

≡ EDITORIAL

Projetos inovadores já trazem consigo o germem de sua própria destruição?

Elizabeth Ferreira Mângia
Marta Carvalho de Almeida

≡ ARTIGOS

O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo

Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento

Somos loucos por telefone

Milene Aparecida Ramalho

O lugar da subjetividade

Lumena Celi Teixeira

A desconstrução de uma cena. A construção de uma história

Maria Lúcia Carvalho Damy

Acidente de percurso na contramão da história

Neuza A. N. Gonzaga

As relações entre o pronto-socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial

Cláudia Beltran do Valle

Trabalho como produção de vida

Fernando Sfair Kinker

Trabalho: liberdade versus exclusão

Rosangela Ogawa

O direito ao trabalho - um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo

Fernanda Nogueira

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CONSELHO EDITORIAL

- Prof^ª. Dr^ª. Eda T. de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da USP)
- Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Guillaumon Emmel (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)
- Prof. Dr. Ruy Laurenti (Faculdade de Saúde Pública da USP)
- Carmem Teresa Costa Souza (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais)
- Rosely Esquerdo Lopes (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)

CORPO EDITORIAL

- Prof^ª. Dr^ª. Maria Auxiliadora C. Ferrari (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

- Prof^ª. Assistente Marta Carvalho de Almeida (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- Prof^ª. Assistente Elisabete Ferreira Mângia (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

SECRETÁRIA: Eddy Marília Gozzani

EDIÇÃO DE ARTE, NORMALIZAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO: Nadja Maria Mattos Rezende/ Fabíola Rizzo Sanchez / Kátia Cilene Pereira da Rocha / Cícero Souza de Oliveira (*Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*)

INDEXAÇÃO: Maria Aparecida de Lourdes Castro Santos (*Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*)

IMPRESSÃO GRÁFICA: Lemos Editorial e Gráficos Ltda. Rua Rui Barbosa, 70. Bela Vista. 01331-010 São Paulo, SP.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Flávio Fava de Moraes
Vice-Reitor: Myriam Krasilchik

FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Dr. Marcello Marcondes Machado

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo / [publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP].
— Vol. 1, (1990) - . — São Paulo, 1979.

v. : il.
Quadrimestral
Sumários em inglês e português
ISSN (documentos em tramitação)

I. Terapia Ocupacional/periódicos I. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP

A Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo é uma publicação quadrimestral do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É indexada no Index Medicus Latino Americano - IMLA.



CREDENCIAMENTO E APOIO FINANCEIRO DO:
PROGRAMA DE APOIO ÀS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS PERIÓDICAS DA USP
COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

CORRESPONDÊNCIA

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Rua Cipotânea, 51 Cidade Universitária "Armando Salles de
Oliveira". 05360-000 São Paulo, SP Fax: 818 7415 / Tel.: 818 7454

SUMÁRIO

EDITORIAL

- Projetos inovadores já trazem consigo o germen de sua própria destruição?
Elisabete Ferreira Mângia, Marta Carvalho de Almeida 3

ARTIGOS

- O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental:
a experiência de Santos, São Paulo
Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento 5
- Somos loucos por telefone
Milene Aparecida Ramalho 15
- O lugar da subjetividade
Lumena Celi Teixeira 20
- A desconstrução de uma cena. A construção de uma história
Maria Lúcia Carvalho Damy 25
- Acidente de percurso na contramão da história
Neuza A. N. Gonzaga 32
- As relações entre o pronto-socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial
(NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e
desconstrução manicomial
Cláudia Beltran do Valle 38
- Trabalho como produção de vida
Fernando Sfair Kinker 42
- Trabalho: liberdade versus exclusão
Rosangela Ogawa 49
- O direito ao trabalho - um instrumento no processo de desconstrução do
manicômio em Santos, São Paulo
Fernanda Nogueira 53
- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO 57

CONTENTS

EDITORIAL

- Innovative projects already bring about the seed of their own destruction?
Elisabete Ferreira Mângia, Marta Carvalho de Almeida 3

ARTICLES

- The process of the dissolution of asylum care pattern in mental health:
Santos, São Paulo experience
Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento 5
- We are crazy for phones
Milene Aparecida Ramalho 15
- The subjectivity's place
Lumena Celi Teixeira 20
- The change of a scene in to a history
Maria Lúcia Carvalho Damy 25
- Old patterns interfering a new approach
Neuza A. N. Gonzaga 32
- Relationships between an emergency service and a center for mental health
Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) at northwest zone in Santos, São
Paulo: psychiatric paradigm and psychiatric reform
Cláudia Beltran do Valle 38
- Work as production of life
Fernando Sfair Kinker 42
- Labor: freedom versus exclusion
Rosangela Ogawa 49
- The right to work - an instrument in the process of dissolution of asylum
in Santos, São Paulo
Fernanda Nogueira 53
- ARTICLES STANDARDIZATION 57

EDITORIAL

PROJETOS INOVADORES JÁ TRAZEM CONSIGO O GERMEM DE SUA PRÓPRIA DESTRUIÇÃO?

ELISABETE FERREIRA MÂNGIA*
MARTA CARVALHO DE ALMEIDA*

MÂNGIA, E.F., ALMEIDA, M.C. Projetos inovadores já trazem consigo o germen de sua própria destruição? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.3-4, jan./abr., 1997.

DESCRITORES: Fechamento de instituições, tendências. Serviços de saúde mental, tendências. Política de saúde, Santos, tendências.

Nos acostumamos a ver projetos de trabalho sérios e comprometidos com a população serem descartados e destruídos a cada mudança de governo como se isso fosse natural e esperado. Junto com essa destruição se vai toda a energia investida por trabalhadores da saúde, movimentos sociais, usuários e tantos outros segmentos que lutam pela efetivação de políticas públicas reais em nosso país. Algumas vezes restam relatos dessas experiências para as gerações futuras, às vezes nem isso. Especialmente no campo da política de saúde mental temos assistido, no Estado de São Paulo, a esse triste movimento e as últimas eleições mais uma vez provaram que essa ainda é a cultura prevalente.

A transformação ocorrida na Política de Saúde Mental no Município de Santos, no curso dos últimos oito anos, que ousou colocar-se entre as três únicas cidades do planeta a organizar a assistência prescindindo do manicômio e mais do que isso realizando sua desconstrução, a credenciou como a

mais importante do país. Essa riquíssima experiência, apesar de ter encontrado apoio e cooperação dentro e fora do Brasil hoje corre o risco de ser encerrada pela falta de sensibilidade de seus novos gerentes.

Neste número reunimos trabalhos de alunos do Curso de Especialização em Saúde Mental realizado pelo Centro de Estudos em Saúde Mental com cooperação técnica da Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, RJ, e apoio da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos e do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

Esses trabalhos elaborados por alguns dos profissionais que realizaram a original mudança da saúde mental em Santos nos mostram muito das novas possibilidades abertas, seus riscos e desafios, e principalmente começam a tecer, ainda a partir de breves relatos e apontamentos teóricos que nos colocam frente a frente com a concretude de suas práticas cotidianas, o diálogo necessário, base para elaborações

* Prof^a. Assistente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Elisabete Ferreira Mângia. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-000. São Paulo, SP.

futuras sobre o que será um novo paradigma nesse campo tão contraditório da utopia da desinstitucionalização.

O desafio da invenção de novas práticas que superem os limites da clínica e das identidades profissionais, que complexifiquem o campo das relações que hoje envolvem instituições, usuários e profissionais e desenvolvam a compreensão interativa entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, tem sido assumido especialmente por profissionais não médicos. Há de fato uma tendência real de desmedicalização da assistência em Saúde Mental especialmente no que diz respeito à diversificação das mo-

dalidades de responsabilização e isso certamente gera a necessidade de que essas novas práticas constituam suas possibilidades de teorização pois enfrentam a pressão permanente do saber médico constituído, por um lado pela forte tradição institucional alienista e por outro pelo fortalecimento da pesquisa biológica.

Acreditamos que esse conjunto de textos tem muito a contribuir com essa invenção e, frente ao risco de se perderem as possibilidades de continuidade, que a partir dele possamos também refletir sobre a nossa própria possibilidade de invenção de formas mais criativas de resistência aos desmandos do poder público.

MÂNGIA, E.F., ALMEIDA, M.C. Innovative projects already bring about the seed of their own destruction? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.3-4, jan./abr., 1997.

KEYWORDS: Health facility closure, trends. Mental health services, trends. Health policy, Santos, trends.

ARTIGOS

O CAMINHAR NA DESCONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ASILAR EM SAÚDE MENTAL: A EXPERIÊNCIA DE SANTOS, SÃO PAULO

STELLAMARIS PINHEIRO SOUZA NASCIMENTO*

NASCIMENTO, S.P.S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.5-14, jan./abr., 1997.

RESUMO: Este artigo tem por objetivo individualizar concepções e ações que permitam o contato, a reflexão e o diálogo com a experiência de construção de uma nova política de Saúde Mental que vem sendo processada no município de Santos, Estado de São Paulo, desde 3 de maio de 1989, a partir da Intervenção Municipal na Casa de Saúde Anchieta tendo como estratégia e horizonte a desconstrução e a superação da instituição psiquiátrica enquanto estrutura, prática, saber e cultura; neste processo o hospital psiquiátrico foi abolido e uma rede de serviços territoriais, substitutivos ao Modelo Asilar, foi implantada.

DESCRITORES: Política de saúde, tendências. Desinstitucionalização, tendências. Administração municipal. Reforma sanitária. Saúde mental.

Tentaremos, a partir de breve retrospectiva, fazer alguns recortes e individualizar princípios, concepções, serviços e ações que possam, ainda que de forma redutiva, permitir o contato, a reflexão, o diálogo com a experiência de construção de uma nova política de Saúde Mental que vem sendo processada no município de Santos, Estado de São Paulo, desde 03 de maio de 1989, a partir da Intervenção Municipal na Casa de Saúde Anchieta, isto é, a partir do interior da estrutura psiquiátrica, tendo como estratégia a transformação e reconversão dos recursos ali existentes, no âmbito individual e coletivo.

A intervenção neste hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUDS e destinado à chamada Baixada Santista

se deu no seguinte contexto:

- denúncias anônimas de maus tratos e mortes enviadas à imprensa local e que culminou em um relatório do SUDS (hoje SUS), exigindo providências no sentido de que fossem sanadas, por parte do hospital, várias irregularidades técnico-administrativas;
- decisão política da Administração Municipal calcada na avaliação de que a situação encontrada na instituição em questão não poderia ser reduzida simplesmente ao não cumprimento de procedimentos e normas e sim compreendida e enfrentada enquanto inerente ao modelo de atenção em questão, modelo manicomial, entendido como promotor de segregação, exclusão, controle social.

* Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Especializanda do Curso de Especialização em Saúde Mental do Centro de Estudos em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, RJ., Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos.

Endereço para correspondência: Stellamaris Pinheiro Souza Nascimento. Av. Epitácio Pessoa, 334, ap. 113. Embaré. 11045-030. Santos, SP.

A situação concreta encontrada em 1989 era a de super lotação, insuficiência de profissionais, aplicação de eletrochoque, presença de celas fortes, uso indiscriminado de psicofármacos, serviço de alimentação e higiene insuficientes e de péssima qualidade, uso da força de trabalho dos pacientes para a manutenção da instituição. E tantas outras situações que apontam a miséria, a violência e o abandono tão comumente presentes nos hospitais psiquiátricos.

“A governabilidade tem a psiquiatria entre os seus instrumentos de gestão da desordem e da miséria. A administração da psiquiatria é exercitada através de um instrumento principal: a privação. O manicômio é o lugar zero da troca. A tutela e a internação tem como única finalidade subtrair as trocas e estabelecer relações de mera dependência pessoal” (ROTELLI)³.

Contar sobre acontecimentos que se seguiram à intervenção é resgatar momentos especiais e intensos, difíceis e riquíssimos; momentos de luta, medo, cansaço, surpresa, ação, risco, rara beleza; momentos de solidariedade, movimento, vida, onde todos a sua maneira se fizeram protagonistas de si mesmos, de um sonho em comum, de uma realidade em transformação, de um processo histórico. Momentos de contato, de contágio, estávamos de posse do *vírus* do buscar...

No horizonte, processada cotidianamente, a Desinstitucionalização, entendida não somente como a negação do estabelecimento psiquiátrico enquanto solução mas,

“...como a desmontagem do conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso para o qual haviam sido criados: a doença, à qual se sobrepõe no

manicômio o objeto periculosidade” (ROTELLI)⁴.

Com base na crítica à suposta neutralidade da ciência, a consciência da dimensão político-social da psiquiatria: pólos aparentemente antagônicos, a propagada função terapêutica da assistência psiquiátrica e a implícita delegação social de normatização e controle que a sustenta e define compõem as forças em jogo inerentes às ações e saberes técnicos. Faz-se necessário manter a tensão entre a assistência e a tutela, e a relação de autoridade sob constante enfrentamento. O agir no lugar da *contradição*, o construir desconstruindo. No início a assim chamada Casa dos Horrores não possuía uma estrutura hospitalar, foi necessário estruturá-la, humanizá-la, até que pudéssemos vivenciar os limites de um manicômio bem administrado e construíssemos, a partir de seu interior, a sua superação, a sua desmontagem.

Como estratégias de ação foram produzidos alguns consensos e a partir destes, de cada sujeito e das relações estabelecidas, os caminhos foram sendo percorridos, sem o predomínio de uma técnica, sem a configuração de um modelo hegemônico:

- Não à qualquer tipo de violência institucionalizada
- No lugar da ordem estabelecida, da norma, foi instalado um fórum constante de discussões, confrontos, negociações, convencimentos, debates, iniciativas: *caos* produzido e administrado coletivamente.

“A primeira vista, o céu estrelado impressiona-nos pela sua desordem, é um amontoado de estrelas, dispersas ao acaso. Mas, olhando outra vez, aparece uma ordem cósmica, imperturbável cada noite, aparentemente desde sempre, e para sempre, o mesmo céu estrelado, cada estrela no seu lugar, cada planeta realizando o

seu ciclo impecável. Mas vem um terceiro olhar: vem porque há injeção de uma nova e formidável desordem nesta ordem; vemos um universo em expansão, em dispersão, as estrelas nascem, explodem, morrem. Este terceiro olhar exige-nos que concebamos conjuntamente a ordem e a desordem; é necessária uma binocularidade mental, posto que nós vemos um universo que se organiza desintegrando-se” (MORIN)².

- No lugar da anomia o resgate de histórias, o despertar de interesses, o reconhecimento de necessidades, a descentralização de responsabilidades.
- A atemporalidade da vida institucional e a presença de horários rígidos que visavam apenas a manutenção da instituição, bem como a normatização dos sujeitos foram enfrentados; foram abolidos horários de banho, dormir, assistir tv, etc; os internos passavam a reger estas e outras atividades de acordo com ritmos próprios. Horário de visita também foi abolido; a comunidade passava a exercitar a apropriação do serviço público e já não precisa de autorização para entrar e sair.
- Com relação aos espaços, os espaços proibidos, massificados, despersonalizados, voltados para o controle, também foram sendo transformados: as paredes simbólica e concretamente foram se tornando *porosas*, passíveis de serem derrubadas, as portas cada vez mais abertas e a sala do interventor, o espaço da administração, o saguão de entrada, o refeitório, bem como outros anteriormente tidos como espaços dos sãos, se abriram a entrada de pacientes, funcionários, familiares e imprensa. O princípio do isolamento, um dos pilares do Modelo Asilar, é posto em questão e o convívio com a diversidade é o norte e o desafio que se coloca a todos.
- Os internos passavam a poder ter, possuir:

espaços individualizados, objetos, sonhos, opiniões, hábitos, necessidades, reivindicações. Nas intervenções a busca da autonomia, emancipação, construção e resgate da cidadania do usuário.

- Atividades como assembleias diárias, saídas externas, festas abertas à comunidade, reuniões com familiares, mostras de vídeo e discussões no território, bem como acompanhamentos individualizados, barcavam o cotidiano em transformação: a voz dos internos se fazia ouvir mais e mais.

Expressão de necessidade gerando ações, ações transformando as próprias necessidades, necessidades resignificando as próprias ações... Necessidade de ser, *projetualizar* e trocar por parte dos internos apontando necessidade de recursos materiais: início das frentes de trabalho. A laborterapia, expropriação da força de trabalho dos internos e importante instrumento de adesão e produção da ordem, herança do chamado Tratamento Moral, cuja noção de cura é sinônimo de normatização e inserção no sistema produtivo, foi abolida a partir de intensas e contínuas discussões com os chamados laborterápicos, internos anteriormente responsáveis por tarefas de manutenção da instituição, tais como faxina, lavanderia, contenção de pacientes no leito e em celas fortes. No percurso estes internos passaram a ser considerados *hóspedes* e a ter livre acesso à instituição até que reunissem condições, a partir da entrada no mercado formal de trabalho ou mesmo através da participação nas frentes de trabalho, de arcar com suas próprias moradias.

Ainda com relação a necessidade de moradia ou de moradia protegida, foi criado, a princípio no interior do espaço hospitalar, o Espaço-Casa, simultaneamente resposta e instrumento a Casa foi construída com a participação de cinco internas, futuras moradoras. Os critérios para a escolha das cinco primeiras moradoras foram: o alto

grau de institucionalização, os longos anos de internação e perdas de vínculos com o externo. O Espaço-Casa foi construído na chamada maloca, lugar das celas fortes, destinadas àqueles considerados piores, perigosos, sem esperança.

Transformar o espaço do horror, da ameaça, do castigo, do abandono em espaço da beleza, do acolhimento, do reaprendizado, do direito, foi um desafio a nível do real e do imaginário para todos nós; a cada parede das celas fortes derrubada se ampliava o espaço da realidade e do sonho para novas possibilidades de vida. O projeto de moradia ganhou o espaço da cidade e se fixou no bairro do Macuco pelo período de 2 anos. A partir do segundo semestre de 1993 foi criada a República, hoje espaço de moradia para 17 usuárias, no bairro da V. Belmiro.

Em setembro de 1989, quatro meses após o início da intervenção, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, assim batizado pelos usuários, trabalhadores e comunidade, diretamente envolvidos na sua construção. A escolha da Zona Noroeste da cidade, como primeira região a contar com um NAPS, se deu devido à grande necessidade de políticas públicas e sociais na região, ao grande número de internos provenientes daqueles bairros e ao próprio avanço da discussão do trabalho desenvolvido e dos princípios que norteavam este trabalho junto à comunidade local. O segundo Núcleo, localizado na região Central da cidade, surgiria um ano depois.

Pacientes, moradores, “*hóspedes*”, usuários, contradições que impulsionaram o avançar. Usuário no sentido daquele que se utiliza de um bem público, que recebe uma prestação de serviço que a ele se destina, na qual ocupa um lugar central e participativo; mais que uma troca de termos, passa a apontar para o campo da cidadania, da relação com o louco enquanto sujeito de direitos em contraposição ao louco-paciente, objeto passivo das nossas intervenções.

A cada vez que o questionamento em relação a este processo diminuía, a cada vez que era percebida uma reacomodação institucional, recolocávamos em movimento a organização. Um dos momentos que consideramos bastante significativo: a divisão estrutural da Casa de Saúde Anchieta em duas alas, masculina e feminina, servia de pano de fundo para a configuração, entre outros, de estereótipos e mistificações; não vinha sendo suficiente a vivência de atividades coletivas conjuntas, visto que a existência de muros separando homens e mulheres nos demais momentos seguia reproduzindo relações à margem da realidade. Trabalhadores diziam se sentir preparados a atender somente homens ou exclusivamente mulheres e falas redutivas, abstratas e estereotipadas, foram se fazendo ouvir:

"Mulheres são briguentas, escandalosas";
ou:

"Eu não conseguiria trabalhar do outro lado".

Neste momento, como estratégia, as enfermarias foram regionalizadas e os indivíduos passaram a ser internados segundo o seu local de proveniência, sendo portanto atendidos pela mesma equipe a cada reinternação, o que possibilitou um contato de maior proximidade e continuidade da equipe com os pacientes e com a região sob sua responsabilidade.

O contexto de vida do paciente adentrava a instituição e a necessidade de superação desta se colocava cada vez mais presente. A cada Núcleo de Atenção aberto em determinada região as enfermarias correspondentes foram sendo fechadas. No momento, ainda sob intervenção, a Casa de Saúde Anchieta serve de espaço físico para alguns projetos e serviços das Secretarias Municipais, como por exemplo o “Projeto Geração 2001”, voltado para garotos e garotas de rua, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) daquela região e o Núcleo de

Atenção ao Toxicodependente (NAT), fundado em 1995.

“O objeto da psiquiatria pode e deve ser, não a periculosidade ou a doença, e sim a existência sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, (...) o mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do campo da sociedade”. Faz-se necessário desmontar este conjunto para entrar em contato com esta existência dos pacientes enquanto “existência-sofrimento” (ROTELLI)⁴.

O Projeto de Saúde Mental de Santos conta hoje com as seguintes estruturas substitutivas, construídas na transformação e reconversão de recursos materiais e humanos a partir do interior do hospital psiquiátrico:

REPÚBLICA MANEQUINHO, estrutura de suporte social, já citada anteriormente.

UNIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL que congrega as várias frentes de trabalho (projeto separação de lixo reciclável, projeto limpeza de caixa d'água, projeto vendas, projeto cantina, projeto de manutenção de praças e jardins, projeto oficina de artesanato, projeto de construção civil, projeto marcenaria, projeto “consertando”- de serviços gerais).

CENTRO DE CONVIVÊNCIA TAMTAM, espaço artístico, facilitador de trocas sociais, emissor de mensagens culturais.

NÚCLEO DE ATENÇÃO AO TOXICODEPENDENTE.

NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (cinco Unidades) tendo como características gerais:

- **Complexidade** - instituição destinada a responder às mais diversas necessidades inclusive à crise. Partimos da constata-

ção que a divisão da atenção em estruturas hierarquizadas (primária, secundária e terciária) se relaciona com o hospital psiquiátrico como dono de uma pseudo-complexidade capaz de responder aos chamados casos graves, o que na prática não é mais do que a reafirmação do manicômio como lugar reservado ao psicótico, concretização da carreira psiquiátrica.

- **Flexibilidade** - instituição de fácil acesso, capaz de dar respostas rápidas, de se fazer presente, de se adequar ao imprevisível; uma estrutura o menos burocrática possível:
 - o usuário que chega ao serviço pela primeira vez é atendido de imediato. Embora algum agendamento seja utilizado para facilitar a organização, o usuário já em acompanhamento obtém atenção no momento de sua necessidade, se não através do profissional que o acompanha mais de perto ao menos por parte de algum elemento da equipe;
 - não é necessário encaminhamento institucional, o usuário pode procurar o serviço espontaneamente, ou por sugestão de amigos ou familiares;
 - o usuário muitas vezes é atendido no próprio domicílio; algumas situações são mediadas por telefone;
 - uso de um Livro Diário que dá possibilidade à equipe de se comunicar de forma rápida e socializar conhecimento em relação ao usuário, seu percurso, suas necessidades, bem como articular ações e/ou projetos que tentem vir ao encontro destas necessidades.
- **Regionalização** - compreendendo região não somente como uma demarcação demográfica, geográfica, mas como um espaço dono de características próprias, espaço a ser descoberto, percorrido, adentrado pelo serviço. Espaço possuidor de necessidades a serem codificadas, satisfeitas. Espaço possuidor de

linguagem, costumes, valores, recursos. Neste sentido não fazemos seleção de demanda por diagnóstico, complexidade ou competência e buscamos atender as demandas acompanhando o usuário em seu circuito de vida.

- **Porta aberta** - o que não significa necessariamente tratamento voluntário, mesmo que este possa ser visto como um possível indicador de qualidade do serviço. O usuário que se vir obrigado a se submeter a intervenções do serviço terá acompanhamento intensivo no sentido de que esta atenção lhe seja garantida. Como não conta com portas fechadas a equipe se reveza no acompanhamento 24 horas ao usuário e articula recursos os mais variados na tentativa de oferecer algo que vá ao encontro das necessidades da pessoa em sofrimento e possibilite que a mesma se coloque na condição de participante do processo de atenção.

O NAPS é aberto 24 horas por dia, sete dias na semana. Possui de seis a oito leitos destinados à hospitalidade noturna que pode se dar nas mais variadas situações:

- quando não está sendo possível para o serviço uma articulação que possibilite ao indivíduo em sofrimento cuidados e acolhimento em seu espaço de vida, não sendo utilizada como resposta “*natural*” e automatizada à crise;
- nos momentos em que a carga de emoções presentes nas relações estabelecidas no local de moradia do usuário esteja bastante elevado e onde um distanciamento momentâneo possa favorecer uma diminuição das tensões e um repensar os acontecimentos;
- quando algum usuário vivencia situações importantes de insegurança e/ou solidão e procura o serviço no sentido de dialogar ou mesmo pernoitar ali;
- quando existem necessidades práticas,

como por exemplo a necessidade de um usuário ter um local para dormir enquanto procura um quarto para alugar.

No período diurno o NAPS dá atenção à crise, oferece acompanhamento individualizado, propicia a participação do usuário e do familiar em espaços coletivos que se propõem como espaços de escuta, do diálogo, do compartilhar, do acolhimento, da problematização, da criação, da organização, da participação; se oferece como espaço social - lugar de encontro, de trocas, do fazer amigos, e espaço de referência - lugar aonde ir. Ainda no que se refere às ofertas do serviço: medicação, possibilidade de higienização, alimentação e transporte, atenção domiciliar, acompanhamento no cotidiano, acompanhamento à família, intervenção no território.

A atenção domiciliar se dá nos seguintes contextos: atenção à crise, reconhecimento das condições de vida do usuário, organização do domicílio, reconhecimento e intervenção na dinâmica familiar, mediação de eventuais conflitos, informação e discussão com a comunidade a respeito do Projeto de Saúde Mental desenvolvido, potencialização e integração de recursos coletivos ou individuais comunitários, entre outros.

O acompanhamento no cotidiano busca criar junto ao usuário possibilidades de lazer, de “*reinserção*” na comunidade, de conquista ou reconquista de autonomia, de organização da vida e de ter garantido na crise direitos básicos como o de ir e vir.

O acompanhamento familiar individualizado, bem como os espaços coletivos de trabalho junto à família, vêm apresentando altos e baixos e pode ser considerado um indicador de avanços, possibilidades e dificuldades no trabalho com o/no território. As intervenções visam:

- a diminuição do nível de tensão que possibilite a reinstauração do diálogo familiar;
- o reconhecimento de desejos, necessidades,

dificuldades, fantasias, expectativas, hábitos e valores que facilitem a contextualização no percurso individual, familiar e social das alianças, rupturas, posições ocupadas na história familiar;

- uma ruptura no exercício de papéis cristalizados e na ocupação de lugares estancos; como por exemplo, no que se refere ao louco, uma transformação do lugar ocupado no imaginário social e familiar do perigoso, irresponsável, incapaz, inválido, incompreensível e no que se refere ao familiar, do lugar do omissos, culpado, informante;
- a busca de alternativas de transformação das relações e da melhoria da qualidade de vida possibilitando que os sujeitos envolvidos se coloquem enquanto protagonistas de mudanças que possam vir a ocorrer.

A equipe técnica, quando completa, conta com cerca de 40 pessoas, 22 das quais auxiliares de enfermagem; esta equipe se organiza nos períodos da manhã, tarde e noite, sendo que o noturno é coberto em revezamento pelas próprias pessoas dos demais períodos, o que possibilita aos chamados plantonistas o conhecimento dos usuários em geral, bem como de seus percursos institucionais e dos possíveis projetos terapêuticos delineados. A atenção noturna é de responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, com retaguarda de um psiquiatra lotado no Pronto Socorro Geral. Podemos detectar como características fundamentais da equipe a necessidade/capacidade de tomar decisões rápidas, o alto nível de flexibilidade necessário, a tentativa de socialização do saber/descentralização do poder, as ações e reflexões conjuntas.

Como instrumento e conquista deste processo podemos contar também com a Associação Franco Rotelli, entidade que congrega usuários, familiares e trabalhadores do Projeto de Saúde Mental de Santos e integra o Movimento de Luta Anti-

Manicomial, e com a Cooperativa Paratodos, surgida neste processo a partir das frentes de trabalho.

Com o objetivo de possibilitar ao leitor uma maior compreensão do processo de Atenção em Saúde Mental no município de Santos destacaremos, entre os múltiplos recortes cotidianos possíveis, um momento de atenção à chamada situação de crise. Esta escolha, diferentemente do que aparentemente possa sugerir, não denota, na assistência prestada, um lugar central da resposta às situações de crise; a centralidade das ações vêm se colocando na busca contínua e conjunta de respostas às mais diversas necessidades dos usuários e seus familiares e se contrapõe à assistência clássica, produtora de intervenções normatizantes que visam tão somente a remissão dos sintomas, a administração da crise.

"Se a loucura é na maioria das vezes a forma mais caricatural do nosso ser replicante, esta é a caricatura de uma repetição. Em cada caso ocorrerá imaginar que a única coisa sensata possível é a desinstitucionalização daquela cena, a invenção de um outro modo, a criação de oportunidade, de possibilidade, de probabilidade para o usuário" (ROTELLI)⁴.

Optamos por privilegiar no presente texto a situação abaixo descrita por reconhecermos, na chamada atenção à crise, o terreno e o instrumento onde tradicionalmente o paradigma psiquiátrico se coloca e se reproduz de maneira quase que absoluta.

CAMINHANDO COM ANTONIA...

Antonia tem hoje 52 anos de idade, passou parte de sua infância e adolescência em "abrigo de menores" após decisão judicial que considerou sua mãe incapaz de lidar com ela e os irmãos.

"Minha mãe bebia e vivia internada",

quase justifica Antonia, com frase bastante comum, quase banal, esvaziada de sentido; frase código da desesperança, da dor, cristalizada no vazio do seu entorno, do destino vivido como dado, cujo único movimento possível parece ser o da eterna repetição.

Em relação ao pai Antonia nada comenta. Quando foi separada da mãe tinha a idade de seis anos, os demais irmãos eram ainda menores. As instituições totais desde muito cedo estiveram presentes em sua vida, bem como na da sua família, e assim, entre outros, Antonia segue contando sua história onde o que a diferencia das demais é quase somente o sujeito das frases e não o seu destino: objeto de sujeição. Vidas enquadradas? Se pudermos ouvi-la, no entanto, se pudermos acompanhá-la no percurso de sua vida, poderemos perceber em sua fala institucionalizada a fala da vergonha, do medo, da dúvida, da desilusão, da tristeza, da raiva, da desconfiança. Da saudade? Da possibilidade?

Antonia também “viveu internada”, dos dois filhos que teve um foi assassinado ainda garoto, havia passado pela FEBEM algumas vezes como infrator; o mais velho, ainda pequeno, Antonia havia deixado com uma pessoa para criar e conseguido manter algum contato. Sua vida oscilou entre prostituição e internações psiquiátricas, alternadas por “oásis” de dona-de-casa quando, menos por amor e mais por outras necessidades, inclusive financeira, viveu em companhia.

Antonia não nos coloca muito de sua história, quando o faz explícita a condição de não registrarmos em prontuário.

Estava internada na Casa de Saúde Anchieta quando do início da intervenção municipal naquela instituição e demonstrou dificuldade em aceitar a possibilidade de passar a viver fora dali. Seu companheiro havia morrido, seu barraco havia sido desfeito, seus objetos desaparecido. Com o

filho, morador de outra cidade, já havia, após uma discussão, rompido contato. Antonia não se sentia com nada nem ninguém do lado de fora, não se sentia confiante. A desconfiança se intensificava nos momentos de crise quando Antonia vivia o afeto como impossibilidade e as aproximações como jogos de interesses. Parecia não se sentir podendo ser querida, apenas usada.

Antonia precisou de alguns meses desde que o NAPS entrou em funcionamento para aceitar ser internada ali, para avançar na construção da possibilidade de arriscar se aproximar de uma forma de atendimento que não totalizasse sua vida, e na configuração de uma vida mais autônoma. Possibilidade do novo, um futuro possível? Antonia se manteve por um período sendo atendida conjuntamente pelas duas instituições (NAPS-Anchieta), tempo de despedidas, tempo de encontros, tempo de relação conflituosa entre os tempos pessoal e institucional. A primeira crise vivida e acolhida em espaço aberto significou também o seguir em frente, era possível estar louca sem romper com o mundo.

Antonia avançou concomitantemente com o processo de desinstitucionalização da assistência; no NAPS passou a ser atendida por uma equipe que já a conhecia do primeiro ano de intervenção, em sua participação nas frentes de trabalho passou a ser seguida por parte da equipe que a havia acompanhado na saída da Casa de Saúde Anchieta. Coletivamente a imagem e a vivência da loucura como falta, como desvalor, como crime a ser escondido, como conduta vergonhosa, como individualidade a ser reparada, vem sendo desmontada.

A crise mais recente teve como pano de fundo a impossibilidade de Antonia arcar com o aumento do aluguel do quarto de cortiço em que mora há 6 anos, bem como preocupações com o seu estado clínico, que

inspira cuidados. Possíveis incertezas de seu estar no mundo deram rosto ao seu sofrimento: medo de morrer, medo de que o filho, elo íntimo e ainda distante, pudesse estar morrendo, medo de perder sua casa. Medo, perda, medo da perda.

Em aparente tentativa de superar uma vivência de ruptura-diluição no mundo, de impedir um destino replicante, Antonia pareceu-nos tentar expandir e reafirmar sua presença, seu lugar: mostrou-se invasiva, autoritária, agressiva; vestiu-se de guerreira em desesperado combate. Nos oferecemos como seus aliados, tentando repropor outras armas, possibilitar conexões, reconexões, com recursos menos limitantes, menos polarizados; tecer possibilidades alternativas.

Acompanhar Antonia na crise significou, de nossa parte, a intensificação da disponibilidade de escuta e da busca de contato, das tentativas de resignificar e historicizar junto a ela o momento presente, do acompanhamento em seus espaços de vida, em suas relações, em suas ações. E significou desta vez hospedá-la várias noites no NAPS, algumas noites acompanhá-la à casa para dormir, discutir com a mesma no sentido de fortalecê-la para uma nova tentativa de renegociação do aluguel, acompanhá-la a estabelecimentos comerciais, passeios, consultas clínicas, enfim, auxiliá-la na satisfação de necessidades, desempenho de possibilidades, assunção de responsabilidades. Para tal Antonia não contou somente com os profissionais do NAPS: vínhamos investindo já há algum tempo na relação da mesma com uma outra usuária através da potencialização de vivências conjuntas dentro e fora da Unidade. Este vínculo foi se estruturando e se fortalecendo, tanto que espontaneamente Joana, a usuária em questão, se prontificou a acompanhar Antonia à casa, no período de crise, e a ajudá-la nos afazeres domésticos. Solidariedade?

Outras atitudes de tentativa de aproximação puderam ser reconhecidas, como a de uma vizinha batendo à sua porta para saber se estava se sentindo melhor a companhia

de conversa das noites solitárias. Ainda em crise Antonia renegociou, com a pessoa que subaluga os quartos do cortiço em que vive, o preço do aluguel.

Antonia esteve só por alguns momentos neste período e chegou a vivenciar situações tensas com algumas pessoas, como por exemplo com o dono da mercearia onde comprou algo sem ter como pagar e de onde foi expulsa de forma brusca. Estamos nos propondo no momento a refazer com Antonia este circuito, no sentido de buscar uma maior compreensão nossa, dela e das demais pessoas envolvidas com relação às situações ocorridas e outras possíveis formas de enfrentá-las.

Para concluir tomamos emprestado as reflexões de DELL'ACQUA, MEZZINA¹ no texto "Resposta à crise":

"Responder às necessidades é antes de tudo fornecer instrumentos de reprodução social e de melhoria da qualidade de vida; promove pouco a pouco profundas transformações na operatividade e na filosofia do serviço, incrementa a contratualidade do paciente e a confirma no interior do seu contexto. Além disso, se o próprio tempo de resposta à necessidade tende a se reduzir e quase a se adequar à demanda urgente colocada pelo paciente em crise, este será um importante fator na resolução da mesma."

E ainda:

"O trabalho que se desenvolve em torno à crise como "resposta à necessidade", continuamente oferece aos operadores um nível real de relação possível: permite a tradução imediata da linguagem técnica em termos de problemas concretos; bloqueia a tendência da psiquiatria de expelir da intervenção, como escórias, tudo aquilo que se relaciona à materialidade da vida; favorece um intercâmbio concreto entre os diversos sujeitos que atuam; promove um "caminhar com o paciente".

NASCIMENTO, S.P.S. O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.5-14, jan./abr., 1997.

NASCIMENTO, S.P.S. The process of the dissolution of asylum care pattern in mental health: Santos, São Paulo experience. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 8, n. 1, p.5-14, jan. / abr., 1997.

ABSTRACT: The objective of this article is to exchange concepts and actions that could lead to a reflection and a debate about the construction of a new approach to Mental Health, currently underway in the city of Santos, São Paulo. The strategy and the north of the process, started on May 3, 1989 with the municipal intervention in the “Casa de Saúde Anchieta”, was to abolish and supersede the psychiatric institution as the unquestionable structure, source of practices, knowledge and culture. In this process, the psychiatric hospital was abolished and a net of assistance sites replacing the Asylum pattern was implemented.

KEYWORDS: Health policy, trends. Deinstitutionalization, trends. Municipal management. Health care reform. Mental health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à crise. In : DELGADO, J., org. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo : Resenha, 1991. p. 71-2.
2. MORIN, E. *Ciência com consciência*. Portugal : Europa-América, 1982. 71p.
3. ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In : NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 61-4.
4. ROTELLI, F. A instituição inventada. In : NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 89-99.

SOMOS LOUCOS POR TELEFONE

MILENE APARECIDA RAMALHO*

RAMALHO, M.A. Somos loucos por telefone. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.15-9, jan./abr., 1997.

RESUMO: O artigo problematiza a questão do uso do telefone numa instituição de saúde mental, enquanto uma situação cotidiana que emerge no contexto das novas práticas em psiquiatria. Desenvolve uma reflexão que, ao questionar a legitimidade do direito ao uso do telefone pelos loucos, levanta uma polêmica a respeito do enquadre terapêutico proposto no discurso da clínica e faz um paralelo com o discurso essencialmente normativo do Tratamento Moral Pineliano. Finalmente, aponta para algumas formas práticas de enfrentamento do problema, as quais buscam superar as tendências simplificadoras e redutivas presentes nas respostas que reproduzem as velhas práticas manicomiais.

DESCRITORES: Saúde mental. Desinstitucionalização, tendências. Relato de caso. Equipe de assistência ao paciente. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

O USO DO TELEFONE NAS NOVAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA A SER PENSADO

O uso do telefone no Núcleo de Atenção Psicossocial, NAPS** é o tema que será abordado nesta discussão, com o objetivo de levantar questões que possam contribuir no processo de reflexão das novas práticas, considerando tratar-se de uma problemática que, com frequência, vem emergindo no cotidiano da equipe e dos usuários na referida instituição, como fator desencadeante de insatisfações, desentendimentos

e irritabilidade no contexto institucional, a despeito, mesmo, da obviedade que o uso do telefone ocupa no contexto da sociedade contemporânea, no que se refere à sua necessidade e importância para o homem moderno.

Sem entrar no âmbito de uma discussão político-econômica ou ideológica acerca do acesso aos meios de comunicação, ou seja, do direito de todo cidadão em poder dispor, dentre outros instrumentos, do telefone para comunicar-se, o que será problematizado aqui é algo ainda anterior; refere-se à

* Assistente Social. Coordenadora do Núcleo de Atenção Psicossocial da Região Centro, NAPS, Santos, São Paulo, de abril de 1994 a dezembro de 1996.

Endereço para correspondência: Milene Aparecida Ramalho. Rua Vahia de Abreu, 104, ap. 21. Boqueirão. 11050-120. Santos, SP.

** NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial: Unidade de Saúde Mental que constitui, junto a outros cinco núcleos, uma rede regionalizada de serviços constituídos na cidade de Santos, São Paulo, cuja estrutura de funcionamento de 24hs/dia, durante os sete dias da semana, inclusive feriados, permite oferecer acompanhamento intensivo à crise - o que pode incluir hospitalidade diurna e/ou noturna - e ainda um acompanhamento contínuo e integral (pós-crise) dentro de uma estratégia de Reabilitação Psicossocial.

legitimidade desse direito para algumas pessoas ou, mais explicitamente, à *legitimidade desse direito para os loucos*.

“*Jacaré*” (como prefere ser chamado) é um usuário do serviço que passa boa parte do seu tempo “*pendurado*” no telefone da unidade. Identificando-se como cantor e compositor, político e atleta, seus contatos telefônicos envolvem conversas com seu empresário, reivindicações e denúncias políticas (inclusive contra os funcionários do próprio serviço) e ruidosos desentendimentos com várias organizações e setores, sobretudo aqueles ligados ao poder público municipal.

Maria Helena, outra usuária, também faz uso incessante do telefone nos períodos de crise - para contatar, várias vezes ao dia, com membros da sua família, os quais, invariavelmente, rebelam-se contra ela, provocando-lhe uma reação à altura.

Assim como eles e outros tantos usuários, também uma equipe de aproximadamente doze pessoas, por período, revezam-se na utilização do telefone para emitir ou receber mensagens que buscam responder através desse tipo de contato a algumas demandas de trabalho, como atendimentos às chamadas de emergência, agendamentos, trocas de informações e orientações, questões administrativas, entre outras, o que constantemente acaba representando um grande desgaste de energia, dada a permanente situação de congestionamento da linha.

Eis o quadro diante do qual reportam revoltadas colocações de uma parcela da equipe e, por vezes, de alguns usuários, reclamando a falta de organização do serviço e reivindicando a imposição de *limites* àqueles que demonstram-se “*incapazes de fazer uso adequado e racional do aparelho*”.

O USO DO TELEFONE PELOS LOUCOS. UMA REFLEXÃO À LUZ DO TRATAMENTO MORAL

Como se vê, existe, de fato, uma realidade que nos indica a necessidade da criação de respostas que possam resolver esse problema - aliviando o nível de tensão ou, pelo menos, deslocando-a “*para o seu devido lugar*”, ou seja, para um campo explicitamente administrativo e/ou para o campo político das relações institucionais numa perspectiva de transformação do paradigma psiquiátrico.

Num primeiro movimento de busca de respostas instaura-se na equipe uma polêmica - que se fundamenta e justifica no discurso da clínica - quanto à “*necessidade e benefício terapêutico*” de se estabelecer uma *lei* que venha regular o uso do telefone, podendo significar desde a restrição do uso para determinados usuários ou em determinadas circunstâncias (momentos de crise) até a absoluta proibição dessa “*prerrogativa*” para todos os “*pacientes*”.

Assim, a questão deixa de ser o problema objetivo do congestionamento da linha telefônica - como bem o expressa “*Jacaré*” ao protestar contra a falta de um celular no NAPS - e passa a ser um problema referido à psiquiatria: a falta de limites e adequação dos usuários.

É interessante notar, neste aspecto, que durante a discussão em nenhum momento a equipe se dispõe a fazer uma revisão e um auto-questionamento sobre a necessidade e adequação dos seus próprios telefonemas (que também incluem ligações particulares) e nem uma avaliação crítica quanto à inacessibilidade aos telefones nas diversas instituições públicas que frequentamos, onde as relações de poder existentes estabelecem muito claramente quem dita as normas de funcionamento e quem se submete a elas.

Na polêmica instaurada há quem aponte a impropriedade das condutas terapêuticas adotadas pelo serviço, referindo-se à falta de “*enquadre*” como um problema a ser pensado no que diz respeito às nossas

relações com os usuários. Mais uma vez vem à tona casos como o de "Jacaré", que insiste em ocupar um lugar que não lhe pertence, excedendo-se nas suas manias de grandeza (músico, político, atleta) e nas suas sintomáticas atitudes de controle em relação aos seus terapeutas, ou como o de Maria Helena, que, através de um discurso agressivo e de quem "não fala coisa com coisa", incomoda seus familiares, produzindo mais problemas do que benefícios para ela própria.

Espera-se, afinal, que estas pessoas reconheçam-se no seu lugar de loucos e aceitem passivamente um papel de doentes para que possam ser tratados?

Ora, tal preocupação revela e denuncia uma tendência de pensamento referida ao tratamento moral, que se caracterizou como um sistema pedagógico através do qual a psiquiatria, com pretensões à cientificidade, institui sua primeira terapêutica, legitimando práticas de exclusão e violência realizadas pelo asilo. Práticas expressas, já desde o século XVI, nas relações da sociedade com a pobreza, com a marginalidade, com as várias formas de desvios sociais, enfim, com todas as atitudes e comportamentos não condizentes com o ideário racional do século XVII ou com o racionalismo burguês dos séculos posteriores (FOUCAULT)².

Observamos, assim, que neste percurso histórico onde a loucura, compreendida como desrazão, tornou-se inicialmente alienação e, posteriormente, doença mental, a ciência moderna encontrou através do discurso da psiquiatria a possibilidade de continuar reafirmando a *sua razão* (suas verdades universais), da mesma forma que, analogicamente, o discurso do *terapêutico*, presente na polêmica da equipe do NAPS, identifica na pessoa de "Jacaré" e de Maria Helena a imagem da irracionalidade - causadora de uma desorganização do serviço - que, em si, sugere a necessidade da imposição de uma ordem, do ponto de vista da racionalidade institucional.

É assim que podemos dizer, por exemplo, que se a identidade de "Jacaré" corresponde essencialmente à sua loucura, então não é possível ser reconhecida no músico, no político, no atleta e, dessa forma, suas atitudes e comportamentos devem ser considerados como manifestações fora da realidade e, portanto, condenáveis, ou melhor dizendo, tratáveis.

Aplicando-se os fundamentos do tratamento moral, "Jacaré", enquanto um alienado mental, deve submeter-se a um processo de normatização que, para BIRMAN¹, envolve uma pedagogia estruturada em torno das noções de hierarquia, ordem, vigilância e dominação.

Isto posto, verificamos que por trás de um discurso sobre o caráter terapêutico da atitude de imposição de limites com relação ao uso do telefone pelos usuários, evidencia-se uma prática de exclusão, na qual fica implícita uma compreensão da loucura baseada na idéia moral do "ser em falta" (BIRMAN)¹, do ser incapaz por natureza. Nessa perspectiva entende-se que, frente à incapacidade de estabelecerem uma comunicação segundo os códigos estabelecidos e aceitos socialmente, os nossos usuários devam permanecer excluídos desse direito.

NA PERSPECTIVA DAS NOVAS PRÁTICAS, UMA RESPOSTA COMPLEXA PARA UM PROBLEMA COMPLEXO

Afinal, na perspectiva das novas práticas, no bojo da discussão da reforma psiquiátrica, como podemos efetivamente responder ao problema colocado?

Em primeiro lugar é preciso reconhecer a importância fundamental da criação das condições que, objetivamente, favoreceram o surgimento do problema enquanto tal, o que, no caso, manifesta-se na garantia absoluta de acesso ao telefone a todas as pessoas que freqüentam o NAPS; decisão

que envolve um posicionamento político-ideológico, político-cultural e político-administrativo por parte do serviço, expresso num novo modelo assistencial adotado pela Política de Saúde Mental do Município. Esse modelo tende a reproduzir novas configurações nas relações institucionais e, nessa medida, a exigir um novo tipo de ação técnico-política dos profissionais, que acabam permitindo ou mesmo propiciando a emergência de uma gama de contradições que permeiam essas relações na sua complexidade.

É nesse contexto que esse tema pode ser trabalhado não só pela equipe, mas também junto aos usuários no jogo das correlações de forças presentes nos diversos espaços considerados por nós como terapêuticos. Neste jogo evidenciam-se os vários níveis de contratualidade social e é através dele que buscamos nos prevenir do risco de cair na armadilha do paternalismo.

Assim, são em espaços como, por exemplo, o da Assembléia Geral (que inclui usuários e trabalhadores da unidade) que pessoas como "Jacaré" ou Maria Helena são questionadas pelos seus companheiros ou pela equipe e podem questionar e expressar suas razões, seus interesses, etc., no que se refere ao uso que fazem do telefone da unidade; são nestes espaços ainda que podem e devem surgir

as respostas para o problema em questão.

Visando uma coerência com essa perspectiva de ação temos nos colocado como desafio a tarefa de construir, cotidianamente, *junto e para* cada um dos nossos usuários um *projeto terapêutico de vida*, que deve traduzir-se na formação de novas identidades e, quem sabe, de novos sujeitos. É frente a essa possibilidade que "Jacaré" pôde efetivamente revelar-se como cantor e compositor, realizando seu sonho de gravar uma fita cassete com músicas de sua autoria, ou que Maria Helena tem conseguido enfrentar juridicamente uma discussão com seus familiares acerca dos bens a que tem direito.

Como essas, são inúmeras as histórias cujo momento de vida impõe novas necessidades, novas expectativas, novos projetos e, mais do que nunca, novas exigências nas formas de comunicação, o que sem dúvida requer respostas muito mais complexas e democráticas que possam ser forjadas no interior de um processo coletivo desenvolvido de maneira articulada dentro e fora da unidade.

No momento, conforme decisão em Assembléia, estamos solicitando à Telesp a instalação de um telefone público comunitário e avaliando junto à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde a possibilidade de que as fichas possam ser fornecidas para a equipe e usuários pelo próprio Serviço.

ABSTRACT: This article questions the use of telephone in a mental health institution, as part of the regular activities within the new psychiatric practices. It leads to the discussion about the legitimacy of the patients' right to hold telephone conversations, while it raises a debate about the therapeutic approach proposed by the institution, comparing with the essentially normative approach by the Moral Treatment. Finally, it presents some practical rules to face the problem, to try to overcome the tendency to oversimplify and to decrease its importance, which is part of the responses that reproduce the old practices within institutions.

KEYWORDS: Mental health. Deinstitutionalization, trends. Case reported. Patient care team. Municipal management. Health policy, trends.

RAMALHO, M.A. Somos loucos por telefone. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.15-9, jan./abr., 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
2. FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo : Perspectiva, 1978.

O LUGAR DA SUBJETIVIDADE

LUMENA CELI TEIXEIRA*

TEIXEIRA, L.C. O lugar da subjetividade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.20-4, jan./abr., 1997.

RESUMO: Neste artigo a autora contrapõe a produção artística ao trabalho normatizante destinado ao "louco" desde o século passado com o advento do tratamento moral, que persiste até hoje nas instituições psiquiátricas fechadas. Através do relato de um caso, busca mostrar o benefício do ponto de vista do processo terapêutico, produzido pela edição de uma fita cassete com músicas compostas por um usuário, bem como o percurso reflexivo levado a cabo pela equipe do Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro, no município de Santos, São Paulo, e as divergências quanto à condução do caso em questão, que demonstram o arraigamento da cultura manicomial na prática cotidiana de um serviço aberto que busca investir na subjetividade de seus usuários, e enfrenta suas contradições.

DESCRITORES: Saúde mental. Desinstitucionalização, tendências. Relato de caso. Equipe de assistência ao paciente. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

Busca-se neste artigo relatar o processo de discussão percorrido pela equipe de uma instituição de Saúde Mental, frente ao projeto de edição de fita cassete com músicas compostas por um usuário, bem como o processo de transformação subjetiva do mesmo, face a tal experiência.

A discussão em pauta, durante reunião de equipe, era sobre a conveniência ou não, do ponto de vista do processo terapêutico, de concretizar um antigo e recorrente sonho de um usuário: tornar-se cantor profissional. Discussão acalorada ante às divergências suscitadas pela situação, na qual alguns propunham investir nesse projeto e outros tantos viam a idéia apenas como mais uma das loucuras desse usuário. Num dado momento, alguém explicitou a posição deste

grupo, dizendo que antes de sonhar em ser artista e cantor, esse usuário deveria aprender a ser "peão", como a maioria dos outros o eram ou buscavam sê-lo.

Tentaremos aqui discutir o conteúdo desta última postura, no que se refere à visão de trabalho nela implícita. Para tanto, é necessário que conheçamos um pouco desta instituição, bem como deste indivíduo sonhador.

A instituição é o Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro, um dos cinco NAPS criados após a intervenção municipal, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, antigo manicômio da cidade de Santos. Como diretriz fundamental o NAPS toma a perspectiva da reabilitação psicossocial de

* Psicóloga do Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro, município de Santos, SP.

Endereço para correspondência: Lumena Celi Teixeira. Av. Conselheiro Nébias, 606, ap. 201. Boqueirão. 11045-002. Santos, SP.

seus usuários, contrapondo-se a um atendimento meramente ambulatorial, assistencial ou de tutela. Busca fomentar possibilidades reais de vida comunitária, seja a nível das relações sociais, culturais e de lazer, seja no exercício de uma atividade produtiva que garanta a subsistência e o poder de contratualidade. Busca também valorizar a subjetividade de seus usuários que são vistos e tratados como cidadãos.

Atendendo a região central e portuária da cidade, sua demanda caracteriza-se pelo baixíssimo poder aquisitivo e toda sorte de problemas decorrentes dessa condição socio-econômica: população de rua, prostituição, AIDS, alcoolismo, drogadicção. Hoje atendemos ativamente cerca de 500 usuários, em várias modalidades de intervenção terapêutica: hospitalidade integral, hospitalidade diurna, grupos terapêuticos, atividades artísticas, atendimentos individuais, acompanhamento terapêutico fora da instituição e busca de inserção em outros espaços da cidade. Para tanto contamos com equipe multiprofissional de 33 pessoas entre auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psiquiatras, que reúnem-se diariamente, por duas horas, para discussão dos casos, definição de estratégias, troca de informações e saberes. Nesta reunião de equipe a palavra é democraticamente compartilhada: a opinião ou visão de cada trabalhador ocupa um lugar importante no processo de reflexão sobre os atendimentos, já que o trabalho em equipe é concebido como um dos aspectos intrínsecos ao bom funcionamento do serviço. Para que esta metodologia de trabalho tenha sustentação, em muitas ocasiões há que se buscar algum consenso, como garantia de continuidade a uma dada estratégia definida em relação a algum caso. Este processo muitas vezes é difícil e trabalhoso, mas tem demonstrado ser imprescindível para a manutenção da coesão da equipe quanto a posicionamentos

perante a condução dos casos, especialmente daqueles que produzem maiores controvérsias.

O usuário é W.G., 43 anos, filho de pai-de-santo e doméstica, que há três anos – numa história de amor e ódio – agride severamente uma mulher, é processado, e chega ao NAPS sob sentença de tratamento psiquiátrico compulsório. A rigidez de sua personalidade traduz-se em arrogância e egocentrismo. Nordestino, negro e pobre, luta desesperadamente contra a própria exclusão social buscando impor-se no grito. Impulsivo, atualiza seus traços paranóides lidando com o outro como um inimigo em potencial. Revelando sua face agressiva sempre que é contrariado, é visto pela equipe como “*alguém sem limites*”, invasivo e irritante. Definindo-se como músico, político e desportista, vai demarcando seu território no jogo das relações. Vive sua condição de usuário da Saúde Mental como “*injustiça social*”; não adere ao tratamento, mas ao Serviço. Freqüentador assíduo, se investe de poder fiscalizador enquanto membro da Associação de usuários e familiares. Tocando violão sem nenhuma técnica, impõe a audição de suas composições cujas temáticas variam entre protesto, poder policial, falta de higiene, amores não correspondidos, traições e homossexualismo. Em alto e bom tom, marca sua posição de cidadão que “*não deixa nada barato nem leva desaforo pra casa*”. E incomoda muito. Quem na cidade já não ouviu falar dele? Transita pela Câmara, Prefeitura, partido político, manifestação. Participa de maratonas, eventos culturais. Inconveniente, é excluído reiteradamente. Sua leitura dos fatos é sempre parcial: não foi candidato a vereador porque o partido o discriminou, perdeu a maratona porque a organização não era séria, a Secretaria de Cultura não bancou seu show porque não reconhecem seu talento. Não perde uma Assembléia de usuários, onde monopoliza

a fala com seu discurso repleto de palavras incomuns e descontextualizadas que ouve aqui e ali. Mas toca nas feridas, aponta os erros, numa posição de alheamento que incomoda muito. Mexe com os nervos de todos: usuários ou técnicos. Assim, devido a seu estilo nada sutil, passa a viver uma situação de descrédito por parte da equipe que após várias tentativas frustradas foi desistindo de investir em novas possibilidades de evolução para o caso.

Mas, surge um fato novo: passa a compor a equipe um Acompanhante Terapêutico que é músico, e que vislumbra a possibilidade de conduzir a edição de uma fita cassete com quatro composições de W.G., nas quais vinham trabalhando na Oficina de Música. Esta proposta é assim apresentada para discussão na reunião de equipe, sendo neste momento que surge a sugestão destacada inicialmente, para análise neste artigo, de que W. deveria tentar tornar-se "peão".

Este comentário evidencia a dicotomia entre o trabalho operário e a produção artística. Para seguirmos em nossa análise, devemos buscar na história o papel central que o trabalho adquiriu no tratamento oferecido ao louco.

No final do séc. XVIII a parcela da população internada nos grandes asilos passa a ser alvo da Medicina Mental. Partindo do pressuposto de que o louco era aquele a quem faltavam os atributos da racionalidade — organização, noção de realidade, adequação social, capacidade para o trabalho — articula-se um sistema teórico e prático com a intenção de preencher-lhe estas "lacunas" (BIRMAN)¹. Este sistema, o Tratamento Moral, pode ser considerado como um processo de normatização, cuja pedagogia estrutura-se em torno das noções de ordem, hierarquia, vigilância e dominação. Supõe que se o alienado realizasse as mesmas tarefas, nos mesmos horários, nos mesmos lugares, de modo contínuo, ele regularia internamente

o seu descontrole. E é assim que o trabalho ganha dimensão e importância na prática asilar, tornando-se o núcleo da ordem e dos bons costumes. Dotado de virtudes mágicas, apresenta-se como o mais poderoso instrumento de cura e manutenção da saúde. Aliado à rigidez da hierarquia, vigilância absoluta e dominação sem restrições, incluindo práticas violentas de contenção e punição no isolamento asilar:

... a loucura era proibida de falar, de se expressar em linguagem e em ação: dessa forma, o ensinamento da ordem objetivava que a "polícia externa" fosse incorporada, isto é, que o controle se efetivasse interiormente até que a loucura se perdesse no silêncio. Por estranho que possa parecer, no asilo, lugar dos loucos, é proibido ser louco" (NICÁCIO)².

Importante ressaltar que no panorama contemporâneo das instituições psiquiátricas fechadas, a situação permanece inalterada. Ao lado da contundente intervenção medicamentosa, o tratamento hoje oferecido nestas instituições mantém-se pautado nos mesmos pressupostos e práticas, como que congelados no tempo. Em instituições abertas como os NAPS, onde as atividades remuneradas são desenvolvidas na comunidade, o trabalho deixa de cumprir o papel de normatização moral para apresentar-se como atividade importante na reconquista de um lugar social, garantia de subsistência e consequente autonomia.

No entanto, se considerarmos que o trabalho operário realizado hoje por qualquer cidadão caracteriza-se por ser uma atividade rigidamente hierarquizada e ordenada, restrita a padrões previamente definidos e mal remunerada, podemos perceber enormes semelhanças em relação à Pedagogia da Ordem consolidada no século passado. A grande maioria dos usuários dos NAPS

que trabalham, realizam tarefas dentro deste espectro, que é o oferecido e esperado socialmente.

Por outro lado colocamos a expressão artística como o lugar da subjetividade, da criação e, ainda que exija disciplina e determinação, pressupõe sempre um processo inovador, exploratório, aventureiro. Nela a regulação não é dada, necessariamente, por fatores externos ao indivíduo; é um lugar onde a loucura pode mostrar sua face, porque o critério não é a razão. Quando se admira uma obra de arte não se questiona sobre a loucura ou sanidade do autor, a expressão artística transcende os limites da razão. Aquele que cria produz algo que é singular, subjetivo; é um ato individualizador em contraposição ao que seja massificante. Na sociedade científico/tecnicista, onde o pensamento lógico/racional é seu pilar fundamental, a estratégia de massificação cultural é a via de acesso à manipulação dos indivíduos para que se mantenham silenciados em sua condição de reprodutores deste sistema e não se reconheçam enquanto seres criadores e, portanto, repletos de possibilidades.

Muitas vezes o artista vivencia sua própria exclusão; como o "louco" é também um diferente, pois não comunga com as atitudes culturalmente estereotipadas, expressando-se singularmente. Rema contra a maré da massificação, rompendo padrões estabelecidos. Seu itinerário é o do simbólico, do mitológico, do mágico, e daí a proximidade com a loucura. Por isso a grande maioria dos artistas encontra enorme dificuldade no reconhecimento valorativo de seu trabalho. É como se ser artista fosse algo menos útil, menos sério, porque este se afasta do fazer-comum, do fazer-normal, do fazer-não-criativo. Sendo a subjetividade e liberdade de criação os aspectos intrínsecos da produção artística, nesta forma de trabalho busca-se romper com as relações de dominação que impõem restrições às manifestações desta subjetividade.

A meu ver, a opinião de que ao usuário só restaria tornar-se "peão" como contraposição ao projeto, traduzia o desejo de que o mesmo se enquadrasse no que se espera de um cidadão comum, normatizado. Que sua forma de ganha-pão fosse inibidora de sua subjetividade, tão incômoda. Temia-se que do contrário sua "loucura" se exacerbasse.

Esta discussão aponta o quanto estamos imersos em valores arraigados historicamente quanto à restrição às manifestações subjetivas de nossos usuários. A cultura manicomial estruturada a partir do Tratamento Moral pelo trabalho-não-criativo continua a permear nossos embates cotidianos na direção de um novo saber na atenção psiquiátrica. Embates que são fundamentais quando se pretende uma transformação tão profunda como a que projetamos, já que em última análise o que buscamos é uma transformação cultural. Devolver a voz à loucura é deixar falar a subjetividade e, portanto, valorizar todo e qualquer processo criativo.

Foi possível realizar este percurso reflexivo com a equipe e, finalmente, apostou-se no projeto do usuário. O acompanhante terapêutico colocou-se à frente da produção da fita cassete, desde a gravação em estúdio aos ensaios fotográficos para a capa. Gastos com estúdio e reprodução das 50 fitas foram faturados em 30 e 60 dias, de tal forma que puderam ser pagos com a venda das mesmas. A coordenação do Projeto de Saúde Mental emprestou recursos para os gastos restantes, que também foram repostos através da comercialização posterior. O lançamento da fita foi um sucesso, realizado num bar dançante da cidade, durante evento comemorativo do quinto aniversário do NAPS, Centro. A partir daí o usuário empenhou-se nas vendas, conseguindo pagar o investimento e reproduzindo outras 50 fitas. Desta segunda edição restam ainda vários exemplares, já que o usuário esgotou o círculo de conhecidos, e agora restringe-se

a oferecer seu trabalho em eventos nos quais participe.

Os resultados desse processo foram muito positivos. Um projeto auto-sustentado que devolveu ao usuário a percepção de sua capacidade real de ser produtivo e conquistar valor social, sem abrir mão de seu próprio desejo e autenticidade. W.G., durante e após a experiência, mostrou-se bem mais centrado e sociável. Ele pôde assim, apropriar-se de um outro papel que não o de desajustado, o “*fora de lugar*”. Ao

transformar seu próprio sonho em realidade o mundo deixou de ser tão ameaçador e ele pôde experimentar o sabor de conquistar sua própria identidade.

Quanto ao processo da equipe, foi muito enriquecedor para todos perceber a fundamental importância de se apostar na subjetividade do usuário, se isto significar, para ele próprio, a apropriação de um lugar social onde ele se reconheça como indivíduo singular e capaz de expressar esta singularidade.

TEIXEIRA, L.C. The subjectivity's place. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.20-4, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: In this article the author compares the artistic production to the prescriptive work that is intend for “*mad*” since last century with the advent of the moral treatment, that exists until today in the closed psychiatrics institutions. Through the account of a case, try to present the benefit produced by the publication of a tape with songs from the user, from the view of that same therapeutic process, as well as the reflexive route brought to cabe by the team of the Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro, in Santos, São Paulo, that in the first moment submitted disagreement about the conduction of this case, demonstrating root from manicomial culture in the daily practice of a opened work that brings to invest in the subjectivity from its users, and face its contradictions.

KEYWORDS: Mental health. Deinstitutionalization, trends. Case reported. Patient care team. Municipal management. Health policy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
2. NICÁCIO, M.F.S. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A DESCONSTRUÇÃO DE UMA CENA. A CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA

MARIA LÚCIA CARVALHO DAMY*

DAMY, M.L.C. A desconstrução de uma cena. A construção de uma história. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.25-31, jan./abr., 1997.

RESUMO: O artigo tem por objetivo discutir a possibilidade de novas respostas as situações de crise nas instituições abertas, envolvendo a criação de diversos dispositivos subjetivantes e de novas formas de relação. Através do relato e da desconstrução de uma cena apreendida do cotidiano do Núcleo de Atenção Psicossocial da Vila Belmiro (NAPS IV, Vila Belmiro), ligado ao Programa de Saúde Mental de Santos, São Paulo, mostramos a pluralidade das ações que ocorreram no processo de reconstrução da história de vida de um usuário com ênfase nos movimentos da equipe, marcados pela flexibilidade e disponibilidade e na intervenção junto ao território. Finalmente, problematizamos as incertezas e os desafios que permearam este percurso como inerentes ao debate atual a respeito do novo objeto da Psiquiatria, no interior do processo de desinstitucionalização, enquanto reconstrução de complexidade e singularização.

DESCRITORES: Saúde mental. Desinstitucionalização, tendências. Relato de caso. Equipe de assistência ao paciente. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

INTRODUÇÃO

“A partir de hoje a exclusão será mais difícil e menos fácil legitimar-se por parte de um sistema que não encontre outra solução ao problema que apareceu dentro das relações explícitas entre as classes sociais e não mais na periferia do mundo da vida, não mais ocultado por ciências autolegitimantes”
(ROTTELLI)³.

Este artigo propõe a reflexão sobre a produção de novas respostas às situações de crise nas instituições abertas, através do relato e

da desmontagem de uma cena do cotidiano do Núcleo de Atenção Psicossocial, Vila Belmiro (NAPS, Vila Belmiro). Evidenciamos na exposição o suporte e continência oferecidos por este serviço e todo o processo percorrido para a reconstrução da história de vida do usuário, quando então a crise adquire sentido e complexidade. A análise desta trajetória, por sua vez, inclui não só a apresentação dos desafios e incertezas presentes na abordagem deste novo objeto, a existência sofrimento e sua relação com o corpo social (ROTTELLI)³, como também as transformações inerentes a práxis destes

* Psicanalista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental do Centro de Estudos em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, RJ. e Secretária de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos. Coordenadora do Núcleo de Atenção Psicossocial, Vila Belmiro, Santos, SP, de 4 de março de 1992 a dezembro de 1996. Coordenadora do Lar Abrigo Manoel da Silva Neto, Santos, SP, de março de 1994 a dezembro de 1996.

Endereço para correspondência: Maria Lúcia Carvalho Damy. Rua Visconde de Faria, 189, ap. 33, Campo Grande. 11075-711. Santos, SP.

profissionais, envolvidos na criação de múltiplas estratégias subjetivantes e de novas formas de relação.

*O QUE É O NAPS ?**

A situação estudada ocorre no NAPS Vila Belmiro, uma das unidades do Programa de Saúde Mental de Santos, inaugurada em 1992 e, atualmente, com 600 pacientes em acompanhamento. Este serviço funciona 24 hs/dia, sete dias na semana, com portas abertas, dispondo de seis leitos para hospitalidade integral e responsabilizando-se pela globalidade da atenção a usuários com grave sofrimento psíquico de uma determinada região. Oferece diversas possibilidades de intervenção, tais como, hospitalidade noturna, diurna e integral, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e grupais, visitas e atendimentos individuais e grupais, visitas e atendimentos domiciliares, passeios, atendimento a situações de urgência/emergência e outras que, escolhidas de acordo com as necessidades do usuário, irão construir seu projeto terapêutico.

A equipe multiprofissional é composta por três psiquiatras, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, dois acompanhantes terapêuticos, três assistentes sociais, três oficiais administrativos, vinte auxiliares de enfermagem e uma coordenadora. Entretanto, na proposta de trabalho dos NAPS, estes profissionais operam como técnicos de referência, não vendo o usuário como objeto de intervenção a partir de sua especialidade profissional mas, pelo contrário, construindo cada projeto terapêutico com o reconhecimento, junto ao usuário, de suas necessidades e dificuldades. No cotidiano, isto se traduz em:

“Visitar os parentes, recolocá-lo em contato com os vizinhos, ajudá-lo

a prover-se de víveres cotidianos e a organizar-se em termos domésticos; acompanhá-lo às compras de roupas, às despesas gerais, a consultas médicas ou exames, a fazer documentos, a depositar dinheiro no banco, a procurar oportunidades de emprego.” (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991, p. 71)¹.

A CENA

José, que vem sendo atendido no NAPS em regime de hospital-dia, entra no serviço fumando e ao aproximar-se de uma usuária pede outro cigarro. Sorrindo, ela responde com uma negativa. José passa a agredí-la, desferindo socos e pontapés. Os profissionais impedem que continue e o repreendem. Ele desce as escadas e, armado de pedras que encontrara na rua, volta e as atira contra uma janela, quebrando vários vidros. Ao final, tenta-se uma aproximação: José, agitado, vai embora. Retorna no dia seguinte como se nada acontecera.

Chamamos José para uma conversa junto à equipe, onde são colocados os sentimentos despertados, em cada um, frente a sua agressividade; entre eles o medo da aproximação, a raiva e como isto tudo o afastava das pessoas, impossibilitando a convivência. José responde que não estava bem, que estava nervoso. Mostramos que haveriam outras formas de expressar seus sentimentos, que poderia pedir ajuda às pessoas, compartilhar seu mal estar ou mesmo manifestar sua raiva sem, entretanto, recorrer à agressão física. E que, em função de sua atitude, sua permanência no NAPS durante uma semana, ficaria restrita ao período da manhã, quando tomaria sua medicação diária de forma habitual, conversaria com sua técnica de referência e participaria dos grupos que fossem de seu interesse.

* A esse respeito ver Nicácio, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo².

José, cabisbaixo, após permanecer alguns instantes em silêncio, pergunta:

"Se eu conseguir pagar o estrago, juntar dinheiro para os vidros, posso ficar?"

Esta proposta nos surpreende pois, pela primeira vez, após inúmeras situações semelhantes terem ocorrido, com sucessivas rupturas nos acordos estabelecidos, José mostra-se disposto a reparar, articula uma proposta e mostra seu desejo em permanecer, deixando claro o aumento de seu poder contratual. Uma vez que o objetivo era levar José a responsabilizar-se por suas atitudes, adquirindo uma autonomia maior mesmo suspeitando da viabilidade da proposta, uma vez que José não teria o dinheiro, aceitamos o acordo.

Volta ao final da tarde:

"Fiquei pedindo dinheiro na rua e consegui R\$ 3,00. Isto paga?"

Mostramos a José que, mesmo não cobrindo totalmente as despesas, isto não era tão importante quanto sua mobilização para recuperar seu espaço e, se houvera tido sucesso com seu esforço conseguindo parte do dinheiro, poderia também ser capaz de buscar respostas aos conflitos do cotidiano sem fazer uso da agressão; o liberamos novamente para a utilização do NAPS em forma de hospital-dia.

Identificamos nestas decisões o trânsito por um campo delicado que pode tender ao controle, mas que também possibilita a abertura para novas experiências; para o resgate de sentido.

Neste relato foram apontados os avanços alcançados por este usuário mas, sem alguns esclarecimentos torna-se difícil avaliar sua dimensão e a repercussão de seus efeitos sobre seu cotidiano. Com este objetivo faremos uma breve retrospectiva sobre a trajetória de José em nosso serviço e todo o processo de reconstrução de sua história.

BREVE RETROSPECTIVA

José chegou ao NAPS em fevereiro de 1994; encaminhado por uma profissional de outro NAPS, onde era atendido desde a desativação da enfermaria na qual permaneceu em sua última internação na Casa de Saúde Anchieta. Em função do forte vínculo estabelecido com a médica psiquiatra neste período, privilegiou-se a continuidade do seu atendimento naquele serviço, em detrimento dos limites de sua área de abrangência mas, com a saída desta profissional, pela distância em relação à sua moradia e, principalmente, pelo desgaste da equipe frente às situações de violência e agressividade que produz nas relações, ele nos foi encaminhado.

Gradualmente fomos obtendo alguns dados que nos permitiram a reconstrução de sua história, ainda que de forma confusa e fragmentada. Suas internações psiquiátricas (num total de seis, na Casa de Saúde Anchieta) começaram em 1989, após a morte da mãe, com quem morava. Tem cinco irmãs e dois irmãos, com os quais tem pouco ou nenhum contato, pois cresceram em diferentes instituições. A mãe não tinha condições de criá-los, era prostituta e todos são filhos de pais diferentes. José, 35 anos, é solteiro, estudou até a oitava série e permaneceu até os 12 anos internado na FEBEM. Nunca trabalhou formalmente, tendo sido tentado, em períodos distintos, sua inserção em frentes de trabalho protegido, do atual Programa de Saúde Mental, mas José não consegue permanecer. Mora em condições precárias, num barraco, no Morro do São Bento (Santos). Por ser conhecido na sua região, conta com a ajuda esporádica de alguns vizinhos quanto a alimentação e cigarros.

"Seria oportuno retornar a cena descrita para aprofundarmos a discussão relativa a conduta tomada pela equipe naquela situação que, por sua complexidade, suscita

dúvidas e incertezas porém, em nosso cotidiano, "tensões, contradições e mudanças começam a fazer parte do modo de trabalhar, tornando-se o terreno efetivo da ação terapêutica" (ROTTELLI et al., 1990, p.17)⁴.

José, por seu comportamento transgressivo, aliado à forma ameaçadora pela qual costuma se dirigir às pessoas sempre despertou muito temor nos profissionais e demais usuários do serviço. No início acreditávamos que estas alterações de comportamento deveriam ser tratadas, reduzindo sua significação a sintomas de uma crise psicótica. Nestas ocasiões, era sugerido que permanecesse no NAPS, em hospitalidade integral, com o objetivo de que a continência oferecida pudesse tranquilizá-lo. Se, a princípio, José concordava dizendo sentir-se seguro e protegido com a acolhida, à medida que ficava sozinho com os auxiliares de enfermagem no período noturno mostrava-se ansioso e agitado, dizendo sentir-se preso, quando então repetiam-se as cenas de confronto e agressão caso não fosse liberado.

Quando optava em sair no período noturno, retornava na manhã seguinte justificando sua saída pela necessidade de ficar em casa para cuidar de sua "criação de urubus". Nestas ocasiões nos sentíamos confusos, perplexos e paralisados ... Agora, por toda a trajetória já percorrida é possível avaliarmos que José procurava nos mostrar, a todo instante, a fragilidade com que estabelecia suas relações e a precária condição de sua vida concreta. Talvez se utilizasse desta metáfora como um pedido de aproximação, tentando nos remeter para seu barraco, seu local de moradia tão árido e inóspito onde provavelmente só urubus sobreviveriam, alimentando-se do lixo em decomposição.

A partir daí procuramos transformar nossa escuta, decodificando esta linguagem, buscando um sentido. Como José não conseguia expressar seu pedido de ajuda de

uma outra forma e, por temê-lo, pouco conversávamos com ele, acabávamos entrando num circuito onde a agressão era a única forma de comunicação possível. Quando José tornava-se agressivo? Quem era o alvo? O que desencadeava? Precisávamos, para compreendê-lo, nos aproximar, pois, entendemos que:

"... a reconstrução da história através dos múltiplos momentos de contato e de conhecimentos entre o serviço e a pessoa, nos seus locais de vida, com a rede das suas relações, com os seus problemas materiais e concretos, tende a colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-lo compreensível (não de explicá-lo!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise. A história é entendida tanto como elemento de reconstrução do percurso efetivo, social e institucional da pessoa, quanto como recomposição da ruptura de sua experiência, representada pela crise em curso" (DELL'ACQUA e MEZZINA, 1991, p.56)¹.

Embora as questões acima colocadas não estivessem presentes de forma tão clara, intuitivamente fomos reelaborando nossas intervenções, abrindo-nos para a busca de recursos e instrumentos mais complexos e, paralelamente, reorientamos nossas ações em direção ao território.

Evidentemente as crises de José, as crises da própria equipe, os erros e acertos não devem ser analisados como desvios de rota mais sim como um percurso necessário e, sem dúvida, inerentes às práticas que surgem no interior de instituições com a manutenção de portas abertas e todas as suas implicações. A esse respeito ROTTELLI et al. (1990, p.91)⁴ nos diz:

“... as novas instituições devem estar a altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada)”.

A AÇÃO NO TERRITÓRIO

No sentido de buscarmos parcerias para a reorganização de seu cotidiano, estabelecemos contato com duas irmãs de José. Uma, de forma clara, expôs sua pouca disponibilidade em compartilhar o tratamento; outra, mais afetiva, mostrava a total impossibilidade em ajudá-lo frente ao número de problemas pessoais e financeiros que estava atravessando.

Temporariamente desistimos da família e passamos a investir em visitas domiciliares, a princípio conhecendo os vizinhos. Estes nos informam que a mãe de José tinha “problemas”, pois todos percebiam que mãe e filho mantinham relações sexuais. Descobrimos também que numa discussão dos dois José passa a agredí-la; esta sai correndo de casa e é atropelada, vindo a falecer.

Em visitas posteriores pode-se perceber também a tensão com a qual convivem os moradores deste morro, um dos pontos mais violentos do tráfico de drogas em Santos. Quando o veículo com o símbolo da Prefeitura Municipal, e com o qual são feitas as visitas, circula por determinados locais do morro, alguns rapazes se aproximam perguntando a razão da visita (provavelmente os informantes da rede de traficantes) e, frente a resposta dos profissionais, afastam-se, murmuram entre si, há um entra e sai de dentro de uma casa e ouve-se a autorização de uma das janelas.

No local, vários jovens vem sendo assassinados em acertos de contas. Os tiroteios são freqüentes e a polícia, segundo o jornal

local, encontra dificuldades em realizar as investigações, pois reina um “*pacto de silêncio*”.

Poderia José responder de outra forma, após tantos anos na FEBEM, vivendo neste contexto, senão pela violência? Que outro valor de troca estaria colocado nestas relações? Como transpor o pacto de silêncio introjetado e possibilitar a construção de novas formas de expressão?

Bem, conhecer a moradia de José nos trouxe um sentimento inevitável de compaixão. Não sabíamos se ela expressava sua escassez de recursos internos ou se, por sua vez, seus poucos recursos internos eram, justamente, fruto desta condição de existência. José, enquanto a mãe era viva, morava num barraco confortável, junto com suas irmãs. Quando a mãe faleceu uma das irmãs trouxe o companheiro para morar consigo e, após construírem um cômodo de alvenaria, no fundo do quintal, expulsaram José para lá. Após alguns anos, os dois saíram da residência e a alugaram. José permaneceu no quatinho de aproximadamente 2,5 x 2,5 m, onde dorme num colchão, com dois gatos e utiliza-se de um banheiro externo, comum à casa. Não há nenhum mobiliário, as roupas são colocadas no chão.

Se avançávamos nas relações com o território, dentro da instituição as relações entre José e funcionários ou mesmo entre José e outros usuários continuava bastante tensa, com agressões ocorrendo com alguma freqüência; José permanecia em hospital-dia pois percebíamos agora claramente como tinha poucas condições (concretas e psíquicas) para organizar-se, cuidar de sua higiene ou alimentar-se. Mas esta proposta nunca foi consensual na equipe. Na voz de alguns auxiliares de enfermagem, *os técnicos mostravam-se perniciosos dando colo à José que, “enquanto tiver casa e comida (NAPS) não verá necessidade de trabalhar para se manter”*.

Pouco adiantavam os argumentos que José nunca trabalhara, que o trabalho protegido já havia sido tentado e que, trabalho ou dinheiro não tinham significação especial para ele.

Toda esta divergência tornava-se especialmente conflitiva e acirrada entre os membros da equipe quando das situações de violência por ele desencadeadas. Mesmo os outros usuários, em assembléias, falavam abertamente à José do desejo de expulsá-lo do serviço.

Então, ocorre uma situação limite, que nos lança em um impasse. Uma profissional entra em seu carro com outra usuária e José passa a desferir várias pauladas no veículo, causando sérios prejuízos. Nossa capacidade de continência viu-se ameaçada. Mesmo reconhecendo que estes atos pudessem significar o caos, o desespero que vivenciava, seria impraticável a acolhida e a permanência de José e, pelo contrário, tornavam-se evidentes as respostas de evitação, hostilidade e rechaço.

Após inúmeras discussões em reuniões de equipe, para preservar e garantir a continuidade de seu atendimento no serviço optamos por uma nova estratégia. Sempre que uma situação de agressão ocorresse (física ou mesmo verbal), José seria chamado para conversar com as pessoas da equipe que estivessem disponíveis no momento (até porque, individualmente, sentíamos-nos frágeis para abordá-lo) onde explicitando nossos sentimentos e nossos próprios limites proporíamos um tempo de afastamento para que houvesse, neste período, a possibilidade de reconstrução do vínculo. Ao final dos períodos (dimensionados em relação à maior ou menor gravidade da situação envolvida, nunca ultrapassando quinze dias), voltávamos a conversar. José nos contava sobre as situações vividas em seus dias fora do serviço e nós as avaliávamos juntos. Convém ressaltar que este afastamento traduz-se na não permanência em hospital-dia, com a vinda restrita à partici-

pação de alguma atividade (medicação assistida, refeição ou diálogos com seu técnico de referência) e com a saída subsequente.

Com esta iniciativa, a agressão física e a destruição concreta foram perdendo sua “naturalidade”, passaram a não serem mais equivalentes ao seu “nervosismo”. Neste trajeto, reatualizamos a discussão sobre a periculosidade do doente mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos problemas foram levantados, alguns resolvidos. Porém, abandonamos enquanto objetivo de trabalho a cura vista como a solução ótima. Nos movemos em um campo contraditório, onde buscamos evitar a exclusão, manter as portas abertas, mediar relações, propor novas formas de expressão, promover mudanças na qualidade de vida, transformação de demanda. Intervenções complexas, frente a complexidade da loucura.

A análise do caso apresentado nos remete à questão do controle. Para compreendermos como ele é trabalhado em nossa instituição faremos nossas as palavras de DELL'ACQUA e MEZZINA (1991, p. 61)¹:

“O controle não existe, ... objetivado em estruturas de contenção (portas fechadas, quartos de isolamento, meios de contenção física); não aparecerá pois, jamais como dado, mas sim como limite crítico e escolha concreta que ainda se deve discutir que se explica e se motiva buscando atingir uma posterior consciência na pessoa. Em todos os casos em que se recorre a uma gestão mais rígida e diretiva do paciente, que contém em si os riscos de fechamento da relação, de objetivação e de manipulação, a contratação continua e pode inverter a própria gestão, transformando-a em um fato ativo do qual o paciente efetivamente participe”.

José passa a articular seu desejo, exprimindo suas necessidades e expectativas da seguinte forma: quer um butijão de gás, um fogão, uma TV e uma mulher, o que promoveu um redirecionamento em nossas ações. Primeiramente realizamos um investimento no sentido de obtenção de um benefício junto ao INSS, objetivando a garantia de condições mínimas de subsistência. Com o retorno positivo, passamos a estabelecer novos contatos junto à uma das irmãs, não mais dividindo dificuldades e responsabilidades (o que havia gerado seu afastamento) mas sim partilhando conquistas. Hoje temos acompanhado José ao banco, às compras e à abertura de sua caderneta de poupança.

Temos ainda muito o que fazer, o que rever e o que pensar ... Agora pensamos em iniciar um mutirão junto com outros usuá-

rios da região para a organização de seu cômodo, talvez buscando doações ...

Gostaríamos de encerrar o presente trabalho com estas considerações elaboradas por NICÁCIO (1994, p.105)², a respeito da experiência realizada em Santos:

“É um processo com limites e contradições que não se coloca como modelo de soluções a priori porque dessa forma estaria na ordem do ideal e apreendê-la como tal seria sua própria negação. Trata-se sobretudo de uma prática que pode negar, transcender e construir uma nova realidade por este caminho; afirma a presença da utopia, não como a ilusão do amanhã e sim como um desenho que prefigura a possibilidade concreta de transformação do real”.

DAMY, M.L.C. The change of a scene in to a history. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.25-31, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: This paper is aimed at discussing new alternatives to the crisis in open mental institutions, which would involve the creation of new forms of relationship. Through the report of a scene observed at the Núcleo de Atenção Psicossocial da Vila Belmiro, (NAPS IV, Vila Belmiro) which is part of the Programa de Saúde Mental de Santos, São Paulo, we were able to disclose the multiple actions that took place in the process of reconstructing a patient's focusing on the team movements, characterized by flexibility, availability and intervention in the area. Finally, we questioned the doubts and the challenges that were part of this process as being inherent to the current controversial discussion on the new object of psychiatry, within the deinstitutionalization process, as a way of complex reconstruction.

KEYWORDS: Mental health. Deinstitutionalization, trends. Case reported. Patient care team. Municipal management. Health policy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à crise. In : DELGADO, J., org. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo : Resenha, 1991.
2. NICÁCIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
3. ROTELLI, F. A instituição inventada. In : NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 89-99.
4. ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 28-92.

ACIDENTE DE PERCURSO NA CONTRAMÃO DA HISTÓRIA

NEUZA A. N. GONZAGA*

GONZAGA, N.A.N. Acidente de percurso na contramão da história. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.32-7, jan./abr., 1997.

RESUMO: Novos serviços, substitutivos ao manicômio, têm sido criados buscando-se formas de assistência capazes de romper com o paradigma psiquiátrico e que possibilitem a reprodução social das pessoas. O presente trabalho tem como objetivo, a partir do relato de caso atendido em um serviço aberto da cidade de Santos (NAPS, Vila Belmiro), problematizar sobre os riscos de práticas tradicionais serem atualizadas e reproduzidas nos novos serviços.

DESCRITORES: Saúde mental. Desinstitucionalização, tendências. Relato de caso. Equipe de assistência ao paciente. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

“... existe sempre a possibilidade de se verificar a reprodução da distância entre operador e paciente, a não escuta, a objetivação, a prevaricação, a indução passiva da cronicidade. A capacidade do serviço de se repropor constantemente tais entraves, de vivê-los como “crise” permite a este - em um processo certamente não linear, geralmente desordenado, à custa de conflitos também penosos, com risco de “queimar” os próprios operadores (“burn-out syndrome”) - se reproduzir e afrontar o risco de sua própria “institucionalização” (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991, p.76)¹.

O NAPS 4 foi inaugurado em 1992 com a proposta de oferecer assistência alternativa

ao modelo manicomial. Os NAPS são regionalizados, funcionam 24 horas por dia, sete dias na semana, inclusive feriados. Possuem uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, acompanhantes terapêuticos, auxiliares de enfermagem. São ações dos NAPS: hospitalidade integral (internação), hospitalidade diurna (passar o dia no NAPS), hospitalidade noturna (dormir no NAPS), atendimento às situações de crises, atendimento ambulatorial e atendimentos domiciliares (com o objetivo de intervir nas relações familiares quando o nível de tensão é alto, discutir os papéis cristalizados desempenhados no núcleo familiar, estimular a busca de alternativas para uma transformação das relações, garantir a administração de medicamentos, intervenções de auxílio ao

* Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Atenção Psicossocial, Vila Belmiro, Santos, SP. Coordenadora do Curso de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental da Fundação de Desenvolvimento Administrativo, FUNDAP, HGA e Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos, SEHIG, no período de março de 1996 a dezembro de 1996.

Endereço para correspondência: Neuza A. N. Gonzaga. Rua do Estilo Barroco, 607, ap. 23, Alto da Boa Vista. 04709-011. São Paulo, SP.

usuário para organização do domicílio, etc.)*, atendimentos grupais, intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial.

Os familiares participam do projeto terapêutico através de atendimentos individuais, orientação e grupos de familiares, que acontecem semanalmente, com o objetivo de orientá-los sobre a doença mental, favorecer contato e trocas entre familiares de outros usuários procurando ajudá-los no enfrentamento das dificuldades surgidas no cotidiano.

Apresentamos a seguir as situações vividas no NAPS através de um relato do processo de acompanhamento de João, que vem sendo tratado no NAPS desde setembro de 1993. Este usuário já havia sido internado por duas vezes em hospital psiquiátrico. Ao ser trazido pela primeira vez ao NAPS encontrava-se delirante, agressivo, não aceitando o atendimento nem a sugestão de permanência no NAPS.

Mesmo assim optamos por atendê-lo em hospitalidade integral devido ao alto nível de tensão familiar e ao seu comportamento explosivo, que colocava em risco sua rede de relações. Após longa conversa e a definição do acordo de que suas possibilidades de saída do NAPS deveriam ser previamente combinadas com a equipe, visto ser importante para ele o contato com pessoas do seu trabalho, aceita ficar internado. Após alguns dias, como João sentia falta de sua casa e já se encontrava melhor, é feito novo combinado: dormirá em casa e virá diariamente ao NAPS para tomar medicação e conversar.

João teve muitas idas e vindas, resistia à medicação, procurava médicos em outros serviços, como o Pronto Socorro, buscando autorização para não usar mais medica-

mento e se opunha em vir ao NAPS dar continuidade ao acompanhamento proposto. Por vezes a família mostrava-se conivente com suas atitudes de recusa, talvez por não saber administrar a situação, temendo contrariá-lo. Convidamos a família para participar dos grupos de família e, quando João não comparecia à unidade, fazíamos visitas domiciliares para fornecer medicação, fortalecer o vínculo e elaborar com a família seus movimentos de alianças, rupturas, posições ocupadas, presentes na história deste grupo familiar.

Aos poucos João foi melhorando, mostrando-se menos delirante, favorecendo um contato mais próximo e tendo sua medicação diminuída. João começou então a trabalhar, vindo periodicamente ao NAPS para o acompanhamento medicamentoso e conversas.

Aproximadamente após um ano João retorna ao NAPS em crise, gritando, rasgando documentos e dizendo :

“Nada dá certo na minha vida,...todos querem me explorar”.

Havia brigado com a noiva, que descobriu que ele fazia tratamento psiquiátrico. Neste momento não aceita ficar no NAPS, mas concorda em tomar a medicação prescrita. Após alguns dias foi necessário recorrer à internação no NAPS pois João encontrava-se agressivo com os familiares e no local de trabalho. Permanece alguns dias no NAPS e depois passa a vir somente para tomar medicação e conversar.

Começa então um período difícil, pois João oscila quanto à aceitação do tratamento; às vezes ausenta-se da unidade sendo necessário ir à sua residência. A família queixa-se constantemente sobre seu estado, que não está bem, que não permanece em casa e que

* Sobre este tema ver texto da autora: *Assistência domiciliar em saúde mental: da instituição ao território* [Apresentado no I Seminário Nacional de Assistência Domiciliar, Santos, São Paulo, 1994]

apresenta dificuldade para dormir. Certo dia chega ao NAPS acompanhado pelo irmão que relata que João não se encontrava bem, estava jogando objetos da casa pela janela. João mostra-se choroso, diz ser explorado pela família e para agredí-los atira objetos pela janela. Aceita prontamente permanecer no NAPS. Nesse momento ficar no NAPS é um pedido seu e acreditamos que isto seja resultado de uma maior aproximação do usuário com o serviço e equipe, produzida pelo processo das visitas domiciliares, atendimentos periódicos e o desenvolvimento de sua percepção para a pouca continência dos familiares para com seu sofrimento e estado atual.

Esse novo período de permanência no NAPS é um momento difícil, pois apesar das várias abordagens (atendimento frequente para discussão de sua problemática, atendimento familiar, visitas domiciliares, medicação, atendimento conjunto dele com a noiva, intermediação na sua relação com o trabalho e rede social), João parece não querer melhorar, pois isto implicaria num enfrentamento de suas perdas atuais, configuradas no trabalho, na relação com a noiva e no distanciamento familiar.

João passa então a ser atendido por uma nova médica, pois a sua encontrava-se em férias. Ela concorda com o pedido de João e sua família de que ele viajasse, durante uma semana, para a casa de uma irmã, moradora em outra cidade. João retorna triste, pois avalia ter sido enganado pelos familiares que sabiam que essa irmã o levaria a um *“tratamento espiritual”*. Assim como João, a equipe também desconhecia essa decisão familiar. Em reunião posterior, com os familiares, ficou mais claro a presença na dinâmica familiar de coisas não ditas ou escondidas e João como depositário de conflitos familiares não expressos.

Percebemos ser importante realizarmos uma mudança no tipo de escuta que até então vínhamos realizando. Optamos por centrá-la

mais em João e menos na família, à partir do que ele trazia íamos trabalhando. Neste momento a medicação ganha o papel de aliviar suas queixas mais imediatas, como insônia e angústia. João passa aos poucos a colocar em discussão o seu delírio, seus significados e consequências. Apesar de questionar permanentemente o tratamento, vem regularmente ao NAPS, cumprindo o contrato estabelecido.

“Os problemas do paciente são constantemente redefinidos; na relação com o serviço ele pode progressivamente maturar novos níveis de necessidade e conscientizá-los. Pode passar da linguagem desarticulada da crise à capacidade de compreender e exprimir as próprias exigências e expectativas de vida, com respeito às quais o serviço deve se orientar e se organizar” (DELL’ACQUA e MEZZINA, 1991, p.72)¹.

Algum tempo depois João é novamente trazido ao NAPS pelo irmão, que relata que após desentendimento com a família ele voltara a jogar objetos pela janela. João é mais uma vez colocado na situação de hospitalidade integral. No dia seguinte sai sem avisar e quando a plantonista vai à sua casa encontra-o tranquilo, assistindo televisão. João explica que só havia brigado com a família e que vinha cumprindo o contrato indo regularmente ao NAPS, o que era verdade. A plantonista combina com ele que vá no dia seguinte conversar com a profissional que o acompanha e ele concorda, mas novamente não comparece no período da manhã e à tarde é trazido pelo irmão para ser internado. No dia seguinte foge, trancando usuários e técnicos no NAPS e levando a chave!

Alguns dias depois retorna, pedindo sua transferência, pois afirma querer se tratar em outro local. Tentamos conversar com João para entendermos este seu pedido, mas ele não aceita nenhuma abordagem.

Passados mais alguns dias é trazido pelos irmãos para que permanecesse no NAPS, pois diziam:

“Em casa ele não pode ficar.”

João encontrava-se delirante e agressivo com os familiares e conosco. Após longo diálogo, no qual mostramos que necessitava de tratamento, aceita ser tratado, mas não no NAPS; pede para ser encaminhado a um hospital psiquiátrico.

Problematizando alguns aspectos dessa situação nos questionamos sobre o quanto não reproduzimos, em nossas práticas cotidianas, soluções normativas e uma atenção centrada na verificação do sintoma e na sua repressão, onde o ideal de cura corresponde ao cessar da agitação, do delírio e da agressividade. Nessa perspectiva a alta está relacionada com a *“melhora”* e *“cura”*, pautadas na capacidade que o usuário apresenta de se *“readaptar”* às regras de convivência social. Ao pensarmos nesta terapêutica e seus preceitos a consideramos distantes dos nossos propósitos. Mas será mesmo?

Ao chegar ao NAPS João foi diagnosticado, medicado e internado por muitas vezes. Quando foi tentada uma nova abordagem, privilegiando a escuta do usuário e não mais da família, criou-se uma discussão na equipe, pois muitos concordavam com a mudança da abordagem e outros ainda se encontravam presos à proposta de que seria necessário que João ficasse restrito ao NAPS até melhorar, atendendo ao pedido dos familiares e considerando essa melhora como supressão de sintomas.

A prática clínica em psiquiatria busca responder ao paradigma racionalista problema/solução. Assim, no momento da verificação da crise ou da verificação dos sintomas, busca-se sua supressão através de medidas terapêuticas pré estabelecidas, como a medicação e a internação.

“O primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a

desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida”(ROTELLI, 1990, p.28)².

Uma nova prática deverá romper com essa lógica não privilegiando esse ideal de cura e sim um conjunto de intervenções que possam objetivar a emancipação, a autonomia e a reprodução social.

“O problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI, 1990, p.30)².

Quando João recusou ajuda, por que não consideramos primeiro a nossa dificuldade em estabelecer com ele uma forma possível de contato, que lhe fizesse algum sentido e lhe despertasse interesse, ao invés de lhe atribuímos uma incapacidade, devido à sua doença, de adequar-se à instituição? Ficamos aprisionados em uma conduta inicial (a internação), repetindo-a, apesar das diversas fugas de João e a sua não melhora. Nosso olhar e nossa compreensão estavam limitados e não conseguimos buscar outros instrumentos, outras propostas que respondessem melhor aos impasses de nossa prática.

Quando João foge e a plantonista realiza uma visita familiar - encontrando-o calmo, coerente em seus argumentos - e ela opta em deixá-lo em casa, fazendo com ele um novo acordo, ela o está escutando e respeitando. Mas nem todos na equipe conseguem ter esta escuta, pois no dia seguinte é internado sem ao menos ser escutado. Constatamos aqui a dificuldade em se tentar buscar novas alternativas.

“O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma

patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos” (ROTELLI, 1990, p.92)².

João é trazido pela família e internado. Não lhe damos voz. Mais uma vez ele é dominado, exercemos nosso poder. Todo o tempo o louco está confrontado com a norma, julgado em sua inadequação. Será que não precisaríamos entender o porquê de João não querer melhorar? Os sentidos de seu delírio? Ouvindo sua história constatamos tantas perdas (o trabalho, a noiva, a família). Parece restar-lhe apenas o delírio, que também queremos tirar-lhe. O que colocar, o que dar em troca? Outra questão é que sempre baseávamos nossa conduta num João já anteriormente conhecido, o que não nos permitia olhá-lo na singularidade dos novos momentos de sua história, que continuava a ser construída, para criarmos outras possibilidades de comunicação e alívio do sofrimento.

Nessa trajetória de João, com tantos vai-e-vem, pudemos visualizar também o nosso vai-e-vem nas maneiras de enfrentarmos a loucura. Na primeira internação tentamos ouvir João em sua dificuldade de permanecer no NAPS, procurando abreviar sua hospitalidade noturna, diminuir ao máximo sua medicação, trabalhar com a família, onde as relações eram difíceis e conflitantes e onde ele era o depositário dessa dificuldade. Mas ainda assim continuamos presos a algumas condutas: internação, medicação, supressão de sintomas e quando procuramos

mudar o vínculo, arriscar, deixá-lo delirante, fora do NAPS e com êle buscarmos novos caminhos, a equipe se apavora, questiona, cobra atitudes voltadas à prática antiga.

Quando João pede para ser internado em um hospital psiquiátrico ele não estará pedindo uma ação mais clara, ou apenas mais conhecida? Nós apresentamos um discurso, procuramos colocá-lo em prática, mas às vezes o contradizemos tomando atitudes contrárias. No hospital psiquiátrico ele conhece as regras, que são fixas e inquestionáveis. Para o usuário também é difícil desconstruir as relações de poder existentes entre ele e a instituição, sair do seu lugar de doente para se tornar um sujeito que sofre e participar da reconstrução de sua história como ator social, buscar autonomia e emancipação.

Neste relato privilegiamos os aspectos referentes à internação para refletir o quanto é difícil nos despojarmos de saberes historicamente constituídos e que não basta discutirmos e criticarmos estes saberes para garantir um outro padrão de atendimento que construa efetivamente uma nova prática.

A riqueza disto tudo é podermos estar constantemente nos avaliando, fazendo um movimento de ir e vir. Assim, avançamos nesta construção de uma nova prática que, apesar dos acidentes de percurso, tem se mostrado não só substitutiva ao manicômio como também oferecido instrumentos de reprodução social do indivíduo, permitindo que ele continue a viver, apesar da doença e com ela.

GONZAGA, N.A.N. Old patterns interfering a new approach. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.32-7, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: New assistance sites have been created, replacing the traditional mental health institution, in the search of new methods to treat the mentally ill patient. These new methods should be able to replace the old psychiatric patterns and allow the social reintegration of these individuals. The objective of this paper, starting with the report of a patient in an open institution in Santos, is to question how traditional practices can be observed in these new services sites.

KEYWORDS: Mental health. Deinstitutionalization, trends. Case reported. Patient care team. Municipal management. Health policy, trends.

GONZAGA, N.A.N. Acidente de percurso na contramão da história. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.32-7, jan./abr., 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à crise. In : DELGADO, J. org. *Loucura na sala de jantar*. São Paulo : Resenha, 1991. p. 53-79.
2. ROTTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F., org. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 28-92.

AS RELAÇÕES ENTRE O PRONTO-SOCORRO E O NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS) NA ZONA NOROESTE EM SANTOS, SÃO PAULO: PARADIGMA PSIQUIÁTRICO E DESCONSTRUÇÃO MANICOMIAL

CLÁUDIA BELTRAN DO VALLE

VALLE, C.B. As relações entre o pronto-socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.38-41, jan./abr., 1997.

RESUMO: O texto apresenta as relações entre dois serviços vizinhos do sistema municipal de saúde de Santos, São Paulo, o PS da zona noroeste, um pronto-socorro, e o Núcleo de Atenção Psicossocial, NAPS-I. Destaca as transformações revolucionárias, inspiradas na reforma psiquiátrica italiana, ocorridas no atendimento aos doentes mentais na cidade, simbolizadas pela extinção das internações manicomiais, e sua influência no atendimento, por parte dos profissionais do PS, aos doentes mentais. O artigo mostra que a convivência dos profissionais do PS com o vizinho NAPS contribuiu para que ganhassem maior compreensão sobre a problemática da doença mental, mas também destaca os limites deste avanço. Por despreparo e preconceito, os plantonistas do PS, atuando em modelo medicocêntrico, ainda tendem ao desprezo e mesmo desrespeito no atendimento aos doentes mentais, demonstrando subordinação ao paradigma psiquiátrico clássico.

DESCRITORES: Serviços médicos de emergência, tendências. Saúde mental. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

A Zona Noroeste de Santos tem população estimada pela Administração Regional em cerca de cem mil habitantes, predominantemente de baixa renda. Atualmente a atenção à saúde na região é prestada por seis Policlínicas, um Ambulatório de Especialidades (AMBESP), Programa de Internação Domiciliar (PID), Pronto-Socorro (PS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS-I), que compõem o Módulo de Saúde da Zona Noroeste, um dos quatro Módulos que compõem o sistema municipal de saúde de Santos, organizado por regiões.

Em 1989 o Centro de Saúde II, até então mantido pela Secretaria Estadual de Saúde, foi municipalizado e transformado em Policlínica Areia Branca, passando também a abrigar outros serviços: o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS-I), o Programa de Internação Domiciliar (PID), no primeiro pavimento, e o Ambulatório de Especialidades (AMBESP), no térreo. No prédio ao lado está o Pronto Socorro onde trabalhamos.

O Pronto-Socorro, do qual fui diretora no período de fevereiro a dezembro de 1995 manteve-se ao longo desses seis anos de

* Médica sanitarista. Diretora do Pronto Socorro do Módulo da Zona Noroeste em Santos, SP., durante o período de fevereiro a dezembro de 1995.

Endereço para correspondência: Dr^a. Cláudia Beltran do Valle. Rua Brasílio Machado, 380, ap. 702. 01230-010. São Paulo, SP.

alguma forma alheio às transformações, poderíamos dizer revolucionárias, ocorridas no prédio vizinho, conservando inalterado seu perfil: organizado para o atendimento de emergências, com equipes trabalhando em regime de plantões de 12 horas, em modelo medicocêntrico, bastante desatento à acolhida dos pacientes. A maior parte da demanda é ambulatorial. Cerca de 80% dos atendimentos realizados não são de urgência, e poderiam ser atendidos e resolvidos em ambulatórios. Para enfrentar a crise hospitalar, o PS teve de adaptar-se passando a realizar internações clínicas em seus 13 leitos — média de 50 internações mensais (BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO)¹. Fez parte desde sua criação, em 1970, de estrutura vertical, subordinando-se ao Departamento de Prontos-Socorros, que agregava os três PSs do município. Passou a compor o Módulo de Saúde da Zona Noroeste em 1989, com o objetivo de integrá-lo às demais unidades de saúde da região, na perspectiva da territorialização (UNGLERT)⁷. Apesar disso, até hoje o PS pouco participa da articulação existente entre as unidades, mantendo-se *voltado para o próprio umbigo*.

A convivência do PS com o NAPS-I — forçada pela contiguidade — trouxe avanços para o atendimento aos doentes mentais realizado no PS, embora seus limites mereçam ser considerados.

Anteriormente à criação dos NAPS, o atendimento de urgência aos doentes mentais poderia ser descrito como desumano e violento. Grande parte dos pacientes em crise eram levados ao Pronto-Socorro ou ao manicômio da cidade pela polícia, muitos chegando já contidos. Despreparada para esse tipo de atendimento, a atividade da polícia não tem como principal característica o respeito aos direitos dos cidadãos, além de ter a violência como parte da norma institucional. A expressão utilizada pela polícia para designar doentes mentais - “*código 13*” - tem tom pejorativo, sugerindo

necessidade de contenção do paciente, incorporando a noção de periculosidade (DELGADO)³. A expressão foi emprestada pelos PSs e correntemente utilizada. No entanto observa-se na prática cotidiana que houve redução no uso da expressão nos últimos anos, desde o início da experiência de desconstrução do modelo asilar em Santos (NASCIMENTO)⁵, provavelmente relacionada à mudança de postura da rede de saúde municipal como um todo em relação aos doentes mentais.

O NAPS-I atende seus pacientes nos casos de urgência ou nas crises, com dignidade e qualidade, assim como os outros NAPS da cidade (SANTOS. SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE)⁶, de modo que a demanda para o psiquiatra plantonista do Pronto-Socorro Central, referência para toda a cidade, é pequena: em média 6 atendimentos por plantão de doze horas (BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO)¹. Mas ainda assim muitos pacientes com transtornos mentais são atendidos no PS: tentativas de suicídio, distúrbios de comportamento, delirium tremens, psicóticos com problemas clínicos, etc. Doentes mentais, usuários do NAPS ou não, também são atendidos para suturas, curativos e eventualmente nas crises.

Vale lembrar os conflitos que acontecem quando chegam ao PS pacientes aos quais o NAPS coloca limites por não aderirem às suas regras básicas de convivência, ou melhor, apresentarem dificuldades para firmar ou cumprir contratos. Estes conflitos ocorrem particularmente com usuários que vêm de longos anos de institucionalização; nestes casos as equipes do PS são despreparadas para lidar com as situações.

As urgências psiquiátricas, ou mesmo os transtornos mentais não-urgentes, encontram-se entre os atendimentos médicos de menor qualidade prestados nos PSs em geral, tanto pelo desinteresse dos plantonistas pelas doenças mentais quanto pelo seu desconhecimento do manejo de psicofármacos.

De modo geral, predomina um certo desprezo dos médicos e da enfermagem pelo doente mental; não há espaço para a escuta terapêutica (CORBISIER)² embora tenha ocorrido inegável avanço em relação à qualidade do atendimento prestado, particularmente no sentido técnico e de respeito ao cidadão.

Atualmente com mais regularidade o NAPS é chamado para avaliar todos os casos de pacientes com transtornos psíquicos que buscam assistência no PS; profissionais do NAPS então discutem - não sem dificuldades - os casos com o médico e equipe de enfermagem. Esses procedimentos têm trazido para os profissionais do PS, por um lado, maior compreensão acerca da problemática da doença mental de cada caso individualmente, e por outro a referência ao modelo assistencial não-asilar em saúde Mental.

Notamos que existe integração entre NAPS e PS, ainda que precária, quase burocrática, por vezes entendida pelos profissionais como obediência às regras do serviço que os obriga a chamar o NAPS para discutir os casos psiquiátricos. O intercâmbio entre os serviços pode ser interpretado ainda como uma saída encontrada para o PS para o encaminhamento de pacientes indesejáveis ou difíceis, como o são os doentes mentais. Como se esses não fossem dignos da atenção dos profissionais do PS, preparados que estão para salvar vidas ou para atuar nas verdadeiras emergências médicas. Assim, chamar o NAPS muitas vezes pode ter quase o mesmo sentido dos antigos encaminhamentos para o manicômio, só que agora com mais rigor técnico e sem violência. Em nosso ponto de vista essa situação denuncia a subordinação dos profissionais ao paradigma psiquiátrico (FOUCAULT)⁴.

A concepção de assistência ao doente mental que ainda predomina entre médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e administrativos do PS, refere-se ao senso comum que vê na internação a única forma

de administrar os problemas colocados pela loucura. Mesmo a convivência, com razoável grau de integração, com um modelo inovador de assistência aos doentes mentais que caracteriza a experiência santista, pioneira no país a prescindir do manicômio, não foi suficiente para abalar toda a formação - familiar, religiosa, política, técnica e cultural - dos profissionais do PS. A resistência da maioria deles, até mesmo a uma simples visita ao NAPS, é emblemática nesse contexto. Assim também o são algumas concepções existentes no PS de que seria atribuição do NAPS responsabilizar-se pelo atendimento de drogaditos, pois o serviço que cuida dos loucos deveria cuidar também de outros desajustados, anormais, improdutivos, incapazes de se submeter à lógica do trabalho. Predomina portanto o entendimento de que o NAPS deveria assumir o papel de tutela e defesa da norma, o mesmo atribuído aos manicômios desde seu surgimento.

Outro exemplo que reforça esse argumento: um médico do PS, após prestar os devidos atendimentos clínicos necessários a um paciente que havia tentado suicídio, foi questionado quanto à notificação do caso ao NAPS e respondeu:

“Sim, eu vou chamar o NAPS; mas sabe, eu não tenho respeito por esses suicidas”.

Afora a complexidade de questões que envolvem o suicídio, o comentário demonstra algum grau de subordinação às normas técnicas do serviço (o atendimento clínico havia sido adequado) mas sem a devida correspondência seja em relação ao entendimento do doente mental como cidadão, seja da concepção de um novo modelo de atenção ao doente mental, evidenciando novamente a hegemonia do paradigma psiquiátrico. Para o PS, preparado para salvar vidas, é difícil lidar com os suicidas, pois implicaria compreender e aceitar a existência de coisas que não se encaixam na racionalidade dominante. É a

VALLE, C.B. As relações entre o pronto-socorro e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) na zona noroeste em Santos, São Paulo: paradigma psiquiátrico e desconstrução manicomial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.38-41, jan./abr., 1997.

valorização do normal, conforme definido pelos valores morais da sociedade e corroborado pela ciência.

Coloca-se, finalmente, a necessidade de ampliarmos a discussão questionadora do modelo tradicional, manicomial, de assis-

tência ao doente mental, aproveitando-nos dessas práticas cotidianas propiciadas pela situação de vizinhança entre o NAPS e o Pronto-Socorro, ou seja, aproveitarmos este campo tão fértil para reflexão e transformação das nossas velhas práticas.

VALLE, C.B. Relationships between an emergency service and a center for mental health Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) at northwest zone in Santos, São Paulo: psychiatric paradigm and psychiatric reform. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.38-41, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: This paper shows the relationship between two local health services in Santos, São Paulo, the northwest zone PS, an emergency service, and the Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS-I), a center for mental health. The document highlights the revolutionary transformation, according the Italian psychiatrist reform, symbolized by the end of asylum hospitalization and its influence on attendance to mentally ill patients by PS's emergency staff. Because lack of training and preconceptions, the PS's staff, used to act by a medical model, treats the mentally ill with no respect. The article shows that the interchanges between PS and NAPS have contributed to PS's staff gain more comprehension about the mental disease problem, but also points to the limits of this progress.

KEYWORDS: Emergency medical services, trends. Mental health. Municipal management. Health policy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BOLETIM MENSAL DE PRODUÇÃO. [Secretaria de Higiene e Saúde de Santos]. Santos, São Paulo, 1995.
2. CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In : BEZERRA JR., B., AMARANTE, P., org. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1992. p. 9-15.
3. DELGADO, P.G.G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro : Te Corá, 1992.
4. FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo : Perspectiva, 1978.
5. NASCIMENTO, S.P.S. *Desconstrução do modelo asilar: a experiência de Santos*. Santos, 1994. [mimeografado].
6. SANTOS. SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE. *Construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida*. Santos, [s/d]. [Documento preparatório para a IV Conferência Municipal de Saúde].
7. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In : MENDES, E.V., org. *Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo : Hucitec, 1995. cap.5, p. 221-37.

TRABALHO COMO PRODUÇÃO DE VIDA

FERNANDO SFAIR KINKER*

KINKER, F.S. Trabalho como produção de vida. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.42-8, jan./abr., 1997.

RESUMO: As diversas experiências de reforma psiquiátrica têm produzido novas propostas de relação com a questão do trabalho. A partir de reflexões sobre as experiências de inserção no trabalho desenvolvidas pelos usuários do Programa de Saúde Mental de Santos, São Paulo, este artigo procura levantar questões sobre o significado dessas práticas em relação ao mundo do trabalho. Desta forma, levanta características deste contexto e assinala contribuições que partiram dessas experiências em direção ao mercado.

DESCRITORES: Desinstitucionalização, tendências. Saúde mental. Terapia ocupacional, tendências. Sociologia. Administração municipal. Política de saúde, tendências.

INTRODUÇÃO

Proponho refletir sobre uma das modalidades de intervenção do Programa de Saúde Mental de Santos, qual seja a formação de "frentes de trabalho", "grupos produtivos" e "cooperativas" formadas por usuários dos serviços em sua relação com as tendências atuais do trabalho, enquanto elemento de organização da sociedade.

Como forma de balizar a discussão, pretendo vinculá-la à seguinte questão:

- o que dizer do significado dessas práticas atuais no mundo do trabalho ou no mercado, e o que especular sobre o futuro delas num mundo em constante e rápida transformação, sobretudo na área da produção econômica?

CARACTERÍSTICAS DOS PROJETOS DE TRABALHO

Apontemos algumas características desta modalidade de trabalho desenvolvida em Santos:

- utilização do trabalho como um dos instrumentos do Sistema de Saúde Mental que colaboram para a substituição total do manicômio;
- escolha de atividades produtivas diversificadas, apontadas a partir da interação entre a escuta das necessidades e brechas do mercado e as possibilidades de se levantar recursos (humanos, materiais e parcerias) para seu desenvolvimento. Esta diversidade enfatiza a multiplicidade de experiências possíveis e a ampliação das possibilidades de escolha e de inserção participativa;

* Terapeuta Ocupacional. Diretor da Unidade de Reabilitação Psicossocial do Programa de Saúde Mental de Santos, no período de maio de 1992 a dezembro de 1996.

Endereço para correspondência: Fernando Sfair Kinker. Rua Pasteur, 72, apto. 22. Gonzaga. 11060-440. Santos, SP.

-
- trabalho desenvolvido grupalmente, cuja organização se dá através de reuniões de trabalho, divisão de tarefas, estabelecimento de projetos coletivos, discussão e compartilhamento de dificuldades;
 - intenção de que as atividades produzam em quantidade e qualidade suficientes para a sobrevivência no mercado, em busca do aumento da remuneração de seus trabalhadores e da ampliação do empreendimento;
 - em alguns casos, estágio profissional remunerado com supervisão em empresas, com o objetivo de ampliar a experiência profissional, através de bolsas de trabalho;
 - intenção de que os usuários alcancem um grau de autonomia elevado que se equilibre com o poder dos técnicos que atuam nos projetos;
 - que o exercício da autonomia, da cumplicidade e da solidariedade se dê através da formação de cooperativas de trabalho, registradas como pessoas jurídicas nos órgãos competentes;
 - intenção de que a comunidade local se envolva para tornar-se cúmplice, responsável e participante do processo e do sucesso da cooperativa, que passará a ter características de empreendimento social, com perfil privado e público ao mesmo tempo;
 - questionamento da forma moderna do trabalho (esta que substituiu o trabalho de tipo feudal) propondo novas normas nas relações, onde caiba a singularidade e o sofrimento dos usuários. Isto só é possível através da descoberta e da multiplicação de capacidades, como estratégias para que os usuários sejam os protagonistas do processo de trabalho;
 - ampliação dos recursos e dos atores sociais envolvidos diretamente nos projetos de trabalho, como forma de produzir novas alianças e normas, além de multiplicar as relações entre grupos sociais de origens diferentes;
 - participação nas lutas das organizações representativas das cooperativas de trabalho, principalmente as de caráter popular, que vem questionando e propondo estratégias de alteração do estatuto das cooperativas de trabalho no Brasil;
 - combate ao estigma de periculosidade e incapacidade do louco através do desenvolvimento de atividades que beneficiem a cidade como um todo. Por exemplo: manutenção de jardins das praças públicas, participação no programa de reciclagem de lixo, trabalho na construção civil colaborando com os projetos habitacionais para as classes populares do município;
 - desenvolvimento de atividades que sejam repletas de riscos e desafios, pois o nível de risco pode ser proporcional à potencialidade das mudanças* (KINKER, NICÁCIO)^{3,7}.
- Na perspectiva do trabalho desenvolvido em Santos, conceitos como autonomia e emancipação são fundamentais e encontram-se vinculados ao cotidiano das relações entre as diversas classes sociais (NICÁCIO, KINOSHITA)^{7,4}.

* Neste sentido merece destaque a experiência que tivemos no subdistrito de Bertioga, à 70 Km de Santos, São Paulo, onde um grupo de 15 usuários permaneceu durante meses trabalhando como operários de uma fábrica de blocos para a construção de casas populares em Santos. Como durante a semana os mesmos ficavam alojados próximos ao local, isto gerou discussões e intervenções da equipe de Saúde Mental na comunidade no sentido de mediar as relações e integrar os usuários aos moradores do bairro. Além disso, era grande a responsabilidade de todos, pois se esperava o fornecimento de matérias-primas para obras muito importantes. Por isto que dizemos que experiências arriscadas são as que geram aprendizados profundos.

A construção gradual de novos sujeitos sociais tem como locus a própria sociedade, o mercado e suas contradições (ROTELLI)⁸. Estas intervenções produzem deslocamentos fundamentais que estimulam a reorganização de relações, de normas, e a produção de novas formas de existência.

A possibilidade de reflexão da sua própria situação na sociedade, totalmente vedada aos usuários quando se tem como recurso o hospital psiquiátrico, pode ser potencializada em níveis altos e novas questões como a solidariedade, a inclusão e participação social e o enriquecimento da existência tomarem a pauta das discussões.

Desta forma, consideramos que estas propostas são estratégias de inclusão social sob uma forma participativa, que propõem ao imaginário social mensagens diferenciadas sobre a relação razão X desrazão, capacidade X incapacidade, trabalho alienado X produção coletiva, responsabilidade/solidariedade/cumplicidade dos cidadãos X valores individualistas vinculados ao capitalismo.

Além disso, ao produzirem a melhoria da qualidade de vida, seja através do que possibilita a remuneração ou da viabilização de novos tipos de relação social e interpessoal, ampliam a autonomia e o nível das trocas sociais, da contratualidade, servindo à luta dos grupos marginalizados.

MUNDO DO TRABALHO: CONSTITUIÇÃO E CONTEMPORANEIDADE

Ao pensarmos no significado atual desta proposta na relação com o mundo do trabalho, devemos considerar sobretudo as transformações ocorridas no valor e no lugar do trabalho na sociedade, como consequência de um processo histórico iniciado no século XVI.

Levantemos alguns pontos que mais caracterizam o quadro atual e que podem servir de referência para pensarmos qual lugar e

sentido as práticas transformadoras podem alcançar:

- sabe-se que a partir da Revolução Industrial, e num processo lento e gradual, o homem foi tornando-se escravo do trabalho. O domínio de seu corpo e de suas pulsões por cerca de 12 à 16 horas diárias de trabalho jogaram para segundo plano, deixando residual, o desenvolvimento da cultura, das relações humanas, jogando fora tudo o que não fosse razão. Algo semelhante ao estado de morte, ou a dominação total dos corpos e mentes, que assim ficam alienados do indivíduo, sendo patrimônio das empresas e dos Estados. No contexto atual dos processos de trabalho a alienação, a objetivação e a mortificação continuam sendo padrões de fundo na relação do homem com o trabalho abstrato;
- é fato que esta lógica vinculada ao trabalho abstrato tem preconizado o dinheiro e a forma-mercadoria como valores fundamentais e elementos intermediários entre os homens. Além de objetos, estes elementos tornaram-se valores que orientam todos os estratos sociais da sociedade capitalista. Esta lógica apropria-se da acumulação como sendo o objetivo da vida e concebe o desenvolvimento como sendo a multiplicação da capacidade de produção;
- já que, como afirma o sociólogo alemão KURZ⁵, o comunismo e o socialismo real eram uma forma de “modernizar” os Estados-Nações sob a mesma lógica da forma-mercadoria, é certo que a derrocada desses países demonstrou o caráter predatório e concorrencial do capitalismo. Após eleger como inimigo o comunismo (como se este não fizesse parte da mesma lógica da modernidade e da forma-mercadoria, da excessiva positivização do valor de troca), agora o capitalismo vem assistir o fundamentalismo religioso e as lutas étnicas, que também podem ser

explicadas pela desordem dos Estados-Nações e pelo desenvolvimento do capital (KURZ, TOURAINE)^{5,9}.

- após utilizar o Estado como instrumento de desenvolvimento e modernização, o mesmo passa a ser um empecilho ao desenvolvimento do capitalismo, que prega uma ideologia neoliberal;
- os limites dos territórios tendem a desmanchar-se e as relações entre nações a serem substituídas por relações comerciais abertas (como a dos blocos econômicos OCDE, NAFTA, MERCOSUL), pelos capitais especulativos rápidos e voláteis que circulam pelo planeta, pela comunicação entre as pessoas via informática (que cria a possibilidade de criação de padrões culturais comuns entre pessoas de países diferentes que tem acesso à informação, e afastamento cultural entre as classes informadas e as desinformadas de um mesmo país);
- crescimento econômico, produtividade elevada e sem precedentes a conviver com distribuição desigual. Terceira Revolução Tecnológica e aumento do desemprego estrutural nos países desenvolvidos. As transformações no sistema produtivo, bem visualizadas nas revoluções industriais do século XIX, do início do século XX (Fordismo, Taylorismo) e hoje atualizadas pelo chamado “Toyotismo”, tem produzido mudanças no mundo do trabalho que levam o emprego a um processo de enxugamento, como demonstram todos os levantamentos da Organização Internacional do Trabalho - OIT - referentes às taxas de desemprego .

Como se vê, o momento atual é marcado por transformações que devem levar as práticas transformadoras - oficinas, frentes de trabalho, cooperativas - a alguns questionamentos.

Se o trabalho não tem o mesmo valor que no passado, como elemento normatizador e criador de padrões de conduta, como

localizar nossa prática em sua intenção de provocar intervenções e transformações na sociedade?

Sabemos que tem sido uma direção histórica do movimento dos trabalhadores as reivindicações por diminuição de carga horária e manutenção dos salários, mesmo num contexto de aumento do desemprego.

Estas atitudes muitas vezes desprezam os setores que estão excluídos da sociedade, mas podem contribuir para a promoção destes setores na medida em que a diminuição de carga horária pode levar à abertura de novas vagas.

Ao mesmo tempo e contraditoriamente, os avanços tecnológicos podem incorporar a quantidade de trabalho humano que é dispensado pelos setores produtivos e, desta forma, o número de postos de trabalho tendem a serem diminuídos ao invés de repostos.

Estes impasses tem sido acompanhados por fortes investidas do capital no sentido de “flexibilizar” os contratos de trabalho e de questionar os direitos que são garantidos pelas políticas sociais.

A intencionalidade neoliberal em torno da diminuição do Estado coloca em xeque as políticas de proteção aos cidadãos e acentua o quadro de miséria nas nações que nunca efetivamente incorporaram políticas de bem estar social (ANDERSON)¹. A questão dos custos do Estado também interfere nas práticas assistenciais transformadoras, uma vez que há uma pressão mundial pela economia dos orçamentos governamentais.

Por trás desta situação encontra-se o fetiche da mercadoria e do dinheiro como referenciais para a atuação dos homens no mundo, fundamentando o trabalho abstrato (KURZ)⁵.

A alienação no trabalho, desde os primórdios da industrialização até a atualidade, corresponde a uma forma de objetivação do homem que tornou-o também uma

mercadoria, que busca a acumulação de riquezas, o poder e a informação como sinais de libertação, emancipação, gozo e autopromoção, como que num reencontro com Deus ou ao momento da gênese do homem.

Estas questões são fundamentais porque demonstram como o trabalho - como a relação do homem com outros homens e com as coisas - assume ainda um lugar estratégico na organização social.

CONTRIBUIÇÕES DOS EMPREENDIMENTOS SOCIAIS AO MUNDO DO TRABALHO

A necessidade de repropor o trabalho como dimensão da reprodução social e como elemento que possibilita a interferência mútua entre homem-natureza, sujeito-objeto, é algo que a todo momento é colocado pelas novas práticas assistenciais. Recuperar no trabalho algumas características que este possuía quando ainda era um ofício de artesãos é fundamental para se contrapor inclusive ao caráter fetichista e massificador do mercado e de seus produtos.

A ampliação da capacidade tecnológica, ao invés de ser um produtor de exclusão poderia ser a possibilidade de resgatar ao homem experiências de trabalho, de arte, de lazer, que enriqueceriam a existência. Uma vez que as máquinas podem trabalhar pelos homens, estes tenderiam a usar o tempo aberto para construir novas formas de estar no mundo, novos projetos de vida.

As práticas assistenciais que assinalamos caracterizam-se pelo questionamento de valores que caracterizam a sociedade contemporânea e efetivamente demonstram na prática que é possível produzir novas formas de relacionamento entre seres produtivos que, juntos, transformam a qualidade de vida.

Uma destas questões, que consideramos herança do movimento cooperativista e socialista, é a possibilidade de distribuição

equitativa dos bens de produção, da produção propriamente dita, das tarefas do trabalho, da experimentação e descoberta de capacidades. Além disso, compatibilizar as exigências do mercado com o protagonismo e a promoção dos trabalhadores, que podem encontrar novas formas de produção e de relação com o trabalho é uma contribuição que pode ser apropriada pelo mundo do trabalho em geral, caso queiram mudanças no paradigma da produção.

Segundo nossa concepção, a produção no trabalho deve ser a justificativa de um processo mais complexo de produção de sociabilidade, de novas normas, valores sociais.

A experimentação deste novo patamar de relações promovidas pelas novas práticas assistenciais que tem como palco a cidade, que produz novos agrupamentos entre classes sociais distintas por meio de projetos, de contratos e combinações de intervenção no espaço social, é munição para uma ideologia que defende qualidade de vida para todos, no sentido de produzir um projeto de vida coletivo. Ou seja, o envolvimento de vários atores que não se originam do campo da Saúde Mental é uma das características que transformam atividades de grupos privados em empreendimentos sociais (DE LEONARDIS et al.)².

Mesmo o discurso neoliberal de diminuição do déficit público não encontra argumentos para combater a existência de projetos empreendedores desse nível, uma vez que os investimentos para a manutenção de políticas sociais anuladoras e excludentes, como as centradas em instituições totais, são superiores àquelas que produzem emancipação e autonomia, através da participação social. O brilho que esta população marginalizada exprime quando pode viver positivamente e transformar sua condição de desvantagem ilumina as contradições sociais que políticas anuladoras procuram esconder.

Os impasses presentes atualmente nos

debates sobre o mundo do trabalho e que são reproduzidos quando se discute as práticas as quais nos referimos dizem respeito à necessidade de novos padrões éticos entre as nações e suas populações: a necessidade do fim das guerras étnico-religiosas, a redistribuição da qualidade de vida, a revalorização da cultura libertária dos povos, a necessidade de redimensionar a relação do homem com os objetos, etc.

Nesta encruzilhada ética, a cultura não deve ser apenas um resíduo da atividade humana, mas seu principal elo com o mundo, e a infra-estrutura da sociedade junto à produção de excedentes a mantenedora da sobrevivência e da possibilidade de produção de valores, produtos e eventos sociais. Os empreendimentos sociais podem representar uma das alternativas de um novo mundo globalizado mas singularizado (ROTELLI)⁸.

Isto porque assumem um caráter ao mesmo tempo público e privado. Exigem participação efetiva do Estado mas convidam setores privados do mercado e pessoas da comunidade a se tornarem cúmplices e

participantes. São desta forma elementos que, em conjunto com valores de solidariedade podem transformar a lógica do mercado e redistribuir renda, com custos inferiores aos das tradicionais políticas sociais.

A participação dos loucos no sistema produtivo combina com o resgate da complexidade que cientistas contemporâneos querem aplicar à ciência, olhando de frente e não fugindo das desordens existentes nos fenômenos. Da mesma forma que na ciência, a cultura e os valores tenderão a transformar a razão em apenas uma das diversas possibilidades de compreender a realidade.

Trata-se, enfim, da batalha entre a ideologia da forma-mercadoria/razão/industrialização X produção de cultura/complexidade/distribuição de riquezas. Certamente, empreendimentos sociais podem ser instrumentos da última tríade, colaborando para que o mundo do trabalho esteja a serviço do homem e não dos fetiches produzidos pelo capital.

KINKER, F.S. Work as production of life. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.42-8, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: Diversified experiences in Psychiatric Reform have produced new proposals related to the subject of Labor. Based on reflexions about work experiences developed by Mental Health Program users in Santos, São Paulo, this article seeks to discuss the meaning of such practices as far as its relations to Labor in general. This, brings to focus the context in which such experiences have developed and speculates on contributions towards Labor market.

KEYWORDS: Deinstitutionalization, trends. Rehabilitation centers. Mental health. Occupational therapy, trends. Sociology. Municipal management. Health policy, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In : *PÓS-neoliberalismo*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995.
2. DE LEONARDIS, O., MAURI, D., ROTELLI, F. *L'impresa sociale*. Milano : Anabasi, 1994.
3. KINKER, F. et al. *Unidade de reabilitação psicossocial*. Santos : Secretaria de Higiene e Saúde, 1993. [mimeografado].
4. KINOSHITA, R. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F.C., HENRIQUES, C.M.P. *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo : Scritta, 1996. p. 39-49.

KINKER, F.S. Trabalho como produção de vida. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.42-8, jan./abr., 1997.

5. KURZ, R. A síndrome do obscurantismo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 5 nov., 1995. cad. 5, p. 12.
6. KURZ, R. *O colapso da modernização*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1993.
7. NICÁCIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
8. ROTELLI, F. O trabalho e a cultura. In : SEMINÁRIO DE PRÁTICAS ANTIMANICOMIAIS. [Palestra proferida no 14. Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1996]. [mimeografado].
9. TOURAINE, A. A revolta das comunidades. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 12 nov., 1995. cad. 5, p. 13.

TRABALHO: LIBERDADE VERSUS EXCLUSÃO

ROSANGELA OGAWA*

OGAWA, R. Trabalho: liberdade versus exclusão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.49-52, jan./abr., 1997.

RESUMO: No Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Santos, São Paulo, o trabalho surge como uma das formas de intervenção na transformação e melhoria da qualidade de vida de seus usuários, através dos chamados “*projetos de trabalho*”. Com a descrição de um desses projetos, o “*Terra*”, e da reflexão das concepções que o fundamentam, realizou-se uma discussão de como esta prática se opõem as bases teórico-práticas criadas pelo tratamento moral, que têm justificado o isolamento e a exclusão do louco.

DESCRITORES: Desinstitucionalização, tendências. Centros de reabilitação. Terapia Ocupacional, tendências. Política de saúde, tendências. Administração municipal. Saúde mental.

O PROJETO TERRA

Na história da atenção psiquiátrica o trabalho tem sido tradicionalmente usado para fins terapêuticos, na reabilitação de doentes mentais, tendo para tanto diversas justificativas teóricas e várias experiências práticas.

No Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Santos, São Paulo, o trabalho é uma das formas de intervenção na transformação e melhoria da qualidade de vida de seus usuários, o que ocorre através dos chamados “*projetos de trabalho*”. Estes, foram criados em contexto de intensas mudanças na assistência psiquiátrica do município, como aponta KINOSHITA (1996, p.47)³:

“Desde 1989 a assistência psiquiátrica em Santos passou por profundas transformações, cujo fio condutor foi a decisão política do

Governo Municipal de intervir na Casa de Saúde Anchieta com objetivo de desinstitucionalizar os pacientes internados e criar o Programa de Saúde Mental com as seguintes diretrizes:

- *construção/reconstrução dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico;*
- *criação de um modelo assistencial totalmente substitutivo ao modelo manicomial;*
- *transformação cultural da discriminação, estigma e exclusão em relação às pessoas com sofrimento psíquico”.*

Para efetivação destas diretrizes foram criados vários equipamentos, entre os quais a Unidade de Reabilitação Psicossocial (URP), responsável pelos projetos de trabalho e pelo Projeto Terra.

* Terapeuta Ocupacional da Unidade de Reabilitação Psicossocial do Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Santos, São Paulo, no período de maio de 1992 a abril de 1997.

Endereço para correspondência: Rosangela Ogawa. Av. Caxingui, 191, ap. 53. Butantã. 05579-000. São Paulo, SP.

O Projeto Terra é formado por um grupo de quatorze usuários do Programa de Saúde Mental, quatro homens de rua que eram atendidos por uma unidade da Secretaria de Ação Comunitária e duas pessoas portadoras de deficiência física, que eram atendidas pelo Centro de Reabilitação Profissional do INSS. A atividade principal do grupo é o trabalho de jardinagem, que com o apoio e parceria da Secretaria de Meio Ambiente acontece em três formas:

- Participação no Programa “Adote uma Praça”, no qual praças são adotadas por empresários da cidade que, em troca de publicidade no local, tornam-se responsáveis pela limpeza e manutenção dos canteiros. Dez empresários contratam e remuneram o Projeto para realizar este trabalho.
- Produção e comercialização de plantas ornamentais e mudas em estufa cedidas pelo Jardim Botânico de Santos. Eventualmente o Projeto participa de feiras de exposição de plantas.
- Prestação de serviços de jardinagem a particulares.

A renda obtida nestas atividades são revertidas para os usuários e para a manutenção do Projeto, na compra de equipamentos e materiais necessários para a produção de plantas e para o trabalho nas praças.

Semanalmente ocorre uma reunião, da qual participam os usuários e os técnicos que acompanham o Projeto, onde se discute os assuntos referentes ao trabalho: as necessidades, as atividades a serem realizadas, a definição e divisão de tarefas e de responsabilidades.

No Projeto Terra, como nos outros projetos de trabalho da URP, ocorrem discussões constantes no sentido da resignificação e revalorização do trabalho em uma proposta de Atenção à Saúde Mental e de Reabilitação, em busca da construção de uma prática solidária, cooperativa, que respeite

as diferenças e não reproduza os mecanismos de exclusão presentes nos manicômios.

TRABALHO: LIBERDADE VERSUS EXCLUSÃO

Como pode-se observar o trabalho no Projeto Terra acontece principalmente em espaços extra-institucionais: nas praças, no Jardim Botânico e em jardins particulares, ou seja, no espaço social, em liberdade.

Compreende-se que somente em liberdade o trabalho pode propiciar o estabelecimento de intensas relações entre usuários, produto/serviço, cliente e mercado/sociedade, relações essas produtoras de valores, poderes e possibilidades imprescindíveis na transformação da realidade dos usuários integrantes do Projeto.

No caso mais específico do programa “Adote uma Praça”, por exemplo, o empresário necessita de pessoas para realizar o trabalho de manutenção da praça por ele adotada e exige que seja um trabalho executado com qualidade, pois utilizará o espaço para publicidade de sua empresa. O Projeto Terra oferece este serviço, que pode ser aceito ou não, conforme a disponibilidade do empresário em aceitar e confiar que um projeto especial possa garantir a qualidade que necessita. Aceitando o desafio, estabelece-se um acordo, que inclui a remuneração e as obrigações das partes envolvidas.

Na realidade são acordadas, na situação descrita, a possibilidade de um empresário abrir espaço de trabalho, contatar e dar crédito a pessoas especiais, os loucos, que por sua vez responsabilizam-se, conjuntamente com os técnicos, em produzir um resultado com qualidade, que é público e vai beneficiar não só o empresário, mas a comunidade ao redor da praça, além da remuneração que possibilita a elevação do valor e do poder de troca dos usuários, o que permite a melhoria da qualidade de vida e maior autonomia dos mesmos.

O Projeto Terra vem se construindo com esta proposta e com esta concepção de trabalho, ou seja, no confronto com o mercado, como instrumento de participação dos usuários do Programa de Saúde Mental nas relações que o trabalho permite dentro da sociedade, entendendo que:

“... o sujeito que participa do mercado de trocas sociais gera e transforma valores, inclusive valores para si mesmo” (KINKER, 1995, p.2)².

Compreende-se que desta forma cria-se o substrato para a discussão da diferença, do excluído, do louco, como indivíduos capazes, com valor e com direitos:

“... os projetos de trabalho devem buscar a mudança do papel de paciente incapaz, do lugar da ausência de valor social destes sujeitos diferentes, excluídos da ordem, da razão e da produção” (NICÁCIO e KINKER)⁵.

Os projetos de trabalho e o Projeto Terra, neste sentido, buscam ampliar e fortalecer as suas relações e parcerias no campo social, pois somente desta maneira será possível manter o poder de transformação destas práticas, evitando que se institucionalizem.

A forma de construção desta experiência e sua compreensão de trabalho indica caminhos diversos ao estabelecido pelo tratamento moral. Um aspecto fundamental é que no tratamento moral é imprescindível o isolamento do louco do mundo exterior, é necessário:

“... romper com esse foco de influências não controladas na qual a doença encontrava do que entreter sua própria desordem. É a justificação do famoso isolamento terapêutico” (CASTEL, 1978, p.85)¹.

Sem as interferências do mundo exterior, que seriam as causas da doença e provoca-

riam o seu agravo, o louco deve submeter-se ao aprendizado das regras e normas sociais, adequando-se a elas:

“Baseado na necessidade de ruptura com o mundo exterior deduz-se, portanto, a necessidade complementar de construir a partir do zero, um laboratório social no qual toda experiência humana poderia ser reprogramada. (...) O mundo normal é doravante da reprodução da desordem ao passo que o grande cemitério asilar passa a ser um espaço coextensivo da razão, onde os loucos vivem na transparência da lei, reapropriando-se dele” (CASTEL, 1978, p.87)¹.

Entende-se que o louco não possui valor nenhum. O valor está na razão, sendo que só lhe será restituído o direito de viver em sociedade se deixar de manifestar a desordem, a desrazão, a loucura. Isto significa um processo de exclusão sem volta, pois para que haja cura nesta concepção o louco deve deixar de ser louco, a loucura deve deixar de existir, de se manifestar, o que concretamente não é possível. O louco, portanto, como incurável, deve ser mantido indefinidamente recluso no interior do manicômio.

O trabalho, por sua vez, ocupa um lugar importante no objetivo de normatização do tratamento moral:

“Não por acaso o trabalho tornou-se a lei fundamental do asilo e das prisões, pois através desta prática se articulam os elementos que proporcionam saúde, bons costumes e ordem com a idéia de norma vigente na sociedade” (NICÁCIO, 1994, p.15)⁴.

Neste sentido, o trabalho torna-se um instrumento de aniquilamento, de incapacitação e exclusão do louco, ao contrário da concepção do Projeto Terra, que é de restituir e promover o valor, o poder para e pelo

louco, sendo fundamental para isso a liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão exposta demonstra como as práticas do Programa de Saúde Mental de Santos, mais especificamente o Projeto Terra, diferenciam-se e opõem-se as práticas manicomialis, caminhando na construção de uma proposta de atenção à saúde mental e de reabilitação transformadora.

Faz-se necessário, no entanto, esclarecer que este processo não é linear e muito menos tranquilo, como por acaso possa parecer no texto. Pelo contrário, é contraditório, conflituoso e complexo, até por ser uma concepção contra-hegemônica e corre o risco de ser derrotada, tanto na diluição do

seu sentido de transformação no cotidiano do trabalho, ou seja, a sua institucionalização, quanto no campo político mais amplo, pois para a constituição deste tipo de Programa é necessária vontade política por parte da administração pública.

Neste sentido, existe um desafio para o Programa de Saúde Mental de Santos, para a continuidade de seus avanços e a sua consolidação, que é o fortalecimento da relação, integração e parceria com a comunidade e com os movimentos sociais, para que se crie as condições para uma constante renovação na busca de alternativas criativas para os problemas da exclusão e da melhoria da qualidade de vida, até porque são questões colocadas hoje para uma parcela cada vez mais ampla da sociedade.

OGAWA, R. Labor: freedom versus exclusion. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.49-52, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: In the Programa de Saúde Mental conducted by the Municipality of Santos, São Paulo, the work arises as an intervention way in the transformation and improvement of the life quality of its users, through the so called "working project". From the description of one of these project, the earth, and from the reflection on the conceptions on which it is based, it took place a discussion on how this practice objects to the theoretical-practical bases created by the moral treatment, comprehension that has justified the exclusion of the crazy.

KEYWORDS: Deinstitutionalization, trends. Rehabilitation centers. Occupational therapy, trends. Health policy, trends. Municipal management. Mental health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
2. KINKER, F.S. et al. *Refletindo critérios de avaliação para a Unidade de Reabilitação Psicossocial*. In : SANTOS : SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE. *Programa de Saúde Mental de Santos*. Santos, 1995. [mimeografado].
3. KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania. In : CAMPOS, F.C., HENRIQUES, C.M.P. *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo : Scritta, 1996. p. 39-49.
4. NICÁCIO, M. F. S. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução e saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
5. NICÁCIO, M.F.S., KINKER, F.S. O desafio de viver fora: construindo a cooperativa para todos. In : CAMPOS, F.C., HENRIQUES C.M.P. *Contra a maré a beira-mara experiência do SUS em Santos*. São Paulo : Scritta, 1996. p. 121-31.

O DIREITO AO TRABALHO - UM INSTRUMENTO NO PROCESSO DE DESCONSTRUÇÃO DO MANICÔMIO EM SANTOS, SÃO PAULO

FERNANDA NOGUEIRA *

NOGUEIRA, F. O direito ao trabalho - um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.53-6, jan./abr., 1997.

RESUMO: Desde maio de 1989, quando da intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, São Paulo, vêm se construindo projetos terapêuticos para os usuários do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Higiene e Saúde do município, no sentido de restituir-lhes direitos até então sequestrados, entre eles o direito ao trabalho. Trabalho entendido enquanto instrumento para reconstrução de subjetividades, enquanto ponto de partida para a produção de valores como autonomia, auto-estima, ampliação do poder contratual. A Unidade de Reabilitação Psicossocial é responsável por viabilizar projetos de trabalho para grupos de usuários que tenham real inserção na cidade, seja através da prestação de serviços, da produção e comercialização de bens de consumo, da parceria com outras instituições. A partir dessas experiências de trabalho, refletindo a necessidade de organização dos usuários-trabalhadores, nasce a Cooperativa Mista Paratodos, espaço de produção, de relação, de assunção de novas responsabilidades e riscos.

DESCRITORES: Desinstitucionalização, tendências. Centros de reabilitação. Terapia Ocupacional, tendências. Política de saúde, tendências. Administração municipal. Saúde mental.

“Sabe-se - não se sabe o suficiente - que os hospícios são pavorosos cárceres onde os detentos fornecem uma mão-de-obra gratuita e cômoda, onde os suplícios são a regra, e isso é tolerado pelos senhores. O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra.” (ARTAUD)¹

Outubro de 1995. São mais de seis anos de intervenção na Casa de Saúde Anchieta. Período de construção de um programa de atenção à saúde mental que busca enxergar

o usuário dos serviços como cidadão, oferecendo-lhe instrumentos para a retomada de seu nome e seu lugar em contraposição à anomia historicamente construída, assessorando-o na elaboração de um projeto de vida, na organização de seu dia-a-dia fora da instituição asilar. Com este enfoque são criados os Núcleos de Atenção Psicossocial, (NAPS) espaços de atenção integral, funcionando 24 horas por dia, todos os dias. Com a perspectiva de promover esse processo de desinstitucionalização são realizadas, ainda no interior do hospital, experiências de trabalho que possam “*capacitar e criar bases de sustentação dos*

* Terapeuta Ocupacional da Unidade de Reabilitação Psicossocial - Programa de Saúde Mental de Santos.

Endereço para correspondência: Fernanda Nogueira, Rua Armando de Sales Oliveira, 12, ap. 7. 11050-070. Santos, SP.

usuários na comunidade” (SANTOS. SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE. UNIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL)⁵. Essas experiências se opõem frontalmente àquelas propostas pelas instituições manicomialis: as atividades de regulação e manutenção da ordem institucional:

“Essas atividades não criavam uma situação de trabalho real, mas eram parte do sistema de controle e reificação inerentes à estrutura institucional” (BARROS, 1994, p.95)².

Restituir ao usuário o direito à liberdade. Criar condições concretas, condições materiais de reconstrução da vida fora da instituição. Restituir-lhe o direito ao trabalho :

“Trabalho entendido não apenas como prática de “normalização” e, portanto, expressão necessária da produtividade, mas como resposta a uma necessidade de reprodução subjetiva, enquanto produtividade social, enquanto meio para a reconstrução de uma identidade em relação a uma capacidade de troca. Então, trabalho significa possibilidade de valorização e expressão da subjetividade de cada um e da troca entre diversas experiências que se arriscam” (DELGUIDICE e COGLIATI apud BARROS, 1994, p.96)².

Dessa forma, no caminho da construção da cidadania visceralmente ligada à desconstrução do manicômio, o trabalho não é mais *“base do funcionamento asilar”* (BIRMAN)³. Pelo contrário, ele é instrumento de desmontagem desta instituição, visto que é um dos recursos que fortalece o processo de transformação da condição de paciente - *“um ser-em-falta relativamente ao sistema normativo”* (BIRMAN)³ para a condição de usuário, trabalhador, potencial construtor de sua vida, sua casa, suas relações.

UM PONTO DE PARTIDA

Em maio de 1992 é criada a Unidade de Reabilitação Psicossocial (URP) com o papel de estimular, produzir, investir em experiências de trabalho para grupos de usuários; experiências que produzam valores como autonomia, auto-estima, aumento do poder social e contratual, ampliação da rede social. Nesse sentido a URP oferece aos usuários encaminhados pelos NAPS a participação em projetos de trabalho.

São projetos organizados em parceria com outras instituições, como por exemplo o *“Projeto Lixo Limpo”*, realizado através de um convênio entre a Casa de Saúde Anchieta e a Prodesan (empresa responsável pela limpeza urbana) em parceria com a Secretaria de Meio Ambiente. Em 1990 havia sido implantada em Santos a coleta seletiva de material reciclável, com a proposta de oferecer à cidade melhoria da condição de vida, chamando a atenção da população para a questão da reciclagem, possibilitando o prolongamento da vida útil do aterro sanitário. Participando desta proposta, usuários do Programa de Saúde Mental e ex-moradores de rua atendidos pela Secretaria de Ação Comunitária fazem a separação do material coletado, sendo remunerados com bolsas de trabalho.

Há também projetos oferecidos a uma clientela específica, como no caso do Projeto Terra. Empresários que participam do programa municipal *“Adote uma Praça”* responsabilizam-se pela manutenção da praça adotada e contratam os serviços oferecidos pelos usuários do Projeto. Além disso, o grupo mantém no Jardim Botânico da cidade uma estufa para produção e comercialização de plantas.

Há ainda projetos que têm um funcionamento menos relacionado com instituições e/ou empresas, dependendo de encomendas ou da venda avulsa de seus produtos. Assim é, entre outros, o Projeto

Marcenaria, que confecciona e reforma móveis sob encomenda e produz e comercializa objetos artesanais em madeira.

É importante esclarecer que os vários projetos de trabalho têm hoje um formato bastante diferente do que quando se iniciaram, acompanhando as conquistas dos usuários-trabalhadores como capacitação, qualidade na prestação de serviços, maior autonomia, atendendo também às exigências do mercado para viabilização de ganhos concretos e promovendo discussões com os parceiros e a comunidade que possam gerar transformações culturais que questionem qualquer forma de exclusão.

Esse processo de reconstrução de subjetividades, de produção de desejos, de elaboração de projetos de vida é rico em movimento e complexo em ações.

Muitas vezes, despir-nos da camisa-de-força que nos limita à cultura manicomial é dolorido, bastante difícil. O manicômio diz “*presente*”, não nos limites existentes nas chamadas novas instituições, mas nas respostas que damos para justificar esses limites, ou, na falta delas, no diagnóstico que fazemos de algum usuário “*inadequado*” às propostas que os serviços oferecem. “*Quem deve se adequar?*”, pergunta SARACENO⁶. É o usuário? Ou devem os serviços criar outras possibilidades de atenção?

UM CAMINHO POSSÍVEL

Pensando conjuntamente em respostas aos limites dos projetos oferecidos pela Unidade de Reabilitação Psicossocial, à realidade do mercado de trabalho que restringe cada vez mais a participação dos trabalhadores, e pensando ainda fortemente nas conquistas obtidas e a se obter com a organização dos usuários-trabalhadores em projetos de ação coletiva, foi construída a Cooperativa Mista Paratodos, cuja perspectiva:

“... é, sobretudo, a produção de um espaço de produção e ampliação da rede relacional no terreno contraditório da inserção” (NICÁCIO, 1994, p.135)⁴.

Inicialmente com muita dificuldade pela geral falta de conhecimento do tema, instalaram-se discussões em assembleias, em grupos de trabalho, em espaços de estudo para entender o que é, como se constrói, qual a proposta da cooperativa. Através de aproximações, troca de informações com outros campos que não o específico da Saúde Mental (estavam em formação em Santos a Cooperativa da Construção Civil e a Cooperativa das Costureiras), foi elaborado por um grupo de usuários e trabalhadores o Estatuto da Paratodos. Dando sequência ao processo foi formada a diretoria, eleita em outubro de 1994, data de fundação da Cooperativa Paratodos. A partir de então, deu-se o processo de registro na Junta Comercial do Estado de São Paulo.

Nesse caminhar com idas e vindas, os usuários-trabalhadores vêm construindo o papel de cooperados, tomando para si responsabilidades antes assumidas pelos trabalhadores que assessoram o projeto. Fica assim também mais clara a necessidade de assumir os riscos propostos por esta experiência. Como diz NICÁCIO (1994, p.134)³:

“A Cooperativa Paratodos, como mais uma estratégia no processo de emancipação, coloca novamente o risco - se, por um lado traduz a superação das contradições da lógica custodial, por outro se propõe a confrontar novas contradições, aquelas da trama social. Paratodos é um novo desafio, mais uma vez no campo da “possibilidade real”, da “utopia do factível”, da “prática da utopia”.

NOGUEIRA, F. O direito ao trabalho - um instrumento no processo de desconstrução do manicômio em Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.53-6, jan./abr., 1997.

NOGUEIRA, F. The right to work - an instrument in the process of dissolution of asylum in Santos, São Paulo. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.8, n.1, p.53-6, jan./abr., 1997.

ABSTRACT: Since May 1989, when the municipal intervention took place in Casa de Saúde Anchieta, in Santos, State of São Paulo, therapeutic projects have been elaborated for the patients of the Mental Health Programme sponsored by the Health Department, aiming at restituting them their rights that were withdrawn, among which, the right to work. Work understood as an instrument of reconstructing subjectivities, as a starting point for the production of values such as autonomy, self-esteem, increase of negotiation power. The Psycho-Social Rehabilitation Unit is responsible for turning work projects actually inserted in the city into reality for groups of users, such as service rendering, production and commercialization of goods, partnership with other institutions. Starting with these experiences and reflecting the need of organization of these users- workers, Cooperativa Mista Paratodos is created - a space of production, to enhance relationships, to undertake new responsibilities and risks.

KEYWORDS: Deinstitutionalization, trends. Rehabilitation centers. Occupational therapy, trends. Health policy, trends. Municipal management. Mental health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ARTAUD, A. Carta aos médicos chefes dos manicômios. In : DELGADO, J., org. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo : Resenha, 1991. p. 97-8
2. BARROS, D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo : EDUSP, 1994. 155p
3. BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro : Graal, 1978. 453p.
4. NICACIO, F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
5. SANTOS. SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE. UNIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL. *Documento básico*. Santos : A Secretaria, 1994.
6. SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In : PITTA-HOISEL, A., org. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1996. p. 13-8.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A **REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** é uma publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e veículo de informação na área e ciências afins. Publica ainda, trabalhos de Revisão, Debates, Pontos de Vista Divulgando Projetos e Experiências, Resenhas de Livros e Entrevistas.

Os artigos e outros textos enviados para publicação serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e Consultoria Científica que decidirão sobre a sua publicação, podendo ser, eventualmente, devolvidos aos autores para adaptação às normas de publicação desta Revista.

DIREITOS AUTORAIS. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e são de propriedade da Revista. É vedada a reprodução total ou parcial dos trabalhos, bem como a tradução para outros idiomas, sem a autorização do Corpo Editorial. Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados pela declaração de transferência dos direitos autorais. Este documento é fornecido pela Revista.

O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

FORMA E CONTEÚDO:

1 APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS. Os originais deverão ser digitados em programa de texto Word for Windows, espaço 2, impressos em papel branco, em um só lado da folha, com 60 toques por linha. Para as seções: Artigos, os trabalhos não devem ultrapassar 15 laudas de 20 linhas; Pontos de Vista, Divulgando Projetos e Experiências e Debates devem ter no máximo dez laudas e Resenhas em quatro laudas.

O disquete do trabalho a ser publicado deve ser entregue e acompanhado de duas cópias em papel branco, sem rasuras, no seguinte endereço:

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP. REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária "Armando de Salles de Oliveira" 05508-900 - São Paulo, SP.

2 PÁGINA DE ROSTO. Deve constar:

- ♦ título do trabalho elaborado de forma breve e específica, para auxiliar os serviços de recuperação da informação;
- ♦ versão do título para o inglês;
- ♦ nome completo dos autores e respectivos títulos profissionais e acadêmicos;
- ♦ identificação das instituições as quais os autores estão vinculados;
- ♦ referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto;
- ♦ referência à apresentação do trabalho em eventos, indicando nome do evento, local e data de realização;
- ♦ endereço para correspondência.

3 RESUMO/ABSTRACT. Os trabalhos enviados às seções, Artigos, Divulgando Projetos e Experiências, Debates e Dissertações devem apresentar dois resumos, um em português e outro em inglês. Observar as recomendações da NBR-68, ABNT, para redação e apresentação de resumos:

- ♦ quanto a extensão, a norma determina o máximo de 250 palavras para os artigos de periódicos;
- ♦ quanto ao conteúdo, deverão observar a estrutura formal do texto, isto é, indicar objetivo do trabalho, mencionar os procedimentos básicos, relacionar os resultados mais importantes e principais conclusões;
- ♦ quanto à redação e estilo, usar o verbo na voz ativa na 3ª pessoa do singular, evitar locuções como "o autor descreve", "neste artigo", etc., não adjetivar e não usar parágrafos.

4 DESCRITORES/KEYWORDS. Palavras ou expressões utilizadas para fins de indexação e que representam o conteúdo dos trabalhos. Para o uso de descritores em português, consultar "Descritores em Ciências da Saúde" (DECS) parte da metodologia LILACS-Literatura Latino Americana e do Caribe em da Saúde.

5 ESTRUTURA DO TEXTO. O caráter interdisciplinar da publicação permitiu estabelecer um formato mais flexível quanto à estrutura dos trabalhos, sem comprometer o conteúdo. A publicação sugere que os trabalhos de investigação científica devem ser organizados mediante a estrutura formal:

- ♦ Introdução, estabelecer o objetivo do artigo, relacionando-o a outros publicados anteriormente e esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado;

- ♦ Material e Métodos, ou, Casuística e Métodos (quando a pesquisa envolve seres humanos), descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a população e amostra, detalhar técnicas e equipamentos, indicar quantidades exatas;
- ♦ *Resultados*, exposição factual da observação, apresentada na seqüência lógica do texto, apoiados em gráficos e tabelas ;
- ♦ *Discussão*, apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores;
- ♦ *Conclusões*, são as deduções lógicas e fundamentadas nos Resultados e Discussão.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. Organizadas em ordem alfabética pelo último sobrenome do primeiro autor e numeradas consecutivamente; todos os autores dos trabalhos devem ser citados; os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela "List of Journals Indexed in Index Medicus". Para elaboração das referências observar as recomendações da NB-6023, da ABNT, 1989:

- ♦ *Livros e monografias:*
PIAGET, J. *Para onde vai a educação?* 7.ed. Rio de Janeiro: J.Olimpio, 1980. 500p.
- ♦ *Capítulo de livro:*
KARASOV, W.H., DIAMOND, J.M. Adaptation of nutrition transport. In: JOHNSON, L.R. *Physiology of gastrointestinal tract*. 2. ed. New York: Raven Press, 1987. p. 189-97.
- ♦ *Artigos de periódicos:*
BENETTON, M.J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 5/9, p.11-6, 1993/6.
- ♦ *Teses:*
DEL SANT, R. *Propedêutica das síndromes catatônicas agudas*. São Paulo, 1989. 121p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- ♦ *Eventos: considerado no todo:*
CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA; 6., Rio de Janeiro, 1984. *Resumos...* Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Neurologia, 1974.
- ♦ *Eventos: considerado em parte:*
SPALDING, E. Bibliografia da revolução federalista. In: CONGRESSO DA HISTÓRIA DA REVOLUÇÃO DE 1984, 1., Curitiba, 1944. *Anais...* Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1944. p. 295-300.

7 INDICAÇÃO DA FONTE DAS CITAÇÕES. As formas de apresentação das fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto, observar os exemplos:

- ♦ citação textual, parte do texto é transcrito na íntegra
"... a luta, a impossibilidade de coexistência com o outro" (LACAN, 1985, p.50-1)⁴.
- ♦ citação livre, reproduz o conteúdo do documento original
Para VELHO (1981, p.27)¹¹ o indivíduo...
- ♦ citação da fonte secundária (citação de citação)
"O homem não se define pelo que é mas pelo que deseja ser" (ORTEGA Y GASSET, 1963 apud SALVADOR, 1977, p.160)¹⁰.
- ♦ citação analítica: parte de documento
"... o indivíduo estigmatizado, um marginalizado social." (SILVA in: PONTES, 1984, p.8)¹⁶.
- ♦ citação referente a trabalhos de três ou mais autores
"... consultadas periodicamente" (SOUZA et al., 1984, p.7)¹⁶.
- ♦ citações longas (mais de 3 linhas) - constituem um parágrafo independente, com início sob a quinta letra da linha anterior e término a cinco batidas da margem direita. As aspas devem abrir no primeiro parágrafo e fechar após a última transcrição.

8 NOTAS DE RODAPÉ. Adotadas para a primeira página do artigo com informações que identifiquem os autores: vínculo profissional, títulos profissionais e acadêmicos dos autores, consignação de bolsas e endereço para correspondência.

9 ILUSTRAÇÕES E LEGENDAS

- ♦ *Tabelas*, devem ser digitadas e apresentadas em folha à parte, numeradas consecutivamente na ordem em que forem citadas no texto. O título deve constar na parte superior da tabela. Evitar o uso de linhas verticais e inclinadas. O limite de tabelas é de 5, acima deste número as despesas correm por conta do autor;
- ♦ *figuras*, correspondem as ilustrações, fotografias, desenhos, gráficos etc., adotar o mesmo procedimento das tabelas quanto a numeração e títulos. Usar a abreviação figura para todas as ilustrações acima, excetuando-se para as tabelas e gráficos.

10 AGRADECIMENTOS. Quando pertinentes, dirigidos à pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.

