nas reuniões de família, demonstrando uma compreensão bastante limitada e reducionista do que significa o plano social.

Notamos que os trabalhadores dos HP, sobre o seu trabalho, deixam de levar em consideração importantes planos analíticos que são apresentados pela AI, tais como as dimensões micro e macro políticas, o atravessamento do Estado, do sistema econômico vigente, entre outros tantos que configuram o complexo campo social, com seus movimentos e transformações que necessitariam ser levados em consideração no suporte técnico e terapêutico dispensado às pessoas em sofrimento psíquico.

Nesses estabelecimentos de internação psiquiátrica, o olhar que deveria ser complexo tende a ficar reduzido a uma lógica de atuação limitada por parte dos atores institucionais e pela rigidez da dinâmica institucional. As práticas mantenedoras observadas, tanto do médico que pensa que é justo modular o tempo de duração da internação, visando a que o HP recebesse recursos do governo; quanto a abstenção da assistente social que participava dessa ordem de coisas, conivente e sem contestar os critérios escusos que fundamentam a concessão ou não de alta, ou ainda dos reforços comportamentais realizados pela enfermeira, do olhar preconceituoso da diretora, entre outras, carecem de uma crítica e uma vontade de análise da situação em que esses profissionais atuam. Notamos inclusive que as técnicas empregadas por esses atores

institucionais continuam sendo pautadas apenas em questões morais, do mesmo modo como ocorria nos tratamentos do século XIX.

Nesse mesmo rumo das práticas mantenedoras, no HP 2 presenciamos a psiquiatra de plantão se recusar a atender uma das pessoas internadas que havia se queixado dos medicamentos que estava recebendo, alegando que sentia fortes efeitos colaterais. Ela estava muito incomodada e solicitou ajuda ao psicólogo, que procurou a médica. Mas a psiquiatra plantonista respondeu ao psicólogo: “não é minha obrigação esse paciente, a médica dele que vai arrumar os medicamentos dele”. Essa outra médica apenas chegaria no outro dia e o sujeito não foi atendido, mesmo sofrendo com as reações provocadas pelo medicamento. Nesse caso, ao que parece, a profissional não apenas trabalhava a partir do modo mantenedor, como passou a desenvolver, também, uma conduta perversa de atuação.

Desse modo, quando não há recursos teórico-técnicos para fundamentar de forma consistente uma prática profissional, garantindo a ética da atuação, as forças hegemônicas é que direcionam o sentido das ações dos atores institucionais. Muitas vezes, sua característica mais evidente consiste em usar de violência para manter as coisas como estão, evitando imprevistos e fazendo prevalecer a ordem do local.

As técnicas psicossociais de atuação que obtivemos ao longo de anos de formação profissional, assim como a utilização teórica da AI, nos auxiliam no rompimento com estas lógicas opressoras. Entendemos que não é possível realizar uma prática sem um suporte teórico e sem a implicação ética do profissional, que necessita refletir sobre as questões que o afetam no seu trabalho, realizando um cuidado de si para atuar em equipamentos da Saúde. Esta necessidade de um cuidado de si, que incluiria estudos, leituras, cursos e também psicoterapia pessoal, torna-se ainda mais importante entre os atores institucionais que trabalham em locais onde as ações e os modos de funcionamentos são muito rudimentares tal como verificamos nos HP. No entanto, um trabalho de formação continuada, de psicoterapia pessoal, de supervisão é algo ausente nesse contexto, era muito comum ouvir relatos de sofrimento psíquico de diversos profissionais dos três HP visitados.

A terapeuta ocupacional, por exemplo, não conseguia sair de férias, acumulando constantemente esse seu direito de trabalhadora, justificando que o hospital passava por muitas mudanças e que sempre acabava, quando aproximava de suas férias, sendo um momento ruim para ela se ausentar. Quando conseguia, gozava apenas da metade, quinze dias, e constantemente relatava estar cansada, já sem força para realizar algo

novo em seu trabalho. Essa profissional poderia ainda ser considerada privilegiada, pois outros técnicos relatavam que usavam diversos psicotrópicos, apresentavam queixas e sintomas depressivos, indícios de síndrome do pânico, entre outras tantas formas de sofrimentos psíquicos.

Para o trabalhador da SM, desenvolver uma estratégia de cuidado de si é muito importante, tanto quanto a construção de uma reflexão crítica acerca do campo social em sua complexidade. Esse modo de conduta é uma atenção necessária à sua atuação, ao seu próprio cuidado, à sua saúde mental e do outro. É preciso visualizar os processos terapêuticos com cuidado, de um modo ampliado, em seus diversos atravessamentos com as dimensões subjetivas e sociais para não atribuir aos sujeitos questões que são de ordem social, evitando incorrer no erro de psicologizar/patologizar os indivíduos que buscam suporte nestes serviços e, menos ainda, infantilizar, violentar, disciplinar e controlar as pessoas em sofrimento psíquico, há nisso um adoecimento do próprio trabalhador, visível.

9. O funcionamento do Hospital Psiquiátrico, as contradições institucionais e a prática de violência cotidiana

A psicóloga de um dos HP, durante sua entrevista, ao seu modo, comentou sobre essa contradição no discurso do estabelecimento com as práticas institucionais que de fato ocorrem nesses locais:

Psicóloga HP 1: [...] eu não sou contra internação, a internação nesse modelo eu sou contra, eu acho prejudicial porque infelizmente o real não é prescrito, o real é diferente do que tá prescrito, a organização prescrita é uma coisa, ela é bonita de se ler e a organização real é diferente, não existe atendimento como deveria existir.

A contradição nos discursos institucionais evidencia o funcionamento predominante de práticas de dominação, violência, aumento da alienação social, adaptação sociocultural e mistificação ideológica, que são funções existentes nas diversas instituições sociais da sociedade capitalista. Como profissionais, precisamos empreender uma reflexão crítica que ajude a compreender e a distinguir os paradigmas que, com suas teorias, métodos e técnicas, orientam nossas ações. É importante buscar discernir o que é produto de forças sociais dominante e o que pode ser útil à produção de uma Saúde Mental que se alinhe com a perspectiva da Atenção Psicossocial. Trata-se

de considerar que os segmentos dominados e explorados precisam ser elevados ao *status* de protagonistas dos processos de atenção que lhes concernem, e, assim, construirmos, de fato, outras possibilidades existenciais que auxiliem no atravessamento dos sofrimentos psíquicos das pessoas que utilizam da organização de SM.

Ao observar a rotina de trabalho dos HP neste município em que realizamos o presente trabalho, no ano de 2014, foi possível visualizar uma realidade que caminha na contramão de qualquer ideia que possibilitaria a autonomia dos sujeitos e dos coletivos institucionais. No contexto da internação institucional, podemos dizer que não há nada sendo oferecido que permita que as pessoas internadas trabalhem seus problemas e dificuldades, elas apenas são obrigadas a cumprir horários e atividades da rotina cotidiana do HP, tomar os medicamentos receitados e respeitar docilmente a equipe de trabalhadores de SM, que, sempre atarefada com a burocracia, nunca consegue realizar uma escuta cuidadosa dos sujeitos, muitas vezes por estar tão adoecido quanto a pessoa que está atendendo.

O HP é um lugar onde predomina a frieza emocional, espaço de ações perversas. Normalmente, quando entramos em uma sala do HP1 para fazer uma reunião de equipe, demoramos uma hora para começar a discussão dos casos. Como demora muito, as pessoas internadas abriam e fechavam a porta e os profissionais da equipe sempre diziam, toda vez que alguém interrompia: “dá licença, estamos em reunião”, com um tom ríspido e imperativo, mesmo não havendo começado as discussões dos casos, sendo que estávamos ali apenas em uma conversa informal.

Quando começamos a reunião de fato, os discursos assumiram uma lógica disciplinadora e de controle. Discutiu-se sobre um caso de uma determinada interna, sendo que a psicóloga e a enfermeira comentaram que, em sua opinião, a filha dessa pessoa internada era quem tinha que aprender a dar limites para a mãe. Ao conhecer a pessoa que estava internada, durante as observações participantes, não foi difícil perceber que se tratava de uma pessoa com um discurso desorganizado, que passava por um momento de confusão, com um sério comprometimento cognitivo, parecia apresentar uma estrutura de personalidade psicótica e, nessa situação, as estratégias de cuidado exigidas passavam longe de ensinar a filha a dar limites a ela. Seriam necessários outros recursos técnicos para conduzir, nesse caso, um possível trabalho terapêutico com essa pessoa.

No HP 2, não apenas faltava uma atenção adequada em Saúde Mental às pessoas internadas, mas ainda ocorriam outros fatos gravíssimos. Houve um dia em que dois

internos renderam um auxiliar de enfermagem, o agrediram e tentaram matá-lo asfixiado. Esse profissional trabalhava na Unidade de Internação Intensiva (UII), sozinho, a outra auxiliar acabara de passar o plantão para ele, sendo que ela também trabalhava sozinha nesse setor. A UII era considerado um lugar perigoso, todos temiam esse local, era fechado, com pessoas em surto, que acabavam de chegar para a internação ou que haviam tido problemas no HP e estavam lá como “castigo”. O auxiliar de enfermagem agredido era um rapaz tranquilo, gentil, sempre cordial com os outros funcionários, algumas vezes ele agia de forma ríspida com alguns dos internos, talvez já bastante estressado com o peso da rotina manicomial – que, certamente também afeta negativamente os trabalhadores –, pois trabalhava em um local de difícil manejo técnico. Era uma tarefa intensa e desgastante conseguir lidar com as pessoas em crise no HP, trabalho que continha um alto grau de dificuldade. A equipe técnica relatou e registrou o fato da agressão no livro de intercorrências.

Como o caso ocorreu no fim de semana, apenas no dia seguinte um profissional fez um relato do ocorrido para a equipe, e o que nos impressionou é que logo após esse fato impactante ser relatado ele deixou de ter importância, foi integrado à rotina e todos voltaram a dialogar corriqueiramente do cotidiano do HP. A médica psiquiatra, em dez minutos, ou menos do que isso, já retomava a atividade que estava fazendo, prosseguindo com a leitura das demais anotações do livro de intercorrência. Os atores institucionais desenvolvem, nesse espaço manicomial, uma falta de afeto para qualquer acontecimento, um encouraçamento, que mesmo uma ocorrência de tamanha dimensão como essa tentativa de assassinato de um colega de trabalho, logo é banalizada e esquecida.

A administração do HP, para piorar ainda mais as coisas, por ordem da médica psiquiatra diretora clínica, liberou as portas e permitiu que os rapazes agressores fugissem do manicômio, não tomou nenhuma outra providência, não apresentou qualquer denúncia, não prestou outro suporte ao funcionário, vítima da agressão, além de conceder quinze dias de licença saúde, dado que ele estava emocionalmente muito abalado, com base em um atestado psiquiátrico. Depois do término do seu afastamento, ele retomou seu trabalho, normalmente.

No ano de 2016, neste mesmo HP 2, houve um assassinato dentro do estabelecimento, por motivo banal. Duas pessoas que haviam sido internadas, por fazerem uso de drogas ilícitas, assassinaram uma outra pessoa internada. Alguns disseram que foi por furar a fila do almoço, outras pessoas disseram que houve um

motivo mais “sério”, que de sério não teria nada, tão banal quanto furar uma fila de refeitório, relataram que foi por briga por causa de cigarros. Outro enfermeiro precisou pedir uns dias de licença saúde, ele também ficou abalado emocionalmente por presenciar a cena do assassinato, ver a pessoa morta, ter realizado um diálogo com os internos que assassinaram e o contato com a família da pessoa que morreu. Esse enfermeiro foi questionado pela psiquiatra diretora clínica, ela disse para ele: “você nunca viu ninguém morrer?” Ele disse que sim, muitas vezes, “pois já havia sido enfermeiro de hospital geral, em clínica cirúrgica, mas nunca havia visto algo dessa natureza”, respondeu a ela, com essa frieza que ele presenciou, dos dois internos que mataram e conversaram com ele, minutos após o ocorrido, como se nada tivesse acontecido. O enfermeiro disse: “Eu pensei que uma hora dessas podia ser eu”, ele dizia, “um depois que matou foi dormir, o outro ficou sentado conversando tranquilamente comigo”. Nesse caso, as pessoas que cometeram o crime foram presas, a polícia foi ao HP e efetuou a prisão dos dois sujeitos. A diretora clínica do HP lidou com a situação manifestando indiferença, parecia não se afetar, era uma pessoa fria e indiferente com a maioria dos funcionários.

O modo como é desenvolvida a relação institucional nos revela o funcionamento da instituição, como os atores institucionais se relacionam entre si e, conseqüentemente, como eles se relacionam com os usuários de seus serviços. No HP 2, a ala feminina é considerada um local muito difícil de se trabalhar e portanto, representa e é entendida como um castigo aos auxiliares de enfermagem. Atuar na ala particular, por outro lado, é considerado um prêmio. Àquele trabalhador que agradar mais ao estabelecimento lhe será concedida a vantagem de trabalhar em um local mais prestigiado.

Conforme a construção dessa clínica particular vai avançando em sua estrutura, ao mesmo tempo, vai desativando, demolindo e construindo novas alas no espaço do antigo prédio do HP 2. Dentro do HP 2 tais distinções ainda se evidenciam, por exemplo, nos jalecos e uniformes, que são diferentes, os do antigo HP 2 são de um jeito e os da nova clínica são de outro. Também existem cartazes avisando que nenhum funcionário pode entrar na ala particular sem permissão, apenas alguns funcionários podem entrar lá, outros são expressamente proibidos, marcando uma cisão que também expressa o jogo de poder interno. No lado público do HP 2 faltam muitas coisas. Ali, por exemplo, não há ventiladores nos quartos, no outro, os quartos possuem ar-condicionado; ali, a comida é fria e ruim, queixa constante das pessoas internadas pelo SUS. Já na ala particular, a propaganda da clínica inclui fotos de um belo e farto

cardápio cotidiano, como um buffet de hotel; na rouparia, que é a mesma para todo estabelecimento, as roupas das pessoas internadas nessa ala são passadas a ferro, enquanto que para o restante do HP há apenas uma máquina a vapor, com a qual se passam as roupas de todos os demais. Pelo que podemos visualizar, trata-se de uma caricatura reproduzindo, de modo concreto, a divisão de classes que predomina comumente na sociedade.

Devemos lutar contra a lógica que constrói classes de privilegiados e, por outro lado, classes de dominados, para que sejamos capazes de trilhar caminhos que possibilitem o equacionamento de algumas demandas dirigidas à organização SM. Podemos inclusive pensar que o estabelecimento adoece, tal como seus usuários. Podemos notar que haveria uma certa semelhança entre a dinâmica institucional do HP e as pessoas com pouco recurso cognitivo e pouca autonomia, que elas costumam repetir sempre uma mesma pergunta, muitas vezes falando sobre um mesmo assunto, repetindo uma mesma ideia. O HP também faz esse mesmo movimento: um interno relatou que o HP é um local, segundo ele, muito chato, onde os técnicos sempre fazem as mesmas perguntas: “como você dormiu?”, “está comendo?” etc., em todos os encontros realizados entre os técnicos e os usuários. Qual a diferença desses indivíduos nominados pelos técnicos de “crônicos”, que andam pelo HP recitando a mesma frase? Podemos pensar que o mesmo estabelecimento que cria esse adoecimento nos sujeitos, também se transforma em um local adoecido.

Os modos asilares de funcionamento desse estabelecimento necessitam ser desconstruídos. A relação dos profissionais com as pessoas atendidas pelos serviços de SM deveria ser calcada em dispositivos teórico-técnicos, políticos e éticos pautados pela Atenção Psicossocial. Existem caminhos diferentes a serem seguidos, propostos pela RPb, trabalhos que nos respaldam no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico intenso. Na falta desses suportes, o que resta mesmo é realizar uma prática de controle e disciplina, lidando com aquilo que não sabemos manejar, mantendo distante a ética que possibilitaria que fossem tomadas decisões de modo horizontal. Produzir um saber coletivo junto com as pessoas que são atendidas é algo importante nas práticas deste campo complexo e dinâmico que compõem a SM e isso necessita fazer parte das ações institucionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No interior dos Hospitais Psiquiátricos ocorrem diversas situações de difícil manejo que estão ligadas às interpelações dos atravessamentos que a organização Saúde Mental vivencia constantemente. Os problemas dessa organização necessitam serem contextualizados no plano institucional e sócio-político para não permanecermos em considerações funcionalistas que apenas mascaram a realidade do poder e da política, reduzindo os problemas às questões unicamente de ordem psicológica individuais. Nossa perspectiva teórica, neste trabalho de pesquisa, parte da observação de que o poder e as práticas disciplinares, no século XXI, estão mais sofisticadas e qualitativamente mais dispersas na vida social como um todo, se concentrando e focalizando em diversos universos institucionalizados.

Os locais de internação psiquiátrica continuam presentes e atuantes no contemporâneo, depois e apesar do complexo processo que consiste na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, com atuações fundamentadas nas estratégias de normalização e controle mapeadas por Goffman (1987) e Foucault (1999). Muitas vezes acreditamos nos discursos altruístas, nos projetos oficiais desses estabelecimentos que na verdade não é o produto principal de sua ação institucional. Nos HP existem práticas que nos permitem considerar tais locais inadequados do ponto de vista temporal, nos conduzindo a ideia de que, quanto à forma de tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, ainda parece que estamos no século XIX.

Quando elegemos o HP como um analisador observamos que, na organização SM do município que realizamos este trabalho, os atravessamentos de ordem reguladora, de disciplina e de controle, que costumam superar o projeto oficial dos estabelecimentos da organização SM. Objetivamos, com o termo analisador, provocar, fazer essa organização mostrar suas contradições, seus limites e suas possibilidades. Problematicar a instituição é algo necessário, de outro modo não haveria mudança. Há uma lógica perversa de cuidado à população em sofrimento psíquico que, ainda no ano de 2018, precisa ser combatida. A clausura institucional dos HP, sua configuração como um “local da separação” e de sequestro, parece ser onde a essência da burocracia, a todo momento, legitima a coação dos sujeitos internados. Esse estabelecimento, que é um espaço singular, marcado por seu fechamento, lugar do recalçamento libidinal, submetido às normas imperativas, reflete, em parte, as normas sociais dominantes,

acentuando-as e instaurando algumas regras que desprezam até mesmo as regras jurídicas do Estado de Direito (LOURAU, 2014).

A racionalidade aparente da sociedade não é mais um véu suficiente para esconder suas contradições. É necessária uma nova ciência, crítica, que contemple a importância de evitar uma orientação disciplinar, de estratégias racionalistas, simples e precisas, que objetivam unicamente facilitar o que os trabalhadores devem fazer. A Análise Institucional (AI) contesta o pragmatismo da ciência e reconhece a complexidade inscrita em todo contexto organizacional. As ferramentas da AI ofertam aos profissionais recursos que os faça possibilitar aos atores institucionais instituir, na medida do possível, sua organização, fazendo-os adquirir consciência das coações institucionais e sociais. Essa teoria oferece uma caixa de ferramentas para o manejo desse difícil processo das organizações, procurando elucidar as práticas sociais nas instituições a partir das ações dos coletivos, revelando as relações que os indivíduos e grupos estabelecem entre si, explicitando a história da organização (MERHY, 2013; LOURAU, 2014).

As relações instituídas no contexto dos HP estão situadas no conjunto de práticas que produzem os sujeitos como corpos dóceis incapazes de contestar direitos básicos de vida. Acreditamos que o projeto de controle e de disciplina que vigora em nossa sociedade contemporânea visa, todavia, adestrar os corpos tal como nas instituições totais de Goffman, (1987). O sistema capitalista de produção necessita de sujeitos com essa personalidade. Torna-se necessário realizar uma articulação dos fenômenos emergentes no contexto institucional, num processo de análise das instituições e seus componentes. Pensamos que as dificuldades e problemas internos das instituições totais na organização SM não se modificariam com apenas novos métodos e técnicas de gerenciamento institucional, tampouco com novos estabelecimentos e equipamentos. A inércia do instituído tende a mover os atores institucionais na direção de receitas que prometam soluções mágicas e rápidas para seus impasses e conflitos.

A dificuldade vivenciada pelos trabalhadores de superar a lógica do Paradigma Asilar (PA) na direção da Atenção Psicossocial (AP) torna necessário o enfrentamento das ideias profundamente plantadas no imaginário social que, dada a inércia desse paradigma, insiste em atrair tais atores institucionais, sobretudo quando dotados de pouco recursos teórico-técnicos. A AI (LAPASSADE, 1977; BAREMBLITT, 1994; LOURAU, 2014; MARTINS, 2002; BENELLI, 2006, 2013, 2015) possibilita fortalecer

a luta pela transformação paradigmática do PA na AP, possibilitando referenciais para um estudo crítico dos estabelecimentos institucionais.

Por isso, retomamos a descrição das instituições totais, que se constituem como peças na engrenagem de um tipo específico de sociedade que ainda é atual. Somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio. Apesar de estabelecermos um campo de análise no qual situamos o HP como um determinado objeto de investigação, nem por isso deixamos de levar em consideração as dimensões micro e macro políticas da organização SM, pois a metodologia da AI considera sempre os diversos atravessamentos do campo social, bem como a transversalidade dos momentos revolucionários, tais como os movimentos advindos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

A psiquiatria e seu aparato terapêutico centrado no hospital enquanto estabelecimento institucional separou a doença, um objeto fictício, da existência social e histórica das pessoas e da sociedade em geral. Sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos à “doença”. É esse conjunto, paradigmático e institucional, que é preciso questionar, desmontar e desinstitucionalizar, inventando outros dispositivos que permitam contato com a existência-sofrimento, que é inerente a todos nós seres humanos, considerando as singularidades pessoais nos seus processos de subjetivação. As estratégias para esta ação requerem a negação da psiquiatria enquanto ideologia e prática política e social. Essa negação exige a superação da vocação terapêutica suposta no PA, figura do plano social e histórico, enquanto encarnação institucional do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), constructo propriamente lógico-estrutural, de acordo com Costa-Rosa (2013).

Negar a instituição psiquiatria, bem como seus estabelecimentos manicomiais e o saber médico-científico organicista sobre a “doença mental” como objeto de intervenção curativa é uma tarefa intensa que trata-se de compreender a emergência da psiquiatria como parte integrante de um complexo processo histórico e social da apropriação da loucura e de sua transformação em “doença mental”, que fundamentou o poder do psiquiatra em relação às pessoas em sofrimento psíquico e autorizou o seu mandato social de custódia. Implicando, com isso, a denúncia da violência a qual as pessoas sofrem, dentro e fora dos HP, presente em numerosas técnicas de invalidação social que

excluem e até mesmo exterminam as pessoas consideradas “doentes mentais” (LUZIO, 2013).

O HP é um local que pode ser interessante aos administradores e trabalhadores desse estabelecimento, por ser economicamente rentável, possuir convênios com o Estado e com a União obtendo verbas com os leitos para o SUS, e, consequentemente, diminuindo as dificuldades da gestão municipal que não necessitam investir em contratação pública de funcionários (enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, etc) para a Rede de Saúde, em modalidades de atenção mais diversificadas. Por isso, o DRS e os gestores municipais da cidade que observamos não apresentavam, no momento em que realizamos as observações de campo, uma capacidade ou interesse de uma autoanálise e uma autogestão da organização SM. A heterogestão diretiva parecia contemplar melhor seus interesses, em detrimento das necessidades da população. A realidade mostrou que necessitaram ser interpelados por medidas judiciais para que passassem a garantir uma atenção em SM à população, ética e alinhada com a política nacional.

A possibilidade de construir novos processos de atenção à população, nos impulsionou a enfrentar a árdua tarefa de trabalhar com o analisador Hospital Psiquiátrico (HP). As ações instituintes, no interior das organizações de SM, em conjunto com os usuários internados e seus atores institucionais, viabilizam transformá-las em espaços menos burocratizados, não produtores/reprodutores de indivíduos passivos e submissos, justamente o oposto do que segue ocorrendo em tais estabelecimentos. Objetivamos que os resultados da nossa pesquisa possam oferecer aos atores institucionais recursos e crítica que visem contemplar construções nas quais as perspectivas do sujeito, da subjetividade e da autonomia sejam respeitadas e promovidas, com a condição de que tais processos sejam, eles mesmos, postos constantemente “em análise”, mesmo nos novos estabelecimentos que surgem da Reforma Psiquiátrica. (L’ABATTE, 2012).

Recentemente, no final do ano de 2017, o Governo Federal de Temer aprovou portarias contrárias à lei 10.216, determinando que voltará a investir em estabelecimentos de internação. Essa questão é significativa, torna o presente trabalho necessário à reflexão dos atores institucionais, para que seja possível realizar um trabalho e combater esse retrocesso, pois não é possível encontrar justificativas éticas para fundamentar o avanço do manicômio e da sua lógica. Não se pode aceitar menos

do que modalidades de atenção que sejam pautadas na atenção psicossocial de seus usuários.

O HP é um lugar onde predomina a frieza emocional dos trabalhadores, ações de castigos são utilizadas cotidianamente, é um espaço pleno de ações perversas. As punições não produzem efeito terapêutico algum nas pessoas, pelo contrário, agravam a situação emocional delas, diminuem as possibilidades de autonomia necessárias à superação dos conflitos psíquicos. Há outros interesses envolvidos nesta situação, especificamente o financeiro, bem como a força do PPHM. É isso que acreditamos que fundamenta as ações punitivas às pessoas em sofrimento psíquico e a permanência dos HP em nossa sociedade.

O funcionamento predominante de práticas de dominação, violência, aumento da alienação social, adaptação sociocultural e mistificação ideológica são presentes na organização SM e existem nas diversas instituições sociais da sociedade capitalista. Como profissionais da Saúde, necessitamos empreender uma reflexão crítica que ajude a compreender e a distinguir os paradigmas que, com suas teorias, métodos e técnicas, orientam nossas ações. É importante buscar discernir o que é produto de forças sociais dominante e o que pode ser útil à produção de uma Saúde Mental que se alinhe com a perspectiva da Atenção Psicossocial. Trata-se, com isso, de considerar que os segmentos dominados e explorados precisam ser elevados ao *status* de protagonistas dos processos de atenção que lhes concernem, e, assim, construirmos, de fato, outras possibilidades existenciais que auxiliem no atravessamento dos sofrimentos psíquicos das pessoas que utilizam da organização de SM.

REFERÊNCIAS

- ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau, analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. (Org.). **Loucos pela vida** - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Panorama/EDUSP, 1995.
- _____. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. (Org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2000.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro** – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985
- BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 1994.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel** - desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.
- BARUS-MICHEL, J. **O sujeito social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2004.
- BENELLI, S. J. O internato escolar como instituição total: violência e subjetividade. *Psicologia em Estudo*, v.7, n. 2, p.19-29, jul/dez. 2002.
- _____. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. *Psicologia em Estudo*, v.8, n.2, p. 99-114, jul/dez., 2003a.
- _____. O internato escolar “O Ateneu”: produção de subjetividade na instituição total. *Psicologia USP*, v.14, n. 3, p.133-170, 2003b.
- _____. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. *Estudos de Psicologia*, v. 21, n.3, p.237-252, 2004.
- _____. **Pescadores de homens: estudo psicossocial de um seminário católico**. São Paulo: UNESP, 2006.

_____. Efeitos em termos de produção de subjetividade em movimentos religiosos totalitários no contexto eclesial católico. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 7, n. 1, p. 86-106, 2008a. Disponível em: <http://www.assis.unesp.br/perfilvertentes/index.php/revista/article/view/112/101>

_____. **Análise psicossocial da formação do clero católico**. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2013.

_____. **A lógica da internação**: instituições totais e disciplinares (des)educativas. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2015.

_____; COSTA-ROSA, A. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n.2, p. 35-49, maio-agosto, 2003.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

_____. lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Cartilha**: direito à saúde mental. Brasília, DF: Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, s/d.

BOFF, C. **Como trabalhar com o povo**. 3ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1984.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

DALLARI, D. A. **O que é participação política**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1984.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Pesquisa participante**: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livros, 2004.

CANÇADO, M. L. **Hospício é Deus**. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Por uma IV Conferência Anti-manicomial:** contribuições dos usuários. Brasília, DF: CFP, 2010.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria.** São Paulo: Perspectiva, 1967.

CORSETTI, B. A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos. **Unirevista**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p 32-46, jan. 2006.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

_____. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013.

_____, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

DALLARI, D. A. **O que é participação política.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência.** São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Pesquisa participante:** saber pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livros, 2004.

EMERICH, B. F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n.56, p. 207-216, 2016.

FERNANDES, M. A. (Org.). **Fim de século:** ainda manicômios? São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.

FLEMING, M. **Ideologia e práticas psiquiátricas.** Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. A vida dos homens infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber.** Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222.

_____. **A arqueologia do saber.** (L. F. B. Neves, Trad.) -7ª. ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

- FREIRE COSTA, J. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Orgs.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 27-36.
- FREUD, S. Resumo da Psicanálise (1924). In: **Obras Completas de Sigmund Freud** – v. 16. Tradução e notas de Paulo César de Souza. SP: Companhia das Letras, 2010.
- GABRIEL, M.; ŽIŽEK, S. **Mitologia, loucura e riso**. A subjetividade no idealismo alemão. Tradução Silvia Pimenta Velloso Rocha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. (D. M. Leite, Trad.) São Paulo: Perspectiva, 1987.
- HESS, R. **O diário de pesquisa** – o estudante universitário e seu processo formativo. Brasília: Liberlivro, 2004.
- GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- L'ABATTE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n.1, p. 194-219, 2012.
- _____. A análise intitucional e a saúde coletiva. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 8 n. 1, p. 265-274, 2003.
- _____. (Org.). **Análise intitucional e a saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- LAING, R. D. **O eu dividido**. Um estudo sobre a loucura e a sanidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.
- LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- LIMA, C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. esp, p. 37-45, 2007.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- MARTINS, J. B. (Org.). **Temas em análise institucional e em construcionismo social**. São Carlos: Rima; Curitiba: Fundação Araucária, 2002.
- LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial e Psiquiatria Biológica: uma trajetória histórica. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. e et AL (org). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 471-509.

- MACHADO, L. G. Introdução. In: ROUSSEAU, J-J. **Do contrato Social**: ensaio sobre a origem das línguas. Volume I, Editora Nova Cultural, São Paulo, 1999. p. 31-44.
- MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233- 300.
- MERHY E. E. A Organização não Existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (org). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 579-596.
- PELBART, P. P. **A nau do tempo rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- PEREIRA, W. C. C. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social**: teoria, método e prática. Belo Horizonte: Vozes/PucMinas, 2001.
- PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**, v. 21, n.4, p. 1297-1314, 2011.
- PESSOA, K. L. V. **Atenção psicossocial**: fios e desafios na produção do cuidado em saúde mental. Fortaleza: Vece, 2015.
- RODRIGUES, H. B. "Sejamos realistas, tentemos o impossível!": desencaminhando a psicologia através da análise institucional. In: JACÓ-VILLELA, A.M.; FERREIRA, A. A. F.; PORTUGAL, F.T. **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2006. p. 515-563.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**. São Leopoldo, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf> Acesso em: 30 fev. 2015.
- SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 25.608, de 30 de agosto de 1986. Nova Redação da Ementa e aos Artigos 6º e 8º do Decreto 25.519. **Governador do Estado de São Paulo**, São Paulo, 25.17 jul. 1986. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/legislacao/192390/decreto-25519-86-sao-paulo-sp> Acesso em: 25 junho 2015.

_____. Decreto nº 40.083, de 15 de maio de 1995. **Governador do Estado de São Paulo**, São Paulo, 15 maio 1995. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/173871/decreto-40083-95>>. Acesso em: 25 junho 2015.

_____. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. **Governador do Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 dez. 2006. Disponível em: <perfil.sp.gov.br/site/legislacaoi.asp?atoid=21539> . Acesso em: 25 junho 2015.

SZASZ, T. **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1976.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. Ambulatório de Saúde Mental como Analisador da Política de Atenção Psicossocial. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L.M. (org). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 534-559.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. **Contribuições da Psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico para a Terapia Ocupacional: uma clínica do desejo e do carência na Saúde Coletiva**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2016.

STRINGHETA, L. V. H. O. **Método intercessor e saúde mental – construindo saberes a partir da práxis**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

ULIANA, A. M. **O trabalhador de Saúde Mental na Atenção Psicossocial: a questão do sofrimento psíquico**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP. Assis, 2007.

VEGH, I. **Os discursos e a cura**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

YASUI, S. **A construção da Reforma psiquiátrica e seu contexto histórico**. Dissertação de mestrado. UNESP - Assis, 1999.

_____. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, v. 18, n. 2, p. 585-589, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/6607>>.