

Leticia Fiorillo Bogado

**Reforma Psiquiátrica e Inserção Social:
pensando novas e velhas questões**

TESE DE DOUTORADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Rio de Janeiro
Junho de 2003

Leticia Fiorillo Bogado

**Reforma Psiquiátrica e Inserção Social:
pensando novas e velhas questões**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientadora: Esther Maria de Magalhães Arantes

Rio de Janeiro
Junho de 2003



Leticia Fiorillo Bogado

**“Reforma psiquiátrica e inserção social:
pensando velhas e novas questões”**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Esther Maria de Magalhães Arantes
Orientadora
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Ademir Pacelli Ferreira
Departamento de Psicologia - UERJ

Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Professor da ENSP - FIOCRUZ

Prof^a Maria Euchares de Senna Motta
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Lilia Ferreira Lobo
Departamento de Psicologia da UFF

Prof. Jürgen Walter Bernd Heye
Coordenador Setorial do Centro de
Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 23 de dezembro de 2002

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador

Leticia Fiorillo Bogado

Graduou-se em Psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1978. Tornou-se Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio em 1987, com a Dissertação "A casa da princesa: a genealogia de um internato". Sempre trabalhou em instituições públicas ou filantrópicas: de atendimento a portadores de deficiência, de Saúde Pública, de internação de menores em situação irregular e de atendimento a portadores de transtornos mentais. Participou como Auxiliar na pesquisa " Família x Instituição: em busca de Alternativas ao Internamento de Menores situação irregular" coordenada pela Professora Esther M. M. Arantes. Atualmente seus interesses centram-se na questão das práticas e discursos do Campo Social relacionados com o tema da inserção social, particularmente na área da Saúde Mental.

Ficha Catalográfica

Bogado, Leticia Fiorillo

Reforma psiquiátrica e inserção social: pensando novas e velhas questões / Leticia Fiorillo Bogado; orientadora: Esther Maria de Magalhães Arantes. – Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

v., 194 f.: 29,7 cm

1. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia – Teses. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Reforma Psiquiátrica Brasileira. 4. Inserção social. 5. Questão social. I. Arantes, Esther Maria de Magalhães. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

Dedico a meu bisavô Bernardino Torres Bogado
e a meu avô Pasquale Fiorillo,
aos quais não conheci
e que percorreram, por vias diversas,
os caminhos do sofrimento e do abandono.

Agradecimentos

À minha família – Pedro, Irene, Joaquin Pedro, Marêda, Sinval, Marcelo, Moacyr, Renata, Silmar, aos amigos que constituem minha rede de inserção primária, e à quem me auxiliou, cuidando de minha casa, de mim e de minha família, trazendo paz, alívio e segurança - Dita, Edna, Janete, Amparo e Jorge.

À CAPES e às funcionárias das Secretarias do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, que sempre me trataram com tanta gentileza, Vera, Val, Marize e Dudu.

Às Professoras Cláudia Garcia e Ana Maria Coutinho (in memoriam) que numa fase difícil, durante o Curso de Doutorado, tiveram a extrema delicadeza de acreditarem e me acolherem numa verdadeira relação mestre-aluno, estimulando-me a continuar.

Ao meu professor Paulo Amarante por ser a referência que é, e por ter me acolhido em seus cursos na ENSP e no espaço do LAPS.

Ao Raphael Aduato e à Ivna, que me perguntaram, nos processos psicoterapêuticos que vivemos juntos (há tanto tempo atrás): “Quem é você? O que você faz?”.

Aos usuários e familiares da Rede de Saúde Mental de Niterói, ao lado dos quais pretendo continuar e aos funcionários e ex-funcionários que deram entrevistas.

A Ana Carla Souza Silveira da Silva, a pessoa mais integralmente engajada no projeto de reconstrução da cidadania dos seres que sofrem mentalmente dentre todas as que já conheci, não só por todo o auxílio e carinho que me dispensou, mas pelo privilégio da convivência e da amizade.

Ao meu querido amigo e inestimável parceiro Renato Glória de Castro que por acreditar em mim, incentivou-me a ingressar no Doutorado.

A todos os que me auxiliaram e incentivaram para que eu ingressasse no Curso de Doutorado, para que o cursasse e chegasse ao final: Alexandre Veloso, Betch Furtado, Célia Damasceno (in memoriam), César Roberto Braga Macedo, Cristina Bustamante e Stella Marina Pinto Ferreira.

Em especial à Lúcia Pires da Silva, minha imprescindível *doula*, que já há tanto tempo me ajuda a parir: minha dissertação de mestrado, meus dois filhos, esta tese e projetos de vida.

A Maria Helena Nazareth que mais uma vez esteve ao meu lado, me mostrou como acreditar e me “reinseriu” no caminho.

E principalmente a minha Mestra, Esther Maria de Magalhães Arantes, não só por mais uma vez ter acreditado, mas por ser há 20 anos o modelo de ser humano, ao mesmo tempo ético, engajado e amoroso, que eu procuro seguir.

Resumo

Bogado, Leticia Fiorillo; Arantes, Esther Maria de Magalhães. **Reforma psiquiátrica e inserção social: pensando novas e velhas questões**. Rio de Janeiro, 2003, 194 p. Tese de Doutorado - Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Neste trabalho abordam-se questões relativas a como a noção de Inserção Social tem sido interpretado pelos profissionais do Campo da Assistência em Saúde Mental. Inicialmente, é feita uma apresentação da formação do Campo Social e das mudanças que nele têm ocorrido a partir das últimas décadas. A nova questão social que é a exclusão social é apresentada, mas também o contrato social e a cidadania que lhes fazem contraponto. A partir desta realidade introduz-se o Campo da Saúde Mental, sua constituição, e suas questões de base, a tutela, periculosidade e cuidado. Em seguida, a discussão é trazida para o contexto brasileiro e discute-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, forma mais atual do Campo da Assistência em Saúde Mental, e como se pensa a Inserção Social em seu contexto. Finaliza-se com a apresentação do percurso feito para se constituir uma Rede Municipal de Assistência em Saúde Mental.

Palavras-chave

Reforma Psiquiátrica; Reforma Psiquiátrica Brasileira; inserção social; questão social.

Abstract

Bogado, Leticia Fiorillo; Arantes, Esther Maria de Magalhães (Advisor). Psychiatric reform and social insertion: thinking new and old questions. Rio de Janeiro, 2003, 194p. PhD Thesis - Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

In this work some of the questions related to how the Social Insertion notion has been used by the professionals on the Psychiatric Reform Field. First, a presentation of the Social Field constitution and the changes that have happened in it on the past decades is presented. The new social question which is the social exclusion is presented, and also the social contract and citizenship which oppose it. . Based on that reality, the Mental Health Field is introduced, its constitution and its basic questions: dangerousness, tutelage and the care. Then, the discussion is presented about the Brazilian context and the Brazilian Psychiatric Reform, the Mental Health Field's new face, and how the Social Insertion on the former context has been thought. Finally, a presentation of the paths that have been followed so that a local Mental Health Help Net is presented.

Keywords

Psychiatric reform; Brazilian Psychiatric Reform; social insertion; social question.

Sumário

1. Introdução	10
2. A questão social nos tempos do neoliberalismo	16
2.1 Visitando velhas e novas questões – exclusão, inclusão, direitos e cidadania	19
2.2 Tecnologias de inclusão: da caridade aos dias de hoje	37
2.2.1. O Campo Social	50
2.3 Campo social no Brasil: favor e direitos	60
3. O Campo da Assistência em Saúde Mental	70
3.1 Quebrar correntes? As Utopias psiquiátricas	73
3.2 Tutela, periculosidade e cuidado	94
4. A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a questão da inserção social	100
4.1 A Saúde Mental no Brasil: gênese, reformas e divisões	102
4.2 Inserção social no Campo da Reforma	116
5. A cidade e a Rede	128
5.1 As terras da Banda d’Além	128
5.2 Sobre como se teceu a rede	139
6. Conclusão	177
7. Referências Bibliográficas	179

Lista de Figuras

Figura 1 – Pinel liberta “A Louca” 193

Figura 2 – Localização dos Serviços de Saúde Mental em Niterói 194

1

Introdução

Neste trabalho, em um sentido mais amplo, interessa-nos examinar como se constitui o Campo Assistencial em Saúde Mental, assim sendo examinaremos a realidade brasileira e as influências que sofreu no processo de sua constituição.

A Assistência em Saúde Mental tem passado por uma série de reformas, através das quais se busca dar conta da questão da loucura, e nas quais ora se prioriza o indivíduo “louco” em seu sofrimento e a necessidade de um tratamento que lhe seja mais adequado, ora a sociedade e o entorno social que o rejeita ou aceita. Da mesma forma que em outros setores particulares do campo social, também este é formado pelo entrecruzamento de práticas e discursos provenientes de diferentes setores (médico, jurídico, psicológico etc), e em seu interior são experimentadas tanto a contenção, quanto a expressão dos indivíduos. Exercita-se um olhar não só sobre o singular, o individual, mas sobre a generalidade, a população, isto é, está em jogo o governo dos “loucos” e da loucura, pois não só os indivíduos “loucos” são visados, mas o conjunto da população. (Gordon, 1991: 3)

A procura de uma alternativa ao modelo clássico de atendimento baseado na contenção/exclusão tem sido corporificada nas últimas décadas pelo que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira. E é sobre este pano de fundo que será desenvolvido este trabalho.

A Reforma Sanitária, subconjunto das lutas pela cidadania que caracterizaram o processo de redemocratização do país na década de 80, englobou o tema da cidadania do “louco”. Há, no entanto, uma especificidade neste tema, fazendo com que o mesmo ultrapasse o referencial da Reforma Sanitária e assuma características próprias (para além do desenvolvimento de novas formulações técnicas e teóricas e de novos arranjos institucionais), entre as quais a busca de novos parceiros políticos. De qualquer forma, talvez o maior desafio assumido pela Reforma Psiquiátrica seja o do enfrentamento da cidadania interdita do “louco” inexoravelmente tutelado pelo dispositivo de cuidados e pelo dispositivo jurídico.

Portanto, o Campo Assistencial em Saúde Mental sob a marca da Reforma tem sido atravessado pelo debate e/ou busca de alternativas para a exclusão vivida pelo “louco”, e por isto fala-se cada vez mais da necessidade de fazer com que o “insano” possa ter acesso a (ou que lhe seja restituída) uma contratualidade. Isto porque, ao ser declarado doente mental, o indivíduo perde sua condição de cidadão, pois é excluído da ordem do contrato social, o que tornaria necessário que sua cidadania fosse restabelecida. Em suma, a inserção, ou reinserção, do “louco” na sociedade ou, para sermos mais específicos, na sociabilidade regida pelo contrato social, é o grande desafio da empreita reformista atual em saúde mental.

A luta por reformas marca o campo da saúde mental. Historicamente, a Psiquiatria, e mais atualmente a Saúde Mental, têm passado por vários movimentos de mudança, e em todos eles parece haver um ponto em comum: o da busca por uma utopia. Conforme a situação, ora se procura assistir o “louco” de uma forma, ora de outra, isto é, diferentes modelos vão sendo adotados para responder à questão colocada pela loucura. A utopia pensa resolver o problema da ausência de lugar para o “louco” no espaço social, ou seja o problema de sua exclusão/inclusão.

Poderíamos chamar esta dimensão da Reforma Psiquiátrica, de sua dimensão prometeica. Já que a busca por uma utopia implica sempre um afrontamento dos deuses, ou o enfrentamento da questão do poder, de sua destituição e colocação em circulação. Porém, os gestos que constroem a Reforma, aqueles que reformam as coisas, não podem ser apenas os gestos largos do Titã, terão que ser também os simples e repetidos gestos do humano Sísifo que rola interminavelmente a sua pedra. É no dia-a-dia dos Serviços, nos encontros e desencontros diários, entre usuários, profissionais e familiares que se fabrica a Reforma, assim como, é nos pequenos gestos (banais ou surpreendentes) feitos no cotidiano da rua, das famílias e dos grupos sociais (em suma, do território) que ela acontece.

Na atualidade, não só no Brasil, mas no mundo vivem-se as contingências do modelo econômico neoliberal, que tem provocado uma profunda alteração do mundo do trabalho, até pouco tempo um dos sustentáculos da vida social. As novas levas de excluídos resultantes deste novo arranjo mundial vêm se somar às antigas, fazendo

com que hoje, a maioria da população mundial experimente alguma forma de exclusão sócio-econômica.

Diminuídos em seus direitos de cidadania em consequência da perda ou redução de seus poderes de contratualidade, privados das amarrações que lhes eram garantidas tradicionalmente através da inserção no mundo do trabalho e do pertencimento a uma rede sócio-afetiva formada pela família, vizinhos ou comunidade, os indivíduos experimentam uma forma nova de vulnerabilidade, que os leva a experimentar uma identidade negativa. (Castel, 1995)

Com as transformações sofridas pelas sociedades ocidentais na entrada da modernidade, também houve um aumento exacerbado de indivíduos colocados em uma situação de vulnerabilidade. O pauperismo, situação de profunda desvalia econômica e social, trazia à baila uma questão que exigia uma resposta urgente da sociedade. (Castel, 1995) Por outro lado, constatava-se que se por um lado, no plano político, os homens passaram a ser considerados iguais, por outro lado, no plano civil (social e econômico) experimentavam uma profunda desigualdade. Esta cisão, a que se chamou a *questão social*, e que representava uma ameaça à coesão da sociedade, ocasionou o surgimento deste terceiro setor entre o político e o econômico, que é o **social**. Portanto, o **social** é a tentativa de soldar a brecha surgida com a *questão social*, ou seja, pela constatação da desigualdade de direitos entre os homens. (Donzelot, 1984)

Anteriormente à emergência desta questão, os modos de lidar com a desigualdade e com a diferença no Ocidente, eram levados a cabo no registro da *caridade*, que era motivada por crenças religiosas, ou pelo banimento, que podia ir de uma simples expulsão da cidade, aos trabalhos forçados e até à morte (nos casos de reincidência na "*vagabundagem*"). (Castel, 1995: 93-95)

Posteriormente, surgiu uma nova maneira de lidar com as questões sociais que foi a *filantropia*. A época moderna tornou necessária a adoção de uma nova estratégia para a abordagem dos problemas relativos à desigualdade entre os homens, e por isto surgiu a *filantropia*, que vai operar conforme uma estratégia dupla para tratar desta questão. Por um lado, é implementada uma série de práticas assistenciais para dar socorro aos mais necessitados e, por outro lado, impõe-se sobre estes

últimos uma tutela, subtraindo-os à ordem do contrato. A filantropia ao mesmo tempo assiste e controla, colocando-se num lugar entre o público e o privado, primeiramente porque numa leitura mais superficial, ela ou é executada pelo próprio Estado, ou conta com o seu apoio para ser executada. Mas também, e principalmente, porque seu âmbito de atuação se exercerá não só sobre a singularidade dos indivíduos, sobre seus corpos e suas mentes, e sim porque ela atuará sobre toda a sociedade através da disseminação de uma ideologia da norma, ou seja, sob a forma de conselhos e de sugestões sobre a conduta, ela difunde as suas normas, estabelecendo o que é certo ou errado, bom ou mau, etc. (Donzelot, 1986: 56)

No século XX, sob a inspiração da noção da solidariedade, entendida como a justificativa pela qual o Estado pode e deve assumir a questão social, a assistência e a proteção sociais passam às mãos deste último. É o Estado do Bem-Estar Social será responsável pela implementação de políticas públicas que permitam aos indivíduos, agora desfrutando da possibilidade real de exercerem a cidadania, terem acesso ao necessário em termos de renda, educação, saúde, lazer etc. Não se trata mais da caridade ou da filantropia, e nem há mais um vínculo de tutela entre quem dá e quem recebe, pois que seria dado a todos o status de cidadão. No entanto, na atualidade mais recente estamos a assistir ao desmonte deste modelo, que encontra-se em crise, como explanaremos mais adiante no trabalho.

No entanto, nossa questão específica nos conduz ao Campo da Assistência em Saúde Mental, como optamos por denomina-lo já que ao nosso ver desta forma estará contemplada uma série mais ampla de eventos e possibilidades. Setor específico do **social** é possível vê-lo como englobando todo o Campo da Reforma Psiquiátrica no qual têm acontecido as lutas e as conquistas empreendidas em nome da mudança da Assistência. Por outro lado, a concepção de Atenção Psicossocial, que é mais recente, já supõe o Campo atravessado pela Reforma, ou seja, reformado, e estruturado conforme uma nova noção da clínica. Porém como é nosso intuito contemplar em nossas reflexões as práticas e discursos que acontecem na realidade, e em que se misturam novos e velhos modos de fazer e pensar, optamos pelas noções mais amplas de Assistência e de Saúde Mental. Ressaltamos que foi no interior do Campo da Assistência em Saúde Mental que temos desenvolvido nossa prática como

psicóloga e que nos deparamos com a questão trazida pelas novas e velhas exclusões que se impõem ao indivíduo que sofre mentalmente, dito “louco”..

Já faz mais de vinte anos que o Campo da Assistência em Saúde Mental brasileiro, tem sido varrido pelos ventos da mudança. Aos envolvidos neste processo (usuários, técnicos e familiares), nem sempre foi dado direito de escolha, porém, eles têm lutado, e com isto muito se conseguiu em termos de melhores condições de vida, de tratamento e de direitos de cidadania.

Há pouco mais de 100 anos a medicina mental entrava no palco da sociedade brasileira para separar sãos de insanos, construindo com isto um lugar a partir de onde teve forças para tecer e lançar as redes com as quais arrebanhou a si indivíduos, que ao ficarem sob sua tutela, realimentaram sua força e ampliaram este seu lugar. O meio "ideal" de que se dispunha na época era o da total submissão, e portanto os ditos “loucos” foram isolados dos demais habitantes do país, e postos em asilos ou hospícios de onde só saíam pela mão do médico ou da morte¹. Começa o processo de institucionalização, de estigmatização e de sobreposição ao "louco" de seu novo "duplo": o ser da existência-sofrimento.

Este primeiro modelo vai sofrendo pequenas variações, pequenas reformas, até que se coloca em questão a "instituição". E aí começa a cisão que atravessa o Campo da Reforma Brasileira: de qual instituição? A instituição que "assiste" ao louco ou a instituição da loucura?

Com isto, a Reforma que se arma na prática, começa a adquirir muitas faces, quase tantas quantas as tentativas de empreendê-la. De forma que, para se poder abarcar o Campo, só nos resta a escolha entre um afastamento para muito longe de forma a poder abarca-lo todo em um só olhar, ou uma aproximação que nos coloque em intimidade não com “o Campo” mas com uma parte dele. Basaglia citava Sartre para propor que o pesquisador saísse de uma passividade e se colocasse no interior da situação, em troca direta com ela, para que se pudesse alcançar uma compreensão ou razão dialética. (Basaglia, 1967)

¹ Felizmente existe uma história de resistência: há a arte, há o misticismo, e também sempre houve no concreto fugas e evasões.

Neste trabalho, vamos abordar alguns aspectos da Assistência em Saúde Mental no Município de Niterói, da qual participamos como psicóloga, e que nas duas últimas décadas tem passado por inúmeras transformações. Particularmente, formou-se uma Rede de Serviços de Saúde Mental voltada principalmente para o atendimento de pacientes (usuários) ditos "graves". Atualmente, cada vez mais, no cotidiano dos Serviços, nos momentos de encontro e discussão coletivos da Rede, emprega-se a expressão "inserção social", o que também nos provocou uma indagação, na medida em que o emprego de tal noção era novo no contexto da Rede. A partir de que percursos ela se forma e surge no horizonte da Rede?

Partimos então para a operacionalização de uma pesquisa, na qual nos interessava, de um modo mais amplo, saber deste percurso e de como se constituiu esta Rede Assistencial, e mais, como a “noção” ou “conceito” de inserção a atravessa.

Operacionalizamos a pesquisa em duas etapas:

Em um primeiro momento fizemos uma revisão da literatura de dois campos teóricos: da área das ciências sociais que trabalha com o tema da exclusão, da cidadania e do contrato; e da área do campo da saúde em que se tematiza a questão do cuidado, da cidadania e da tutela do louco, ou seja, da Reforma Psiquiátrica.

Na segunda etapa, iniciamos uma análise de material escrito sobre a cidade de Niterói e sobre a Saúde Mental na forma de textos, leis, decretos e documentos oficiais através dos quais poderíamos mapear o Campo. Em paralelo realizamos entrevistas com alguns participantes dos Serviços da Rede de Saúde Mental de Niterói e de outros profissionais que já participaram dela em momentos especiais de sua formação. Selecionamos dois eixos para serem seguidos nestes encontros. Inicialmente queríamos compreender como a Reforma Psiquiátrica era pensada pelos entrevistados e como se daria, no contexto da realidade atual, a inserção social dos usuários.

2

A questão social nos tempos do neoliberalismo

Ao longo da história ocidental sempre existiu um contingente de seres humanos situados à margem da sociedade, em virtude de suas características individuais ou então devido àquelas atribuídas ao grupo a que pertencessem. A dicotomia entre o "estar dentro" e o "estar fora", o "pertencer" e o "não-pertencer", tem atravessado a vida social no Ocidente, separando incluídos de excluídos. Por exemplo, na Europa, desde o início da Era Cristã existiam "pobres" e "desvalidos" que eram socorridos em nome dos princípios religiosos da caridade, e mais tarde, já nos primórdios do processo de industrialização, também em nome dos princípios filantrópicos. Os teóricos da tradição marxista apontam o surgimento de uma nova massa de pobres, desempregados ou subempregados, divididos entre o assim chamado “exército industrial de reserva” e o “lumpen-proletariado”, da qual o Capital lançava mão quando se tornasse necessário aumentar ou substituir a mão-de-obra. Como nos lembra Sposatti, a exclusão não é um fenômeno novo, pois o *"modo de produção capitalista é estruturalmente excludente"* e *"isto já foi demonstrado por Marx"*. (Sposatti, 1998)

No entanto, na atualidade o número de indivíduos que podem ser considerados como excluídos dos meios de produção e/ou impedidos de terem acesso a bens de consumo, inclusive aqueles de consumo coletivo imprescindível, como a alimentação, a moradia, a saúde e a educação, atinge tal magnitude que cabe dizer que a humanidade está dividida em duas partes, numa intensidade nunca antes vista. *“Enquanto um terço da população mundial pode ser considerada como integrada ou participante do mercado globalizado, seja como trabalhadores, seja como consumidores”,* os outros dois terços, ou seja *"milhões de seres humanos" (...)* já não contam como força de trabalho e nem como consumidores (...) *atirados à sorte ou ao desespero”,* experimentando modos precários de inclusão ou situações de irremediável exclusão social (Frigotto, 1998). Note-se que houve um aumento dos excluídos não só em termos numéricos – o que vem ocorrendo é que parcelas da

população que anteriormente estariam inseridas no mundo do trabalho já não mais o integram ou só o fazem precariamente. Por isto diz-se que a exclusão é a "nova questão social", e o tema da "exclusão social" passou a ser abordado tanto por intelectuais, quanto por políticos, funcionários da burocracia governamental, trabalhadores sociais e integrantes de instituições religiosas.

De fato, verifica-se uma banalização da palavra "exclusão" e da expressão "exclusão social", que parecem estar na "boca de cena" da nossa sociedade do espetáculo¹. O tema, cada vez mais, ocupa espaço na mídia e se tornou corriqueiro o uso de expressões como "ser excluído" na linguagem cotidiana, tanto para expressar um atributo individual quanto para situações em que se foi posto de lado ou em que não se conseguiu algo. Porém esta vulgarização da palavra tende a, por um lado, encobrir a multiplicidade de situações a que se refere, resultantes de processos multidimensionais, *"através dos quais os indivíduos e os grupos são excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e de identidade"* (Atkinsons apud Veras, 1999: 34). E, por outro lado, reforça uma tendência à naturalização do fenômeno, que passa a ser visto como uma condição inevitável e até mesmo esperada da vida em sociedade.

O aumento em proporções geométricas da parcela populacional que se encontra em situação de desfavorecimento ou não inclusão, não só no Brasil como em todo o mundo, imprime uma urgência no enfrentamento da situação através da implantação de medidas práticas nas esferas social, econômica e política. Mas não apenas isto, pois também é fundamental que se enfrente a questão em termos teóricos, por mais problemática que a noção de exclusão social se apresente. A implantação da lógica econômica neo-liberal, baseada no capital financeiro em detrimento do capital produtivo, além de provocar um abalo crucial do mundo do trabalho, fez-se acompanhar por um processo de desregulamentação² que tem provocado o sucateamento ou dissolução de inúmeros órgãos geridos pelo poder

¹ A noção de "sociedade do espetáculo" foi trabalhada por Guy Debord (Debord, G. A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997) e é empregada por Fontes (Fontes, 1997: 52) em sua análise do tratamento dado pela mídia à exclusão.

² Encontramos na literatura as palavras (des)regulamentação e (des)regulação como sinônimas.

público, componentes até então da malha institucional de assistência e bem-estar. Ocorreu uma profunda transformação do mundo do Trabalho, cuja articulação constituía e/ou sustentava as redes de proteção e inclusão social nas sociedades ocidentais modernas e um enfraquecimento do Estado em sua face social.

Mesmo no Brasil, aonde nunca se chegou verdadeiramente ao Estado de Bem-Estar Social, assiste-se de fato à supressão de muitos dos mecanismos existentes de amparo e proteção social, o que sem dúvida tem aumentado o número de indivíduos colocados em situações precárias ou de exclusão. Mas, de modo geral, não podemos falar em total abandono do antigo modelo do Bem-Estar Social, visto que ainda é o Estado que assume muitas das funções tradicionalmente ligadas àquele.

A exclusão, nova face da questão social, como já foi dito anteriormente, porta uma complexidade tal que pode ser abordada de diferentes ângulos, sem que todas as possibilidades de análise se esgotem.

Neste trabalho optamos por apresentar duas vertentes que na verdade se complementam. Na primeira trataremos da exclusão de acordo com a visão que a enquadra como fruto de um processo histórico e sócio-econômico, de proporções mundiais, que também afeta o Brasil, e é responsável por uma clivagem entre os seres humanos e dos lugares a eles reservados na vida em sociedade, a nível de seus direitos e deveres. Além disso, buscaremos mostrar como, na medida em que faz parte deste processo a submissão da vida social ao Mercado e às suas regras, se diluem as fronteiras que anteriormente davam sustentação ao ordenamento político do mundo, ou seja, como cada vez mais as antigas oposições entre “dentro” e “fora”, “público” e “privado” se tornam tênues. Também nesta parte apresentaremos o modelo idealizado por Robert Castel para analisar a exclusão, a qual ele chama desfiliação³.

Na segunda parte, nos preocuparemos em fazer breve histórico da constituição do social e de suas redes de proteção, no panorama da modernidade ocidental, tomando como exemplo o caso da França. Mais especificamente

³ Nas traduções para a língua portuguesa, feitas dos textos deste autor, encontram-se duas formas diferentes para a palavra em francês “*désaffiliation*”: ora aparece como desfiliação, ora aparece como desafiliação.

estaremos voltados para a compreensão de como, no campo das práticas sócio-assistenciais, se articularam as tecnologias de inclusão para o enfrentamento da questão social. Além disto, procuraremos ressaltar que, no novo panorama mundial, vive-se ao mesmo tempo uma crise e uma intensificação dos mecanismos, institucionais ou não, de disciplinarização.

Na última seção deste capítulo, apresentaremos, sem a pretensão de esgotar a discussão, o modo como ocorre esta dinâmica no caso do Brasil e como se constituíram e se apresentam atualmente a questão social e o campo social brasileiros, em especial o sub-campo das políticas públicas de saúde.

2.1 Visitando velhas e novas questões – exclusão, inclusão, direitos e cidadania

Como já dissemos, a exclusão em sua nova face, e nas proporções em que se manifesta na atualidade, pode ser vista como uma consequência da implantação em termos hegemônicos de uma doutrina econômica em nível mundial, o neoliberalismo.

Formulado inicialmente por Friedrich Hayeck nos anos 40, o neoliberalismo criticava fortemente o keynesianismo, que foi um dos pilares, a partir da 2ª Guerra, do Estado de Bem-Estar Social. Neste sentido, propunha para o enfrentamento de crises econômicas a “estabilidade monetária”, que deveria ser atingida através de uma necessária “disciplina orçamentária” e de uma reforma fiscal. A grande crise recessiva experimentada pelos países capitalistas mais avançados na década de 70, em que uma alta inflação combinou-se com uma taxa de crescimento muito baixa, abriu caminho para a sua implantação. Ou seja, por um lado, a crise teria tornado necessária tanto uma contenção dos gastos com o bem-estar social quanto uma ampliação do exército de reserva de mão-de-obra através da manutenção de uma taxa “natural” de desemprego, visando com isto ocasionar uma quebra do movimento operário sindical. E tal condição seria necessária porque partia-se do pressuposto que, em certa medida, a responsabilidade pela crise dever-se-ia ao operariado organizado, que com suas reivindicações por salários mais altos e com a pressão

exercida, mesmo que inercialmente, sobre o Estado para obter um aumento constante com gastos sociais, teria desencadeado o processo inflacionário e a conseqüente diminuição dos lucros do setor produtivo. Por outro lado, seria imperiosa uma redução dos impostos que permitiria um maior crescimento econômico ao libertar o mercado de suas amarras mesmo que, ao reinstalar uma desigualdade tida como saudável, acabasse por permitir uma acumulação em níveis mais altos nas mãos daqueles que mais possuíam. (Anderson, 1998: 10-11)

Em suma, o neoliberalismo teria como objetivos principais,

"a desregulação e a liberalização dos mercados nacionais e internacionais (financeiros, de bens e de fatores de produção, sobretudo do mercado de trabalho); a redução substancial do tamanho do Estado (e de suas responsabilidades sociais); e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos". (Almeida, 1997: 177)

E, como nos alerta a autora acima, tais objetivos ao serem contemplados desencadeariam uma série de modificações capitais nas instituições sociais, além de afetarem as mais diversas esferas da vida, seja a econômica, a política, ou a social.

Ao nosso ver, a conseqüência mais visível e mais palpável da empreita neoliberal foi o desmonte do mundo do trabalho como até então constituído no Ocidente industrializado. Pois, como nos alerta Frigotto, ao falar sobre o caráter desta investida, ela é "*fundamentalmente conservadora e contra a classe trabalhadora*". (Frigotto, 1998)

De fato, o avanço tecnológico, a otimização das plantas industriais e a tendência à concentração do capital fruto das grandes fusões de empresas, têm dado uma nova feição ao setor econômico produtivo, leia-se industrial, que por outro lado passou a ocupar uma posição secundária em relação ao setor econômico financeiro. Este, por sua vez, tem se desprendido mais e mais daquele, e passado a operar de acordo com a mais pura virtualidade, na velocidade dos impulsos eletrônicos pelos quais se estabelecem as comunicações transnacionais. A rentabilidade do capital se desvinculou das atividades de produção e passou a ser auferida em transações financeiras e cambiais.

A preponderância do capital virtualizado sobre o capital produtivo tem marcado a economia globalizada da pós-modernidade neoliberal⁴, e sob sua ótica a questão social tomou uma nova feição nas regiões industrializadas do mundo, pois conforme diria Castel, ocorreu uma metamorfose do salariado. (Castel: 1995) Ou seja, sob a regência desta ideologia para a qual a economia deveria ser regida pela *mão invisível* da concorrência e do mercado livre, como preconizava Adam Smith, verificou-se uma profunda modificação no trabalho organizado.

O trabalho no mundo ocidental, que até então servia como suporte para a sociabilidade de modo geral e para os processos de subjetivação em particular, metamorfoseou-se e deu surgimento, em proporções nunca anteriormente conhecidas, a uma parcela da população que vive em situação de vulnerabilidade social. De modo geral, a relação trabalhista antes assegurada por contrato estável, passou a ser estabelecida em bases mais precárias: são os contratos por tempo determinado, por jornadas de trabalho fracionadas, é a flexibilização etc. O emprego de longa duração, considerado o padrão normal na situação anterior, tem sido cada vez mais suplantado por vinculações provisórias ou de curta duração. Além disto, como em nenhum momento anterior da história, a máquina tem substituído o homem na nova sociedade, tanto nas linhas de produção - com os robôs, quanto no setor de serviços - com a informática. O avanço da cibernética afetou indistintamente a mão de obra direta e a mão de obra administrativa, ao suprimir um grande número de empregos outrora disponíveis no mercado. Desempregados e privados do suporte que sua participação nos coletivos do mundo do trabalho lhes garantia anteriormente, onde podiam “fabricar” formas de sociabilidade e de identidade, os indivíduos excedentes do mundo produtivo vêm experimentando um processo de exclusão (ou desfiliação) que os abalou profundamente, alterando suas subjetividades.

Surgiu na cena social atual, particularmente do primeiro mundo, a figura de um *inútil no mundo*, principalmente os antigos trabalhadores que foram

⁴ Conforme diz Robert Kurz: "*Hoje nada é tão virtual quanto a rede planetária dos mercados financeiros. Em termos simples, isso significa que não há mais uma correlação intrínseca entre a produção de bens reais e o movimento dos mercados financeiros.*" (Kurz, 1999: 14)

desempregados e os jovens que não conseguiram se empregar: são os *normais inúteis* ou os *sobrantes*, que experimentam uma espécie de *individualismo negativo*.

Castel, ao examinar a questão da desafiliação, tomou o vagabundo em sua errância como o exemplo do que teria sido o “individualismo negativo”, na época do Antigo Regime na França. Para ele, o vagabundo foi “*um indivíduo isolado*” que se destacava “*do fundo dado pela trama das relações de dependência e interdependência que estruturam a sociedade*”. (Castel,1995:464) Mais que um “despossuído” ele era um “desterritorializado” que não se enquadrava no coletivo, ou melhor dizendo, não estava preso por nenhuma amarra ou vínculo fosse com uma comunidade, fosse com um trabalho, e por isto passou a ser visto de um modo negativo. (Castel, 2001: 36)

No enquadre da sociedade pré-industrial europeia Tocqueville falava em “*individualismo coletivo*”, na medida em que era do pertencimento e identificação a um grupo que poderia surgir o “verdadeiro individualismo”. Porém, na época moderna, com o liberalismo, se passou a valorizar a independência e a autonomia do indivíduo em relação à sociedade. O indivíduo autônomo do individualismo “positivo” era aquele que poderia estabelecer contratos⁵, permitindo a composição da sociedade em bases contratuais.

Com efeito, a passagem da classe trabalhadora, de uma situação tutelada a outra regida pelo contrato permite a visão de que tal processo tenha acontecido em paralelo à história “*da promoção do individualismo, das dificuldades e dos riscos de existir como indivíduo*”. Entretanto, na sociedade salarial, os trabalhadores foram confrontados por um impasse: ou pertenciam a um coletivo para poderem usufruir de um sistema de proteções ou buscavam satisfazer à aspiração de existirem como indivíduos. (Castel, 1995: 463) Já na atualidade, porém, o esvanecimento dos coletivos e da vida social têm colocado o indivíduo do contrato frente a uma nova dificuldade: como ele poderia escapar à ameaça colocada por estes acontecimentos?

Em suma, nos dias de hoje o individualismo teria uma dupla face: a do individualismo “positivo”, fruto do liberalismo e a do “individualismo negativo”,

⁵ Supunha-se que este indivíduo apto a operar no registro das trocas contratuais seja livre, responsável, racional e igual aos demais.

produzido pela metamorfose do mundo do trabalho. Ao contrário do que aconteceu com o primeiro, caracterizado por um excesso de investimentos subjetivos, este último tem gerado individualidades frágeis e ameaçadas de decomposição devido à falta de enquadre, isto é, à perda ou ao enfraquecimento dos referenciais de pertencimento a um coletivo de trabalho ou comunitário-familiar.

Mas o desmonte do mundo do trabalho por si só não seria suficiente para que se atingisse o que é preconizado pela visão neoliberal. Para a implantação deste modelo, fosse em escala nacional ou internacional, havia que se efetuar o *ajuste*, passo fundamental que implicaria na implementação de políticas de *desregulamentação*, de *descentralização* e de *privatização*. De modo que, no enquadre neoliberalista ocorreu uma diminuição e/ou eliminação das leis e ordenamentos que disciplinavam o mercado e garantiam a implementação dos direitos sociais, acompanhada por um enxugamento e descentralização da máquina burocrático-administrativa estatal e por uma ampla política de privatizações de órgãos e empresas estatais.

A desregulamentação, ao liberar o mercado das amarras que lhe eram impostas no contexto do Estado de Bem-Estar Social, pôs em cheque a manutenção dos direitos sociais que este garantia. Houve um encolhimento do Estado quando se passou a preconizar o *"Estado Mínimo, cujo significado concreto não é necessariamente de um Estado pequeno, mas um Estado articulador e financiador da reestruturação produtiva na lógica do ajustamento controlado pelo mercado"*. (Frigotto: 1998) Ou seja, se exalta o mercado ao mesmo tempo em que se dissemina a concepção de que *"tudo o que o Estado faz é mau, ineficiente e corrupto; e que tudo o que faz o setor privado é bom, eficiente e virtuoso"* (Borón, 1998: 82). É a *satanização do Estado* de que fala Borón, ideologia difundida de maneira particularmente forte na América Latina no período de redemocratização iniciado na década de 80. (Borón: 1998, 77)

Como corolário deste novo modelo de Estado implantou-se, por um lado, uma política de descentralização da administração pública (dita Reforma Administrativa), acompanhada por um intenso sucateamento das instituições e órgãos estatais e para-estatais, além de uma culpabilização do funcionalismo público (visto como

ineficiente, corrupto e esbanjador) pelas falhas do sistema. Por outro lado, implementou-se a toque de caixa uma política de privatizações das empresas estatais e para-estatais, entregando o seu controle à iniciativa privada. Esta escalada de privatizações, no entanto, tem sido experimentada de modo mais intenso nos países da América Latina, já que nos países mais desenvolvidos a privatização implantou-se de modo diferenciado conforme as características locais e situacionais, preservando-se empresas estatais cuja eficiência e rendimento eram reconhecidos.⁶

Portanto, deflagrada pelo processo de ajuste, a desregulamentação, que suprimiu ao máximo as leis que ordenava as relações sociais, acabou *"reprivatizando ou mercantilizando os direitos sociais garantidos pela esfera pública"*. (Frigotto,1998) Com isto o Estado vem perdendo sua capacidade política tanto na área econômica - já que abre mão do controle de setores estratégicos da economia como energia elétrica, telecomunicações etc - como também nas áreas social e de bem-estar, ou seja, na educação, na saúde etc. Em síntese, a retração do Estado em conformidade ao credo neoliberalista se somou à expansão da economia de mercado que, por sua vez, vem contribuindo para o processo conhecido por globalização.

Para Wanderley, o conceito de globalização coloca dificuldades não só por sua ambigüidade e caráter ideológico, mas também devido a sua inerente complexidade. Ao buscar compreender seu significado, o autor o caracteriza como *"um processo crescente de mudanças que mundializa os mercados, as finanças, a informação, a comunicação, os valores culturais, criando um sistema de vasos comunicantes entre os países e continentes"*. (Wanderley, 1997: 61) Na verdade, é muito importante frisar que haveria uma tendência do próprio capital, desde o início da era capitalista, à busca por uma expansão internacional, desconsiderando fronteiras geográficas, de forma a assegurar seu crescimento. Portanto, a globalização ou mundialização, como preferem alguns autores franceses, seria uma tendência própria do capitalismo.

⁶ Borón cita vários exemplos como o das estradas de ferro estatais da França, Alemanha e Suíça comparadas com a empresa privada norte-americana, Amtrak; e o do correio britânico comparado aos correios privados da América Latina.(Borón,1998: 82)

Apesar do mito da unificação ou quebra de barreiras entre os países na globalização, o que de fato ocorreu, foi a ratificação de uma profunda clivagem entre nações e regiões ricas e pobres, constatando-se uma verdadeira *desertificação econômica* de largas áreas do planeta. (Frigotto: 1998) Paralelamente a isto, e em consonância com a doutrina neoliberalista, vem ocorrendo um vertiginoso aumento das desigualdades sociais nos contextos nacionais. (Sader & Gentili, 1998) Entre outros males provocados por tal situação, apareceram sociedades duais, constituídas por dois contingentes populacionais distintos, vivendo cada qual numa dimensão ou velocidade diferente, o que permite afirmar:

"(...) o resultado mais duradouro do neoliberalismo tem sido a constituição de uma sociedade dual, estruturada em duas velocidades que se coagulam num verdadeiro 'apartheid social'. Ou seja, um modelo em que existe um pequeno setor de integrados (cujo tamanho varia segundo as distintas sociedades) e outro setor (majoritário na América Latina) de pessoas que vão ficando inteiramente excluídas, provavelmente de forma irrecuperável no curto prazo." (Borón apud Sader & Gentili, 1998: 146)

Conforme nos lembra Anderson, não se encontra no neoliberalismo "nenhuma *possibilidade de que o mercado possa prover nem sequer o mínimo requisito de acesso universal aos bens imprescindíveis*". Ao contrário, neste referencial a igualdade, "*critério central de qualquer sociedade verdadeiramente livre*", é pensada como uniformidade e não como diversidade, ficando acentuadas as desvantagens das condições de vida de alguns, que nunca poderão verdadeiramente igualar-se aos mais privilegiados. (Anderson, 1998: 199)

Portanto, a exclusão, que sempre foi constitutiva do Campo Social, incorpora novas faces e se potencializa pela retirada ou enfraquecimento do Estado na sustentação de redes sociais de ajuda e proteção e pelo desmonte do ordenamento do mundo do trabalho. Mas mesmo assim, alguns autores, não aceitam o emprego do termo exclusão como um conceito, devido a uma série de motivos. Por exemplo, para o sociólogo francês Robert Castel, a palavra deveria ser empregada com cuidado, pois através dela se tem querido significar as mais diversas situações de não pertencimento, de incapacidade, de impotência, de menos valia, ou de perda. Enfim estados de privação ou carência que, por serem heterogêneos entre si, não deveriam

ser expressos pelo mesmo vocábulo. Por essa razão ele prefere utilizar, para referir-se ao novo contexto sócio-econômico mundial, o termo *desfiliação*, que daria idéia de um percurso ou processo de invalidação e exclusão (Castel, 1995: 15) ”O “excluído” é de fato um desfiliado cuja trajetória é feita de uma série de rupturas com estados de equilíbrio anteriores mais ou menos instáveis.” (Castel,1997)

E aqui nos parece muito oportuno fazer uma digressão para apresentar o instrumental de análise da desfiliação, idealizado por Castel. É um modelo concebido de acordo com dois eixos: haveria o eixo da integração/não-integração no mundo do trabalho e em interseção com este, um outro, o eixo da inscrição/não-inscrição em redes de pertencimento familiar, comunitário e vicinal. (Castel, 1995: 414) Para dar conta da fragilidade que vem afetando o laço social, ele trabalha com a hipótese da existência de “zonas de coesão social” produzidas pela correlação dos eixos. Assim haveria a “zona de integração”, fruto de uma inserção relacional sólida e do trabalho estável, a “zona de vulnerabilidade de massa”, fruto de uma fragilidade na inserção relacional e da precariedade do trabalho e “zonas de desfiliação ou de exclusão”, fruto de um isolamento relacional e da ausência de trabalho. Poder-se-ia, portanto, utilizar como indicador da coesão de determinada sociedade em determinado momento a composição dos equilíbrios entre as diferentes “zonas”.

Apesar de sua simplicidade, este modelo de análise a partir dos dois eixos nos parece importante não somente devido a seu potencial avaliativo ou explicativo da desfiliação, mas porque dá a conhecer o posicionamento, ou não posicionamento, de indivíduos ou grupos nas zonas de vulnerabilidade, o que poderá, por sua vez, contribuir para a determinação do alvo das ações sócio-assistenciais. Assim, os operadores do Campo Sócio-Assistencial - o qual historicamente tem se pautado pelo amparo tanto àqueles que não possam se inserir no trabalho devido a uma incapacidade, invalidez ou velhice como aos necessitados que pertençam a um determinado território ou a uma determinada rede familiar, comunitária ou vicinal na proximidade do organismo ou entidade a prestar assistência - podem identificar com mais clareza seus objetivos.

Já no enquadre brasileiro, outros pensadores também abordaram a questão da exclusão social. O sociólogo José de Souza Martins, por exemplo, aponta para a

imprecisão do termo dizendo que, sociologicamente, seria mais adequado falar-se em “processos de exclusão”, e que “rigorosamente falando não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes”. (Martins, 1997: 14) Na verdade, existiria uma certa “fetichização da idéia de exclusão” que acabaria por não permitir a compreensão que não há propriamente exclusão, mas formas precárias, instáveis ou marginais de inclusão, pois seria próprio da sociedade capitalista excluir de um modo para incluir de outro (Martins, 1997: 15).

De acordo com Aldaíza Sposati, coordenadora de uma equipe de pesquisa que construiu o "Mapa da Exclusão da Cidade de São Paulo", os conceitos de exclusão e desfiliação elaborados por autores franceses como Castel e Paugam são insuficientes para auxiliar na compreensão da exclusão social no Brasil, onde o "pacto de cidadania" não é universal. Para ela, *"o conceito de quem são os excluídos não é plenamente generalizável, pois isto exige verificar em cada sociedade o que é a inclusão social e quem são os incluídos."* Critica ainda o economicismo nas leituras da exclusão em que não se percebe que ela é mais ampla e abrangente do que o conceito de pobreza e, ao contrário do que estaria em foco na segunda, seriam os processos e não os resultados que estariam em pauta. (Sposati et al.) Considera ainda que, como porta em si uma dimensão cultural, ética e histórica, a exclusão social será diferente de sociedade para sociedade, e de época para época. Para caracterizar a diferença entre pobreza e exclusão, diz:

"Conseqüentemente, pobre é o que não tem, enquanto o excluído pode ser o que tem sexo feminino, cor negra, opção homossexual, é velho etc. A exclusão alcança valores culturais, discriminações. Isto não significa que o pobre não possa ser discriminado por ser pobre, mas que a exclusão inclui até mesmo o abandono, a perda de vínculos, o esgarçamento das relações de convívio, que necessariamente não passam pela pobreza." (Sposati et al.)

O ponto fundamental da questão das desigualdades e da injustiça social no Brasil, seria que ela é estrutural, fruto de um processo histórico desde sempre pautado pela concentração da riqueza e do poder nas mãos de uma minoria em detrimento de uma massa crescente de pobres. Os três séculos que passamos como Colônia, servindo apenas como fonte para extração de riquezas, com a população

aborígene sendo sistematicamente subjugada ou exterminada, com a incorporação de um imenso contingente de africanos para servirem como escravos, e com a concentração dos bens patrimoniais (refiro-me à propriedade das terras principalmente) nas mãos de apenas poucas pessoas, contribuiu para a constituição de uma sociedade segregadora, dividida em dois contingentes de indivíduos desiguais - "*proprietários e não-proprietários, elite e ralé*" – o que torna muito problemática a difusão dos, assim ditos, padrões básicos e universais de cidadania. (Sposati, 1998)

Foi neste sentido que Wanderley apontou que, no Brasil e na América Latina em geral, enormes segmentos da população deveriam "*ser julgados secularmente incluídos e excluídos de alguma forma de suas sociedades respectivas*" (Wanderley, 1997: 57). Além do mais não existiriam apenas os excluídos do processo produtivo ou do trabalho, mas também aqueles que o foram devido a suas origens étnicas ou culturais, a seu gênero, a sua condição de habitante do campo ou da cidade etc. A assimetria das relações sociais foi apontada por ele como "*a questão social fundante, que permanece vigindo sob formas variáveis nesses 500 anos do descobrimento a nossos dias*" (Ibid.: 56).

Infelizmente, a característica mais deplorável do nosso país é a de sermos uma das nações mais desiguais do planeta, apesar de sermos considerados como a 12ª economia mundial. Assim, 1% (um por cento) das pessoas que têm o nível de renda mais alto se apropriam da mesma quantidade de renda que 50% (cinquenta por cento) das pessoas mais pobres (Rocha, 2001); e em 1989 o rendimento médio dos 1% (um por cento) mais ricos era 230 vezes maior que o rendimento dos 10% (dez por cento) mais pobres (Escorel, 1998). De qualquer forma: não se pode rigorosamente dizer que mesmo os "cidadãos de segunda categoria" estejam de fora do sistema. Eles estão dentro, vivendo na incerteza, lançando mão de esquemas provisórios, instáveis e informais e também do que possam obter da rede sócio-assistencial, seja na forma de uma cesta básica, de uma internação em hospital, ou

seja da forma que for possível⁷. Como os “pingentes” dos trens suburbanos cariocas, em sua maioria, eles também chegarão a seu destino tanto quanto os passageiros de dentro da composição.

Como já dissemos, nossa sociedade se divide em “duas humanidades”, e de fato é elevado o número de pessoas vivendo em situações de desfavorecimento ou desigualdade. Analisando esta situação pelo viés do consumo, Martins diz haver uma parcela populacional que está inserida no circuito econômico (pobres ou ricos, estes têm o que comprar e vender) e uma outra que se insere precariamente através de atividades do dito mercado informal ou mesmo ilícitas (formando uma sub-humanidade). Apesar da separação econômica que existe entre elas, ideologicamente haveria uma unicidade, já que os membros de ambas almejariam o consumo, partilhariam as mesmas idéias individualistas e a mesma competitividade. Os “excluídos” de agora viveriam como que em um “mundo mimético”, imaginário, aspirando consumir o mesmo que os membros da outra parcela consomem. No entanto hoje, ao contrário de em tempos passados, o que se apresenta como questão seria a inexistência da possibilidade de uma verdadeira ascensão social de acordo com méritos pessoais ou oportunidades surgidas. Mesmo que de alguma forma obtenha dinheiro, o “excluído” permanecerá à margem, contentando-se com uma imitação de igualdade, com o falsificado, com a reprodução. A fratura entre estes dois mundos, a separar “incluídos” de “excluídos”, divide os homens enquanto cidadãos de primeira e de segunda categoria, e em alguns momentos cimenta o solo para a irrupção da violência (Martins, 1997)

O processo econômico vivido pelo país nas últimas décadas tem se dado como se os seus promotores desconhecessem por completo a realidade social do povo brasileiro, ou as necessidades da sociedade civil, o que acirra a crise econômica, social, política e institucional. Como seu anverso, surgem novas exclusões superpostas às antigas, tornando cada vez mais complexa a questão social. A violência a espocar aqui e ali denuncia este estado de coisas em que mesmo as

⁷ E aqui vale lembrar que, no Brasil vive-se ainda, em certa medida, a herança da sociedade colonial escravista, na qual as relações entre um homem pobre livre e os senhores latifundiários eram estabelecidas por meio do mecanismo do *favor*. Ver Schwarz, 1992, p. 16.

frágeis certezas anteriores de uma certa coesão social se esvanecem: é o mundo do trabalho cada vez mais diminuído, são os equipamentos sociais de responsabilidade do Estado sendo desativados ou em situação cada vez mais precária, são as redes familiares e comunitárias se dissolvendo e sendo enfraquecidas, num movimento que não parece ser aleatório, na medida em que continua persistente e avassaladoramente a ocorrer. Cada vez mais, a cidadania passa a ser um ideal longínquo, quase inacessível.

A partir desta avaliação é que Sposati refere-se ao conceito de exclusão como um *conceito/denúncia*, que aponta tanto para "a ruptura da noção de responsabilidade social e pública construída a partir da Segunda Guerra, como também da quebra da universalidade da cidadania conquistada no Primeiro Mundo". (Sposati, 1998) A luta pelo respeito à diferença e pela equidade que marcaram as últimas décadas do século XX, ou seja, pela universalidade dos direitos humanos e de cidadania, além da luta voltada para a manutenção dos direitos assegurados pelo Estado-social, reforçaram o emprego da exclusão como um conceito fundamental. "*A exclusão é a negação da cidadania*" na medida em que se contrapõe ao ideal da universalidade e da garantia dos direitos sociais, e trata-se, portanto, do "*aviltamento do estatuto universal da condição humana, por isso uma concepção intrinsecamente ética*". (Sposati, 1998)

No Brasil, o Estado não garante a todos, universalmente e com equidade, a proteção que deveria ser dispensada pelos equipamentos sociais. Os serviços públicos voltados para o social são em quantidade insuficiente para oferecer cobertura eficaz às necessidades do povo brasileiro. O acesso a estes serviços por sua vez é dificultado por mecanismos seletivos circunstanciais e casuísticos. Na verdade, parece que tanto o Estado quanto a própria sociedade ainda não incorporaram a "*universalidade da cidadania*" como critério para o funcionamento dos equipamentos e instituições sócio-assistenciais. E se por um lado, estes últimos falham na cobertura que deveriam prestar a todos os brasileiros, por outro lado, também, a população parece em grande medida guiar-se pela crença de que não poder pagar por um atendimento médico, por exemplo, é um atestado de pobreza ou de incapacidade. Ou seja, os padrões básicos e universais de cidadania e de direitos sociais não estão difundidos na cultura brasileira. E ainda, a cobertura dos riscos e a

proteção social não são vistas como sendo de responsabilidade exclusiva do Estado e sim como expressão de uma ação filantrópica, que portanto deve ser dividida com a sociedade civil. (Sposati, 1998)

Concordamos com a autora paulista quando ela busca utilizar a exclusão social como "conceito-denúncia", pois também a nosso ver a resposta para a questão da exclusão repousa, ao menos inicialmente, na questão do fortalecimento e da garantia a todos dos direitos humanos e sociais que, em última instância, formam o patamar sobre o qual se plantou a cidadania. Sem que se garanta o usufruto dos direitos, inclusive, e fundamentalmente, o direito de ter direito à diferença, não se poderá dar o passo necessário para o início de uma luta em bases éticas pela inclusão e contra a exclusão.

No campo dos estudos sobre as políticas sociais, a concepção mais difundida de cidadania foi postulada por Marshall, apesar das inúmeras críticas que lhe fizeram, devido principalmente a sua especificidade, já que se refere básica e exclusivamente à realidade inglesa. Concebida como "*essencialmente um conjunto de direitos, que se podem subdividir em três blocos: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais*" (Coimbra, 1987: 81), seria típica do século XX, na medida em que estes direitos teriam sido adquiridos ao final de um longo processo histórico.

Na visão deste autor, os primeiros a ser conquistados teriam sido os direitos civis "*necessários à liberdade individual: liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento, fé, o direito de concluir contratos válidos e o direito à justiça*". Já os direitos políticos garantem ao indivíduo a participação na vida política através do voto, seja para eleger um representante que participe dos organismos do poder político, seja para ser eleito como tal representante. E finalmente os direitos sociais iriam desde "*o direito a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança, ao direito de participar, por completo, na herança social e a levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade*", ou seja, o direito a uma qualidade de vida dentro de padrões aceitos por aquela sociedade como o mínimo admissível. (Marshall apud Coimbra, 1987: 81-82) Cada um destes direitos teria um tipo (ou tipos) de instituição (ões) específica (s), que permitiriam a sua

concretização ou salvaguarda. Assim, os tribunais de justiça garantiriam os direitos civis, os parlamentos e os demais organismos da esfera política permitiriam os direitos políticos e, finalmente, os serviços sociais e assistenciais e o sistema educacional substantivariam os direitos sociais.

O grande mérito de uma tal concepção de cidadania foi o de trazer implícita a obrigatoriedade da igualdade no usufruto dos direitos. Marshall propunha a cidadania como igualdade de direitos, ou seja, que todos tivessem garantidas as condições de acesso ao mínimo considerado como aceitável por determinada sociedade naquela sua etapa de desenvolvimento. (Coimbra, 1987: 85) A cidadania, para que seja efetivada, requer que se amplifique e assegure a igualdade, em relação aos direitos e deveres de cidadania, de todos os que pertencem à comunidade. (Vianna, 1991: 143)

"A cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais em relação aos direitos e obrigações pertinentes ao status. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades nas quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam a imagem de uma cidadania ideal em relação à qual o sucesso pode ser medido e a aspiração pode ser dirigida. A insistência em seguir o caminho assim determinado equivale a uma insistência por uma medida efetiva de igualdade, um enriquecimento da matéria-prima do status e um aumento do número daqueles a quem é conferido o status". (Marshall apud Vianna, 1991: 143)

Por um lado, não há pois um estado acabado de coisas que seja a cidadania. A cidadania seria uma meta só atingida quando a todos fosse garantido o direito de *"receber tratamento igual para necessidades iguais"*, isto é, quando a todos fosse dado o direito de compartilhar com os outros cidadãos, daquilo que é oferecido pela sociedade. Assim, por exemplo, os serviços sociais estariam funcionando conforme uma ótica de cidadania apenas quando ficasse garantido que ninguém seria discriminado (ou estigmatizado) por se utilizar de seus recursos. (Parker apud Coimbra, 1987: 85)

Portanto, a proteção prevista nos sistemas de Bem-Estar Social ao ampliar-se, universalizando a sua abrangência e atendendo não só aos trabalhadores, mas a todos, está apoiada na idéia de cidadania. (Marques, 1997: 214) De fato, os Estados

de Bem-Estar terão um papel fundamental para a concretização dos direitos de cidadania. (Vianna, 1997: 166) A cidadania é o fundamento da política de bem-estar e das políticas sociais.

Por outro lado, a adjetivação da cidadania - cidadania "de primeira", "de segunda", "tutelada", "possível" etc – parece imprimir-lhe um cunho plural que altera-lhe o verdadeiro sentido, diminuindo-a. De certa forma, a nosso ver, seria necessária uma "intransitividade" da noção: cidadania ponto. Este abalo do conceito de cidadania relaciona-se com a crise por que passa o próprio contrato social. O cidadão perde seu poder de contratualidade, ou cada vez mais se arrisca ou a não obtê-lo ou a perdê-lo.

Como fruto deste estado de coisas, surgem cada vez mais novos tipos de cidadão, o que coloca em cheque o conceito de cidadania, já que esta pressupõe a igualdade entre os homens. Na verdade, estaríamos assistindo à desmontagem do poder de contratualidade ao qual o homem teria tido acesso ao ingressar na modernidade. Portanto, o desmonte do mundo do trabalho e a "crise" nos mecanismos de solidariedade vão de par com o abalo da cidadania e do contrato. O desemprego, assim como a quebra dos direitos anteriormente adquiridos, *"conduz à passagem dos trabalhadores de um estatuto de cidadania para um estatuto de lumpencidadania"*. (Santos, 1998: 28) ou à *cidadania de segunda categoria* de que nos fala Frigotto (1998), entre outros autores, a qual coloca em cheque o ideal de igualdade classicamente embutido nas concepções de democracia e de cidadania.

O contrato social – paradigma social, político e cultural da sociedade moderna - propunha uma contratualização que assegurava o máximo de liberdade a ser usufruída por todos dando conta da oposição entre os interesses particulares e o bem comum, ou seja, da tensão entre a regulação do social e a emancipação social. Mas o processo de contratualização da sociedade liberal atual difere fundamentalmente do que foi instituído pelo contrato social moderno na medida em que tem um cunho mais individualista do que social, tendendo a favorecer a parte mais forte. É portanto, sob o ponto de vista social, um falso contrato, facilitador de mecanismos de exclusão social em detrimento dos de inclusão social. (Santos, 1998)

Os indivíduos cassados em sua cidadania, por estarem fora do mundo do trabalho e das redes de sociabilidade estabelecidas em seu contexto, experimentam basicamente uma limitação em seu poder de contratualização, pois só os cidadãos participam do contrato social. Ou seja, o contrato estabelece critérios de inclusão e conseqüentemente de exclusão, sobre os quais se assenta a possibilidade de contratualizar-se as trocas e interações nas diferentes esferas da vida social (econômica, política, cultural e social). (Ibid.: 7)

Para Santos, como veremos a seguir, existem três critérios de inclusão/exclusão no contrato, através do cumprimento dos quais tem-se como efeito uma separação radical entre excluídos e incluídos. O primeiro destes critérios estabelece que só seres humanos e seus grupos podem estar dentro do contrato; o restante dos seres vivos ou da natureza ficam de fora, assim como ficam de fora os indivíduos que não se submetam às leis e aos ordenamentos do Estado e da sociedade civil. Para o segundo critério, inclui-se no contrato apenas o cidadão territorializado, ficando excluídos dele todos os que "não pertencem" - estrangeiros, membros de minorias, imigrantes etc - considerados como estando no estado de natureza. E finalmente, só aquilo que acontece na esfera da vida civil, isto é, o "público", está incluído no contrato, ficando de fora dele tudo que acontece na esfera do "privado", isto é, a vida familiar, a intimidade etc.

O contrato, ao nível de sua operatividade, funciona conforme uma lógica para a qual certas exclusões são praticadas, porém isto revela-se antagônico à sua própria legitimidade pois só na ausência de excluídos o contrato deveria ser válido. Estas tensões e dificuldades encontradas para permitir a contratualização social ficam solucionadas se forem observados três pressupostos: o regime geral de valores, o sistema comum de medidas e o espaço-tempo privilegiado.

O *regime geral de valores* repousa na idéia de uma vontade geral e do bem comum que, ao nortear as trocas sociais entre sujeitos iguais, garantem o surgimento da sociedade. O *sistema geral de medidas* permite "*estabelecer correspondências entre valores antinômicos*" a partir da adoção de uma "*concepção de espaço e de tempo homogêneos, neutros, lineares, que servem de denominador comum a partir do qual se definem as diferenças relevantes*". O *espaço-tempo privilegiado* é o

espaço-tempo comum no qual se desenrola a vida social, econômica, política, cultural e social. Estes três interagem entre si de forma harmônica de modo a permitir o delineamento do horizonte das expectativas que os indivíduos podem ter naquela realidade social, e a percepção do mesmo. Também torna visível parte daquilo que possa representar uma ameaça para aquela sociedade, e oculta a outra parte. (Ibid.: 8-10)

Analisando a crise da contratualidade nos dias atuais, Santos chega a duas formas estruturalmente distintas, porém comumente confundidas, de exclusão social, a saber: a do *pós-contratualismo* e a do *pré-contratualismo*. Basicamente estas duas categorias dizem respeito a uma trajetória, realizada ou não, relativa à ocupação de um lugar no espaço do contrato e, no nosso entender, ambas se contrapõem a uma situação tida como ideal, a de um contratualismo pleno, sem adjetivações. No primeiro caso - do pós-contratualismo - estão compreendidos todos aqueles que já estiveram incluídos no contrato (ou seja, numa compreensão mais ampla, estiveram incluídos no mundo do trabalho) e dele foram excluídos perdendo seus direitos de cidadania. E no segundo - o do pré-contratualismo - estão aqueles que jamais tiveram, ou terão, acesso à cidadania, mas que tiveram a esperança de um dia poder tê-la. (Ibid.: 24)

O mesmo autor continua sua análise, apontando que, embora estruturalmente distintas entre si, as categorias vão ser confundidas e até utilizadas erroneamente como referindo-se a uma só realidade. Há uma ambigüidade, ou se alimenta uma ambigüidade, de acordo com as necessidades ou interesses de quem fala. Da parte das classes dirigentes, por exemplo, se utiliza a noção de pré-contratualismo como sendo um pós-contratualismo, dando a impressão que parcelas da população desde sempre vivendo nesta condição de exclusão, já tenham experimentado uma contratualidade. Igualmente, pode acontecer que, em certo momento, as classes e grupos sociais que experimentavam a condição pré-contratual, ao ter suas condições de vida pioradas, lançando-os numa ainda maior precariedade, passem a se sentir como se estivessem vivendo um pós-contratualismo.

O pré e o pós-contratualismo negam aos indivíduos o usufruto pleno dos direitos de cidadania, mesmo que ainda sejam considerados cidadãos. Fora do

contrato, vale lembrar, ou se está na "natureza", ou se é estrangeiro: se vive uma "morte civil"⁸. O espaço e o tempo em que passa a se desenrolar a vida nestas situações vão cada vez mais se afastando daqueles privilegiados no contrato, donde a metáfora da dupla velocidade da sociedade dividida em excluídos e incluídos, a que nos referimos logo no início desta seção. Da mesma forma, os outros pressupostos do contrato se abalam, se quebram ou se modificam; a nível dos valores e das medidas experimentam-se novos tipos e arranjos destes, e assim por vezes eles se enfraquecerão significativamente e em outras desaparecerão por completo. A sociedade do cidadão do pré e pós-contrato e o social entram em crise, e têm que reestruturar-se em outras bases.

Concluindo, no panorama atual da globalização e do neoliberalismo, vivemos uma situação de quebra do contrato social e do surgimento de uma questão social mais agudamente ameaçadora à coesão social, devido inclusive às suas proporções planetárias. Experimentam-se cidadanias e não mais a cidadania, ameaçando a idéia da igualdade por ela assegurada. Com a impossibilidade de um horizonte em que se possa cumprir a promessa de uma cidadania plena, o social se abala, ficando em aberto a questão de qual novo arranjo (ou qual novo contrato) se poderia ainda empregar para impedir o dilaceramento das sociedades.

Já numa visão diferenciada desta, o contrato era denunciado como sendo na verdade um engodo ou uma ilusão, pois supostamente permite uma solução legal em termos iguais para regular e legitimar situações entre indivíduos e grupos que de fato são desiguais tanto em suas histórias quanto materialmente. Historicamente, o contrato beneficiaria prioritariamente os mais aquinhoados, que já detêm as riquezas e os meios de produzi-la, servindo apenas para ratificar, ou no máximo amenizar, a condição de desfavorecimento da outra parte. (Frigotto, 1998)

É justamente no sentido de uma compreensão de que os direitos humanos foram concebidos de acordo com um pensamento tipicamente ocidental que compromete a possibilidade de universalidade de sua aplicação, que Boaventura Santos propõe que eles se rearticulem de acordo com uma lógica multiculturalista.

⁸ A imagem de uma morte civil em vida é de Santos. (Santos, 1998: 7) Ironicamente, a partir dela, nos vem a idéia de indagar se caberia instituir-se a categoria de "cidadão-zumbi".

Ou seja, para que possam ser aplicados de forma a realmente garantir a emancipação e o progresso da humanidade, têm que respeitar dois pressupostos, a saber: que numa dada cultura deve-se optar pela adoção da visão mais abrangente no reconhecimento do outro e da diferença; e que, mesmo que haja nas diferentes culturas uma diferenciação hierarquizada entre iguais e diferentes, se possa ter tanto o direito de ser igual apesar da inferiorização trazida pela diferença quanto o direito de ser diferente apesar da imposição de igualdade. (Santos, 1997: 30)

No enquadre da realidade brasileira, em que a *"imensa maioria da população é composta de sobreviventes de uma grande tribulação histórica de submetimento e de marginalização"* (Boff, 2000: 39) a cidadania é o grande projeto inacabado. E este projeto deverá ser levado adiante não só pelos movimentos sociais que representam a sociedade civil, mas também pelo Estado, que há que assumir e cumprir seu papel de gestor da coisa pública e de garantidor do bem-estar comum. Portanto um processo político-social e cultural que levará ao fim da *"cidadania menor"*, restrita a alguns segmentos da população ou só permitida aos demais segmentos, seja de uma forma esporádica, seja sob formas de subjugação e dependência como as trazidas pelo assistencialismo, pela cooptação e pela desmobilização e controle dos movimentos sociais. Em oposição a esta, a *"cidadania maior"* será *"cotidiana, plantada no funcionamento dos movimentos sociais e, por isto, em contínuo exercício"*. (Boff, 2000: 73) O cidadão maior não é um pedinte, mas sim um sujeito de direitos, o concidadão que reivindica, se organiza e se coloca lado-a-lado aos outros cidadãos num exercício de solidariedade e cooperação.

2.2 Tecnologias de inclusão: da caridade aos dias de hoje

Neste ponto passamos a examinar como, a partir da questão social, no mundo ocidental se constituiu a rede de assistência e proteção social, e como, frente aos novos paradigmas e modelos sócio-econômico-históricos da atualidade, esta rede vem se transformando.

É verdade que a realidade terceiro-mundista do Brasil torna a nossa questão social muito diferente das que encontramos nos países do primeiro mundo, e inclusive podemos dizer que não existe “uma questão social”, ao contrário existem tantas questões quantas as sociedades que examinemos. Neste trabalho começamos por relatar como é tratada pela literatura a questão social na França, porque é no contexto desta tradição de pensamento que apareceram os primeiros trabalhos sobre a exclusão social que nos influenciam. Não se pode negar que, enquanto país dependente, sofremos inevitavelmente a influência das idéias veiculadas nos países ocidentais mais desenvolvidos e, particularmente no campo das ciências humanas e sociais, da França.

No contexto europeu, especificamente na França republicana e pós-revolucionária, o **social** constituiu-se para soldar a brecha surgida na sociedade devido à desigualdade entre os indivíduos. Foi portanto a partir da constatação da existência dessa brecha entre a situação econômica da população e os seus direitos políticos que teria surgido, naquele país, um terceiro setor entre o econômico e o político: o **social**. Neste sentido, Castel diz que a “*questão social seria uma aporia fundamental pela qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta esconjurar o risco de sua fratura*” (Castel, 1995: p. 17).

Na idade moderna, a problemática que se convencionou chamar “a questão social” surgiu a partir de dois marcos históricos que alteraram profundamente a sociedade ocidental européia – o processo de industrialização e a Revolução Francesa. A partir do entrelaçamento das questões produzidas por estes dois acontecimentos históricos, desponta um problema a ser deslindado pela sociedade, que é o da existência de uma brecha entre os direitos políticos e a situação econômica da população, abrindo com isto o Campo Social, em que o econômico e o político se conjugam. Assim o impasse criado pelo descompasso entre a “igualdade” (de direitos políticos) e a “desigualdade” (de condições econômicas), teria levado a uma busca pela “fraternidade” (corporificada pela solidariedade). O **social** fomenta um conjunto de práticas e discursos voltados para a promoção da integração ou reintegração no corpo social dos grupos que poderiam ameaçar a coesão da sociedade. Seu papel é o de permitir o exercício da “solidariedade” postulada como conceito fundador dos

laços de interdependência que dão uma amarração ao social. E neste sentido, ele obedece a uma racionalidade que não é só política ou econômica, mas se desdobra entre as duas buscando o (re) estabelecimento de laços de sociabilidade. Nas palavras de Castel:

"Este hiato entre a organização política e o sistema econômico permite marcar pela primeira vez com clareza, o lugar do **"social"**: desdobrar-se neste entre-dois, restaurar ou estabelecer laços que não obedecem nem a uma lógica estritamente econômica nem a uma jurisdição estritamente política. O **"social"** consiste em sistemas de regulação não mercadológicas instituídas para tentar preencher esta brecha. A questão social torna-se nesse contexto a questão do lugar que podem ocupar na sociedade industrial as camadas mais dessocializadas dos trabalhadores. A resposta a esta questão será o conjunto de dispositivos montados para promover a sua integração". (Castel, 1995: 19)

Este mesmo autor continua sua análise do que seria o **social**, nos lembrando que o mesmo seria *"uma configuração específica de práticas que não se encontram em todas as coletividades humanas"*. A rigor poderia existir uma sociedade onde não haja social, desde que se caracterize por uma sociabilidade primária. Ou seja, uma sociedade menos complexa, em que os indivíduos estivessem rigidamente ligados entre si por redes relacionais baseadas no seu pertencimento familiar, vicinal ou a um trabalho, normatizadas pela tradição e pelo costume, sem a mediação de instituições específicas. Nestas sociedades, *"não existe nem "social" nem "econômico", "político" ou "científico", no sentido em que estas palavras qualificariam domínios distintos de práticas"*. (Ibid.: 34)

Na Europa, as mudanças no modo de produção ocasionadas pela revolução industrial redesenharam o panorama da sociedade lançando um grande contingente populacional em situação de enorme pobreza. É o pauperismo, consequência paradoxal da industrialização que reordenou o trabalho e modernizou os meios produtivos, mas colocou em uma situação precária, quase de indigência, aqueles a quem foi dada a tarefa de produzir. A "questão do pauperismo" foi denunciada pelos pensadores sociais da época de seu aparecimento como uma ameaça verdadeira ao ordenamento social. (Ibid.: 218-219)

Os laços de interdependência, baseados fundamentalmente na produção agrícola e na vida campesina, que anteriormente davam amarração à sociedade

feudal, foram quebrados pela migração para a cidade e o trabalho assalariado na fábrica. O trabalhador camponês estava ligado à terra e ao senhor por uma espécie de relação de tutela, pois sua posição dependente se perpetuava ao longo dos tempos, de uma geração à seguinte, subjungando-o. O trabalho dito livre, regido pelo contrato, substituiu o regime anterior, baseado na tradição. Porém, o trabalhador encontrou, no enquadre do trabalho industrial, uma precariedade que lhe era estranha passando a experimentar uma "nova pobreza", que o aviltava, tanto material quanto moralmente. Se na situação anterior ele encontrava-se como que amarrado por uma tradição em que seu lugar na estrutura social e produtiva já estava pré-determinado desde sempre, na realidade do trabalho fabril dito "livre" não existiam certezas, ao contrário havia uma insegurança, uma instabilidade, que levou o operariado a uma condição de alta vulnerabilidade. Desta forma, a modificação dos costumes e dos modos de vida, acompanhada por um rearranjo na organização familiar, que a parcela trabalhadora da população experimentava, ocasionou uma transformação que foi tida pelos analistas da época como a "degradação moral do operariado". A partir desta suposta (ou real) degradação fundamentaram-se construções teóricas como a Teoria da Degeneração de Morel⁹. O operariado nascente passou a ser visto de uma forma preconceituosa, criando-se um nexos identitário entre a noção de classe trabalhadora e a de classe perigosa. (Ibid.: 222-223)

Em épocas anteriores, na Europa, o perigo era visto como estando no vagabundo tanto por seu não pertencimento a uma comunidade (ou a uma família) quanto por sua não integração à ordem produtiva (ou seja, não trabalhar apesar de fisicamente apto para tal). O vagabundo, em sua errância e ausência de laços, ameaçava a sociedade ordenada de acordo com uma rígida rede de relações hierarquizadas. A ele, *inútil no mundo* (Ibid.: 90-97), no mais das vezes era dado um

⁹ Morel foi um médico francês que, ao estudar as causas da alienação mental, baseou-se nas observações que fez dos pacientes internados no Asilo de Saint-Yon, em sua maioria operários e seus familiares. A teoria que postulou a partir de um tipo primitivo ideal que se desviava ou degenerava moralmente, surgiam linhagens de degenerados. O meio social (e neste sentido o ambiente em que, via de regra, viviam os operários, era o grande exemplo) seria responsável por este desvio ou degeneração, que tenderia a se perpetuar por herança genética. (Amarante, 1996: 56; Castel, 1995: 222)

tratamento punitivo e/ou repressivo ¹⁰, geralmente implicando em sua supressão ou exclusão do convívio social. Em certo sentido, o vagabundo representava um perigo por estar *de fora* do processo produtivo e da vida comunitária (era um "estrangeiro"), ao contrário do que acontecia com o trabalhador/operário, que apesar de ocupar uma posição central na produção era considerado *perigoso*, como veremos a seguir.

Nos primórdios da industrialização os trabalhadores/operários passaram a ser vistos como ameaçadores à coesão da sociedade na medida em que, a inclusão no mundo fabril arrancou-os, por assim dizer, de seu entorno primitivo, lançando-os em um estado de pauperismo e desfiliação. Ou seja, por um lado, sua condição material não melhorou significativamente, e por outro, a transformação de seus referenciais sociais e subjetivos deu margem para o surgimento de um "novo homem", que na avaliação dos pensadores da época, parecia mais fraco ou menos confiável que aquele da situação anterior. Temia-se a não filiação deste novo sujeito, explorado e enfraquecido física e moralmente pelo trabalho alienado na fábrica, além disto, temia-se também este "não pertencimento" do trabalhador pauperizado e vulnerável, que sendo o produtor das riquezas nada tinha a perder e que pouco ou nada usufruía daquilo que produzia. A classe operária ameaçava a sociedade "de dentro", por assim dizer, já que *"com o pauperismo se revela o perigo de uma desfiliação de massa inscrita no âmago do processo de produção de riquezas"*. (Ibid.: 230)

Embora os avanços científicos e tecnológicos que embasaram a Revolução Industrial tenham facilitado e aumentado consideravelmente a produção de bens de consumo devido ao uso de uma plethora de novas máquinas e à implantação de uma nova racionalidade de trabalho, a promessa de uma vida melhor não se concretizou. Ao contrário, as condições de vida da classe operária pauperizada trouxeram o travo de uma amarga, e profunda, decepção. O pauperismo cristalizou a questão social do século XIX, colocando em cheque a coesão da sociedade.

¹⁰ Castel enumera as medidas tomadas em relação aos vagabundos: banimento, deportação para as colônias, trabalhos forçados, internação com trabalhos obrigatórios e em casos extremos a pena capital. (Castel, 1995: 90-7)

Paralelamente a este processo, com a Revolução Francesa, ocorrida logo no início do processo de industrialização, e que defendia o ideal de liberdade, igualdade e fraternidade entre os homens, se estabeleceu a vertente política da questão social.

De acordo com Donzelot, foi no contexto da instalação da República, na França pós-revolucionária, que se colocou a questão social. Por um lado, como visto acima, pela “questão do pauperismo” e, por outro, pela grande discrepância entre os direitos políticos iguais para todos e a condição civil inferior de alguns, tornada visível após o estabelecimento do sufrágio universal, em conformidade com o ideal da igualdade entre os homens alçados à condição de cidadãos da República. (Donzelot, 1984, p. 67).

Com a República pensava-se ter colocado fim à questão do poder centrado na figura do soberano, ficando assegurada a soberania do povo afirmada como valor essencial pelo ideário republicano. Na realidade, a disparidade entre os valores defendidos pelos republicanos e a realidade social traz à tona um novo problema, o da desigualdade civil entre os cidadãos tidos como iguais politicamente.

"A questão social aparece com a inauguração da República, já que a aplicação - pela primeira vez - do sufrágio universal ressaltou o contraste entre a igual soberania política de todos e a trágica inferioridade da condição civil de alguns". (Donzelot, 1984: 67)

E o Estado Republicano enfraquece-se dilacerado por ter que, ao mesmo tempo, garantir tanto a igualdade e vontade de todos, quanto a liberdade de cada um. Deste impasse surgiram dois modelos de relacionamento Estado/sociedade: um primeiro em que pensava-se que a sociedade deveria estar completamente livre de intervenções do Estado mas unificada por laços arcaicos e tradicionais; e um segundo, em que projetava-se uma sociedade voluntária, porém na qual a intervenção estatal atingisse uma ampla gama de situações e possibilidades. (Ibid.: 69)

De qualquer modo permanecia o questionamento a respeito do papel que o Estado deveria desempenhar na manutenção dos laços sociais, ou seja, frente à possibilidade de um rompimento da coesão social devido à desigualdade entre seus cidadãos, agora iguais politicamente, mas ainda desiguais no usufruto do patrimônio sócio-cultural e econômico da sociedade. A resposta encontrada (um pouco mais

tarde) foi a noção de *solidariedade* postulada como conceito fundador dos laços de interdependência que dão amarração ao conjunto da vida social.

A concepção da coesão social estabelecida através da solidariedade, vem dar conta do abalo sofrido pelo projeto republicano devido ao embate entre as diferentes concepções sobre o laço social e o papel do Estado. A solidariedade aponta tanto para um vínculo surgido entre os indivíduos da sua interdependência no mundo do trabalho (divisão social do trabalho) quanto para a ilusão da possibilidade de contratos livres entre eles, já que o posicionamento de cada um no enquadre da divisão de trabalho, de acordo com papéis e tarefas específicas, permite uma relativa individualização.

Em 1893, Durkheim formulou a noção de solidariedade, dando um tratamento "científico" à questão do surgimento e manutenção da sociedade. Segundo ele, esta não se cindia ao evoluir de uma forma elementar para outra mais complexa, caracterizada pela existência de uma divisão do trabalho, porque havia uma evolução da forma de solidariedade que garantia sua coesão para uma outra forma de solidariedade. Assim da solidariedade mecânica, "*fundada na similitude das condições*" se passa à solidariedade orgânica, "*fundada na divisão social do trabalho que dá surgimento à especificidade das tarefas, mas também e ao mesmo tempo a dependência de cada um em relação a todos*". Para ele não importaria o quanto mude a solidariedade porque continuaria sendo a "*lei constitutiva da sociedade*". (Ibid.: 80)

A partir da postulação desta noção, fica respaldada uma intervenção crescente do Estado sobre a sociedade. Em nome dela o Estado utilizará a técnica do direito social para garantir os direitos dos indivíduos em situação de inferioridade civil. O direito social seria, para Donzelot, a aplicação na prática da teoria da solidariedade, ou seja, o conjunto das

"... leis relativas às condições de trabalho, à proteção do trabalhador nos diversos casos em que ele perde o uso de suas forças: os acidentes, as doenças, a velhice, o desemprego. Sob esta rubrica, se tem o hábito de enumerar também as leis protetoras da criança e da mulher dentro da família, as múltiplas medidas destinadas a velar pelas condições de saúde, de educação e de moralidade de todos os membros da sociedade". (Ibid.: 123)

A solidariedade substituiu as duas teorias sobre a coesão social que coexistiam no início do século XIX: a concepção comunitária e a concepção contratual. Portanto, com vistas a obter-se uma resposta à "questão social" e de forma a impedir a derrocada completa do projeto republicano francês, ocorreu um grande debate entre estas correntes de orientações diversas. Para a concepção comunitária creditava-se a coesão social à vinculação entre os membros da sociedade em função de critérios de proximidade e partilha de condições similares num tom de respeito e obediência à tradição. Sob esta visão, primordialmente conservadora, o laço social emergiria da submissão e pertencimento ao grupo, o que se tornou contraditório com as mudanças sociais ocorridas com a revolução industrial (quebra das redes de sociabilidade, ou seja, dos antigos vínculos vicinais e corporativistas). Já a concepção contratual postulava a coesão nascida do contrato voluntário estabelecido entre duas partes, o contrato sinalagmático, em que contava o que cada uma das partes possuísse ou oferecesse como valor. Porém nesta visão seria possível que os indivíduos mais "fracos" acabassem por se subordinar aos mais "fortes", ficando sem nenhuma proteção. Tornava-se necessário então que ao contrário se estabelecesse um contrato em que cada um se ligasse a todos, o que por sua vez permitiria o exercício de uma "vontade geral", ou seja, o contrato social de que falava Rousseau. (Donzelot, 1996: 61) Já na concepção da solidariedade apontava-se para um vínculo surgido entre os indivíduos a partir de sua interdependência no mundo do trabalho (divisão social do trabalho). Para esta visão seria ilusória a possibilidade de contratos livres entre aqueles, pois que era a partir do posicionamento de cada um no enquadre da divisão de trabalho (em outras palavras de seu lugar na sociedade), que seria possível o estabelecimento da coesão social e do contrato. *"A sociedade precede o indivíduo ... portanto o contrato que os indivíduos podem estabelecer entre si "*. (Ibid: 62)

A proteção social passou a ser gerida e organizada pelo Estado após um longo processo de construção, no qual a própria classe trabalhadora desempenhou importante papel, na medida em que as primeiras proteções do tipo "sociedades de ajuda mútua" foram obra sua. A responsabilização do Estado pela proteção começa a se verificar no início do século XX, mas evidentemente não ocorreu da mesma forma em todos os países, já que o estágio de desenvolvimento em que se encontrava a

indústria e a organização dos trabalhadores em cada um deles era diferente. (Marques, 1997: 212-213)

O "social" tornava-se mais e mais um assunto do Estado, que passou a implementar um elenco de medidas e posturas constitutivos de uma política. As políticas sociais que "*são expressão de um tipo específico de intervenção estatal*", operam como "*tentativas de regulação de situações que representam um problema público, em uma coletividade ou entre coletividades*". (Viana, 1997: 201) Esta mesma autora complementa, lembrando que um forte intervencionismo estatal sobre as políticas sociais acontece neste momento histórico:

"Como se sabe, os modernos sistemas de proteção social surgiram de forma paralela ao nascimento dos Estados nacionais e dos processos de modernização/industrialização; porém, foi no período do pós-guerra que emergiu a forma mais visível e emblemática desse tipo de Estado, conhecido por sua vasta e ampla intervenção no campo das políticas sociais". (Ibid.: 201)

De forma que, esta crescente intervenção estatal sobre a sociedade, justificada como já vimos pela noção de solidariedade, desembocou nos países desenvolvidos após a Segunda Guerra, no modelo do Estado de Bem-Estar Social, ou como o nomeiam autores franceses, o Estado-providência ou ainda o Estado-social¹¹. Este, ao estender um manto de medidas de proteção à população, em particular à classe trabalhadora, tornou-se o guardião da solidariedade que cimentaria a coesão social, e também o "*gerador de seu [da população] progresso, agente de seu destino*". (Donzelot, 1984: 175) Baseado na doutrina keynesiana, o Estado abandonou seu papel puramente político para intervir no econômico, articular este último ao social mas sem deixar que um preponderasse sobre o outro, e estender um manto de medidas de proteção à população, em particular à classe trabalhadora. Em resposta às suas lutas e reivindicações os trabalhadores tiveram garantidos, para além de seus direitos políticos, seus direitos sociais. Neste movimento, a consolidação do regime socialista, com a emergência da União Soviética como potência mundial também teve papel fundamental.

¹¹ Castel prefere usar Estado-social a Estado-providência. (Castel, 1995, p.22).

O Estado de Bem-estar Social pode ser conceituado como aquele que *"oferecia proteção governamental mínima em níveis de renda, alimentação, saúde, habitação e educação, assegurados a cada cidadão como um direito, não como uma caridade"*. (Viana,1997: 201)

A proteção assegurada como direito colocou o Estado-social como um possível, e oportuno, palco para a concretização da cidadania. (Vianna, 1997: 166) No entanto, apesar de ter sido talvez a resposta mais completa à "questão social", o Estado-providência, que foi implantado em sua forma plena apenas em alguns dos países mais industrializados e desenvolvidos do mundo ocidental, vem enfrentando atualmente uma grande crise e mesmo uma ameaça de colapso total. Como já vimos anteriormente, a modificação do paradigma econômico mundial tem como corolário a dissolução das redes de proteção social, trazendo à boca de cena uma "nova questão social" (a do surgimento de um imenso contingente de desfiliaados) que, como a antiga, também ameaça a manutenção das sociedades. O Estado agora tem que se defrontar com os velhos e os novos atores da questão social, rever suas práticas e alterar suas estratégias, estabelecendo novas alianças e, enfim, modificando profundamente seus agenciamentos do campo social.

Após um período de mais de duas décadas, em que se firmou e desenvolveu, o Estado de Bem-Estar vem atravessando uma grande crise que sem dúvida deve-se, entre outros fatores, ao aparecimento de novos protagonistas da questão social, os desfiliaados, e ao modelo econômico neoliberal. Esta crise se apresenta sob três faces: a crise do financiamento do "social", a crise da governabilidade da sociedade e a crise "filosófica" do conceito de solidariedade. A primeira face da crise não deixa de ser paradoxal, pois justo quando a "questão social" surge sob nova face, e o **social** se torna agudamente necessário, há uma demanda por cortes e contenção de gastos. Já a crise de governabilidade refere-se à incapacidade do Estado em conseguir a adesão da sociedade a um projeto de austeridade no presente para atingir-se um futuro próspero. Finalmente a crise "filosófica" da solidariedade relaciona-se com o sentimento de incerteza que a população passou a experimentar a partir da constatação da ameaça real e cada vez maior de se cair em um estado de exclusão. A vulnerabilidade crescente de cada um, a falta de certezas quanto ao próprio futuro e

ao futuro das novas gerações, afasta qualquer credibilidade de uma idéia de solidariedade garantida pelo Estado. (Donzelot, 1996: 58)

Dentro deste panorama atual, o Estado de Bem-Estar procura promover agenciamentos para garantir o exercício da solidariedade, ou seja, manter a coesão social, mas estes têm provocado resistências e problemas que tendem a alterar os rumos anteriormente tomados, re-configurando o campo de práticas do social. Estes agenciamentos são a “*chantagem de exclusão*”, a “*proteção social*” e a “*promessa do progresso*”.

Como exemplo dos problemas e resistências encontrados em cada uma destas direções tomadas pelo Estado-Social, encontramos na primeira, a da chantagem de exclusão, uma significativa ineficácia, pois se a exclusão é fabricada, atualmente, pelo próprio setor econômico, qual o poder de uma ameaça de ser excluído? Porque se deveria ser/ter um corpo dócil, um indivíduo disciplinado, que teme a submissão a uma tutela, se seus direitos já foram usurpados? Em nome de que se enquadrar, se submeter a um sistema que, ele mesmo, exclui? O econômico gera a própria exclusão e desfaz a organização social, colocando em cheque a utilização da chantagem integrativa como expressão da solidariedade. Há o surgimento de novos marginais, os “*normais inúteis*”¹², de que fala Donzelot, que não aceitarão de bom grado a ação moralizadora do social, nem a ameaça da aplicação de mecanismos de patologização e medicalização que submetem ou excluem. Tanto que não é incomum que, enquanto funcionários do social, os trabalhadores sociais recebam como resposta dos excluídos, o apontamento da responsabilidade da sociedade na sua nova situação de marginalização. (Ibid.: 59)

Em segundo lugar, na direção da proteção, o Estado-providência promete para aqueles que se submetem docilmente às condições da produção, enquadrando-se no mundo do trabalho, a prestação de uma proteção, o gozo de direitos previdenciários e trabalhistas. É o reconhecimento de que o trabalho traz riscos e desgaste aos indivíduos que têm que ser, de certa forma, indenizados. Aqui, o social atua como que por dois caminhos opostos: por um lado alia-se à empresa em uma

¹² Castel prefere chamá-los de sobrantes. (Castel, 1997: 29)

estratégia de oferecimento de vantagens sociais, que serão tanto maiores quanto mais bem sucedido se for numa empreita de competição individualista; por outro, numa via "inferior", oferece mecanismos sociais de proteção e socorro aos "inúteis"¹³ que perderam o trabalho. Porém, ao alto custo de ser protegido alia-se uma tendência à passividade ou à dependência dos "beneficiários". É deixada de lado a tentativa de se alterarem as condições que levaram à necessidade do benefício ou de que haja uma re-inserção no mundo do trabalho em casos em que tal seria possível. Esta vicissitude pela qual passa a proteção tende a ocasionar uma aspiração por este tipo de situação dependente, principalmente num contexto sócio-econômico como o brasileiro, em que a pobreza e o desamparo são marcas historicamente constitucionais da população. Ser beneficiário de uma proteção aparece como mais desejável que pertencer ao mundo do trabalho.¹⁴

Em relação à terceira direção tomada pelo Estado-providência para enfrentar a crise, a da promessa do progresso, não há como se manter tal tipo de promessa. No contexto econômico mundial do neoliberalismo, os Estados nacionais sofrendo um forte abalo financeiro e econômico, enfraquecidos em sua capacidade de governar a sociedade, e agindo de acordo com uma concepção de solidariedade, que já não mais se sustenta, não há como sequer referir-se a um futuro. Como acreditar que poderíamos desfrutar, num momento posterior, de regalias, da libertação dos imperativos do trabalho, e de um "florescimento" e "realização" individuais? Foi este agenciamento tático da contenção com a proteção, que difundiu a crença de que quanto mais nos enquadrássemos agora, maior possibilidade teríamos todos, ou quase todos, de desfrutar da proteção de um Estado forte que nos traria vantagens sociais e nos permitiria participar, enfim, de uma sociedade coesa e solidária: a promessa de um Paraíso.

A crise tem sido alardeada como significando o fim do Estado-social, porém, Vianna nos adverte que *"o novo contexto econômico lesa a política social, mas não necessariamente a destrói"*. (Vianna, 1997: 164) Assim, paradoxalmente, nos países onde o modelo de Estado de Bem-Estar Social vigorava plenamente não há uma

¹³ Melhor seria dizer os inutilizados.

supressão total dos gastos com a seguridade, ao contrário tais gastos não diminuiram devido ao peso imprimido nos orçamentos pelo aumento do número de desempregados e aposentados. O que estaria acontecendo seria uma transição ou transformação dos sistemas de Bem-Estar Social em direção a formas mais atenuadas ou menos inclusivas de cobertura. Por outro lado, estaria ocorrendo tanto uma maior investida de grupos privados no setor da Previdência, como um aumento do poder e autonomia de grupos ou organizações filantrópicas e não-governamentais.

De qualquer forma, há que se temer os efeitos a longo prazo, da empreitada de desmontagem que vem sendo efetuada por alguns governos. A respeito da área de saúde, por exemplo, Almeida afirma:

"Não são desprezíveis, porém, as políticas de desmonte a longo prazo, que vêm sendo implementadas pelos governos conservadores há mais de uma década, assim como os efeitos deletérios que a contenção de custos e o sub-financiamento têm provocado em muitos sistemas sanitários, inculcando a idéia da ineficiência (sobretudo do setor público), fabricando a insatisfação do usuário e fortalecendo as propostas privatizadoras." (Almeida, 1997: 197)

Mas, a mesma autora conclui dizendo de maneira otimista que talvez a especificidade desta área impeça uma sumária absorção do paradigma neoliberal, ficando em aberto um espaço para o embate político a cada modificação ou reforma proposta.

Por exemplo, hoje na França se propõe, como política inclusiva, o contrato de inserção ao invés da integração que era preconizada anteriormente. Se, no antigo referencial, a integração supunha uma docilidade, uma submissão às regras da sociedade industrial sob a ameaça da exclusão, a inserção não trata de uma submissão, mas da negociação de uma entrada na vida social, na qual toda a subjetividade do indivíduo envolvido se empenhará. O projeto de inserção, em que se aliam de uma parte o indivíduo e de outra a sociedade, exige para sua realização uma ação, ou seja, a idealização e a colocação em prática de um projeto pessoal que lança "raízes profundas" no sujeito, o qual se vê comprometido a buscar os meios de sua execução. (Donzelot, 1996: 69). Oliveira citando Castel diz que, na inserção há "*uma alocação de recursos e um acompanhamento contra um projeto*", fazendo com "*que*

¹⁴ A situação brasileira será examinada em outro momento do trabalho.

retornem a ordem do dia o recurso ao contrato e o tratamento local dos problemas”.
(Oliveira, 1996: 13)

Mesmo em países como o nosso, em que não se poderia falar da inserção como uma técnica de inclusão propriamente dita, que fundamente uma política social, utiliza-se cada vez mais a noção de que é preciso inserir ou re-inserir. No entanto, antes de passar a uma análise do caso brasileiro examinaremos o **social** ou Campo Social: um pouco de sua história, sua caracterização e as problemáticas que direcionam e impulsionam sua ação.

2. 2.1. O Campo Social

Constituindo um setor particular, o campo social toma a si o encargo de uma plethora de *“problemas, casos especiais e instituições específicas”* que se torna responsabilidade ou objeto de práticas executadas por “um pessoal qualificado”: os trabalhadores sociais. Nas palavras de Deleuze, o "social" seria este “setor estranho”, ou “domínio híbrido”, formado pelo entrelaçamento e conjunção de práticas e discursos provenientes de diferentes setores como o jurídico, o administrativo, e o econômico, resultando em *“uma nova figura híbrida de público e privado”*.
(Deleuze, 1986: 1-2)

Mas, no entanto, anteriormente mesmo à instalação do social já poderia se falar da existência de um campo social-assistencial na Europa desde a Idade Média, quando os mais desvalidos eram assistidos, principalmente pela Igreja e pelas confrarias religiosas. Embora, estas práticas assistenciais fossem executadas em nome da caridade cristã e da crença de que por via da esmola e do socorro aos mais desvalidos deste mundo se poderia garantir para si próprio a recompensa de um melhor destino numa suposta vida após a morte, na verdade, já havia também a preocupação de evitar que aqueles mais desafortunados se colocassem irremediavelmente fora de sua comunidade, por exemplo, no lugar do vagabundo que errava pelo mundo sem vincular-se a nada.

“Assistir recobre um conjunto extraordinariamente diversificado de práticas, que se inscrevem, no entanto, numa estrutura comum determinada pela existência de certas categorias de populações desfavorecidas e pela necessidade de se encarregar delas.” (Castel,1995: 33)

Numa perspectiva genealógica, a assistência pauta-se pela finalidade “*de preservar a ordem social ou ideológica fornecendo aos mais deserdados, a assistência que deve manter ou restaurar sua dependência em relação a esta ordem*” (Castel,1978: 137). E mais, no enquadre do Estado liberal, houve um deslocamento e a assistência que estava majoritariamente sob a responsabilidade de instituições ou de grupos de cunho religioso, passou a ser praticada também por outros agentes, dentre eles principalmente o Estado. Houve uma passagem da concepção da caridade, cujo objetivo principal era o de salvar os que a praticavam, para a da filantropia na qual mais do que nunca o que estaria em pauta seria o enquadramento e submissão daqueles que recebem a assistência.

Na verdade, o que se quer na empreita filantrópica é a preservação da ordem pública, e se age como polícia, ou seja, enquadra-se, vigia-se ou domestica-se (Ibid.: 128). Nas instituições assistenciais agora sob a responsabilidade do poder técnico se efetua ou se ratifica o ideal da normalização através da (e em paralelo à) medicalização da clientela. Se em sociedades de épocas anteriores, ao indivíduo desvalido era dada a possibilidade de uma integração pelo rearranjo dos laços de uma sociabilidade primária, que seria exercida nas relações familiares e vicinais, na atualidade lhe seria oferecida a possibilidade de uma tutelarização pelos órgãos que constituem o Campo Social-Assistencial. Portanto é para assistir e conter tanto aqueles em situação de perigo para sua própria sobrevivência (em perigo), quanto para os que representam um perigo à sociedade (perigoso), que se constituiu a assistência.

O Campo Social-Assistencial é o setor do **social** que toma a si a tarefa de prestar assistência aos desfavorecidos e apresenta cinco características básicas. Primeiramente, ele é uma *construção* de um conjunto de práticas com função protetora. Em segundo lugar, nele há uma *especialização*, ou seja, nele se encontra um pessoal profissionalizado, os "funcionários do social", que exercem as tarefas previstas para efetuar-se a proteção. Em terceiro lugar, há uma *tecnização*, ou seja,

há uma ritualização da ação de ajuda, há um saber específico, ocorrem avaliações e se têm especialistas e peritos. Em quarto lugar, aparece a característica da *localização* das práticas que podem ser “intra-institucionais” ou “extra-institucionais”, dentro ou fora dos muros, colocando-se aqui a questão do pertencimento ou não a um território, a uma comunidade, questão esta que será uma linha de força básica no desenvolvimento do “social-assistencial”.¹⁵ E finalmente, ocorre uma *seleção* de clientela, ou seja, alguns desfavorecidos são aceitos e outros são rejeitados¹⁶ conforme os dois critérios para prestação da assistência, a saber, o da incapacidade para o trabalho e o do pertencimento a uma comunidade. (Castel, 1995)

A partir do século XIX, a assistência passa a compor o **social**, que como já dissemos acima é um “*domínio híbrido*” composto também por outros setores. Fruto de um entrecruzamento do político com o civil, no sentido de que é por via dele que se tenta neutralizar a fortíssima oposição entre o ideal político moderno (ou seja, o ideal de igualdade, fraternidade e liberdade difundido com a revolução burguesa da França) e a realidade da sociedade civil no capitalismo (ou seja, uma sociedade dividida em classes e operando conforme as leis do mercado, da livre competição e do individualismo), segue a tendência de ir ocupando o lugar antes ocupado por outras instâncias. Assim, à medida que o **social** se fortalece ou cresce de importância, se enfraqueceriam ou diminuiriam de importância, por exemplo, o movimento operário e a família. (Donzelot, 1984: 10-12)

Para Castel, que aborda o **social** a partir da centralidade histórica do trabalho, o mesmo pode ser problematizado a partir de duas vertentes: aquela colocada pela *problemática da ajuda* e a outra colocada pela *problemática do trabalho*. Na primeira o que está em jogo é a disponibilização de recursos visando repor ou garantir a inclusão no corpo da sociedade daqueles que estão, ou poderão vir a estar, excluídos do mesmo. Nesta vertente da *ajuda*, a população beneficiada é constituída

¹⁵ Como exemplos disto temos a “regionalização” que é um dos princípios pelo qual se construiu o SUS (Sistema Único de Saúde).

¹⁶ Em trabalhos anteriores, na área do atendimento a crianças desfavorecidas em instituições do tipo internato, encontramos vários depoimentos sobre haver uma “seleção espontânea” da clientela, porque a maioria das crianças ali atendidas ainda mantinham certas vinculações com algum parente ou

por indivíduos incapazes ou incapacitados para proverem sua subsistência. São os velhos desamparados e as crianças desvalidas, os doentes e os deficientes dos mais variados tipos, de maneira que nesta primeira acepção o social é o exercício da assistência e da filantropia para quem possa estar afastado da (ou impossibilitado de incluir-se na) sociedade ou de sustentar-se devido a uma falta, carência ou deficiência.¹⁷ (Castel,1995: 29-30)

Já a outra vertente, a do *trabalho*, diz respeito à camada populacional que é capaz de trabalhar, mas que por algum motivo não trabalha, ou seja, está em pauta a inclusão no mundo do trabalho. Aqui se coloca a *questão do salariado*, ou de como a classe trabalhadora se libertou de amarras tutelares seculares passando a uma situação na qual o trabalho é regido pelo contrato, conquistando um novo estatuto. Porém, se esta passagem ao trabalho assalariado livre significou uma libertação, implicou também na necessidade de *dispositivos de proteção*, pois caso contrário se criaria uma nova (e pior) situação de servidão para o trabalhador "livre" que não contaria mais com certos amparos de que dispunha anteriormente (servo e senhor estavam presos um ao outro ao contrário do que sucede com o operário que poderia ser, e freqüentemente era, substituído como as peças das máquinas). Em suma, esta vertente corresponde à Seguridade Social. (Ibid.: 29-30)

Anteriormente aos trabalhos deste último autor citado, Donzelot já havia apresentado uma leitura da constituição histórica do **social**, em que se pautava por um viés de análise da política, no sentido de um jogo de poder, entre as diferentes concepções de coesão social. Ou seja, ele segue um raciocínio em que o que está em questão é a disputa entre as diferentes idéias e crenças acerca do risco social: o risco de esfacelamento da sociedade e o risco que pode fazer sucumbir o indivíduo. A partir desta idéia ele chegou a uma caracterização do **social** que superpõe-se à que apresentamos anteriormente, com a diferença de que a ênfase recai sobre o tipo de tratamento dado a cada tipo de população. Assim, há na *ajuda* uma subjugação através de uma tutela do indivíduo em perigo – que não tem escolha; e na *proteção*

responsável. Alguns funcionários chegavam a falar que estariam atendendo a uma "elite" das crianças desfavorecidas.

¹⁷ Castel fala em uma "*deficiencialogia*" (*handicapologie* no original francês).

respeita-se de certa forma o poder de contratualidade do sujeito protegido pois que é ele a aderir à forma específica de contrato da Seguridade Social.

"A ajuda social (e a defesa social que subtende teoricamente as práticas) considera seus beneficiários como marginais dependente de uma tutela corretiva posta como condição de obtenção de uma ajuda ou de uma suspensão de uma sanção. A proteção social considera seus filiados como normais e detentores do direito ao título deste quase-contrato que é a adesão , mesmo automática, à Seguridade Social." (Donzelot apud Wanderley,1998: 129)

Gostaríamos, neste momento, de reforçar que, conforme se pode perceber pela exposição feita até aqui, a *noção de periculosidade*, que mais recentemente tem sido substituída, ou ampliada, pela noção de *risco*, é fundamental para o **social**. Recapitulando: o social surge da necessidade de evitar o risco de uma fratura, de uma cisão da sociedade, portanto desde sua gênese o social se constitui como um corpo de discursos e práticas que se destinam a enfrentar um *perigo*. Numa primeira investida, o social visa em sua ação todo aquele que esteja (ou possa estar) colocando a si próprio, aos outros ou à sociedade em perigo -- *indivíduos perigosos* -- assim como quem esteja (ou possa vir a ser) colocado em perigo – *indivíduos em perigo*. No passado, a noção de periculosidade pressupunha a necessidade de um investimento sobre os indivíduos concretos em suas particularidades, porém ocorreu um deslocamento desta para uma nova postura estratégica. Na atualidade, o alvo das ações deixou de ser os sujeitos em suas singularidades, o que se visa são os fatores de risco que possam ser encontrados em diferentes agrupamentos humanos: da periculosidade concreta e individual para o risco abstrato e geral. (Castel,1991: 281) Ficou estabelecida uma nova forma de gestão do social, a *gestão dos riscos*, em que o Estado enfrenta as questões sociais através de estratégias que vão da abordagem individualizada dos problemas, à postura preventiva em que se objetiva a população evitando riscos. (Castel, 1987:17) Para as novas tecnologias de vigilância empregadas na gestão dos riscos não se estabelece mais uma relação direta com o sujeito porque não há mais um sujeito, não são os indivíduos que se visa, mas os fatores de risco, que são correlações estatísticas entre diferentes elementos. As intervenções não objetivam mais um sujeito concreto.

“O seu objetivo primário não é confrontar uma situação de perigo concreta, mas antecipar todas as possíveis formas de irrupção do perigo. A ‘prevenção’ com efeito, eleva a suspeita ao respeitável status científico de um cálculo de probabilidades. Para ser suspeito, não é mais necessário manifestar sintomas de periculosidade ou anormalidade, é suficiente demonstrar quaisquer características que os especialistas responsáveis pela definição da política preventiva tenham considerado como fatores de risco. Uma concepção de prevenção que se restrinja a prever a ocorrência de um ato em particular parece arcaica e artesanal em comparação com uma a qual se atribui a construção de quais seriam as condições objetivas em que o perigo emerge, de forma a então poder deduzir delas as novas modalidades de intervenção.”
(Castel, 1991: 288)

No entanto, ao pensarmos nestas diferentes estratégias de abordagem, que se fazem seja do perigo, corporificado no indivíduo, seja dos fatores de risco, poderíamos, segundo Foucault, não ficar presos excessivamente à importância do Estado. Segundo ele, o que hoje é mais visível não “*é tanto a estatização da sociedade, mas o que chamaria de governamentalização do Estado*”. (Foucault, 1984: 292) Portanto, não é tão vital centrar-se nas funções exercidas por este último, como no caso do papel que desempenha como reprodutor de relações produtivas, ao contrário seria prioritário analisar-se as táticas pelas quais ele assegura seu poder. A governamentalização do Estado, ou seja, o emprego de uma tecnologia de governo ao qual se chega através dos embates ocorridos na arena política, é que dá ao Estado e à nossa época suas feições. Estaríamos vivendo na era da governamentalidade

Foucault trata da questão da governamentalidade através da contraposição de diferentes visões acerca da arte de governar, ou melhor dizendo, de duas formas de governo. Primeiramente, houve a soberania, ou governo do Príncipe, como diria Maquiavel, que diz respeito a um poder mantido sobre os súditos, através do recurso à lei e à força. Há um direito de matar, “*um direito de espada*”, e o direito de estar vivo passa a ser um efeito do poder soberano. “*O direito de soberania é portanto o de fazer morrer ou de deixar viver.*” (Foucault, 1999: 287) Em suma, há uma concentração do poder e a vida e a morte passam a ser não apenas fenômenos naturais, fora do campo do poder político, pois que é a da vontade soberana que dá ou não o direito a elas. (Foucault, 1984; 1999)

Com o surgimento da sociedade disciplinar, já não há mais a concentração do poder na figura de um representante, ao contrário, na disciplina há uma disseminação e o poder age sobre todos e tudo, na medida em que cada um experimenta seus

efeitos sobre si mesmo, em seu corpo adestrado. A tecnologia da disciplina, no entanto, não se limita a subjugar, ela não é só negativa, ou violenta, ela também apresenta uma positividade, pois fabrica um novo sujeito. Para sua implementação e fortalecimento, o poder disciplinar se caracteriza pelo recurso ao estabelecimento de uma malha de instituições através da qual ele se exerce. O modelo destas instituições é a prisão¹⁸, onde se leva a cabo um processo de disciplinarização dos corpos através do confinamento e da permanente observação e intervenção. Estas *máquinas de ver* fabricam o corpo dócil do indivíduo disciplinado, de modo a que se atenda ao princípio da extração do máximo ganho.

Enquanto dispositivo, a *disciplina*, vai atuar a partir dos seguintes princípios: o da distribuição espacial dos corpos, o do controle do desenvolvimento das ações, o da constante vigilância dos indivíduos e o do controle do tempo. Misto de domesticação e treinamento, a *disciplina* produz indivíduos ao mesmo tempo dóceis e ativos, inseridos dentro de uma lógica moderna do viver em sociedade: sujeitos “normais”.

Mas não só sobre a individualidade atua o poder, ele avança para abarcar a multiplicidade, ou seja, coloca-se em jogo aqui não o espaço restrito de um corpo, mas a totalidade dos corpos, os processos de vida e morte, a preservação e continuidade da espécie, em suma a vida e o estar vivo. Trata-se agora de uma orquestração dos corpos individuais como se fossem um só corpo: há uma modificação da tecnologia de poder que se coloca em outro nível que o da disciplina, não há uma supressão desta última, mas é sobre outra superfície de suporte e através de instrumentos completamente diferentes que ela atua. Este novo poder, o da biopolítica, dirige-se ao “*homem vivo*” e à “*vida dos homens*” (Ibid.: 289), em suma à população em seus fluxos e em suas regularidades, que poderão ser qualificados, medidos, avaliados e hierarquizados. Uma sociedade normalizadora e normalizada em que a lei funciona como norma, e a instituição judiciária se integra a outros aparelhos como por exemplo o médico. (Foucault, 1980: 135) Enfim pela instalação destes dois dispositivos de poder, o das disciplinas e o da biopolítica, se desenvolve a

¹⁸ O asilo psiquiátrico, que abordaremos a seguir, também exemplifica tal tipo de instituição.

“*organização do poder sobre a vida*”. (Ibid.: 131) O direito que se encontra agora, e que não apaga o primeiro, é o de *fazer viver e deixar morrer*. (Foucault, 1999: 287)

É no referencial do poder biopolítico que a medicina passa a se encarregar da higiene pública e da medicalização da população, asseguradas inclusive pelo emprego de táticas de difusão de informações e de aprendizado da higiene. Problemas como a natalidade, a mortalidade, a morbidade passam a ser objeto das ações da medicina que opera em conformidade à biopolítica. Por outro lado, o biopoder atuará sobre um conjunto de fenômenos que acarretam incapacidade dos indivíduos, ou que os colocam de fora dos circuitos da vida. A população de incapacitados, debilitados, doentes, etc, vai ser objeto da biopolítica que referenda o surgimento não só das instituições de assistência mas também toda uma gama de mecanismos de seguridade, de poupança individual, etc. (Foucault, 1999: 291)

Para Deleuze, encontram-se na obra foucaultiana, apontamentos que indicam o advento da sociedade de controle, que estaria substituindo a sociedade disciplinar, assim como esta teria substituído a sociedade da soberania. Na sociedade de soberania, o poder era centralizado e tomava tudo a si sem no entanto preocupar-se com a organização da produção, e estava mais voltado “*para decidir sobre a morte do que gerir a vida*”. (Deleuze, 1992: 219) Já nas sociedades disciplinares o poder se exercia por via das instituições, e os indivíduos passavam a vida a transitar de um espaço institucional a outro. Estas instituições operavam de acordo com uma lógica de confinamento e fabricavam “*moldagens fixas, distintas*”.

Hoje, se poderia dizer que as instituições da disciplina passam por uma grande crise, porém mesmo assim não se tornaram ineficazes. Ao contrário, elas adotaram formas mais flexíveis, generalizaram-se e ocuparam todo o espaço social. Passou-se das antigas moldagens às redes flexíveis e maleáveis da sociedade de controle que se forma de acordo com dois processos: primeiramente, o declínio das funções mediadoras das instituições e o enfraquecimento da sociedade civil, e em segundo lugar, a passagem do imperialismo ao império com instituições transnacionais e o mercado mundial. O império, forma tomada pela sociedade de controle, instaura uma ordem mundial e um poder exercido universalmente. Ele é

"uma forma jurídica e uma forma de poder", a qual objetiva "a natureza humana portanto o biopoder". (Hardt, 2000: 358)

Na sociedade de controle, as distinções entre o *dentro* e o *fora*, que na sociedade disciplinar eram muito bem delimitadas, e que podiam ser representadas pela imagem dos "muros da instituição", anulam-se ou esmaecem-se. Se no referencial da sociedade moderna, ou disciplinar, o território e a relação deste com o fora embasa o poder que nela se exerce, no referencial da sociedade pós-moderna, ou do controle, a dialética entre o fora e o dentro se acaba, e de certa forma não se pode falar mais num fora. As antigas oposições que concebiam a ordem civil (o espaço interior) como oposta à ordem da natureza (o espaço exterior), a ordem civil da razão ou da consciência como um fora da ordem natural das pulsões, a sociedade primitiva como o fora do mundo civil civilizado, se desvanecem e a dialética antiga é *"substituída por um jogo de graus e intensidades, de hibridismo e artificialidade"*. (Ibid.: 359)

A teoria política liberal da modernidade em que se separava o privado (dentro) do público (fora) é mais uma das faces do declínio do fora. Uma manifestação disto é o desaparecimento dos espaços públicos onde antes ocorria a política, pois há a privatização dos mesmos e o fim dos espaços de agrupamento de todos e dos encontros casuais. Na cidade, isto constata-se pelo recurso aos espaços fechados do *shopping*, do condomínio e da via expressa. A política liberal que se exercia no espaço público enfraquece-se com o desaparecimento deste, e se "desrealiza", pois que não pode haver tal tipo de política na ausência de um fora. O espetáculo, espaço virtual ao mesmo tempo uno e difuso, de que falava Guy Debord, exemplifica este novo tipo de sociedade em que não se pode distinguir o fora do dentro, o natural do social, o privado do público, e que é o lugar da não-política. O espaço público que era o lugar onde se estava de fora, exposto aos olhares dos outros, é ao mesmo tempo universalizado (pelos novos meios de vigilância que se empregam), sublimado e virtualizado.

E por fim, com o fim do fora, a guerra, que era contra o outro, com o fora, que podia ameaçar a soberania ou as fronteiras do território, passa a ser exercida sob uma ótica diversa. Na medida em que não existem mais fronteiras num sentido

restrito, são os conflitos menores e interiores que terão a primazia, já que não há como delimitar um inimigo que seja um outro uno, que representava o de fora. A crise que tirava do fora a sua coerência agora se torna a oni-crise, pois há sempre pequenos inimigos, pequenos outros, em todos os lugares. (Hardt, 2000: 359-360)

Se o panóptico¹⁹ foi o modelo de instituição em que se fundamentava a sociedade disciplinar, o mercado passa a ser o modelo da sociedade de controle, pois não se quer mais o controle de indivíduos ou de realidades, mas de todo o planeta em seus fluxos, nos quais não há uma fixação do poder, só deslizamentos. O espaço da sociedade de disciplina é estriado, porque se está amarrado a uma lógica dialética em que há um fora e um dentro, já o espaço da sociedade de controle é liso, porque está atravessado por um excesso de linhas de fissura, de oposições, acabando por ter uma aparência uniforme. Nele não há o lugar do poder, o poder está em todos os lugares e em nenhum deles. (Ibid.)

Na sociedade de controle imperial *"a vida passa a ser objeto de poder"* (Foucault apud Hardt & Negri, 2001: 43) e as tecnologias de inclusão serão exercidas sobre indivíduos de quem se espera que interiorizem as normas e as regras e que pautem cada vez mais seus comportamentos em conformidade a tais comandos. O poder agora se opera não mais sobre o corpo apenas (através de instituições disciplinares), mas vai operar diretamente sobre os cérebros (através de máquinas midiáticas ou de comunicação), com isto obtendo um estado de alienação. Se nas antigas tecnologias de inclusão disciplinares o sujeito podia resistir, nas tecnologias do biopoder isto torna-se mais difícil, porque todo o corpo social é abarcado. *"O poder é, dessa forma, expresso como um controle que se estende pelas profundezas da consciência e dos corpos da população – e ao mesmo tempo através da totalidade das relações sociais"*. (Ibid.: 43-44)

¹⁹ Para uma descrição do panóptico ver Foucault, 1996, p. 87.

2.3 Campo social no Brasil: favor e direitos

Como se caracterizaria a questão social num país como o Brasil? Evidentemente que, entre nós, ela toma feições próprias, já que a desigualdade data de 500 anos e é a marca estrutural da sociedade brasileira. Como dissemos acima, nunca chegamos a viver numa sociedade de pleno emprego assistida por um eficiente equipamento sócio-assistencial, mas parcialmente, e de um modo mais precário, contávamos com um sistema de Bem-Estar Social. Por isto e porque não existimos isoladamente (a lógica sócio-econômica mundial determina as situações particulares), também aqui sofremos os efeitos da crise, e estamos assistindo impotentes ao desmantelamento e enfraquecimento das estruturas de proteção social com que contávamos. Ou, melhor dizendo, na medida em que também experimentamos um processo de industrialização, mesmo que tardio e em moldes de dependência, estamos atravessando uma problemática que se assemelha em alguns pontos com a dos países mais desenvolvidos. Paralelamente e somando-se às "velhas" desigualdades sociais historicamente colocadas, aparecem as "novas" situações geradoras de tensões sociais. Sem dúvida a imagem da *Belíndia*²⁰, para referir-se ao caráter de país bi-facetado (ou multifacetado), sintetiza a complexidade da situação brasileira e da nossa "questão" social.

Para Boff (2000), se quisermos contar a História do Brasil e da formação da nação brasileira, considerando como seu marco zero a chegada dos portugueses ocorrida há 500 anos, poderemos fazê-lo a partir de duas perspectivas diferentes. A primeira, a partir do ponto de vista dos europeus que estavam nas caravelas, e que delas viram uma terra que ali estaria para ser apropriada e explorada, nisto incluindo-se não só todas as riquezas naturais que nela existiam, mas também os índios que a habitavam havia milhares de anos. A violência e a desqualificação do outro embutidos neste enfoque deixaram marcas indelévels para a nação que se construiu a partir daí. A outra visão seria a dos nativos, que viram da praia aquela estranha cena

²⁰ Foi Bacha quem primeiro utilizou-se da metáfora da Belíndia. Ver: BACHA, E. *Os mitos de uma década; ensaios de economia brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976

de invasão, sem pressentirem que naquele momento se iniciava a história de sua subjugação e dizimação, até um ponto de extermínio quase total, concomitantemente a uma história do uso dos recursos naturais conforme uma lógica de saque e extração de riquezas da forma mais imediatista e inescrupulosa possível.

A partir daí já se estabeleceu a clivagem que recorta nossa história social, deixando suas marcas mesmo nos dias de hoje. Por isto, em certo sentido, falar no Brasil em “questão social”, entendida como aquilo que põe em cheque a coesão da sociedade por ser a manifestação exacerbada de ausência de igualdade, ou seja, de direitos de cidadania, é absolutamente redundante. O Brasil se fez assim: desigual. O que causa espécie é como, apesar de tantos fatores dificultadores – a imensidão do território, o passado colonial, a dependência econômica, a mistura de raças e de povos de culturas diferentes, a desigualdade social - tenha se constituído “*um povoação, assentado num território próprio e enquadrado dentro de um mesmo Estado para nele viver seu destino*”. (Ribeiro, 1997: 22) A partir de “*um continuado genocídio e um etnocídio implacável*” dos índios e dos negros africanos, que eram submetidos através da violência e da repressão a servirem de mão-de-obra escrava, construiu-se uma sociedade em que o distanciamento social entre as classes dominantes e as subordinadas é desmesurado.

“A estratificação social separa e opõe, assim, os brasileiros ricos e remediados dos pobres, e todos eles dos miseráveis, mais do que corresponde habitualmente a esses antagonismos. Nesse plano as relações de classe chegam a ser tão infranqueáveis que obliteram toda a comunicação propriamente humana entre a massa do povo e a minoria privilegiada, que a vê e a ignora, a trata e a maltrata, a explora e a deplora, como se esta fosse uma conduta natural.” (Ibid.: 22-24)

Então, se pode concluir que, a questão da democracia no Brasil é fundamental e, não só isto, é urgente. Mas não uma democracia no sentido empregado na tradição liberal em que ela parece se resumir ao rodízio no poder de representantes das elites, garantido pelo processo eleitoral. Há que se pensar nela como um processo através do qual se atinja níveis sempre mais altos de igualdade de direitos, sejam eles o direito à participação e à liberdade de expressão (o que corresponderia aos direitos políticos e civis na acepção utilizada por Marshall), sejam eles os assim ditos direitos sociais, isto é, o direito a uma vida em patamares da maior dignidade possível. É no

sentido de “*democratização*”, ou seja, de um processo em permanente construção que “*implica não só modificações políticas, mas também modificações econômicas e sociais*”, que Coutinho concebe a democracia. Vista como única solução para a humanidade, na sua visão, ela “*é soberania popular, é construção de uma comunidade participativa, é igualdade*”. (Coutinho, 1999: 63-64) E é a partir destas idéias que chegamos inevitavelmente à conclusão de que democracia e cidadania (enquanto um direito e um dever de todos) estão inextricavelmente ligadas: uma não há sem a outra, não cabendo aqui uma discussão sobre qual antecederia a outra.

O pensamento sobre o **social** no Brasil nos mostra que a marca histórica da contraposição entre a pequena parcela da população constituída por proprietários ou poderosos, e a maior parte da população, formada por indivíduos que nada ou muito pouco possuem de bens materiais e de poder decisório, fez-se sentir na constituição do campo social-assistencial entre nós e no tipo de práticas que dele fazem parte. Assim, testemunhamos a alternância de práticas que podem ser caracterizadas como autoritárias e fundamentadas no patrimonialismo (como eram as relações de força e violência que ocorriam entre senhores e escravos quando, por exemplo, estes obrigavam suas escravas a servirem de amas-de-leite de ganho, disto auferindo os lucros), com práticas que podem ser caracterizadas como paternalistas (como as asseguradas pelo mecanismo do “*favor*”, através do qual os senhores, da época da escravidão garantiam aos homens livres o acesso à vida social e aos bens materiais). (Schwarz, 1992: 16) Constata-se, em decorrência desta composição de autoritarismo com paternalismo, uma enorme confusão nas representações sociais tanto das classes dirigentes quanto do grosso da população acerca do que seria direito e dever em termos de assistência e proteção sociais. De modo geral, aqui opera ainda a distinção feita por Da Matta, entre o que significa ser *pessoa* e o que significa ser *indivíduo* no Brasil. A sociabilidade estabelecida conforme a lógica do “*aos amigos tudo e aos inimigos a lei*”, faz com que para aqueles inscritos numa rede de parentesco, amizade ou afiliação que detenha algum poder – ou seja, as *pessoas* – reservem-se regalias, outorguem-se direitos, ignorem-se as leis, ao contrário do que é reservado para aqueles que não se inscrevem nestas redes, que não são parentes, amigos ou compadres de alguém com poder na sociedade – ou seja, os *indivíduos* – a quem é

dado no máximo o direito ao cumprimento da lei. (Da Matta, 1881) Em ambas “*as duas vertentes paralelas*” tomadas pelo sistema de proteção social em nosso país – “*a dos direitos sociais e a da filantropia*” – tanto se pauta pelo princípio da “*igualdade (dos indivíduos) perante a lei*”, quanto se segue “*a política do favor*” através da qual se atende às necessidades ou aos interesses de pessoas. (Cohn, 2000: 392)

Se tomarmos o caso da Saúde, é comum a visão de que o usuário do serviço não tenha direitos (seja um não cidadão) e que o atendimento prestado seja um favor ou a expressão da boa vontade dos gestores e dos trabalhadores de saúde. Seria necessário, “*um capital social*”, ou seja, o pertencimento a uma rede social ou de amizades, para garantir o acesso aos serviços ou um melhor atendimento. E esta posição está de tal forma disseminada em nossa cultura que não só uma parcela dos próprios usuários a incorporaram, mas também uma parcela dos gestores e dos profissionais de saúde o fizeram. Por exemplo, em nossa prática é comum nos depararmos com inúmeros exemplos deste estado de coisas. Assim como escutamos manifestações de apreço dos usuários por termos feito algo que era apenas o nosso dever, também já ouvimos de um colega de trabalho, que preferia se referir aos usuários como pacientes e não clientes porque esta última seria a terminologia mais adequada para quem era atendido em seu consultório particular. O parentesco deste raciocínio com o que rege o mercado é óbvio, e talvez não seja a simples expressão de um posicionamento pessoal, e sim o apontamento das “*relações que se estabeleceram entre cidadania e mercado nessa trajetória tortuosa das políticas sociais no Brasil*”. (Ibid.: 394)

De qualquer forma, porém, parece ser absolutamente verdadeira a tese de que, além de não conseguirem quebrar ou diminuir a desigualdade social, as políticas sociais brasileiras a reproduzem, já que não rompem com a subalternidade dos menos privilegiados. Primeiramente, porque não têm compromisso com uma efetiva redistribuição dos recursos com que a sociedade conta. Em segundo lugar porque há uma diferenciação quanto ao público a que se dirigem, de forma que há uma política social para os cidadãos (vinculados ao mercado de trabalho e que contribuíram para os sistemas de proteção a que têm direito) e outra para os pobres (que não

contribuíram para os sistemas de proteção e por isto são atendidos por organismos filantrópicos ou por programas públicos que focalizam determinados tipos de problemática ou carência). Daí que seja possível diferenciar as políticas sociais em três tipos diferentes, conforme a proveniência dos recursos que as sustentam. Há aquelas que contam exclusivamente com recursos próprios do Estado (e a Saúde Pública é deste tipo); há outras que dependem do orçamento da União, mas de forma previamente vinculada (a educação é um destes casos); e há as que contam com recursos vindos de outras fontes que não o erário público (a Previdência Social é um destes exemplos). É justamente a partir desta tripla diferenciação que surge a terceira característica das políticas públicas no Brasil, a que de certa forma já aludimos mais acima. Elas reproduzem a subalternidade dos mais pobres na medida em que reforçam uma auto-representação destes como dependentes de favores do Estado ou de indivíduos específicos da elite, ou seja, mantêm o paternalismo e o clientelismo. (Ibid.)

Buscando retrair a história das políticas sociais no Brasil, encontramos menção na literatura a que nos tempos coloniais a assistência estava sob o encargo das entidades religiosas e outras vocacionadas para a caridade, ou seja, tanto as ordens religiosas católicas sacerdotais quanto as irmandades e confrarias. As Santas Casas de Misericórdia foram um exemplo disto - fundadas por irmandades laicas a partir do modelo adotado em Portugal, para marcar e dar apoio à expansão da presença colonizadora portuguesa ao redor do mundo²¹ - sendo que a primeira a ser fundada no Brasil foi a de Santos em 1543.

Durante o Império, a Assistência no Brasil ainda era de responsabilidade principalmente destas entidades pias, mesmo assim vai ocorrer uma modernização em que a sua missão caritativa, testemunho de uma influência medieval, passa a dar lugar, ou a ser transmutada em empreita filantrópica, para a qual estava em questão não só prestar um auxílio ou dar uma esmola, mas começar a exercer um poder de ordenamento e controle da pobreza. O próprio Estado ainda assumia em parcela

²¹ Serviam entre outras coisas para “*garantir ao longo dos séculos, entre as suas muitas actividades, o apoio às órfãs e filhas de pai incógnito que os portugueses iam semeando juntamente com a Fé e o Império*”. (Rocha, 199?)

muito pequena os encargos sociais, vistos como de alçada das obras de caridade. Dentre os 11 hospitais existentes na Corte, por exemplo, dois apenas eram de sua inteira e exclusiva responsabilidade, e mesmo assim ambos eram voltados para o tratamento de doenças epidêmicas, como a febre amarela. (Oliveira, 1999) Em 1856, ao justificar a construção de um destes dois, o Hospital Marítimo de Santa Isabel, que serviria para a inspeção sanitária do porto da Corte em conformidade com o projeto de medicalização do social que se começava a empreender, lançava-se mão no Decreto que determinou sua construção, do argumento de seguir-se “*os preceitos da caridade, tão conformes aos desejos do Governo Imperial*”. (Bogado, 1987: 12).

Bosi, em seu ensaio que esboça uma arqueologia do Estado-Providência no Brasil, destaca a influência das idéias positivistas aqui disseminadas durante o século XIX, no pensamento dos dirigentes políticos da década de 30, quando se elaborou nosso Direito Social e quando o Estado assumiu seu papel como responsável pela implementação de políticas sociais. O positivismo foi a terceira das ideologias enraizadas na mentalidade de nossos políticos no século XIX: houve anteriormente o conservadorismo ligado às oligarquias rurais (que manteve-se ainda na Primeira Republicana, na forma do coronelismo) e o novo liberalismo que defendia as idéias abolicionistas e de uma representatividade mais “*democrática*” a ser atingida por via de uma reforma eleitoral (mas que apesar de manter-se no poder até 1930 – o que se chamou de “*a política café-com-leite*” – era na verdade muito pouco consistente em seu apelo pela modernização, pois que respaldado também pelas oligarquias rurais paulista e mineira). Já o positivismo abrigou em si duas diferentes correntes, que vieram a convergir: a dos radicais jacobinos, formada por jovens militares defensores de reformas modernizadoras²² que permitissem o progresso do país, e a do republicanismo gaúcho, que atribuíam “*ao poder público a função de promover e, no limite, controlar os rumos do desenvolvimento econômico*” (Bosi, 1992: 282), através da taxaço da terra, do incentivo fiscal às manufaturas nascentes e da socialização dos serviços públicos. A ideologia estatizante, de inspiração positivista, com uma dupla orientação para o progressismo e para o autoritarismo, serviria de

²² Foi desta corrente que surgiu o tenentismo da década de 20, responsável pela Revolta de 1922.

guia para compreendermos como surge o Estado Social Brasileiro e o porquê de “*nosso direito social*” ter sido elaborado com características tais que fazem com que seja “*ao mesmo tempo progressista e autoritário, moderno e conservador*”. (Ibid.: 305) Este modelo, se possibilita a abertura aos direitos para os operários enquanto trabalhadores, por outro lado fecha-lhes a possibilidade de acesso aos demais direitos de cidadania.

O Estado brasileiro só vai assumir a responsabilidade pelas políticas públicas de forma efetiva a partir da década de 1930. No início da República, segundo Luz, a Assistência em saúde pública implantou-se conforme o modelo das campanhas sanitárias. Trata-se da intervenção médica, autoritariamente exercida, e determinada a nível central, para combate das doenças. Já no período populista da ditadura Vargas, se estrutura o embrião da Previdência Social com a criação dos institutos de seguridade social (Instituto de Aposentadoria e Pensões – IAPs), organizados de acordo com as diversas categorias profissionais. Adicionalmente são implantados outros programas e serviços de atenção médica e de auxílios (LBA etc). O centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo do primeiro período e o clientelismo, populismo e paternalismo do segundo, “*ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras*”. (Luz, 1991: 80)

Segue-se o período dos anos 50, em que as políticas de saúde exprimiam a dicotomia entre o modelo campanhista, dominante nos órgãos do Ministério de Educação e Saúde, e o modelo curativista dos serviços médicos previdenciários. Em seguida, o período de ditadura militar, que difundiu a idéia de um “milagre brasileiro”, solidificou a síntese entre “*o campanhismo e o curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes*” (Ibid.: 81). É durante este período que são unificados os IAPs, formando-se a previdência social estatal, cada vez mais voltada para um modelo curativo (e não preventivo), amplamente apoiada numa política de convênios com instituições particulares. É logo declarada como em crise, e passa a ser violentamente criticada pela população organizada assim como pelos profissionais de saúde.

A partir de 1983, a sociedade civil, que passava por um processo de reafirmação e reorganização, começou a reivindicar o direito à saúde “*como direito*

universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social de cidadania". Este foi o movimento pela Reforma Sanitária, luta pela implantação de uma política em que a saúde é vista como sendo mais do que apenas a ausência de doença, em suma, a saúde é um dos direitos constitutivos da cidadania. (Ibid.: 84).

O quadro da Assistência no Brasil dos dias de hoje tem que levar em conta os números atingidos pelo fenômeno da exclusão. Alguns autores dizem existir hoje no Brasil 32 milhões de miseráveis. De acordo com dados do Banco Mundial, citados por Leite, 10% das famílias brasileiras são miseráveis e seu consumo anual é de menos de 275 dólares. E apenas 38,8% das pessoas que trabalham têm carteira assinada, ou seja, fazem jus "*à proteção legal e aos direitos trabalhistas e previdenciários dela derivados, vinculados ao sistema de cidadania regulada*". (Leite, 1991: 127) A melhoria da qualidade de vida, ou seja, dos aspectos vinculados ao social, não aconteceu nas mesmas proporções do crescimento da renda bruta. Há, portanto, (e nunca é demais repetir) uma parcela desmesuradamente grande da população vivendo em situação de exclusão, o que por sua vez aumenta a gravidade da questão social, e torna urgente o seu enfrentamento.

Com a Constituição de 88 preconizou-se uma política social que propunha a universalização do direito à proteção social, este é o modelo brasileiro da seguridade social. Porém, as mudanças propostas mal estavam começando a ser construídas e negociadas politicamente e já se impunha o modelo econômico neo-liberal (para o qual a privatização e a desregulamentação são imperativas), o que levou a que o projeto de proteção social brasileiro não encontrasse sustentação política, ficando comprometida sua implantação. Passa a haver um aumento da intervenção e da participação na Assistência por parte de órgãos não governamentais e filantrópicos, ou seja, iniciou-se a assim dita terceirização que no âmbito do Serviço Público foi e tem sido um dos motores principais para o sucateamento e deterioração dos Serviços e Instituições da Saúde Pública. Este processo faz parte do "ajuste" que como já apontamos acima se apoia e difunde uma ideologia em que o "público" e o estatal são satanizados.

Na Saúde Pública, aconteceu a municipalização dos serviços dentro de princípios da universalidade de direito ao atendimento, unificação do gerenciamento

dos serviços, hierarquização das estruturas assistenciais e regionalização da prestação de atendimentos. Implantou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que foi definido no quarto artigo da Lei que o instituiu como:

" O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar." (Brasil, 1990)

As redes de Assistência em Saúde formadas em consequência da implantação do SUS são hierarquizadas, regionalizadas e descentralizadas e submetidas a um comando único em cada nível do poder público (municipal, estadual, federal) que também o gere e financia. Embora sejam formadas basicamente por instituições públicas, as da iniciativa privada podem delas participar na modalidade de entidades contratadas, e o controle social do sistema fica a dos Conselhos de Saúde (que podem ser municipais, estaduais ou federais) e que contam com a participação da população. (Rio de Janeiro, 2000)

Apesar de ser fruto das aspirações do movimento de Reforma Sanitária, que desde a década de 70 defendia uma democratização das políticas de saúde, a implantação do SUS, vem, de certa forma, coloca algumas dificuldades. Uma delas é a questão da isonomia entre os funcionários vinculados anteriormente às diferentes esferas de governo (com isto nos referimos ao serviço público federal, ao estadual e ao municipal) e que por isto não só desfrutavam de situações trabalhistas e funcionais muito diversas, como também estiveram até então envolvidos na execução de programas de saúde muito diferenciados (com isto estamos querendo nos referir a uma grande gama de situações que podem se referir entre outras à desigualdade existente entre o modelo assistencial empregado na antiga Previdência (INAMPS) e aquele empregado nas redes municipais de saúde geralmente mais voltadas para os cuidados ditos primários). Mesmo os mecanismos previstos para garantir a participação da sociedade civil, que são os Conselhos de Saúde (municipais,

estaduais e federal), nem sempre são garantia de que haja de forma efetiva esta participação.

De qualquer modo, mesmo com as dificuldades para sua implantação, sejam elas relacionadas aos recursos humanos, ao controle social, ao financiamento ou à gestão, "o SUS é o sistema de saúde do povo brasileiro", já que existem "cerca de 140 milhões de pessoas [que] têm o SUS como única forma de acesso aos serviços de saúde". (Macedo, 2001) O autor citado aponta a necessidade de uma modernização do SUS no sentido de que se alterem as maneiras de fazer e de agir em seu interior, isto é, ao mesmo tempo tanto sua filosofia de gestão como sua organização, de forma a permitir que todos os envolvidos (profissionais, usuários, gestores) possam ter suas necessidades de saúde satisfeitas. A principal tarefa dos defensores do SUS deveria ser, nesta visão, colocar o cidadão no centro do sistema.

Atualmente preconiza-se a implantação do modelo de assistência por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), através dos quais são formadas Equipes para prestarem assistência médica e sanitária à população em seu próprio local de moradia. As Equipes de Saúde de Família localizam-se em espaços no seio das comunidades atendidas e operam por uma estrita lógica de regionalização e territorialização – à cada profissional é atribuído um determinado número de habitantes sob sua direta responsabilidade profissional. Este modelo ainda é recente em sua aplicação e portanto, qualquer avaliação será quase sempre muito precária.

3

O Campo da Assistência em Saúde Mental

Nesta parte do trabalho examinaremos a área específica do **social**, para a qual se voltam nossa prática e nossas reflexões, a saber: o Campo da Assistência em Saúde Mental. Estaremos aqui interessados, por um lado, em caracterizar sua especificidade a partir de uma repertorização (sucinta) das diversas correntes (produtoras de discursos próprios e promotoras de práticas assistenciais específicas) que o constituíram ao longo dos anos. Por outro, tomaremos o viés da articulação das práticas jurídico-repressivas (justificadas pela periculosidade que é imputada ao portador de transtorno mental) com as práticas médico-assistenciais (justificadas pelo sofrimento mental daquele), que produziu um sujeito tutelado e privado de direitos. A produção deste indivíduo assujeitado, que não detém um poder de contratualidade, traz a tona a necessidade, não só para ele mesmo, mas todos outros atores sociais implicados na problemática, de que se enfrente a tarefa da construção da cidadania. Um projeto verdadeiramente terapêutico para o indivíduo que sofre psiquicamente teria que ultrapassar as fronteiras do Campo Assistencial em Saúde Mental, para além das teorizações e dos tratamentos tradicionais, e invadir o **social** em seu sentido amplo.

Ao longo de mais de dois séculos, os modelos de atendimento em psiquiatria têm se sucedido na busca confessa de assegurar algum tipo de libertação aos indivíduos que a medicina chamou de doentes mentais. No entanto, a maioria das experiências de aplicação destes modelos acaba por ratificar o aprisionamento ou a institucionalização¹, na medida em que não se rompe com o paradigma médico da doença mental. Há no Campo da Assistência em Saúde Mental como que uma tradição utópica (ou a tradição de um desejo utópico), cuja realização plena permanece sem ser atingida: a da inclusão do indivíduo que sofre mentalmente.

Ora, porque acreditamos que este sonho atravessa, ao menos, parte dos modelos seguidos no Campo da Assistência em Saúde Mental, nos deteremos por uns

¹ Quando se retira o indivíduo do atendimento em uma instituição total que o mantinha enclausurado, para transferi-lo a uma outra na qual poderá ter liberdade de ir-e-vir, se fala em trans-institucionalização. (Vasconcelos, 1992: 67)

poucos parágrafos para alcançar uma compreensão, mesmo que parcial, do que pode ser a utopia.

Em seu sentido vulgar, a utopia é vista como o *“ideal político ou social sedutor, mas irrealizável, no qual não se leva em conta os fatos reais, a natureza do homem e as condições da vida”*. E, quando se subtrai sua face política toma a feição de *“um sonho impossível, uma quimera”*, o que faz com que em muitas ocasiões seja usada como algo negativo ou mesmo pejorativo. (Rouvillois, 1998: 11) Foi Mannheim quem de certa forma recuperou um sentido positivo para a utopia, quando a definiu como *“todo estado de espírito em oposição à ordem social que realmente existe e é praticada, tendendo a quebrar parcialmente ou totalmente esta ordem de coisas”*. (Rouvillois, 1998: 13) Ou seja, *“um conjunto de idéias que transcende toda situação histórica específica”*. (Rouanet, 2002)

A utopia se colocaria em relação dialética com o existente, ao contrário da ideologia, que aceitaria conservadoramente os valores dominantes e, mesmo, mascararia a realidade. Ambas partiriam dos fatos e operariam uma alteração ou transfiguração da realidade, porém na primeira se exerceria uma função revolucionária, na medida em que se busca delinear uma realidade nova e mais verdadeira. Por isto, nenhuma teoria seria utópica em si mesma, já que ela se torna utópica *“por um momento, em função do contexto a que se refere e à sua aptidão em modifica-lo”*. Num certo sentido, a utopia poderia ser vista ainda como *“revolta criadora”*. (Rouvillois, 1998: 13-14)

Moreira, diz que a esperança, na visão blochiana, é um princípio do saber prático, que faz o homem tomar consciência do objetivo a ser alcançado e impulsiona a utopia. Mas não existem certezas, nem de que exista a terra prometida nem mesmo de que seja possível alcançá-la, apenas se pode ter como certa a viagem. Porque o homem tem uma capacidade *“antecipante e pode, assim, sentir o futuro no presente”*, e porque esta *“busca do futuro a partir do presente”* permite-lhe *“livrar-se da anamnese”* (isto é, do passado), o impulso para a utopia é possível. (Moreira, 1989: 142) Porém, a utopia não pode nunca ser tomada como *“viagem ilimitada”*, sob o risco de perder-se a possibilidade de realização do desejo utópico: *“a utopia*

deve tornar-se presente” (Bloch apud Moreira, 1989: 152) É preciso que se esteja no presente, e que o momento vivido possa nos pertencer e nós a ele.

Existiriam, dois tipos de utopias: as utopias concretas e as utopias abstratas. As primeiras são “*um conjunto de representações fundadas numa esperança objetiva, instruída por tendências já presentes no real, uma 'docta spes', e não uma simples fantasmagoria subjetiva*” (Rouanet, 2002) Na utopia concreta se critica a sociedade existente e se traça o projeto de uma sociedade alternativa, que tenha a possibilidade de transformar-se em realidade. Já na utopia abstrata não se levam em conta as possibilidades reais de sua execução, de forma que se fica no plano da fantasia. Acreditamos que fosse à utopia concreta que Bloch se referia quando mencionava “*o sonho diurno*”, que é o “*ainda-não-consciente (...) dirigido ao futuro*”, ao contrário do “*sonho noturno*”, que é o “*não-mais-consciente (...) dependente do passado*” (Moreira, 1989: 142)

A diferencia-los há uma dimensão de concretude e de realização com a qual o primeiro se compromete e da qual o segundo escapa, como podemos verificar na citação abaixo:

(...) o sonho noturno vive da regressão, deixa-se levar sem escolha por suas imagens, e (...) o sonho diurno projeta suas imagens no futuro, não sem escolha e é, ainda que regido pela mais indomada força imaginante, mediatizado pelo possível objetivo. O conteúdo do sonho noturno é dissimulado e deslocado, o conteúdo da fantasia diurna é aberto, fabulante, antecipante, e sua latência situa-se adiante. Procede de um alargamento do ser e do mundo para a frente, é querer ter o melhor, freqüentemente saber o melhor. O anseio é comum a ambos os tipos de sonho, pois é (...) a única qualidade sincera de todos os homens; mas o 'desiderium' do dia, à diferença do ['desiderium'] da noite, é também sujeito e não apenas objeto de sua ciência. O sonho-desejo-diurno não necessita de exumação e interpretação, mas de retificação e, se possível, de concreção. Em suma, ... [o sonho diurno] tem, à diferença dos espectros da noite, um alvo e se dirige para ele. (Bloch apud Moreira, 1989: 142-143)

Apesar de conterem um traço ou uma marca utópica, a maioria dos modelos seguidos no Campo da Assistência em Saúde Mental não escapou ao paradigma que na verdade o fundou, ou seja, o paradigma da doença mental. Os três atores, que estão presentes na Saúde Mental, desde o começo – o louco, o asilo e o médico, formaram o tripé sobre o qual se construiu a loucura enquanto doença e o dispositivo prático-discursivo que dela se encarregou. E enquanto não se romper com esta

lógica, ou que se permita às contradições atravessar o espaço constituído pela tríade e dialetizá-lo, não se atingirá de fato o novo.

Uma questão fundamental nas abordagens que visam alterar o Campo advém da premissa de que, a partir do momento em que a medicina tomou a seu cargo os assim ditos doentes mentais, houve um acoplamento em definitivo de uma dimensão excludente ao sofrimento mental, que alterou-o significativamente. Mas, ao afirmarmos isto não estamos querendo estabelecer uma linearidade causal, pois, parafraseando o pensamento foucaultiano de O'Brien, citada por Engel, não nos interessam as origens, que "*implicam causas*" mas sim os começos que "*implicam diferenças*". (Engel, 2001: 118) A doença mental tem ido de par com a exclusão, e ao "louco" – diferente duplamente devido a esta circunstância – não foi dado lugar no espaço da igualdade cidadã e da sociabilidade vivida nos moldes do contrato. Nestes tempos em que novas levas de excluídos, fabricados pelo desmonte do mundo do trabalho, engrossam as fileiras dos excluídos, digamos "históricos", há que se pinçar o "excluído-louco", sujeito da existência-sofrimento, e a partir da desconstrução deste acoplamento (da exclusão com a, assim dita, doença), assegurar-lhe o direito de poder viver entre iguais mesmo em sua diferença.

3.1 Quebrar correntes? As Utopias psiquiátricas

Mesmo que tenha sido fruto da imaginação artística do pintor, o quadro em que Philippe Pinel é retratado assistindo à abertura das correntes que continham uma interna da Salpêtrière representa magistralmente o que veio a ser o "mito de origem" da medicina mental – Pinel, de perfil, olha para a cena à sua esquerda, com um olhar firme e determinado, nada mais parecendo lhe importar (nem mesmo o fato de que à sua direita uma outra mulher de joelhos beija-lhe a mão numa postura que parece mesclar humildade com gratidão pelo seu ato humanista e filantrópico).²

O olhar do médico-filantropo, que parece focalizar e apreender cada detalhe da cena, contrasta com o olhar desfocado da mulher, que não demonstra dar-se conta do que está lhe acontecendo. É como se o olhar daquele que ordena a libertação

² Ver imagem do Figura I, ao final deste trabalho..

jogasse luz sobre esta última e seu comportamento, e com isto os tornasse mais visíveis e destacados contra o fundo confuso e heterogêneo daquele lugar de internamento. O ato de vontade do alienista, que libertou os "loucos" das correntes, ao mesmo tempo os separou dos demais habitantes do hospital geral e os colocou num novo patamar de visibilidade, fruto de uma racionalidade. Portanto, foi a partir deste momento histórico que os desarrazoados passaram a ser vistos como "loucos", dominados por paixões desregradas que os alienavam da razão. Na verdade, a medicina mental foi um novo dispositivo a substituir as correntes de ferro e as cordas, pois a loucura vista como fenômeno da natureza tornou-se um objeto a ser apreendido racionalmente. Tratou-se de uma outra dominação em que a existência do "louco" passou *"a ser medida, subdividida, classificada, vigiada, julgada, responsabilizada ou inocentada, corrigida e punida"*. (Pelbart, 1989)

A medicina mental parece carregar a marca deste gesto mítico, na medida em que a tentativa de renovação de práticas e a criação de novos saberes serão uma constante ao longo de toda a sua história. Os modelos teóricos e de prestação de assistência³ têm se sucedido, uns aos outros, como se as correntes estivessem permanentemente por serem abertas. Ao nosso ver, haveria uma questão fundante deste saber da qual nenhuma das tentativas de reforma psiquiátrica parece ter dado conta, ou seja, a do lugar e do valor simbólico da loucura na cultura ocidental moderna. O "louco", enquanto alienado, fica sempre como que impedido de exercer uma cidadania plena.

Desde o século XVIII, como nos aponta Foucault, o "louco" é apontado como *"o outro em relação aos outros: o outro – no sentido da exceção – entre os outros – no sentido universal."* (Foucault, 1978: 183) Ele é o diferente dos outros homens, diferente do grupo, o qual por sua vez passa a ser tomado como universal. Universalidade esta que justifica que se estabeleçam comparações, mensurações, pelas quais um indivíduo pode ser considerado diferente do restante dos homens, e portanto "louco". A loucura de um indivíduo o tornaria "não-razoável", oposto aos

³ Nos tempos de Pinel utilizava-se o termo Alienismo para designar esta nova modalidade de assistência médica, mais tarde passa-se a se falar também em Medicina Mental, depois se fala em Psiquiatria e, mais recentemente, com a diferenciação do Campo de Assistência, que é ampliado pela incorporação de novos saberes e novos agentes, passa-se a falar em Saúde Mental.

demais que estão inseridos na ordem da razão, mas seria esta mesma razão que pode lançar sobre ele seu olhar e o perceber como diferente dos outros: a "não-razoabilidade" do "louco" não impede que ele seja objeto de uma racionalidade. *"Diferença pura, estranho por excelência, "outro" numa potência dupla, o louco (...) vai tornar-se objeto de análise racional, plenitude oferecida ao conhecimento, percepção evidente; e será isto justamente na medida em que é aquilo."* (Foucault, 1978: 185)

Por um lado, *"toda forma de interioridade é (...) conjurada"* (Foucault, 1978: 183) quando o "louco" é apreendido pelo olhar da razão, ele é o que está no exterior, está de fora, é o objeto de uma exclusão. Nas sociedades ocidentais modernas regidas pela razão, é ele o habitante de uma outra dimensão, eterno passageiro a quem não é dado alcançar um porto. Por outro lado, quando se objetivou o "louco", a desrazão passou a ser apreendida como loucura, a qual pode ser tomada como o objeto de uma ciência. *"A Desrazão remete ao Fora" já "a Loucura [remete}à Clausura deste Foranum Dentro absoluto"* como nos diz Pelbart. (Pelbart, 1989: 179)

O ideal da reforma em psiquiatria não conseguiu ultrapassar a limitação do gesto que liberta inserindo em outra ordem de aprisionamento, em outro dispositivo. Tal qual Prometeu, a medicina mental está fadada a se deixar bicar pela ave de rapina apenas para que seu fígado renasça eternamente. Como nos diz Birman: *"É entre a repetição do mesmo e o eterno retorno do antes que se teceram os fios onde se rearticulam as práticas e os discursos da história da psiquiatria"*. (Birman, 1992: 83)

A Assistência em Saúde Mental, ao longo de sua história, parece estar em permanente busca de um modelo que possa enfim dar conta da utopia de uma sociedade onde, mesmo se houver desigualdade, possa haver liberdade e talvez fraternidade. A partir desta compreensão, Castel afirma que se pode constatar a existência de uma lógica constitutiva comum a estes processos de mudança, que passariam por quatro fases, independentemente da ocasião histórica ou da região geográfica em que ocorressem.

Na primeira fase, aqueles que exercem as práticas de cuidado e assistência propõem uma nova fórmula para nortear a sua ação (como ocorreu entre nós a partir

do fim da década de 70, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental). Na segunda fase, que pode ocorrer muito precocemente em relação ao processo, os profissionais passam a reivindicar dos políticos e dos responsáveis pelos órgãos públicos que oficializem sua fórmula (como ocorreu aqui também logo no início do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental). A terceira fase pode vir a acontecer após o momento em que muitas negociações e compromissos tenham sido mutuamente assumidos, e que tenha se passado muito tempo (às vezes décadas). É nesta fase que uma medida oficial estabelece finalmente um novo esquema de administração da saúde mental implementando uma nova política (como, por exemplo, ocorreu aqui no Brasil, durante o período de tramitação – de 1989 a 2001 - da Lei Paulo Delgado). Na quarta e última fase, os profissionais passam a manifestar um desencanto com o novo estado de coisas, como se tivessem sido traídos em suas intenções originais, esquecendo que foi sua prática que fundamentou a elaboração do sistema. (Castel, 1991: 292)

O alienismo, primeiro modelo de medicina mental, provocou a transformação de um equipamento assistencial já existente, o hospital geral, em asilo psiquiátrico. Ao contrário daquele, o hospital psiquiátrico será medicalizado tornando-se um espaço isolado, ordenado e disciplinarizado de forma a permitir a observação e classificação das desordens mentais assim como a sua correção através dos métodos disciplinares do tratamento moral. No asilo se aliam à perfeição os “*dois grandes modelos de organização médica na história ocidental*”: o modelo da exclusão ou da lepra, no qual o portador da doença ou do mal é mantido afastado da cidade; e o modelo da peste, em que o portador do mal ou da doença é submetido ao poder disciplinar, ou seja, é vigiado, analisado, controlado, inclusive através do cuidadoso controle do espaço que o circunda e do tempo que vive. (Foucault, 1984: 88).

Assim, no modelo clássico da psiquiatria, implantado por Pinel, o asilo torna-se o instrumento fundamental de uma possível recondução dos alienados à Razão, ou seja, a uma cura. Neste sentido, lembramo-nos da frase de Esquirol, que justifica plenamente o asilamento: “*Uma casa de alienados é um instrumento de cura nas mãos de um médico hábil; é o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais*” (Esquirol apud Castel, 1987: 44)

De acordo com a tecnologia pineliana, a utilização do asilo repousava em três postulados: primeiramente, que o asilo garantia um total isolamento do indivíduo de seu meio ou ambiente familiar, colocando-se o mesmo como condição necessária à cura; em segundo lugar, era preciso que o ambiente do asilo fosse cuidadosamente regulado e planejado para que uma nova ordem, diferente da vigente no exterior, pudesse se estabelecer, complementando o princípio do isolamento; e por fim, que as relações dos médicos e demais trabalhadores do asilo com os doentes fossem pautadas por um desnível do poder, pois estes últimos devem se submeter ao comando dos primeiros. O médico concentrava em si vários poderes e encarnava a *lei* de acordo com a qual se estabeleceu o ordenamento das relações no interior do asilo. O ambiente hospitalar organizado de acordo com esta racionalidade demonstrou-se um solo propício à aplicação do *tratamento moral* através do qual o doente, foi destituído de poder, dobrado, dominado (em suma, moralizado) pelo médico e seus auxiliares, cujo poder era potencializado pelo meio asilar. Já desde então, isto é, quando da aplicação desta estratégia de subjugação, o louco passou a ser tutelado pelo poder médico, sendo excluído da ordem contratual, na qual só poderia reingressar ao ocorrer a cura (seu retorno à Razão).(Castel, 1978: 89)

Em seu livro sobre a ordem psiquiátrica estabelecida com o alienismo, Castel nos revela que houve no período de transição do Antigo Regime para a República, mais especificamente logo após a Revolução Francesa, uma tentativa de estabelecer uma forma de assistência baseada no que se chamou "*domicílio de assistência*" através da qual o Estado prestaria assistência, médica inclusive, aos dela necessitados em um dispensário próximo à sua moradia sob a responsabilidade do administrador local. Esta orientação no sentido de uma assistência não-segregativa, no entanto, previa que a alguns não seria dada esta possibilidade, e aí se incluíam os loucos e os pobres sem domicílio, entre outros. Esta seria a "*utopia de uma assistência sem segregação*", ou seja, uma "*utopia capilar*" que "*visa fixar o risco do desvio no seu lugar de emergência, para evitar uma deriva perigosa para a ordem pública*". Foi a partir deste modelo que se abriu caminho para a posterior implantação da "*medicina preventiva*" que funciona "*como serviço público homogêneo, implantado em todo o território*". Porém este modelo conviveu com o velho modelo do internamento

utilizado durante o Antigo Regime, e que em última instância lhe era antagônico. Em suma, o alienismo, “nova medicina mental”, escolheu o modelo mais arcaico de organização dos cuidados médicos.

A utopia totalitária [que absorveu] a massa de desviantes para, num primeiro momento, neutraliza-los pelo isolamento e, num segundo momento, discipliná-los desenvolvendo no seio da instituição fechada, um leque de técnicas correcionais à base de atividades manuais, exercícios religiosos e regulamentações morais. (Castel, 1978: 68-71)

A nível teórico, o asilamento permitiu ao alienismo pineliano, através da observação do louco, produzir um saber sobre a loucura que se limitava a descrever seus sintomas, classificando-os e, portanto, elaborando uma nosografia. Esta racionalidade classificatória, como a descreve Castel, não se preocupava com a localização da sede da doença no organismo e colocava-se, neste sentido, na contramão da história da medicina, que naquele momento via se instalar um novo modelo de cientificidade médica com o recurso da “*abertura dos cadáveres*” (Castel, 1978: 103-104). Ainda o autor citado nos apresenta a evolução posterior da teoria em psiquiatria, que desta visão nosográfica passou a uma outra cuja preocupação era direcionada para a evolução da doença e para a qual cada sintoma passava a ser signo de um sentido oculto, ou seja, adotava-se com isto uma visão semiológica.

Já com a teoria da degenerescência de Morel⁴, a doença passou a ser inteligível a partir da constatação da existência de uma causa (que pode ter a ver com o meio social, a hereditariedade, etc.) e de uma evolução posterior, pois uma vez instalada a doença tenderia a seguir um curso determinado, e se transmitir inexoravelmente às gerações futuras (Castel, 1978: 259-260). Aqui se abriu o caminho para as crenças na determinação hereditária da doença mental, que explicam a adoção pela psiquiatria, já no século XX, da doutrina higienista⁵.

Em paralelo, no raiar do século XX, se impôs a concepção patogênica, que creditava a doença mental a uma lesão orgânica, o que a tornava potencialmente passível de rastreamento e localização no corpo dos indivíduos, isto é, seria possível

⁴ Ver nota de pé de página feita na seção 2.2 sobre Morel.

⁵ No Capítulo seguinte falaremos mais detidamente sobre o Higienismo no Brasil.

descobrir-se o defeito de constituição ou a falha do funcionamento da anatomia e fisiologia humanas que determinavam a loucura. E a doença não mais concebida como uma disfunção da alma, ou das paixões, exigiria intervenções próximas ou iguais às empregadas tradicionalmente em Medicina: exames clínico-físicos, uso de medicação, atos cirúrgicos etc.

Ao analisarmos os discursos e as práticas de atendimento em saúde mental na atualidade, podemos observar a influência destas diferentes teorias explicativas da doença mental. Neste sentido tanto podemos identificar a influência do pensamento que privilegiava a determinação orgânica da doença como a daquele que atribuía maior importância à intervenção precoce sobre as causas da doença de forma a preveni-la. Também é possível localizar uma outra linha de pensamento que se guia pela idéia de uma subjetivação ou re-subjetivação do indivíduo através do estabelecimento de uma relação singular entre médico (terapeuta) e doente, que se não é exatamente a mesma idéia proposta pelo tratamento moral do século XIX, parece manter com ela uma razoável proximidade. A propósito destas três vertentes, Costa se refere a “*uma tríplice estratégia discursiva e prática*” da psiquiatria no Brasil (a partir da década de 30), que seriam a estratégia organicista, a preventivista e a psicoterápica. (Costa, 1990: 48).

Na tradição organicista, a psiquiatria centra sua atenção sobre o corpo como sede da doença, buscando uma aproximação com as outras medicinas, aspirando seguir-lhes os passos na construção de um saber em moldes científicos. A grosso modo, a utilização de psicotrópicos assim como a adoção de outras medidas, por exemplo as cirurgias cerebrais (lobotomias) e as eletroconvulsoterapias (ECT), são a expressão desta linhagem. O corpo-doente é o objeto principal dos cuidados e o médico, responsável pela prescrição dos tratamentos que incidirão sobre aquele, toma para si o principal papel no tratamento e possível cura, ficando todos os demais profissionais de saúde no lugar de seus coadjuvantes ou auxiliares (são os “paramédicos”). A internação hospitalar, na qual o médico ainda é a figura com maior poder, faz parte da própria essência desta tradição, mas hoje, cada vez mais, os seus agentes buscam e alcançam espaços extra-hospitalares. Na verdade, sua posição está tão solidamente estabelecida que, mesmo na maioria das experiências ditas

alternativas ao Hospital, não se abre mão da presença do médico psiquiatra nas equipes multiprofissionais, em conformidade inclusive com o que estabelece a legislação brasileira em Saúde Mental. Além disto, em qualquer ambiente ou dispositivo da Saúde Mental, o uso da medicação, vista por alguns como a versão moderna das amarras pré-pinelianas, é tido como mandatório não só pelos profissionais mas também pelos usuários e suas famílias. Some-se a este estado de coisas o fato de que por trás da hegemonia desta vertente repousam os interesses financeiros da poderosa indústria farmacêutica, que garante a formação da opinião pública através de um respeitável investimento na divulgação dos supostos benefícios da medicação⁶.

Já na estratégia preventivista, embora não se prescindia do hospital, privilegia-se a intervenção sobre a população de forma a evitar o surgimento da doença ou a minorar os prejuízos que esta possa acarretar. Principalmente, fala-se mais em saúde mental, a ser implementada pela intervenção dos profissionais, não mais sobre o corpo isolado dos indivíduos apenas, mas sobre o conjunto da sociedade. Particularmente, se toma como alvo de atenção os indivíduos e as camadas populacionais considerados em maior risco de adoecerem que, via de regra, costumam ser as econômica e socialmente mais desprovidas. A noção de risco⁷, baseada numa hipotética periculosidade imanente ao louco, e que anteriormente justificava a internação, é usada agora como índice para se avaliar a necessidade de intervenção. Na face preventivista da medicina mental há uma re-apropriação e ratificação desta noção fundamental para o Campo Social, e por isto estão sob sua mira, tanto os indivíduos perigosos por serem doentes, como aqueles em perigo de adoecerem.

A terceira vertente, a do discurso psicoterápico, que teria surgido mais recentemente, parece se reportar a alguns dos tradicionais pressupostos da visão

⁶ Em artigo sobre a influência da publicidade das drogas psicotrópicas feita através de periódicos médicos de circulação nacional, verificou-se que 20% dos espaços destes foram ocupados por material publicitário. Especificamente a publicidade de psicotrópicos ocupou 8% do espaço de revistas de Clínica médica, 18% dos espaços de periódicos farmacêuticos e praticamente a totalidade do espaço publicitário nas publicações psiquiátricas. Nestas propagandas as qualidades dos produtos são superestimadas em geral e os efeitos colaterais ficam em segundo plano. (Villarim, A. et al. A publicidade das drogas psicotrópicas e a prática médica. *CCS / FESP*, v. 12(1), jan. 1990: 48-50.)

pineliana. Aqui o médico, ou terapeuta, lança mão de teorias e técnicas que visam uma (re)subjetivação do paciente, mas embora não se trate propriamente de uma disciplinarização às escâncaras como no tratamento moral, não se pode deixar de ver uma certa homologia. O intimismo psicológico fabricado na relação entre o médico(ou terapeuta) e o paciente, não escapa do risco de ser visto como o produto de uma moralização (Costa, 1990: 52), porque para que surja é necessário que ocorra um deslocamento da desrazão reintroduzindo-se a ordem da razão. O dispositivo transferencial, em pauta na prática psicoterápica, mantém uma continuidade com o dispositivo do tratamento moral porque nele "*a figura do terapeuta assumiria a posição todo-poderosa de um taumaturgo, capaz de promover finalmente tal conversão curativa*". (Birman, 2000: 40) Porém, entre nós a aplicação prática desta linhagem, de início, esteve à parte dos projetos médico-assistenciais em Saúde Mental, e só em um momento posterior foi agregada às propostas de atendimento público. Entre outras razões porque preconizava a utilização de um ambiente específico (o setting psicoterapêutico) e o estabelecimento de uma relação entre paciente e terapeuta regida por um tipo de contrato privado (o contrato terapêutico), e assim sendo ficou restrita aos consultórios privados aos quais só tinham acesso as camadas economicamente mais favorecidas da população. (Costa, 1990: 52)

Por vezes isoladamente e por vezes entrelaçadas, estas três tradições, ou discursos, encontram-se em diferentes propostas de reforma do modelo da psiquiatria clássica que têm atravessado o campo da Saúde Mental. E todos eles vão ecoar entre nós, refletindo-se nas experiências de reforma psiquiátrica que aqui se têm ensaiado ou defendido, como veremos na seção seguinte. No Brasil (e não poderia ser de outro modo) também se persegue um ideal, de forma a que se descubra e se pratique o melhor modo de substituição (ou abolição) das correntes.

Num artigo já clássico, Birman & Costa propõem uma classificação dos principais projetos de reforma psiquiátrica no Ocidente durante o século XX, cujos ecos e influências chegaram até nós, conforme seu posicionamento frente à questão da saúde mental. Haveria um primeiro grupo, para o qual a saúde mental seria o "*objeto implícito*" (Birman & Costa, 1994: 45) e que se centraria

⁷ Mais adiante neste trabalho, retornaremos à noção de risco.

predominantemente na reforma e/ou modernização do asilo. Já no segundo grupo, a saúde mental aparecia como “*objeto explícito*” (Ibid., 1994: 53) e era priorizada a intervenção na comunidade. Os dois casos incluídos no primeiro grupo foram a experiência inglesa das Comunidades Terapêuticas e a experiência francesa da Psicoterapia Institucional. O início de ambas pode ser retraçado à época da Segunda Guerra e ao período imediatamente posterior a esta quando, com a queda do fascismo, passou-se a questionar todas as formas de autoritarismo. O asilo era criticado pela sua estrutura pouco democrática, que levava ao adoecimento ou impedia a cura. Era defendida a modificação de sua estrutura organizacional e, principalmente, das relações interpessoais em seu interior. Na primeira experiência se privilegiou o trabalho via grupos, e se tentou transformar o asilo numa comunidade baseada em relações não hierárquicas e democráticas, baseadas em redes de comunicação livres e desimpedidas, que garantiriam uma eficácia terapêutica. No segundo caso, o asilo era visto como uma estrutura adoecida e adoecedora, o que tornava necessária uma intervenção através da qual a realidade institucional fosse colocada permanentemente sob questionamento por parte do coletivo constituído de forma não hierárquica – isto é, por todas as pessoas que participavam do seu cotidiano. Ambas as experiências, portanto, não romperam verdadeiramente com o asilo, mas apenas pretenderam modernizá-lo ou humanizá-lo, e aí encontra-se o seu limite fundamental.

Para os dois casos incluídos no segundo grupo, ou seja, a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Comunitária norte-americana, o palco privilegiado de intervenção deixou de ser o hospital e passou a ser a comunidade. No entanto, é preciso ressaltar que neles não se prescindiu completamente da internação hospitalar. Em ambos os casos, uma rede assistencial hierarquizada foi criada, corporificada em equipamentos assistenciais novos (ou transformados) aos quais se somou o tradicional asilo, de modo a cobrir exaustivamente os espaços e as populações que neles viviam (no caso norte-americano, a comunidade ou, no caso francês, o setor). Estas experiências, na verdade, promoveram uma transformação do dispositivo manicomial, estendendo as correntes de aprisionamento do louco por toda a superfície do social. A reforma por elas proposta ampliou e potencializou a

psiquiatria que, como nunca, se tornou um mecanismo de controle e normalização do social.

Porém, Amarante nos lembra que seria necessário somar a estes dois conjuntos um terceiro, no qual se podem agrupar modelos para os quais estão em questão não a melhoria, aperfeiçoamento ou abertura de novos espaços de intervenção psiquiátrica, mas sim a desmontagem da própria prática psiquiátrica⁸. E completa, afirmando que os primeiros, embora preocupados com a saúde mental, não submeteram a noção de doença mental à crítica. Ao contrário, seria no terceiro grupo que teria se efetuado uma ruptura com o paradigma fundante da psiquiatria, ou melhor dito, com a noção mesma de doença mental. Foram projetos em que se propunham mudanças não só relativamente às técnicas de atendimento e às estruturas organizacionais, mas principalmente uma desconstrução do próprio conceito de doença mental. Pretenderam uma desinstitucionalização que atingisse não apenas o tratamento, mas a transformação das representações de doença mental, no seio da sociedade. Neste grupo estariam incluídas a Antipsiquiatria inglesa e a Psiquiatria Democrática Italiana.

A Antipsiquiatria Inglesa foi uma corrente surgida na década de 60, e pode-se dizer que estava afinada com o espírito da época, quando ao mesmo tempo em que ocorria uma série de acontecimentos no sentido da busca de liberdade, da crítica às estruturas institucionais, da luta pelos direitos civis e políticos, também eram veiculadas as obras de pensadores que poderíamos chamar de libertários. O movimento conhecido por “contracultura” difundiu-se e alterou (mesmo que em alguns casos apenas superficialmente) os costumes, os valores e a sociabilidade (entendida aqui como espaço das relações e trocas interpessoais). Neste caldo de cultura, e fortemente influenciada por várias correntes de pensamento alheias à psiquiatria e à medicina, como, por exemplo, a filosofia e a teoria da lógica das comunicações da Escola de Palo Alto, a antipsiquiatria buscava questionar a relação entre loucura e razão. A loucura estaria “*entre os homens e não dentro deles*”, e seria gerada na ordem social e político-ideológica que rege relações humanas alienadas.

⁸ Aqui lançamos mão de notas tomadas por nós na aula ministrada pelo Dr. Paulo Amarante em 5 nov. 1998.

As instituições, e a família em particular, operariam no sentido dos processos de alienação. Por outro lado, a loucura era vista também como a reação a uma situação em desequilíbrio, portanto seria “*uma experiência positiva de libertação*”. Seria preciso, ao invés de um tratamento físico ou químico, um acompanhamento em ambiente não-repressivo (nova espécie de comunidade terapêutica), tanto por parte do terapeuta como dos demais habitantes do lugar. O sujeito, em particular aqueles classificados pela psiquiatria como esquizofrênicos, se afastaria do mundo na eclosão da crise, mas poderia após um processo em várias etapas, a que Laing, um dos expoentes da antipsiquiatria, chamou de metanóia, vir a sair do isolamento em que entrara no início da crise. A metanóia, seria uma viagem existencial, um mergulho do sujeito em seu mundo interno para poder escolher o abandono de seu isolamento e o estabelecimento de relacionamentos autênticos (não alienados) com os outros, ou não. Para que pudesse viver esta viagem, ele teria que se colocar como agente ativo, e aos demais que estivessem ao seu lado não caberia podá-lo. O seu discurso deveria ser colhido e analisado, e às vezes, se usavam recursos como o psicodrama ou a expressão através das artes plásticas. (Amarante, 1998: 42)

Em suma, na Antipsiquiatria tanto as práticas assistenciais tradicionais, vistas como aprisionadoras, cronificadoras e geradoras de distúrbios, como o próprio saber médico, que vê a esquizofrenia como doença e não como uma reação, uma crise positiva que pode levar o sujeito a um novo padrão existencial, foram criticados. Esta foi a primeira vez na história da psiquiatria em que se questionou o paradigma psiquiátrico através da recusa de conceber a esquizofrenia como uma doença, ao contrário do que até então era feito pela ciência psiquiátrica que a tinha como objeto de estudo.

O segundo modelo a procurar a desmontagem do paradigma da doença mental foi a Psiquiatria Democrática Italiana. Comprometido, num sentido amplo, com a desinstitucionalização, colocou em cheque não só a doença mental, como também as relações impostas ao “doente” pela sociedade e pelas instituições de cuidado ao longo da história ocidental. A partir daí abriu-se caminho para uma profunda dialetização das relações que os “doentes”, ou *usuários*, estabeleciam com a sociedade em geral e, em particular, com os profissionais responsáveis pelo

tratamento e cuidado, ou *operadores*. A instituição foi desmontada não só no sentido de um fechamento das portas dos hospitais ou da derrubada de seus muros, ou porque o tratamento foi deslocado do espaço hospitalar para o extra-hospitalar, mas porque tratou-se de fato de uma experiência de desmonte do tanto de aprisionador e excludente que a psiquiatria fundada no paradigma da doença mental traz em si. A respeito da negação da instituição, Rotelli expressa-se da seguinte forma: "(...) a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura". (Rotelli, 1990: 89) E mais adiante complementa:

O que era a instituição a ser negada? A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: 'a doença', à qual se sobrepõe no manicômio o objeto 'periculosidade'. (Rotelli, 1990: 90)

Para romper com a instituição portanto, as ações teriam que ser implementadas nos espaços onde a vida acontece, ou seja, no *território*. Conceito fundamental para a Reforma Psiquiátrica Italiana (e provavelmente originário do pensamento sanitarista), tem influenciado também o Campo da Assistência em Saúde Mental entre nós, de forma que a Política Pública de Saúde Mental brasileira atual tem sido traçada claramente no sentido de garantir a lógica territorial das ações. Por exemplo, no Segundo Parágrafo do Artigo Primeiro da Portaria mais recente sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), sobre os quais falaremos mais adiante, está disposto em que: "*Os CAPs deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.*" (Brasil, 2002b)

A importância do território nos obriga agora a fazer um parêntese na apresentação da experiência italiana, para podermos compreender um pouco mais o seu significado. De início devemos apontar que diversos autores brasileiros do Campo Assistencial em Saúde Mental, declaram ter feito uma leitura da obra do geógrafo Milton Santos para alcançar um entendimento sobre o assunto. E a partir disto passaram a empregar o conceito não mais como um simples indicador de um espaço físico, mas como "*um processo social [que] envolve o conjunto de agentes (ou atores) sociais atuantes. Trata-se de uma arena política – um espaço de luta entre interesses distintos e muitas vezes antagônicos, regido por regras locais ou*

institucionais de disputa." (Soares, 1999: 156) O território-processo traz implícita a noção de que o espaço não é apenas algo da ordem do natural, ele é "o conjunto indissociável de sistemas de objetos naturais ou fabricados e de sistemas de ações, deliberadas ou não" (Santos, 1994: 49) O espaço é ocupado, produz e é produzido, de certa maneira, pelos homens que nele vivem. E mais especificamente: "(...) o território não é (apenas) o bairro do domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo." (Delgado apud Soares, 1999: 291) Há nele uma dimensão humana e histórica, mesclada ao puramente geográfico, que nos permite aceita-lo também como expressão de subjetividades.

Neste sentido, um serviço de Saúde Mental de base territorial ultrapassa a pura idéia de setor ou de regionalização, pois não se trata apenas da definição dos limites físicos de uma área habitada a ser atendida e da organização em cadeia hierárquica dos dispositivos de Assistência nela disponíveis. Nesta modalidade de atenção, leva-se em conta que estão em jogo ao mesmo tempo o espaço geográfico e o tempo histórico, a dimensão comunitária e a subjetiva, enfim os recursos materiais, econômicos, sociais e culturais. Portanto, se está voltado para a apreensão das diferentes pulsações, dos fluxos e das trocas que constituem as redes que atravessam o território. A cidade-território ao ser atravessada pela ação psicossocial poderá se tornar uma cidade-terapêutica que acolhe a igualdade e a diferença, "*lugar dos encontros possíveis,[e] na qual cada um possa 'perceber-se entre os outros' e sentir-se parte ativa e reconhecida de um 'todo' e, ao mesmo tempo, singular*". (Organização Mundial de Saúde, 2002)

A complexidade do território, por si só, exige daqueles que o escolhem como campo profissional, um relativo abandono das visões tradicionais que trazem de suas formações (isto é, uma abordagem interdisciplinar) e uma abertura ao diálogo e à mudança,. E a Saúde Mental territorial, particularmente na realidade brasileira, deveria ser aquela que a partir da compreensão da multiplicidade de problemas envolvidos nos transtornos mentais buscasse diversificar as ofertas e ir além do puramente médico ou clínico, ou seja, se pautar pela diretriz da integralidade que embasa o Sistema Único de Saúde conforme a Constituição de 1988, em seu artigo

198: "(...) *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*".(Brasil, 1988)

E retornamos ao começo da vigência do modelo italiano, que pode ser retraçado à experiência de abertura do Hospício Público de Gorizia, quando Franco Basaglia, auxiliado por alguns colaboradores, assumiu a sua direção. Homem de esquerda, influenciado por Gramsci e por Sartre, Basaglia, aplicava em sua prática o pensamento dialético. Além destas influências, em seu período como professor universitário, fez uma extensa leitura da filosofia fenomenológica, o que também imprimiu uma marca profunda na forma como passou a se dirigir aos “loucos” e a tratar a “loucura”. Ao assumir o hospital de Gorizia aplicou praticamente os ensinamentos trazidos da experiência das Comunidades Terapêuticas inglesas, da Psicoterapia Institucional francesa e da leitura feita por Goffman sobre as instituições totais. (Rotelli, 1983; Lovell, 1987; Amarante, 1996)

Baseado na orientação fenomenológica, Basaglia aplicou em sua abordagem da enfermidade mental a *epochè* husserliana, isto é, "*punha-se entre parênteses*" a doença (loucura) quando o profissional abordava o indivíduo dito louco, e o que passava a estar em questão seria aquele ser humano específico e não a doença. Os diagnósticos psiquiátricos acarretariam o etiquetamento e a estigmatização do "doente", e isto começaria no momento em que o médico se aproximava daquele munido de seu arsenal teórico-científico para, a partir dos sintomas, poder traçar o diagnóstico. Inevitavelmente, seria apenas "*o fantasma de uma doença*" que o profissional encontrava, e não o homem à sua frente, porque este lhe escapava após ter sido aprisionado pelo rótulo e forçado a assumir um novo papel social. Esta situação implicaria num "*cancelamento*", situação em que o paciente e o médico se ausentam do encontro: o primeiro, porque lhe foi imposta uma rotulação à qual corresponde um papel pré-determinado; e o segundo, porque foi obrigado a posicionar-se conforme aquilo que a técnica e a ciência postulam, isto é, obrigado a adotar uma postura (equivocada) de neutralidade científica. Seria preciso que o médico percebesse que se ficasse preso ao nível técnico-teórico, não atingiria a doença mental tal como se apresenta nas situações de institucionalização, e manteria uma relação com aquela que não escaparia ao ideológico. Nesta relação ficariam, de

um lado o médico que vê a doença como "*incompreensível*" e do outro, o doente aprisionado em nome de sua "*incompreensibilidade*"⁹. Para se atingir uma compreensão sobre o doente seria necessário que se chegasse até ele a partir da realidade tal como esta se apresentasse, e assim o diagnóstico psicopatológico correto, ao mesmo tempo, teria e não teria importância. Em suma, o que deveria ser levado em conta seria o nível de regressão em que aquele indivíduo se encontrasse no momento da abordagem, e ao qual chegou devido à história que viveu¹⁰ ou, dito de outro modo, à institucionalização que sofreu. (Basaglia, 1967)

Ao nosso ver, estas primeiras elaborações basaglianas sobre a loucura e sua institucionalização, se encontrarão na base de boa parte dos trabalhos daqueles que lhe sucederam. Por exemplo, Rotelli, ao discursar na abertura dos trabalhos da *Sessão "Sujeitos e Comunidade"*, do Congresso Internacional "Franco Basaglia: a Comunidade Possível", que aconteceu em Trieste no ano de 1998, ressaltou a importância de se garantir aos sujeitos o poder de narrarem suas vidas, ao invés de serem submetidos ao saber descritivo e catalogador das ciências psicológicas e psiquiátricas.

A história das vidas, a biografia das mulheres e dos homens são ao contrário as únicas formas críveis de resistência às psicologias atuais. Muito caminho cultural, talvez científico, deve ser percorrido para refundar as psicologias sobre os percursos de vida, de ambiente, de projeto existencial dos indivíduos e dos grupos, das solidões e dos coletivos, das etnias e dos pertencimentos. E enfim, religa-os aos dados históricos, às paisagens humanas, às suas evoluções e involuções, ao desenvolvimento e à regressão, macrosociais ou microcontextuais. (Rotelli, 1998)

Basaglia e seus seguidores efetuaram uma escolha por uma psiquiatria que recusava "*a estéril 'literatura' psiquiátrica e o estéril relacionamento puramente humanitário*" em seu contato com a loucura, mas que pelo contrário optava por "*uma psiquiatria que constantemente quer encontrar a sua comprovação na realidade e que nesta encontra os elementos de contestação para contestar a si mesma*". (Basaglia, 1987) Neste sentido eles se colocaram numa posição que era, ao mesmo tempo, científica e política, e que os obrigava a um embate com as duas faces que constituíam a realidade do "doente": "*aquela de ser um 'doente', com uma*

⁹ Criamos este neologismo na falta de uma melhor tradução da palavra italiana "incomprensibilità".

problemática psicopatológica (dialética e não ideológica) e aquela de ser um 'excluído', um estigmatizado social". (Basaglia, 1964). Di Vittorio ao comentar esta passagem cita mais uma fala de Basaglia: "Seria necessário considerar o doente mental como 'um problema a ser vivido no corpo mesmo da nossa realidade social', ao invés de continuar a evita-lo, e a vive-lo como uma realidade científica". (Di Vittorio, 1999: 57) Donde Rotelli ter afirmado posteriormente que o objeto da psiquiatria seria a "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social", e que para se estabelecer uma relação terapêutica com o doente seria necessário libertar-se da separação artificial que se construiu entre a doença ("objeto fictício") e a "existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade". (Rotelli, 1990: 90)

A institucionalização, ao propiciar que o estigma seja acrescentado à doença, deveria ser vista como um ato de violência - um crime - que era perpetrado contra o indivíduo que sofria mentalmente. O sujeito que portava um distúrbio mental, ao ser institucionalizado (e aqui não nos referimos apenas à institucionalização em ambientes asilares, fechados, ela pode ocorrer também numa relação médico-paciente em regime de portas abertas), passava por um processo de objetivação que o destituía de sua singularidade, de sua individualidade. Ele era homogeneizado e desaparecia no seio da instituição, era subtraído da vida, e passava a experimentar uma invisibilidade e uma negatividade sociais. Por isto falar de direitos ou de cidadania na situação de institucionalização poderia se transformar também em pura "literatura", se não houvesse um comprometimento com a luta pela desinstitucionalização da loucura e dos equipamentos que surgiram (e possam vir a surgir) ao seu redor.

Mas neste ponto cabe indagarmos como, na realidade, Basaglia e seu grupo lidaram com a desinstitucionalização? Precisamos então retornar ao relato do percurso histórico da experiência italiana.

Em Gorizia, o grupo basagliano seguiu "*grosso modo, os pressupostos da Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones*" e também se deixou influenciar pela experiência da Psicoterapia Institucional francesa, com o intuito de criar um tipo de

¹⁰ Sua história, ou como diria Goffman, sua carreira. (Goffman, 1974)

comunidade que levasse em conta tanto os fatores psicodinâmicos quanto os fatores sociológicos. Sobretudo, a radicalidade desta experiência foi a de ter procurado auxiliar os internos a atingirem um estágio em que pudessem lidar com as contradições da realidade, inclusive com aquelas que surgissem de seu confronto com a autoridade do médico. A este respeito, quando ainda diretor do hospital de Gorizia, Basaglia dizia:

Recusamos, seja o Hospital Psiquiátrico institucionalizante seja aquele que [opere] com base no paternalismo, tendemos essencialmente a criar uma situação na qual o doente seja estimulado a posicionar-se frente à realidade, e em seguida frente ao médico e à organização hospitalar, da qual aquele, aos seus olhos [do doente], é a expressão mais imediata. A oposição do doente ao médico, à autoridade hospitalar, não é mais que o primeiro passo em direção ao reforço de seu Eu debilitado de forma que lhe permitirá enfrentar a realidade e suas contradições. (Basaglia, 1967)

A partir da experiência no Hospital de Gorizia, Basaglia passou a defender a idéia de que não bastava modificar o ambiente e as relações dentro do asilo, era necessário que este "rompimento de muros" fosse algo mais que a construção de um "*gueto dourado*". Era necessário destruir a instituição, quer dizer,

(...)reintroduzir a vida, ou seja a história e a humanidade, as mudanças, as discussões, as escolhas, e finalmente a liberdade. (...) Destruir a instituição fechada nas suas certezas, é sobretudo enfrentar o fora através da autoridade que a instituiu. O que instaura e perpetua a segregação de fato, são menos os muros da instituição que a jurisdição de exceção a qual define seus pensionistas como cidadãos de segunda categoria. (Castel, 1983)

A adoção desta postura radical implicou, portanto, na crença de que para além das intervenções técnicas necessárias, era preciso se modificar a relação que a sociedade estabelecia com seus "loucos", e também transformar profundamente os costumes e a legislação. Basaglia acreditava que a radicalidade de um posicionamento só fazia sentido se estivesse engajado numa prática, e que uma vez instalada, esta prática radical nunca poderia ser completamente "*recuperada*", mesmo se os que nela estivessem envolvidos, fossem comprometidos com princípios não radicais.

Diríamos que a experiência italiana foi uma utopia concreta no sentido em que Bloch preconizava, uma "*utopia da realidade*", ou ainda, como usar a terminologia basagliana, uma "*utopia prática*". As tentativas reformistas que

antecederam a Reforma Italiana teriam falhado porque, ao aspirar pelo asilo ideal, ou pela comunidade ou sistema territorial bem equacionados, não conseguiram atingir o ideal utópico a que aspiravam, acabando por instaurar um novo custodialismo ou uma nova forma sutil de dominação nas quais se revelava, ou se redescobria, a emergência de um (outro) tecnicismo ou profissionalismo. Na realidade, mais que utópicas estas propostas demonstraram-se ideológicas, pois apesar de preverem um futuro em que o quadro existente seria aperfeiçoado não conseguiram romper verdadeiramente com o paradigma antigo. Ao contrário, o grupo italiano queria, através de suas ações, abrir uma brecha para que a ordem existente pudesse ser quebrada. (Scheper-Hugues & Lovell, 1987: 2-3)

A propósito da importância da prática como motor da mudança que se busca na utopia, Basaglia, em palestra que proferiu em São Paulo, se posicionou da seguinte forma: "*Então eu coloco a seguinte alternativa: o **pessimismo da razão**, conforme o escrito, ou o **otimismo da prática**. E é somente com este que podemos mudar o mundo, senão ficaremos sempre escravos dos ditadores, dos militares e dos médicos*" (Basaglia, 1979a: 25)

Foi em agosto de 1971, quando passou a trabalhar no Hospital Psiquiátrico de Trieste, que ele pode experimentar de uma forma mais completa não só a desmontagem do hospital, mas o seu projeto de desconstrução e desinstitucionalização da loucura. Com a experiência em Gorizia, Basaglia e seus colaboradores haviam aprendido que para levar a cabo a tarefa de esvaziar o hospício, as intervenções não poderiam se limitar ao espaço institucional propriamente dito. Para isto, consideraram necessário tanto que os habitantes da cidade recebessem os internos, os acolhessem ou, ao menos, os aceitassem (ou seja, urgia devolve-los à cidade e aos seus moradores), como que os médicos fossem destituídos da tutela sobre os "loucos", delegada a eles no passado.

Poderíamos dizer de um modo um pouco poético que da colina onde se localiza o imenso Parque San Giovanni, no qual os pavilhões hospitalares foram construídos, se invadiu Trieste. E a festa de Marco Cavallo, em 1973, simbolizou esta tomada da cidade e de seus territórios. O evento conhecido por este nome começou por um trabalho de reconstrução das histórias de vida de alguns pacientes

do Hospital, que por sua vez ocasionou a construção de uma grande escultura na forma de um cavalo azul. Ao ficar pronta, esta foi carregada para fora do pavilhão e dos muros institucionais numa passeata que contou com os pacientes, os médicos, os enfermeiros e os artistas da comunidade (ou de outros lugares) que participaram da sua construção. Durante o percurso foram distribuídos à população panfletos em que se denunciava a dura realidade do manicômio e se conclamava os políticos e administradores a se posicionarem. (Barros, 1994: 86)

Portanto, a necessidade de que se instalassem novos recursos de assistência fez com que se procurasse a cooptação dos triestinos para que apoiassem o projeto, porém isto só foi possível porque se abriu espaço para o confronto e o embate, em duas frentes. Primeiramente, foram criados meios pelos quais se estabeleceu um canal de comunicação entre os trabalhadores e usuários do Hospital e a comunidade, através do qual a contradição entre "periculosidade / controle do doente" era posta em discussão. A abertura deste debate permitiu que emergissem questões atinentes às diversas formas em que os dois lados deste par contraditório podiam se manifestar ou no comportamento das pessoas dentro da instituição (fossem usuários, fossem operadores), ou no próprio funcionamento institucional. Com isto se pode por em debate os preconceitos e os vínculos normativos que limitavam o acesso do doente aos recursos da cidade. Em segundo lugar, a transparência com que as decisões eram tomadas, tornava visível para todos as escolhas feitas, e fazia com que os operadores assumissem a responsabilidade por cada uma de suas decisões ao longo do processo, o que se por sua vez, estabeleceu uma profunda ligação entre eles e os usuários. (Basaglia, 1979b)

Dell'Acqua, que atualmente dirige o Departamento de Saúde Mental de Trieste, resumiu sinteticamente o trabalho de Basaglia e de seus colaboradores para alcançar as mudanças na Saúde Mental triestina em três temas:

- O fechamento do hospital psiquiátrico como crítica na prática¹¹ da cultura e da clínica psiquiátrica, reconhecendo no fim da grande utopia do manicômio a falência da psiquiatria.

¹¹ No original o autor usa a expressão "nella prassi" mais duas vezes além desta, para ressaltar o cunho eminentemente prático destas ações.

- A construção de uma rede de serviços concretamente alternativos como busca na prática de culturas e procedimentos inovadores e portanto necessariamente diferentes.
- O lema 'o doente e não a doença' no centro da busca para se produzirem percursos terapêuticos, reabilitadores e de emancipação como construções na prática das participações ativas dos usuários nos serviços como atores de mudança. (Dell'Acqua, 1998)

A rede triestina de serviços "extra-muros" de saúde mental foi se instalando, gradualmente, desde antes do ano do fechamento do hospital. Dentre estes equipamentos assistenciais os mais importantes foram os assim chamados Centros de Saúde Mental (CSM), que ficavam abertos 24 horas, e eram vinculados aos diversos territórios em que se dividiu a cidade. Barros assim os descreve: *"Os CSM são centros sociais, dotados de sete a oito leitos (um leito para cada 5000 habitantes) [que] oferecem refeições, são lugares de encontro e tratamento, e de onde parte grande número das iniciativas de ações territoriais"* (Barros, 1994: 118)

Segundo a mesma autora, além deste Centros, em número de sete, a rede assistencial triestina, em 1987, era composta da seguinte forma: 1 serviço de emergência psiquiátrica; 37 apartamentos residenciais (alguns de propriedade pública, outros não, sendo apenas geridos pelos operadores dos CSMs); 7 oficinas de atividades artesanais, artísticas e socialização; 5 cooperativas de trabalho (empresas sociais); 1 comunidade terapêutica para toxicod dependência; 1 centro médico de assistência social (para drogadição); 1 serviço de apoio educacional para os usuários dos CSMs; 1 grupo de profissionais com 2 técnicos de cada CSM para o serviço psiquiátrico junto ao presídio de Trieste; 1 alojamento para voluntários. (Barros, 1994: 118)

A luta basagliana deixou marcas profundas não só na Itália, mas no mundo, e Trieste ainda serve como exemplo e referência para a implantação de sistemas alternativos em Saúde Mental. Com certeza, aqui no Brasil fomos fortemente influenciados por ela¹², e muito do que se fez, ou se está fazendo, partiu de uma reflexão ou reelaboração de suas propostas e resultados.

¹² Até hoje acontecem intercâmbios entre profissionais brasileiros do Campo da Saúde Mental e profissionais italianos ligados ao movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, e não apenas com os triestinos mas também com outros de diferentes cidades. Inclusive, aqui no Rio de Janeiro, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvlado Cruz, em convênio com instituições italianas das

3.2 Tutela, periculosidade e cuidado

Na origem das reformas psiquiátricas parece se encontrar a questão dos direitos dos indivíduos "loucos", isto é, de sua cidadania. Pois, quando há 200 anos atrás, se postulou a humanidade do "louco", ficou determinado que deveria lhe ser dispensado um tratamento diferenciado, e ele foi entregue à responsabilidade dos médicos, que lançaram mão da medida de contenção asilar. A partir daí, como já visto anteriormente, se teceu ao redor do asilamento uma teia de discursos que o justificam, defendendo as práticas desenvolvidas em seu âmbito.

No asilamento, após o seqüestro e a contenção do indivíduo "louco", também lhe é usurpada a cidadania. Isolado do resto da sociedade, passa a viver num ambiente ordenado de forma a facilitar o tratamento, que o coloca numa posição de submissão e dependência em relação ao médico e aos demais funcionários do asilo. O insano é privado não só de sua liberdade de ir e vir: fica impedido de gerir seu próprio corpo e a totalidade de sua vida e perde (ou são diminuídos, consideravelmente) a maioria de seus direitos, sejam eles civis, políticos ou sociais. Torna-se um indivíduo tutelado, sem poder de contratualidade, ou seja, um não cidadão, ou então, na melhor das hipóteses, um cidadão de segunda categoria.

Na maioria das experiências de Assistência, este estado de coisas não se modifica apenas pela mera substituição do paradigma de tratamento asilar pelos outros que cuidam do louco sem retirá-lo de seu ambiente "natural". A assistência, tanto a que empregue a contenção física, como a contenção química ou psicológica, tem ido de par com a tutelarização do louco. De qualquer maneira, o louco parece sempre terminar por ser considerado incapaz, irresponsável e perigoso: sua cidadania é cassada, seus direitos são diminuídos ou negados.

Reportemo-nos à discussão anteriormente feita sobre a idéia do Estado composto por cidadãos iguais, com direitos igualmente distribuídos e compartilhados, que surgiu na França republicana, a partir da Revolução Francesa,

idades de Trieste e Imola, oferece um curso de pós-graduação em Saúde Mental, que há alguns anos vem formando e aprimorando um contingente expressivo de técnicos provenientes de todo o Brasil.

ou seja, na época pineliana. A sociedade então idealizada, seria formada por homens livres, iguais e fraternos e se supunha que as relações entre estes seriam regidas por contratos que eles teriam o poder de estabelecer.

Porém, nem na França daquela época, nem na atualidade, todos os homens foram, ou são, cidadãos do mesmo modo. O que se verifica historicamente é que o ideal revolucionário da igualdade, liberdade e fraternidade tem exercido apenas uma função ideológica – a de sustentar a ordem sócio-econômica estabelecida (burguesa), ao mesmo tempo que alguns homens não gozam de autonomia cidadã, nem têm poder de contratualidade, pois são submetidos a, ou comandados por, outros, a quem é dado o poder de decidir por eles sobre aspectos fundamentais de sua vida. Ao invés de eles mesmos terem o direito de estabelecer contratos, são tutelados, isto é, interditados em sua cidadania.

O asilamento do "louco" e sua tutelarização pelo médico desmente o mito da libertação pineliana. A sua *moralização* implica na sua submissão e na entrega de qualquer direito ou poder que tivesse sobre si, ao alienista. Neste momento de destituição de seu poder contratual em que seus direitos de cidadania são cassados, é preciso que se proceda a um arranjo que legitime a assunção destes direitos pelo dispositivo médico-assistencial. É aqui que se pactua a aliança entre a Medicina e o Direito, que passa a dar sustentação a todo o dispositivo médico-assistencial.

Numa leitura histórica, o caso do julgamento de Pierre Rivière exemplifica como, na França, algumas décadas após o surgimento concomitante do asilo e da psiquiatria, estabeleceu-se a irresponsabilidade dos loucos. Para Delgado, solidificou-se naquele momento uma *“aliança indestrutível”* entre as ciências médica e jurídica, e por um *“deslocamento horizontal de mão dupla”* passou-se a afirmar não só a irresponsabilidade penal, mas também a incapacidade dos doentes mentais para os atos da vida civil. (Delgado, 1992: 32)

No Brasil também foi possível verificar o começo desta aliança, que porém, aconteceu mais tardiamente, na passagem do século XIX para o século XX, como nos aponta Magali Engel em seu livro sobre a história da constituição da loucura no Brasil. A Lei nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 legitimou de uma vez por todas o direito dos médicos de internarem os *“loucos que ‘cometessem desatinos em público’*

colocando em risco a vida e a segurança individual dos cidadãos”. (Engel, 2001: 261)

Foi a partir de casos judiciais como o de Pierre Rivière, na França, e, entre outros, o de Ernestina, no Brasil ¹³, que se reforçou a idéia da necessidade da tutela do "insano", incapaz e irresponsável, que, necessariamente, é tratado como perigoso ou portador de risco.

Entretanto, a periculosidade só deveria ser atribuída a alguém como uma *probabilidade* e não como uma *qualidade*, porque apenas após a ocorrência do ato violento se poderia ter a prova do perigo (Castel, 1991: 283). Note-se que, a periculosidade e o risco não trazem em si a afirmação de uma certeza, dizem antes de uma hipótese: a de que haveria no indivíduo perigoso, ou portador de risco, a *possibilidade* de que venha a praticar um ato violento e imprevisível.

A periculosidade é uma noção profundamente paradoxal e bem misteriosa, já que traz implícita ao mesmo tempo a afirmação de uma qualidade imanente ao sujeito (ele ou ela é perigoso(a)), e uma mera probabilidade, um quantum de incerteza, dado que a prova do perigo só pode ser dada após o fato, no caso em que a ação temida realmente ocorra. (Castel, 1991: 283)

A justificação da tutela pelo argumento da periculosidade, ampara a prática assistencial psiquiátrica e o asilamento, e ao mesmo tempo, ao nível dos discursos, coloca a Psiquiatria como um campo prático-discursivo específico, em que a ciência médica se articula, inicialmente com o Direito, e mais tarde com outros ramos do saber.

A partir dos movimentos de reforma mais recentes, cada vez mais se passa a repensar a questão do cuidado e da atenção no referencial deste Campo. Por isto, sem a pretensão de estarmos atingindo a profundidade necessária, apresentaremos uma das visões possíveis sobre o “cuidado”.

Em seu livro sobre o cuidado, Leonardo Boff o define como a “*ótica*” da qual poderá surgir uma nova ética. “*Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo.*”

¹³ Ao contrário do que aconteceu com outros indivíduos, Ernestina acabou ganhando na Justiça, o direito a ser reconhecida como sã e a ser desinternada. (Engel, 2001)

Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro.” Para ele, no modo-de-ser do cuidado buscamos um futuro melhor, através da ação que reconhece aos outros seres como sujeitos, e não os toma como objetos – no cuidado, saímos da relação sujeito-objeto para uma relação sujeito-sujeito. Enfim, cuidar é afinar-se, ter intimidade, entrar em sintonia, acolher e respeitar. É por uma lógica do sentimento (*pathos*) e não por uma lógica racional (*logos*) que cuidamos do outro, da natureza, enfim da vida. Por isto é que, frente a uma situação de exclusão ou de privação de direitos, o cuidado, em sua face política, nos leva à adoção de (e ao compromisso com) duas atitudes: a da firme denúncia da opressão e a do total comprometimento com o oprimido (no sentido de colocar-se ao seu lado, de ser solidário). (Boff, 1999)

Já na Reforma Psiquiátrica Italiana foi dada muita atenção ao papel do cuidador, ou operador, na tarefa da desinstitucionalização. Na medida em que se pautaram por uma orientação dialética, os italianos compreenderam, desde Gorizia, que para “derrubar os muros” que continham a loucura, era necessário deixar emergir todo tipo de contradições, entre elas a do lugar do cuidador. A libertação do “louco” ocorre na medida em que também o psiquiatra se liberta, como o que acontece numa relação escravo-senhor.

Mas a óbvia descoberta da liberdade na qual o psiquiatra parece estar junto, pressupõe que este conheça sua própria liberdade: isto é, a superação de uma relação objetiva com o paciente, no qual não pode ver apenas um objeto isolado de estudo ou de análise, que se lhe oferece numa relação alienante de escravo-senhor. (Basaglia, 1964)

Uma transformação radical das práticas de atendimento exige uma modificação do referencial teórico e do estatuto jurídico da loucura, mas também passa por uma horizontalização das relações entre cuidadores e usuários, um “colocar-se ao lado”, um acolhimento, ou seja, um cuidado. Um re-posicionamento dos próprios técnicos frente à questão da cidadania do “louco”, tanto quanto de sua própria cidadania. Há que se pensar (ou repensar) um “contrato” entre usuário e técnico, que rompa com a tradicional tutela, e permita, por um lado, ao primeiro aceder à cidadania e, ao segundo, o exercício de sua responsabilidade profissional (que é a de tratar, cuidar). Para isto seria necessário que ambos pudessem afastar de

si o que lhes foi imposto historicamente, que pudessem se desalienar: o primeiro através do deslocamento de seu duplo, que é tudo o que lhe foi imposto ao longo de seu processo de institucionalização; e o segundo através de duas vias: a da compreensão de que toda escolha técnica é um ato político, e a da compreensão de que está frente a um outro sujeito (que é o “doente”) e não do objeto loucura.

Na Itália se usa a expressão “*presa in carico*”¹⁴ (que tem sido traduzida por “assumir a responsabilidade” ou responsabilizar-se) para significar que os operadores e o Serviço assumem a “*função de referencial ativo para demandas*”, e que através da “*prática quotidiana da presença*”, explicitam a “*intenção de estarem ao lado do paciente*”. Critica-se neste sentido, a distância que tradicionalmente é associada ao papel do profissional, e também se recusa o papel antigo de executor do controle social. Estas velhas atribuições serão desconstruídas e reelaboradas no território, por operadores, pacientes e demais envolvidos na situação que ali está se apresentando. “*Assumir a responsabilidade quer dizer, então, assumir a demanda com toda a carga social associada ao estado de sofrimento*”. (Dell'Acqua & Mezzina, 1987)

O responsabilizar-se abriga uma dimensão de acolhimento, feito a partir da escuta verdadeira, que permite saber por onde se pode ir. Em certos momentos, pode ser esperar para que o novo caminho seja apontado, em outros pode ser tomar a dianteira e proteger, sem que se caia no velho modo da tutela. Ao nosso ver, o que está em jogo é a responsabilização tanto do profissional como do usuário, é a responsabilidade dividida entre o que cuida e o que é cuidado (mesmo que, em alguns momentos desta divisão, o primeiro tenha que ficar com a maior responsabilidade já que é “*a referência ativa*”, como dissemos acima). O cuidado do usuário baseado no território provoca o descentramento de antigos papéis e a recusa de posições tradicionalmente ocupadas (é o cuidador que abandona antigos papéis aprendidos na sua trajetória profissional, é aquele que é cuidado que sai de um lugar passivo, são os modos antigos de se estabelecer relações sociais que são substituídos, é a mudança das representações sociais da loucura como perigosa, etc), mas principalmente impõe o rompimento da relação tutelar, entre cuidador e quem é cuidado.

O cuidado seria a expressão da solidariedade (e não da caridade ou da filantropia) porque nele se reconhece o direito do outro de se expressar não apenas em suas necessidades e seu sofrimento, mas também em sua diferença. O diálogo que se estabelece na relação de cuidado solidária não apaga a pluralidade existente entre os que são cuidados e o cuidador mas, ao contrário, como diz Caponi, a fala dos próprios "desafortunados" denuncia a dissimetria das condições e justifica a ação. Assim, é em nome de um desejo de universalização da dignidade humana, que se age solidariamente. E por outro lado, o agir só é solidário quando se possibilita e se acolhe a fala do outro. (Caponi, 2000: 35-36)

"A solidariedade precisa, para poder existir, do respeito, da admiração, do reconhecimento do outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar assistência. A pessoa sujeita a uma necessidade não reclama ser protegida. Não quer nem o olhar piedoso, nem o isolamento: ela exige poder inserir-se em uma rede de vínculos em que seja reconhecida como um igual em orgulho e dignidade." (Caponi, 2000: 95)

Estranho lugar este que o "louco" ocupa na sociedade ocidental a partir da época moderna. Primeiramente, foi isolado dos demais homens, depois já no despontar da era contemporânea, viu-se destacado do fundo confuso do Hospital Geral e aprisionado por um dispositivo de poder/saber, que se manifestou pelo asilamento, classificação e moralização, e que submeteu-o a um estatuto de indivíduo tutelado. Em nome da diferença e de uma possível periculosidade, seus direitos de cidadania (de igualdade) foram seqüestrados e ele ficou fora da ordem contratual. Enfim, parece se ter iniciado, a partir de um certo momento histórico, um jogo de exclusão/inclusão, de dentro/fora, que tem sido executado através de movimentos, por vezes alternados, por vezes complementares, que produzem a não-cidadania dos "loucos". A tarefa de uma Assistência em Saúde Mental comprometida com o resgate da cidadania não pode se furtar a um rompimento com as relações de tutela, e a uma reconstrução dos percursos individuais e coletivos, através do que poderá produzir efeitos de desalienação.

¹⁴ Poderia ser traduzido também por encarregar-se, tomar o encargo, ou literalmente, "pegar a carga".

4

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a questão da inserção social

Os modelos teóricos e práticos de assistência em saúde mental vão chegar até nós brasileiros, influenciando-nos. Sem dúvida, tais referências históricas internacionais serviram como “caldo de cultura” na construção do nosso próprio caminho em busca de alternativas ao modelo clássico da psiquiatria. Em conjunto com tais influências, desde já há algum tempo, têm acontecido vários contatos entre os profissionais brasileiros e estrangeiros envolvidos em alguns destes processos de reforma citados, que influenciaram decisivamente o panorama nacional da Assistência em Saúde Mental.

Um exemplo marcante foi a vinda de Franco Basaglia, na década de 70, que deu origem a uma intensa troca não só entre ele e os trabalhadores de Saúde Mental que o ouviram, mas também, após seu falecimento (que ocorreu em 1980, relativamente pouco tempo depois), entre outros representantes da Reforma Psiquiátrica Italiana e os profissionais brasileiros. Nas visitas que Basaglia fez ao Brasil, quando ele apresentou a realidade da Reforma Italiana, os trabalhadores em saúde mental brasileiros aproveitaram para denunciar, com forte repercussão na mídia, as condições desumanas em que viviam os nossos doentes mentais internados em hospícios (particularmente os de Barbacena, Minas Gerais).

A seguir, ao apresentarmos a história da assistência em saúde mental brasileira, poderemos mais uma vez constatar como os diversos modelos estrangeiros têm marcado e influenciado os profissionais e os gestores do Campo da Assistência em Saúde Mental no Brasil¹. Parcialmente, foi a partir destas interlocuções que se chegou aos modelos e às políticas de Saúde Mental adotados ao longo destes quase

¹ Poderíamos dizer que provavelmente os modelos “genuinamente” nacionais de Psiquiatria só podem ser encontrados em nossa Literatura. E definitivamente, Simão Bacamarte ainda é o melhor exemplo de “brasileiro”, a adotar um modelo radicalmente singular e próprio de psiquiatria. Em “O alienista”, Machado de Assis nos narra que, ao final, após aplicar e testar todos os conhecimentos adquiridos no exterior, o personagem principal resolve devolver os habitantes à cidade, indo ele mesmo, sozinho, ocupar o asilo. Ou seja, após intensa experimentação, todas as teorias estrangeiras são abandonadas

200 anos. Mas é importante frisar que não estamos dizendo que se tratou de um puro e simples transplante de idéias. É evidente que, em todos os casos, houve uma síntese, já que para se implementar os postulados estrangeiros era necessária uma releitura dos mesmos, ou melhor dizendo, uma confrontação dialética daqueles com nossa realidade sócio-cultural-histórica. E caso tal não acontecesse ao nível do discurso, a própria prática, como não poderia deixar de ser, tornava imperativas estas modificações.

A história do Campo da Assistência em Saúde Mental no Brasil, que mais recentemente tem sido chamado de Campo da Atenção Psicossocial, nos permitirá abordar as diferentes linhas de forças que o atravessam, ou dito de outro modo, os diferentes recortes pelos quais ele pode ser apreendido. E aqui vale lembrar que são estas linhas de força (ou estes recortes) que o configuram, isto é, na medida em que se referem a diferentes modos de fazer-pensar, podem nos permitir vislumbrar sua verdadeira face e captar quais são as questões surgidas em seu interior.

Na interseção das questões surgidas historicamente no Campo, tais como a da cidadania do indivíduo que sofre mentalmente, com aquelas surgidas do momento sócio-histórico em que vivemos, qual seja a da nossa “questão social” hoje, coloca-se o desafio da inserção social deste indivíduo em particular. A tão falada inserção social daqueles que experimentam as *existências-sofrimento* (para usar a mesma expressão que Rotelli usou), passa pelo questionamento do tipo de assistência que lhes é prestada.

Ao se discutir a contratualidade dos usuários, isto é, em última instância a discussão de quais são os seus direitos e deveres, o que se apresenta talvez seja uma ordem de indagações muito mais ampla, sobre quais seriam as possibilidades do exercício da cidadania, sem adjetivações, para todos os brasileiros. O sujeito-inserido é aquele sujeito-cidadão que tem poder contratual, mas esta condição é dada a quem? Até os próprios profissionais do Campo partilham muitas vezes com os usuários condições de vida em que sua contratualidade é ainda um direito ténue.

pelo alienista, que cria a sua própria, e, de certa forma num estilo prematuramente antropofágico, ela o fagocita.

Para o usuário, muitas vezes, já de saída é negado o mínimo direito de participar das decisões pertinentes ao seu próprio tratamento. Em qual serviço, os usuários participam das Reuniões de Equipe? O poder técnico, agora já muito mais partilhado pelo médico com os demais profissionais, é ainda imposto, na maioria das vezes, sobre aquele, seja de uma forma discretamente inflexível, seja por via de uma suave paternalização. O embate, a dialetização das relações, indispensável a uma real desinstitucionalização é evitado, ou minimizado. E assim se podem criar situações apascentadoras, nas quais se terá a ilusão de se estar lidando com indivíduos satisfeitos, cômnicos de seus direitos e deveres, e que por isto estão sendo (ou já teriam sido) inseridos na corrente majoritária.

Um outro problema que surge e que interfere no processo de inserção social dos portadores de sofrimento psíquico, ao nosso ver, são as visões que privilegiam alguma(s) da(s) esferas ou campos de atuação da Assistência em Saúde Mental, em detrimento dos outros, o que no mínimo restringe o escopo da inserção pretendida. Isso vem acontecendo em algumas das experiências em curso no país, nas quais é dada importância quase que exclusiva às questões técnico-assistenciais, e se abandona ou relega a um segundo plano as questões dos campos teórico-conceitual, sócio-cultural e político-jurídico.

4.1 A Saúde Mental no Brasil: gênese, reformas e divisões

Nos primeiros 300 anos de nossa história como periferia do mundo ocidental, fomos apenas uma das colônias sob o jugo de Portugal. Talvez aquela de onde mais extraiu-se riquezas, que muitas vezes os portugueses utilizavam para saldar dívidas com a Inglaterra, país em franca ascensão em termos de poder econômico e político no panorama mundial, ao contrário de Portugal, que definhava e perdia a importância de que havia desfrutado na Época dos Descobrimentos (século XV). Foi, portanto, nesta conjuntura colonial que o **social** brasileiro se constituiu, e o ideal da caridade cristã colocado em prática através de Confrarias e Irmandades religiosas ou laicas serviu para manter sob controle aquelas parcelas da população formadas por

diferentes tipos de desvalidos e necessitados que poderiam escapar ao controle político e acirrar a questão social.

Para Rezende, nestes primeiros séculos, provavelmente os “loucos”, se fossem pobres, perambulavam pelos espaços públicos, objetos da caridade alheia ou da chacota, e se pertencessem à classe dos senhores, viviam em reclusão doméstica, afastados do convívio social. No caso dos primeiros, na contingência de agirem agressivamente ou de forma indecorosa, ameaçando a ordem pública, é possível que fossem postos nas cadeias públicas, sem que nelas se demorassem por muito tempo. No começo do século XIX, os “loucos” passaram a ser enviados a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, instituição de caridade dirigida por leigos, membros de uma Irmandade, que a princípio acumulou várias funções e prestou diferentes tipos de serviços assistenciais e sociais à população da cidade, mas que com o tempo concentrou-se em atividades hospitalares e de assistência médica. (Gandelman, 2001) Ali, entretanto, não lhes dispensavam qualquer cuidado médico, e era nos porões ou nas dependências mais insalubres de suas instalações que ficavam amontoados. (Resende, 1997) Descritos como “*infelizes*” ou “*miseráveis*”, não eram vistos nem tratados como doentes e ficavam expostos à exibição pública, pois que não era incomum que visitantes fossem vê-los para apreciar seus comportamentos bizarros. (Engel, 2001)

Foi a partir da elevação do Brasil a Reino Unido, que iniciou-se um processo de re-ordenamento do espaço urbano, do qual a Medicina participou ativamente. O nascente Estado brasileiro respalda esta empreitada de medicalização do social da qual emergiu, entre outras coisas, a psiquiatria brasileira. Este começo do poder-saber psiquiátrico pode ser retrocedido a 1830, quando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro fez um diagnóstico da situação dos loucos na Corte, e se iniciou o debate público sobre a loucura, se atribuindo aos médicos a responsabilidade sobre ela, já que ela passou a ser caracterizada como doença mental. (Engel, 2001: 119)

Curiosamente, o decreto de 18 de julho de 1841, que autorizou a construção do primeiro hospício para alienados, marcou a chegada de D. Pedro II à maioridade e celebrou a sua coroação como Imperador. No entanto, o Hospício de Pedro II levou muitos anos para ser construído, e só foi inaugurado em 1852, na então distante Praia

da Saudade, no Rio de Janeiro. A distância entre a edificação e o núcleo mais habitado da cidade garantia a observância do princípio de isolamento pineliano, mas tal só ocorria parcialmente já que os visitantes tinham acesso “às salas públicas e aos corredores”, e fosse necessária uma licença especial apenas para se visitar seu interior. Além da beleza arquitetônica do prédio e do pitoresco do lugar em que foi situado, o espetáculo da “*loucura humanizada*”, atraía os habitantes da Corte, além de estrangeiros, que o iam visitar aos domingos (Engel, 2001: 203) O “*palácio de guardar doidos*”, construído em escala grandiosa e sob a influência da arquitetura do Hospital de Charenton na França, simbolizava o avanço que se fazia em direção à civilização e integrava o projeto de normalização da sociedade brasileira de acordo com os cânones ditados pela medicina. (Machado, 1978: 428-429)

Mas embora tenha sido construído para ser um hospital, o cuidado cotidiano dos doentes estava entregue a religiosas e sua direção ainda era de responsabilidade dos filantropos da Santa Casa. Já quase ao final do século, com a República, o Hospício foi completamente laicizado, e a sua responsabilidade foi entregue aos médicos, que enfim puderam reorganizá-lo de acordo com princípios técnico-científicos e torna-lo, inclusive, em um lugar de produção de conhecimentos científicos. (Amarante, 1994: 75)

Com a República, criou-se a Assistência Médico-Legal de Alienados, órgão governamental que tinha sob sua responsabilidade não só o velho asilo, que passara a se denominar Hospício Nacional de Alienados², mas também as novas Colônias da Ilha do Governador, a de São Bento e a de Conde de Mesquita. A retirada do poder da Irmandade da Santa Casa sobre o Hospício e a criação da Assistência Médico-Legal de Alienados, em associação com a lei federal sobre a assistência aos doentes mentais, aprovada em 1903, consolidaram a psiquiatria brasileira, legitimando-a como campo de produção de saber e de práticas especializadas. (Engel, 2001: 255)

² Aliás, várias outras Instituições Assistenciais que eram denominadas de acordo com nomes dos membros da família imperial – Pedro, Teresa e Isabel – tiveram seus nomes trocados. Assim aconteceu, por exemplo, com o Hospital Marítimo de Santa Isabel, que passou a ser chamado de Hospital Marítimo Paula Cândido.

Em um artigo sobre a história da Assistência Psiquiátrica no Brasil, Resende sintetiza a política (ele diz preferir usar a palavra *tendência* à palavra *política*) que norteou estas práticas ao longo dos anos:

“Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores. A história da assistência ao doente mental neste país, repita-se, não passa de uma monótona sucessão de volteios em torno desse tema central e, desde que enxugada da exaustiva citação de datas e decretos de criações de instituições (...), caberia com sobras numas poucas páginas.” (Resende, 1997: 36)

Já nas primeiras décadas do século XX, o modelo psiquiátrico de assistência asilar sofreu sua primeira reforma com a criação dos “*hospitais colônias*”, fruto da compreensão de que o trabalho, partilhado por uma comunidade, seria central para o tratamento dos loucos.

"A idéia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar". (Amarante, 1994: 76)

Foi a partir desta nova orientação que vários Hospitais-Colônia foram construídos no Brasil, como, por exemplo, em 1904, a Colônia de Alienados de Vargem Alegre, em Barra do Pirai (RJ), a que nos referiremos mais adiante. (Resende, 1997: 49)

No plano teórico, nossos médicos abandonaram a sua filiação ao alienismo francês (pineliano), baseado no tratamento moral e na compreensão da alienação como desregramento das paixões, para adotarem uma orientação mais moderna, na época, originada da psiquiatria alemã³, que era fortemente biologicista e preocupada com o estabelecimento da etiologia da doença mental. A disseminação dos princípios desta outra escola de saber psiquiátrico, introduziu no panorama da psiquiatria nacional o modelo de compreensão da doença em termos biológicos, isto é, o

biologicismo, como parâmetro para a explicação de fenômenos sociais, em suas diferentes manifestações.

Este deslocamento teórico deu margem a que surgisse um novo movimento, a Liga Brasileira de Higiene Mental, que preconizou uma intervenção da psiquiatria na sociedade através de um controle social a ser exercido com rigor pelo Estado, em moldes eugênicos, para a criação de uma raça saudável física e mentalmente. (Amarante, 1994: 77-78) Sob o manto de uma rígida cientificidade, na verdade, passou-se a um exercício ideológico, ao qual tornara-se caro o discurso sobre a periculosidade do doente e sobre o imperativo de se deter a reprodução da doença. Os indivíduos *perigosos* tinham que ser controlados para que se evitasse o surgimento de novos indivíduos *em perigo*. Há aqui, como se pode ver, um retorno à Morel.

Embora propusesse e se preocupasse fundamentalmente com a ampliação da atuação da psiquiatria para toda a superfície social, a ideologia difundida pela Liga reforçou a necessidade da existência do asilo, local por excelência do exercício psiquiátrico e da solidificação da psiquiatria como responsável pela reprodução da sociedade em moldes ideais, ou seja, depurada da doença e da degeneração.

Na República Velha, assim como no Estado Novo, foram construídos pelo poder público, hospícios e colônias psiquiátricas por todo o país, e ocorreu uma considerável ampliação dos contingentes de indivíduos internados. No entanto, nem sempre era de doentes mentais propriamente ditos que se tratava, pois como nos lembra Resende, ocorriam muitas internações ditadas por fatores estranhos à categorização médica (como no caso de arruaceiros, órfãos sem famílias etc). Na maioria destes estabelecimentos, o tratamento dispensado era o mais cruel possível, à exclusão e ao afastamento dos pacientes, de seu meio e de sua família, somavam-se freqüentemente, maus tratos, péssimas condições de acomodação e de higiene dos ambientes, e por vezes, alimentação insuficiente e inapropriada. O tratamento médico em si era dispensado de forma que deixava muito a desejar, e nos períodos de

³ Esta mudança de direção acontece quando a influência de Teixeira Brandão, diretor do Asilo Nacional e que seguia a escola francesa, é deslocada por Juliano Moreira, que era da escola alemã e dirigiu a Assistência Médico-Legal aos Alienados, de 1903 a 1930.(Amarante, 1994: 77)

internação, que às vezes se estendiam pelo resto da vida, não era incomum que o encontro do paciente com o médico responsável pelo seu caso acontecesse irregularmente. O recurso a medidas de contenção física (camisa de força, etc) ou a terapêuticas invasivas e aniquiladoras das capacidades mentais (choques insulínicos, lobotomias etc) faziam (ou passaram a fazer) parte da racionalidade médica e eram comumente empregadas. (Resende, 1994)

Este estado de coisas nos hospitais públicos continuou mesmo depois da década de 50, quando surgiram as drogas psicotrópicas, podendo-se dizer que ocorreu, ao contrário, uma potencialização do processo de psiquiatrização, pela produção de novos clientes e de novas demandas que tinham como pano de fundo as mudanças sócio-econômicas e culturais que o país viveu (industrialização, êxodo rural, inchamento das cidades, etc). Nestas décadas (50 e 60), a superlotação dos asilos era um fenômeno corriqueiro, que justificaria o recurso, por exemplo, aos “leitos-chão” (ou seja, pacientes dormindo no chão, muitas vezes sem mesmo um colchão ou coberta). Em tal panorama de desolação e miséria, as experiências pioneiras e absolutamente inovadoras como as levadas a cabo por alguns profissionais e seus seguidores – como aconteceu no Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, com o trabalho de Dra. Nise da Silveira que, baseada numa leitura da Psicologia Analítica de Jung, oferecia aos internos sob sua responsabilidade a possibilidade de expressarem plasticamente (pela pintura e escultura) seu mundo interior - eram exceções dramaticamente eloqüentes, que não conseguiram se generalizar e romper com lógica da segregação e abandono.

Até o começo da década de 60, o hospital psiquiátrico, com todas as suas deficiências e distorções, era praticamente o único recurso para a assistência e o "tratamento" (se é que seria adequado atribuir-lhe tal nome) de uma doença mental, para a maioria da população brasileira que não podia arcar com os custos de uma assistência privada. Apesar da influência da Liga, por exemplo, pouco se tinha avançado no sentido do estabelecimento de serviços ou instituições assistenciais em saúde mental, que trabalhassem em moldes ambulatoriais ou fora do enquadre da segregação asilar. Resende refere-se ao Ambulatório do Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, criado justamente de acordo com os moldes preconizados pela

já referida Liga, e de mais uns poucos ambulatórios criados pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (órgão federal de supervisão e implementação da assistência e política pública de saúde mental), a partir da década de 40 e que em 1961 somavam apenas 17 para todo o Brasil. (Resende, 1997: 54)

Nas décadas de 60 e 70 verificou-se um aumento significativo dos hospitais psiquiátricos privados subvencionados pelo sistema previdenciário estatal (Instituto Nacional de Previdência Social - INPS), e se passou a tratar a doença mental como uma mercadoria ou objeto de lucro. Neste quadro, quase a totalidade (97%) da assistência prestada em saúde mental era feita nos moldes da internação asilar. Estas internações nas clínicas ou hospitais psiquiátricos conveniados, em sua grande maioria, resumiam-se à prestação de cuidados que na verdade não eram muito dispendiosos, nem requeriam grandes sofisticções do ato médico ou da tecnologia a ser empregada: hospedagem; alimentação; cuidados de enfermagem que costumavam ser bastante limitados em sua complexidade (dispensavam a medicação, operavam uma "*vigilância*" do comportamento do interno no dia-a-dia, em alguns casos eram responsáveis pela aplicação de medidas de contenção) prestados, a maior parte das vezes, por auxiliares sob a supervisão de um profissional enfermeiro de nível superior; atendimento médico para prescrição da medicação (ou de algum ato dito terapêutico como a contenção física, ou a aplicação de um eletrochoque), avaliação do progresso do caso e decisão da alta.

De uma forma muito incipiente, os ecos do que acontecia no Campo da Saúde Mental, no panorama internacional, chegavam a estas instituições, e em algumas aconteciam algumas atividades, inspiradas nas novas parcerias que a psiquiatria começava a estabelecer com outras áreas de conhecimento como a psicologia, a terapia ocupacional, o estudo do funcionamento dos grupos e das instituições, a psicanálise. No entanto, mesmo que em alguns casos isto acontecesse e se chegasse mais perto de algo que poderia ser chamado verdadeiramente terapêutico, o que acontecia a grosso modo era regido e expressava a mesma lógica do que se passava nos grandes asilos públicos – a diferença, caso houvesse, estava apenas na qualidade da hotelaria e na frequência com que os médicos "passavam a visita". Enfim, tínhamos chegado a uma época em que podíamos dizer que o "louco" nacional se

tornara definitivamente uma fonte de lucro. A loucura aprisionada nos asilos modernos se transformara numa mercadoria, e como tal passara a estar “dentro”, muito dentro, do sistema sócio-político-econômico regido pelo Mercado.

No final da década de 70 e começo de 80, se começou a preconizar a substituição do modelo de asilamento por outros. A necessidade de mudança partiu tanto da constatação de uma crise institucional e financeira da Previdência Social, gerida de acordo com um modelo privatizante e hospitalocêntrico, quanto da difusão entre os profissionais do campo, de críticas ao modelo asilar e de novas propostas de atendimento. Sob a influência do pensamento do movimento conhecido por Reforma Sanitária, cada vez mais foi difundida a idéia de um cuidado visando a saúde mental dos indivíduos e não a doença. Também se passou a preconizar que o tratamento deveria ficar sob a responsabilidade não só dos médicos, mas também de toda uma gama de profissionais de saúde. E mais ainda, os profissionais passaram a defender a proposta de implantação de um atendimento ambulatorial no sistema de saúde público, com o fim de diminuir os leitos hospitalares psiquiátricos, ou seja, oferecer uma alternativa ao modelo asilar clássico. A grosso modo, podemos identificar este período como aquele em que se ampliou a idéia de uma Assistência Psiquiátrica para uma Assistência em Saúde Mental.

Esta busca de alternativas durante as últimas décadas veio a ser conhecida como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Formada por um conjunto heterogêneo de propostas de modificações tanto na assistência, quanto no enquadre social e jurídico, a idéia mais central da Reforma seria a da alteração do modelo de atendimento clássico, e até então hegemônico, da internação manicomial. Porém, a partilha do ideal da Reforma não acarretou uma unanimidade entre seus agentes e atores, pois nem mesmo a questão da desmontagem do hospital foi colocada por todos da mesma forma. Como nos aponta, entre outros, Amarante, colocar-se sob a bandeira da Reforma não implica obrigatoriamente na substituição do paradigma fundante da psiquiatria, mas muitas vezes apenas no questionamento de como se deve operacionalizar e administrar o aparelho psiquiátrico (Amarante,1992: 20).

Embora consagrado, até mesmo o uso da expressão “Reforma Psiquiátrica” parece ser problemático para diferentes autores. Por exemplo, Delgado considera-a “*imprecisa*”, e a define como :

“o conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas ou tentadas, a partir do final da década de 70, interessando ao modelo assistencial psiquiátrico público, sua sustentação teórica e técnica, e as relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a Psiquiatria, demais disciplinas de saúde e do campo social, e as instituições e movimentos sociais.” (Delgado, 1992: 42)

Para esse autor, a reforma deveria ser vista, primeiramente, como algo maior que uma simples reforma administrativa ou tecnológica. Além disto, também deveria ser vista como maior que um movimento voltado apenas para reformas na legislação referente ao louco, já que de uma forma mais ampla, luta pela cidadania dos loucos. E finalmente, deveria ser vista como um movimento político e social amplo que inclui diferentes segmentos sociais e instituições, e acontece em diferentes frentes ou campos da vida social. Além disto, mesmo com um percurso histórico peculiar, a Reforma colocar-se-ia como parte de um movimento maior que é a Reforma Sanitária (Delgado, 1992: 42-45).

Também para Amarante, o conceito de reforma se coloca como “*política e conceitualmente problemático*”, porque poderia dar a impressão, a partir do uso que tradicionalmente se faz da palavra “reforma”, de ser um projeto visando apenas mudanças de superfície (pois, na prática, não se abandonaria o estado de coisas determinado pelo velho paradigma psiquiátrico), ao invés de ser um processo de mudanças estruturais mais profundas (para os quais, na tradição do pensamento político libertário, se utilizaria a palavra revolução). (Amarante, 1997: 165) Apesar de partilharmos desta posição crítica à escolha desta denominação, continuaremos por hora a utilizá-lo pois que o uso da palavra reforma remete a um percurso histórico e a uma filiação ao movimento mais amplo da Reforma Sanitária Brasileira. Ou seja, uma história de lutas (encampada por diversos movimentos sociais) pela universalização, democratização, melhoria dos atendimentos e práticas médicas, e principalmente pela adoção de um conceito de saúde mais complexo e mais completo que o anterior.

A reforma psiquiátrica, que no Brasil começa em fins dos anos 70, seria então:

“(...) um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. (Amarante, 1998: 87)

No interior do movimento da Reforma se articularam diferentes estratégias de luta, diferentes atores e instituições, todos procurando garantir que seja contemplada uma série de reivindicações relativas às redes teórico-conceituais e técnico-assistenciais de conceituação e captação do indivíduo dito doente mental, e também às redes sócio-relacionais e jurídico-institucionais de que este último participa. Para Paulo Amarante a compreensão deste Campo como sendo a construção de *"um outro lugar social para a loucura, para a diferença, a diversidade, a divergência, como muito bem aponta Birman (1992)"*, demonstra que a Reforma seria um processo permanente, complexo e multifacetado, através do qual se buscaria desinstitucionalizar a loucura. (Amarante, 1999: 49) Portanto, o

"objetivo da Reforma psiquiátrica (...) seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados." (Amarante, 1997:165)

A idéia de processo e complexidade, levou Amarante a introduzir um modelo (bastante fecundo ao nosso ver) que apresenta o Campo da Reforma subdividido em quatro vertentes ou (sub)campos, a saber: o teórico-conceitual, o técnico-assistencial, o jurídico-político, e o sócio-cultural.

No espaço do primeiro campo, o teórico-conceitual, aconteceriam os embates pela desconstrução e reconstrução dos conceitos psiquiátricos.

"Diz respeito às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade". (Amarante, 1999: 50)

Já o campo técnico-assistencial refere-se à construção de novos espaços não só de tratamento e acolhida, mas também *"espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades"*, em suma *"trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos"*. No campo jurídico-político, luta-se pela revisão das legislações referentes à doença mental e pela construção de uma nova cidadania. *"Refere-se por extensão, à cidadania real dos sujeitos na vida social: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva"*. (Idem) E finalmente no campo sócio-cultural, *"busca-se uma transformação do imaginário social relacionado com a loucura"*. Neste referencial contextualizam-se as práticas que permitem a inclusão e o exercício da solidariedade para com os loucos. (Amarante, 1999: 50-51)

Como bem se pode notar, estes campos entrelaçam-se, complementam-se, de forma que se chega à conclusão que a Reforma Psiquiátrica só acontecerá de fato se houver uma abordagem de todos eles. A Reforma, nesta visada, aparecerá com sua face de **luta, embate** a ser travado, para que se consiga efetivamente alterar o horizonte da loucura e realizar o sonho da quebra de correntes.

Na busca de uma compreensão sobre o começo⁴ da Reforma verifica-se que o mesmo surgiu, a partir dos últimos anos da década de 70, como uma bandeira de luta de um movimento de profissionais. Este visava ao mesmo tempo a mudança do modelo de assistência, das suas condições de trabalho e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Denominado, a princípio, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), aos poucos foram se incorporando a ele, os próprios usuários, destinatários da ação técnica, os seus familiares e outros segmentos sociais simpatizantes das propostas. Em suma, o movimento se caracterizaria *"por seu perfil não-cristalizado institucionalmente"* e também por ser *"múltiplo e plural, tanto no que diz respeito à sua composição interna, (...), quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente"*. (Amarante, 1998: 57)

⁴ Ver na parte introdutória do Capítulo 3, a diferença colocada por O'Brien entre uma concepção que visa estabelecer uma história a partir de suas **origens** e aquela que visa conhecer o **começo**.

Heterogêneo e multifacetado, ao longo das duas últimas décadas, o movimento tem ocorrido de forma descontínua, mas sempre esteve presente não só nas principais iniciativas relativas à difusão e ao fortalecimento do ideal de melhores condições de vida para os loucos, mas também em momentos de lutas para reivindicar benefícios ou mudanças concretas na Assistência e nos direitos de cidadania. Dele tanto saíram técnicos afinados com suas propostas, que preenchem os quadros funcionais das instituições, quanto alguns que ocuparam, ou ocupam, posições com poder decisório da estrutura governamental, o que vem alterando na prática, mesmo que em alguns pontos de modo ainda superficial, o modelo de assistência pública em saúde mental.

Para Amarante, as cisões que ocorreram em seu interior, próximo ao fim da sua primeira década de existência, desencadearam um processo de renovação que levou a um rompimento com estratégias de ocupação de espaços institucionais ligados à esfera estatal. Novamente a estratégia que preconizava uma intervenção na sociedade e a desinstitucionalização, enunciada no lema “*por uma sociedade sem manicômios*”, voltou a ser prioritária para o movimento. (Amarante,1998) Em 1987, no II Congresso Nacional do Movimento, que aconteceu em Bauru, ao se constatar que já não cabia mais compreendê-lo como um movimento de trabalhadores, mas de uma forma mais ampla como um movimento social (portanto da sociedade civil) que incorporava vários tipos de atores - trabalhadores, usuários e familiares – se passou a adotar o nome de Movimento da Luta Antimanicomial.

Cabe lembrar ainda que o Movimento de Luta Antimanicomial não é na atualidade o único movimento da sociedade civil a participar da Reforma Psiquiátrica, já que existem as associações de profissionais, os representantes do setor privado e os da indústria farmacêutica além das associações de familiares e usuários. (Idem) Em contrapartida, já há alguns anos, o próprio Estado vem ratificando as aspirações reformistas e uma série de portarias ministeriais têm sido baixadas produzindo mudanças significativas na estruturação e gestão da Assistência em Saúde Mental. A nível local, nos estados e municípios também têm sido promulgadas leis e decretos conforme o ideário da Reforma. E, finalmente, há pouco tempo, depois de 12 anos tramitando no Congresso e Senado Federal, foi aprovada a Lei 10.216 de 6 de abril

de 2001, que estabelece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona a Política Nacional de Saúde Mental.

Na Lei citada acima fica estabelecido em seu artigo quarto:

" Art 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. .

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º." (Brasil, 2002a)

Na verdade, mesmo antes do longo processo de tramitação desta lei, mais conhecida no Campo por Lei Paulo Delgado (embora a versão definitiva seja diferente do projeto original apresentado por este deputado), já se havia começado a implantar modalidades de atendimento alternativos ao asilo. Hoje, já se conta com uma rede de assistência em Saúde Mental extra-hospitalar que embora ainda insuficiente, já afetou o panorama assistencial e, mais que tudo, começou a dar condições para que venha a ocorrer uma mudança nas representações sociais da loucura e do asilo. Os equipamentos extra-hospitalares operariam de acordo com uma lógica, que seria radicalmente oposta à da exclusão social, porém seria ilusório pensar que só entre muros se institucionaliza. De forma que, a Reforma só progredirá se estes dispositivos extra-hospitalares forem pautados pelo compromisso com uma abertura permanente à discussão, à troca e ao desvendamento das contradições envolvidas.

Existem atualmente, funcionando a nível da Assistência Pública em Saúde Mental, ambulatorios, serviços de atenção diária, lar abrigadas, oficinas terapêuticas e protegidas, centros de convivência, etc. Alguns destes dispositivos localizam-se no espaço físico dos grandes hospitais e asilos públicos, cuja população fixa foi reduzida, e os quais cada vez mais atuam em regime de portas abertas.

Dentre os equipamentos extra-hospitalares, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial, ou CAPS, que a partir de fevereiro de 2002, passaram a ser

classificados em 5 subcategorias diferentes, conforme tipo e número da clientela referida, equipe técnica etc. (Brasil, 2002) Com a Portaria que os criou, acreditamos que possa vir a se produzir alguma homogeneização entre eles, mas no momento poderíamos dizer que são tantos os tipos de CAPS como é o número deles. Esta diversidade ao nosso ver não é de todo negativa, ao contrário, dentro de uma lógica territorial afinada com o ideal da desinstitucionalização, seria de se esperar tal variação, em que as características locais e individuais das pessoas e das situações sejam levadas em conta.

Com os CAPS, não só se relegaria o hospital a um plano de importância menor, também se colocaria em pauta a priorização de um tipo de atendimento em Saúde Mental em detrimento de outro. Um exemplo de como esta orientação está presente na política de saúde mental pode ser encontrado na fala de uma Gestora de Saúde Mental, ao se endereçar ao Plenário de uma Conferência Municipal de Saúde Mental realizada no Estado do Rio. Nesta ocasião aquela ressaltou a centralidade dos Serviços de Atenção Diária na composição das Redes de Saúde Mental, conforme preconizada tanto pelo Programa Estadual de Saúde Mental como pela Política Nacional de Saúde Mental.

“A idéia é que você tem uma rede complexa e que nessa rede, (imagina uma das mandalas da dra. Nise da Silveira), o serviço de atenção diária seria o miolo da rede, e em volta dela articulados a este serviço você teria uma série de outros dispositivos: assistência psiquiátrica em hospital geral, formalização da porta de entrada (...), programa de saúde da família e agentes comunitários, residências terapêuticas, ações de trabalho protegido, de lazer, de suporte social” (Soares, 2001)

O estado atual da assistência em saúde mental no Brasil, se refere a um percurso (ou percursos), em que se persegue um sonho: o de se enfrentar a questão colocada à sociedade, pelo louco e por sua loucura . Este percurso vai da institucionalização de um certo tipo de práticas, sob o controle de um determinado tipo de profissional (a saber, o médico), destinadas a uma população particular, até o aparecimento não só de novas práticas e novos atores, mas principalmente da possibilidade de uma desinstitucionalização, devido à uma modificação do significado e do lugar ocupado pelo próprio objeto destas práticas, isto é, o “louco” e sua loucura.

4.2 Inserção social no Campo da Reforma

De Pinel para cá, então, qual seria a novidade? As correntes foram arrancadas sucessivamente apenas para se verem substituídas por outros tipos de amarras, de uma outra natureza (os muros do asilo, a camisa de força química dos psicotrópicos, o aprisionamento numa lógica de esquadramento etc) e que na realidade operam no sentido de expulsar o “louco” do convívio social e destitui-lo de seus direitos como cidadão. Portanto, permanece o problema de definir por qual via se poderia garantir ao louco o usufruto de um poder de contratualidade, que desbancasse a exclusão como a outra face da realidade deflagrada a partir da loucura. Uma das formas pelas quais se pode fazer isto é o exame do campo em que discursos e práticas se conjugam de forma a constituir, capturar e tutelar o sujeito dito louco. Mais especificamente, trata-se de pensar o aprisionamento do louco e o seqüestro de sua cidadania de forma em que seja possível fazer uma reflexão sobre a gênese deste processo, de seu começo, para não só conhecer as forças e os jogos de poder que expulsaram o louco da cidadania, mas também reconhecer os caminhos a serem percorridos de forma a interromper estes jogos.

Ao ensaiar o reconhecimento destes caminhos, que poderiam levar o louco a se (re)estabeler na ordem da cidadania e portanto do contrato, identificamos as cisões que fazem com que se escolha um percurso dentre os possíveis. É evidente que diferentes escolhas levam a diferentes situações, não obstante as intenções iniciais, e que nem sempre ocorrerá uma desconstrução dos antigos lugares e dos antigos papéis. Neste sentido deveríamos repensar este elenco de noções⁵ que costumamos usar no campo, todas elas expressas por palavras iniciadas com o prefixo "de(s)",

⁵Escorel baseia-se em Minayo para diferenciar "termo", "noção", "conceito", e "categoria". Assim, "termos" são simples palavras que revelam elementos do universo simbólico individual e do senso comum não evidenciando uma teoria ; "noções" são elementos iniciais de um processo de um processo de conhecimento que ainda não apresentam clareza suficiente e são usados como "imagens" que explicam o real; "conceitos" são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria; e "categorias" são os conceitos mais importantes de uma teoria.

que como estabelece o dicionário significa: "(...) '*separação*', '*transformação*', '*intensidade*', '*ação contrária*', '*negação*', '*privação*' (...)". (Ferreira, 1975: 438). Assim talvez devêssemos examinar cuidadosamente a série formada pelas noções de *desospitalização*, *desmedicalização*, *desinstitucionalização* e *desconstrução*.

Sem dúvida os atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira partilham um desejo de que algo seja mudado, mas a questão está em se determinar com qual intensidade se propõem a fazer isto e, mais ainda, qual é este "isto" do ponto de vista de cada um. Assim com a noção de desospitalizar, por exemplo, se pode querer "transformar o hospital", ou se pode querer "negar o hospital", ou ainda se pode querer "diminuir a intensidade – de internações - no hospital". Acima já dissemos que nem mesmo o lema "*por uma sociedade sem manicômios*" unifica o movimento da Reforma. A Lei 10.216 por exemplo não determinou o fim dos hospitais, apenas disciplinou o seu uso, particularmente o da modalidade asilar, em que os usuários são retirados do convívio social e destinados a uma cronificação e a uma permanência vitalícia. Neste sentido, os hospitais psiquiátricos brasileiros têm sido fiscalizados pelo poder público, alguns têm sido fechados, os abusos têm sido denunciados e punidos, outros têm sido transformados ou "diminuídos" em termos de número de internos e de duração das internações, entretanto ainda são componentes de peso na Assistência da maioria das regiões brasileiras.

A tentativa de *desospitalização* traz um complicador no fato de que mesmo com portas abertas, internações de pouca duração, e boa qualidade de hotelaria (acomodações, higiene, alimentação, etc) , o hospital ao mesmo tempo é constituído por e constitui o paradigma médico, e mais ainda tornou-se o símbolo deste. Não por acaso a população do Rio de Janeiro chama o indivíduo "louco" de Pinel (nome de hospital psiquiátrico na Zona Sul do Rio), ou que na marchinha antiga, para dizer que estava enlouquecendo, o compositor tenha dito que ia para Jacarepaguá (bairro onde se localizava não só um grande hospício público mas também vários outros privados). Em certa ocasião, escutamos de um profissional do Campo a seguinte

frase - "*é a força centrípeta do hospital*"⁶ - para se referir ao fato que as tentativas de desmonte do hospital encontram fortes resistências, e que este demonstra uma enorme capacidade de recomposição, não deixando que se escape à sua realidade facilmente.

Por outro lado ainda, a história brasileira do Campo Assistencial mais amplo demonstra o peso que as instituições hospitalares tiveram ao longo do tempo. Basta lembrar as Santas Casas de Misericórdia, que aliavam à função de prestadoras de cuidados médicos vários outros tipos de práticas assistenciais centrados na internação de desvalidos da mais variada gama em prédios sob sua responsabilidade (roda dos expostos, recolhimento de menores, etc). Na atualidade, com o novo quadro sócio-econômico, em que ocorre como nunca o acirramento da questão social e em que grandes levas da população encontram-se em situação de grave vulnerabilidade social, de certa forma, se acirra a busca por mecanismos de assistência que se responsabilizem pelos indivíduos com menor condição de garantir a própria sobrevivência.. Esta situação é um agravante das dificuldades encontradas na *desospitalização*, já que a maior parte dos habitantes dos asilos encontra-se justamente neste estado de fragilidade social por não ter (ou por ter perdido) as condições necessárias para sua reinserção social, seja em termos de uma rede familiar ou de afinidade, seja por uma vinculação no mundo do trabalho. Para que se esvaziassem os hospitais psiquiátricos seria necessário que não se tratasse de um simples colocar na rua , melhor dizendo, de uma nova forma de abandono. Impõe-se portanto que a rede de equipamentos extra-hospitalares – residências abrigadas, cooperativas de trabalho, centros de convivência, etc - seja uma realidade e opere sem impecilhos, de forma a inserir o ex-habitante do hospital na sociedade.

Se o hospital não pode ser pensado como uma realidade desmedicalizada, a rede extra-hospitalar poderia sê-lo? Retornemos à história da loucura que a partir de um determinado momento passou a ser vista não mais como desrazão mas como doença mental. Na cena primária, digamos assim, deste Campo que veio a se chamar Saúde Mental estiveram presentes, de início, o "desarrazoado" e o médico, e dela

⁶ Escutamos esta frase de uma profissional de Saúde Mental, que por sua vez disse tê-la ouvido de um

emergiram o "doente mental" e o médico alienista. O jogo de forças entre estes personagens, que deu começo a atual Assistência em Saúde Mental, continua a ser jogado.

Ora, nas sociedades ocidentais modernas subentende-se que se há doença, é preciso um médico para sana-la ou minora-la⁷. Portanto, no Brasil, é no enquadre da Saúde que se articulam os cuidados para os indivíduos que sofrem mentalmente, e toda a Política Nacional de Assistência em Saúde Mental é articulada pelo braço médico-sanitário (digamos assim) do Governo Federal brasileiro. Por um lado, as redes assistenciais são montadas dentro da tradição técnica-profissional, na qual até pouco tempo (e talvez ainda), o médico era visto como o elemento fundamental das equipes de trabalho. Por outro, os Serviços são parte integrante da rede de equipamentos de saúde e portanto geridos e financiados pelo Sistema de Saúde.

Mesmo que se ensaie a quebra do paradigma psiquiátrico tradicional ao se propor dispositivos alternativos que em si não teriam um cunho médico – como as residências abrigadas – na maioria dos casos, continua a existir uma equipe técnica que trabalha neles ou que os supervisiona, e além do mais não se pensa em interromper a vinculação do usuário com o médico e/ou profissionais de saúde de outras instituições, nas quais aquele é tratado. Na verdade, a noção de cuidar que teria substituído a de tratar, porque *"incorpora vários problemas a serem superados, negando, a princípio, critérios habituais de seleção e/ou exclusão"*, ao contrário da segunda que *"pressupõe uma nomeação diagnóstica"* (Alves, 2001: 167-168) aparentemente não vingou completamente ou, melhor dizendo, coexiste com a segunda.

Contudo, a compreensão de que a “doença mental” é fruto de uma exclusão que se constituiu historicamente, não nega necessariamente uma diferença na subjetividade do “doente mental” sobre a qual se impôs o estigma. Anteriormente, já apontamos como, em 1964, Basaglia se referia à dupla face da doença, que impunha

outro profissional, por isto não citaremos a autoria.

⁷ Pode-se pensar realmente em uma medicina voltada para a saúde? Lembremo-nos aqui de um chiste feito pelo dramaturgo irlandês Bernard Shaw, que quando lhe perguntaram a que se devia sua longevidade e boa saúde, respondeu que aos médicos, e frente à insistência do interlocutor que queria saber quais deles, completou dizendo que a todos, porque nunca consultava nenhum .

que se tomasse frente a ela um posicionamento político. No entanto, isto não fez que ele, ou os demais participantes da Reforma Psiquiátrica Italiana, abrissem mão completamente do ato médico. Justamente por entenderem que o usuário era um todo complexo, formado por um corpo que construiu e foi construído por uma história de vida, Dell'Acqua & Mezzina, por exemplo, disseram que o programa terapêutico deve combinar aos recursos mais propriamente sociais e relacionais (lugares e ocasiões de socialização e agregação, ajudas materiais como a colocação em situação de trabalho, etc) com *"atos mais facilmente definíveis como médicos"*. (Dell'Acqua & Mezzina, 1987)

A questão da administração de psicofármacos, resposta médica mais comum nos dias de hoje ao sofrimento dos usuários, que pode ter sido expresso através de "queixas" dos últimos ou de seus familiares ou então percebido (diagnosticado) como sintoma pelo médico, foi equacionada por estes autores da seguinte forma:

"Ao uso dos psicofármacos, por exemplo, não se lhes reconhece um valor terapêutico em si mas uma utilidade relativa à abertura de possibilidades de relacionamento, ou à redução da angústia individual, e às vezes ao controle transitório dos comportamentos." (Dell'Acqua & Mezzina, 1987)

Para Basaglia, o uso de medicamentos deveria sempre acontecer como parte de um esforço de libertação e não, ao contrário, de subjugação. O médico os usaria para que se criasse *"uma nova dimensão entre o doente e a sua doença, o fazendo aparecer aos nossos olhos (...) em uma esfera completamente humana (...) livre dos velhos esquematismos das síndromes clamorosas"*. Assim, do ponto de vista do médico, o fármaco seria utilizado para quebrar a lógica de objetivação na sua relação com o usuário e impedir o estabelecimento de uma relação alienada como a existente entre o escravo e o senhor. Já por parte do usuário, o efeito do remédio sobre as manifestações sintomáticas da doença lhe permitiria se colocar de um modo menos alienado e institucionalizado em suas relações e na vida de modo geral. (Basaglia, 1964)

Desinstitucionalização talvez seja a noção que mais recorrentemente tenha sido utilizada no Campo das Reformas Psiquiátricas em geral, e não apenas no caso brasileiro. Para Lougon, ela seria de fato *"a categoria (...) mais abrangente para*

incluir os aspectos do processo (...) de desospitalização" (Lougou, 1993: 142) Ao nosso ver este entendimento, embora seja de fato o mais corriqueiro, é reducionista já que não é só a instituição psiquiátrica asilar que poderia (e deveria) ser desinstitucionalizada. Além disto, às vezes ela é empregada para significar o movimento da Reforma Psiquiátrica como um todo, porém note-se que uma não se reduz à outra. Ao contrário, nem sempre no âmbito deste movimento se desinstitucionaliza e mesmo, em seu sentido de "*conjunto de modificações (...) do modelo assistencial psiquiátrico público*" (Delgado, 1992: 42), que já havíamos citado acima, estaria mais de acordo se voltássemos ao dicionário e a lêssemos como "transformação da instituição", e não como "negação da instituição" ou "ação contrária à instituição".

Se reduzíssemos a *desinstitucionalização* à *desospitalização*, o exame do índice de diminuição do número de leitos psiquiátricos ocupados, no Brasil, ao longo da década de 90, permitiria sem dúvida dizer que ela está ocorrendo⁸. O mesmo seria constatado, se tentássemos fazê-lo, ainda na esfera da instituição hospitalar, em termos da duração dos períodos de internação. A grosso modo, indubitavelmente, tem ocorrido nos hospitais mais que uma simples mudança, ou eliminação, dos métodos disciplinares explicitamente coercitivos e punitivos. Sem dúvida, também, tem havido um aprimoramento a nível das técnicas e procedimentos aplicados, e em um sentido mais amplo, da hotelaria. As exceções ainda existentes ressaltam a regra de que alguns aspectos da hospitalização os quais concorriam para a institucionalização da loucura e a cronificação dos indivíduos "loucos" têm sido superados. Porém estes aspectos específicos dizem respeito mais propriamente à questão da *(des)hospitalização*, e não conseguem atingir completamente o espectro mais amplo dos fatores implicados na *(des)institucionalização*.

A criação de uma rede extra-hospitalar, coloca uma alternativa na medida em que pode auxiliar o processo de descentramento, no panorama assistencial, do lugar ocupado até então pelo hospital. Contudo, por mais fundamental que tal iniciativa se

⁸ Não temos aqui a preocupação de apresentar dados numéricos mas remetemos, dentre tantos outros, aos textos de Alves nos quais ele aborda a questão da *desospitalização* e da reestruturação da assistência em Saúde Mental. (Alves et al. 1994; Alves, 1996 a, 1996 b, 2001)

apresente, há um enorme risco de que ela não consiga por si só romper com o antigo estado de coisas e demonstre ser apenas um novo mecanismo de institucionalização. Caso, os novos dispositivos de atenção diária não se enquadrem numa lógica operativa verdadeiramente territorial, na qual a assistência esteja comprometida com o fluxo da vida como ela esteja ocorrendo e com a inserção social dos usuários, se tratará apenas de uma transferência de usuários de uma a outra instituição, e não de uma verdadeira *desinstitucionalização*.

Vasconcelos nos lembra que por mais que seja importante a superação dos manicômios não se pode "*cair numa concepção espacial do poder psiquiátrico, na qual a eliminação daquele espaço seria equivalente a sua superação.*" (Vasconcelos, 1992: 66) Para ele, a própria literatura demonstra como as relações que se estabelecem em torno da loucura são complexas envolvendo instituições, saberes e linguagens próprias, e mesmo imaginários que são compartilhados pela sociedade em geral. Também, alerta sobre "*a possibilidade concreta de reprodução daqueles mecanismos disciplinares nos novos serviços alternativos ao manicômio*" e que este processo "*foi chamado de transinstitucionalização*". (Ibid., 66-67)

A última noção que seria a de *desconstrução*, traria embutida em si todas as outras. Desconstruir é des-fabricar, des-fazer, des-montar, des-edificar. Tem o impacto de uma implosão, não apenas de saberes ou práticas específicos – como a hospitalização, a medicalização e a institucionalização - mas do paradigma sobre o qual o próprio Campo se funda. Trata-se de uma crítica epistemológica ao próprio saber que construiu (e foi construído pelo) conceito de doença mental, exercício de crítica este que atua de dentro para fora, desmontando a Saúde Mental e a Psiquiatria através de práticas levadas a cabo no próprio interior de suas instituições. Encontramos apontada na análise que Amarante faz da *desinstitucionalização* como *desconstrução*, a radicalidade desta última em sua face de "*invenção da realidade enquanto um processo histórico*", em que abandona a racionalidade de causa-e-efeito da ciência moderna e qualquer pretensão de previsão do futuro, para adotar uma atitude epistemológica de buscar o conhecimento no real e em suas contradições (ou seja na troca dialética com a realidade por meio da práxis). (Amarante, 1996: 24-25)

Com o intuito de efetuarmos uma outra aproximação pela qual poderíamos examinar as forças que estão em jogo no Campo com relação à questão da (re)inserção do "louco" na ordem do contrato e da cidadania, poderíamos tomar um caminho diferente e nos debruçarmos sobre duas visões, não obrigatoriamente excludentes, sobre o mesmo. Na primeira ele é tomado como sendo o *Campo da Atenção Psicossocial*, no outro se fala em *Reabilitação Psicossocial*.

Para analisarmos o primeiro precisamos investigar as duas noções que nele se conjugam: a noção de *atenção* e a noção de *psicossocial*. Da conjugação destas duas noções emergiria um campo de práticas e discursos dentro do qual se ampliariam velhos conceitos, e se alargariam os limites da atuação dos profissionais, que se confundiria com a de outros atores não profissionais, como se pode perceber pelas definições abaixo:

"A primeira noção - atenção - parece vir substituir palavras mais correntes, como clínica, e dar uma nova dimensão ao tipo de cuidado que se pretende: um cuidado que não visa exclusivamente à remissão do sintoma psicopatológico, mas que se pretende compreendê-lo como algo que é parte de um sujeito particular que precisa ser considerado." (Delgado, 1997: VII)

A *atenção* exige uma escuta em estado de alerta, pois só assim se poderia saber qual o cuidado de que o sujeito necessita, mesmo porque não haveria uma universalidade ou essencialidade da subjetividade humana.

"A segunda noção - psicossocial - vem desta percepção de que qualquer cuidado que se pretenda atenção deve tentar lidar com duas dimensões de nossa moderna existência, numa tentativa incessante de vê-las de modo mais complexo, de reintegra-las uma à outra e de conceber o sujeito como uno: a dimensão psíquica, que passa a ser comprometida de modo definitivo com a questão da subjetividade e da criatividade (estética, artística); e a dimensão social, que é ampliada para além da sua identificação exclusiva com a família, o trabalho ou a idéia inespecífica de sociedade, passando a contemplar espaços importantes como o do lazer".(Delgado., 1997: VII-VIII)

Portanto o Campo da Atenção Psicossocial é entendido pelos autores citados como o somatório de uma "*diversidade de vozes*", já que nele não só os profissionais teriam a palavra mas também os pacientes, suas famílias, etc. Em suma, este Campo serviria de solo para o surgimento de um novo paradigma de assistência.

Entretanto, há duas décadas que no seio do Campo da Saúde Mental existe um debate sobre qual o lugar da "clínica" (ou da técnica) e qual o da "política". Esta polarização tem sido o divisor que o separa em dois grupos divergentes quanto a "natureza" da clínica a ser desenvolvida, embora em ambas as correntes se reconheça a existência de um sofrimento no indivíduo "louco", parte-se de concepções diferentes sobre o que seja a própria loucura. (Leal,1997: 191)

O grupo que prioriza a clínica em sua acepção mais tradicional, entende que é necessária uma re-contextualização da assistência em psiquiatria pela aplicação de um esquema referencial teórico com que se alcance maior rigor no fazer terapêutico. Trata-se tanto de discutir a determinação individual do sofrimento psíquico para além de qualquer causalidade biológica ou histórico-social, como de buscar saídas técnicas ou clínicas para o mesmo. A aceitação da existência de uma estrutura psíquica da loucura prioriza esta abordagem terapêutica do mesmo, e para isto se utiliza dos recursos técnicos disponíveis para esse fim. (Leal, 1997: 193).

Já para o segundo grupo, se prioriza uma visão da loucura como construção histórico-social, fruto de determinados modos de relacionamento social pelos quais se suprimiu o direito de participação plena dos indivíduos "loucos" na sociedade, e os aprisionou numa espécie de minoridade social e os privou do direito da cidadania. Há um entendimento que o seqüestro desta última, deflagrado a partir da imputação da periculosidade e conseqüente tutela pela psiquiatria, tem um papel de co-determinante no quadro da doença. Portanto o que estaria em pauta, em paralelo a qualquer medida terapêutica ou clínica, seria a desconstrução da tutela de forma a permitir aos "loucos" uma reapropriação, ou construção, de um estatuto de cidadão. A proposição do atendimento como uma luta pela reposição de poderes (direitos), portanto luta política, provoca um rearranjo tanto do enquadre teórico como do elenco de práticas e ações.

Esta polarização redundava em que a inserção social dos usuários será trabalhada diferentemente pelos profissionais do Campo conforme suas filiações.

Numa outra linha de problematizações, a resposta à questão da cidadania e à restauração do poder de contratualidade do louco, e em última análise de sua inserção social, estaria na *reabilitação psicossocial*, que seria uma solução ao

mesmo tempo técnica e política (no sentido de representar uma estratégia global). Assim, para órgãos oficiais como a Organização Mundial de Saúde, a reabilitação é definida como um mister técnico ou seja:

“um conjunto de atividades capazes de maximizar as oportunidades de recuperação dos indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”. (Pitta, 1996: 21)

Entretanto, para Saraceno, trata-se de uma necessidade ética: “*um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social*”. (Saraceno, 1996: 16)

Ainda segundo este autor, é necessário que se parta duma visão ampla do que seja a reabilitação, compreendendo-se que as atividades oferecidas aos usuários não deveriam ser meios para um exercício de adestramento físico e/ou mental. Por isto aponta que a reabilitação pode se tornar um meio de se perceber que a característica principal da psiquiatria é o *entretenimento* do paciente.

O entretenimento corresponde a uma impotência da psiquiatria, que por não ter clareza de como agir frente à doença e ao doente, limita-se a entretê-lo, ou seja, na acepção da palavra, ou o faz “*passar prazerosamente o tempo*” ou o “(re)tem dentro” de si. Para que se rompa com o entretenimento, é preciso se mover no sentido de um melhor conhecimento prático e teórico de todas as micro-situações em que se entretém apenas. E a partir deste conhecimento, empreender tantas micro-rupturas quanto forem necessárias para que se possa reconstruir de fato a cidadania plena do paciente. (Saraceno, 1999: 18)

O entendimento do quanto o entretenimento põe em cheque as diferentes iniciativas de assistência em saúde mental é da máxima importância. Serviços que se limitam a receber o usuário, para que ali ele passe um tempo ou para que ele tenha aonde ir, constituem um desafio a ser vencido, se quisermos caminhar em direção a uma prática que realmente faça diferença e que seja capaz de inserir o "louco" na cidadania. Lamentavelmente este tipo de Serviços são comuns e testemunham a

dificuldade em se assumir a questão da inserção como sendo também uma questão política.

Por outro lado, a Reabilitação Psicossocial pode ser vista como pertencendo a um campo maior da Reabilitação em geral, que tradicionalmente esteve ligado ao atendimento a incapacitados e deficientes. Encontra-se aqui uma filiação a práticas e teorias articuladas em torno dos princípios de normalização, que por sua vez surgiu nos anos 60 entre profissionais do Campo da Assistência aos Excepcionais dos países escandinavos, entre outros Nirje e Bank-Mikelsenn. No Canadá, Wolfensberg em 1973, havia preconizado que deveriam ser oferecidas ao indivíduo portador de deficiência,

"condições de vida normal, isto é, participação efetiva nas oportunidades que são oferecidas aos demais seres humanos. Não significa transformar o retardado em indivíduo normal, mas sim proporcionar-lhe condições normais de vida, ajustando-as às suas necessidades pessoais." (Pérez-Ramos, 1982: 136)

Os princípios de normalização pretendem que as qualidades humanas sejam potencializadas de forma a permitir o convívio social de acordo com as normas. *"Significa experimentar o ritmo normal de vida, ter direito a escolher as atividades de lazer, de educação e de profissionalização, co-participando com seus pares do processo econômico de sua comunidade."* (Ibid.: 137) Há nesta visão, portanto, um forte viés funcionalista no sentido de uma submissão ou adaptação ao pré-estabelecido pela sociedade. Por um lado, um indivíduo "normalizado" terá mais chances de inserir-se, ao menos parcialmente, na vida social, mas por outro lado, pode haver um grande risco de artificialidade (e mais grave ainda, de violência) em tais empreitas (que podem empregar práticas educativas comportamentais, ou pesado esquema medicamentoso, ou limitação dos espaços de circulação e convívio, etc). Como normalizar sem moralizar?

O próprio Vasconcelos que diz haver muito de humanitário em propostas embasadas na normalização, reconhece a limitação das mesmas porque nelas se prioriza o indivíduo e seu ambiente, e não se realiza uma leitura dos processos macroestruturais e coletivos de poder, nem se coloca a instituição em cheque. (Vasconcelos, 2000: 190) De qualquer modo, ele também ressalva que a

normalização foi apropriada de forma crítica pelo movimento de usuários norte-americanos e europeus.

Concluindo, repetimos que, todas estas abordagens partem de diferentes visões sobre o fazer e o pensar no Campo da Reforma, que resultarão em inserções de diferentes escopos e com diferentes alcances. A utilização cada vez mais corriqueira da palavra “inserção”, no Campo, para significar aparentemente uma inscrição ou re-inscrição na ordem do contrato e da cidadania, encaminhou-nos para o questionamento sobre o que se entende realmente por tal palavra e como na prática se tem buscado a “inserção”. Embora freqüentemente os autores do campo refiram-se à realidade francesa na qual a “inserção” é a principal política atual de enfrentamento da questão social, não parece haver uma homogeneidade no emprego, nem clareza, na definição do que possa ser a “inserção” no Brasil. (Cavalcanti, 1996) Se na França a “inserção” implica numa negociação em que o indivíduo se compromete com um projeto pessoal de entrada na vida social no qual toda sua subjetividade estará envolvida, aqui entre nós muitas vezes a “inserção” parece ser empregada de modo vago e impreciso, simplesmente como antônimo de exclusão.

No Brasil, ao se pensar em qualquer política de saúde deve-se lembrar, conforme já apresentamos, que nosso **social** é atravessado pela antinomia do favor e do direito. E que o indivíduo só, que não pertença a uma rede social, a um coletivo, fica muitas vezes impossibilitado de ter acesso àquilo que deveria ser seu direito.

Anteriormente dissemos que, por um lado, a cidadania deveria ser tratada como um termo intransitivo, mas por outro lado negar as diferenças individuais pode nos fazer chegar a novas formas de exclusão. Quando falamos em inserir, é preciso que entendamos que um tratamento igual para todos não significa a garantia da inserção dos indivíduos que portam uma diferença, no conjunto da sociedade.

Provavelmente a utopia da inserção só se realizará concretamente nas situações em que for concebida como participação em coletivos (formados por “loucos”, “excepcionais”, “marginalizados” etc, e seus aliados) através dos quais o indivíduo poderá (re)estabelecer vinculações, e se fortalecer para “firmar o pé” e participar da sociedade.

5 A cidade e a Rede

Nesta parte de nosso trabalho queremos apontar brevemente alguns aspectos da construção de uma rede de saúde mental: a Rede Municipal de Assistência em Saúde Mental do Município de Niterói, que doravante chamaremos de "a Rede".

Para situar o território da Rede, iniciamos por um sucinto histórico da cidade, seguido pela descrição de suas características geográficas e sócio-econômicas. A seguir, procuramos retrair sucintamente a trajetória de constituição da Rede, o que inclui a história do Hospital Psiquiátrico Estadual e sua articulação com a Saúde Pública em geral e com a cidade. Nesta apresentação poderemos identificar como questões como exclusão, inclusão e inserção estiveram presentes neste percurso.

Para levar a cabo esta análise, lançamos mão tanto de fontes bibliográficas sobre a história niteroiense, quanto dos dados apresentados no CD-ROM "Niterói – Bairros" produzido pela Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia de Niterói, a partir da Contagem de 1996 do IBGE. Examinamos alguns documentos de órgãos estaduais e municipais de Saúde Mental e para complementar realizamos entrevistas semi-dirigidas com profissionais, que participaram ou participam dos diferentes Serviços e/ou estruturas.

Na apresentação a seguir buscaremos analisar de modo breve este material articulando-o com as noções e categorias que são utilizadas no Campo da Assistência em Saúde Mental.

5.1 As terras da Banda d'Além

Os primeiros registros existentes sobre a região onde atualmente se localiza o município de Niterói remontam à segunda metade do século XVI. "*Niterói*" é um vocábulo de origem tupi-guarani que, para a maioria dos historiadores da cidade, significaria "*água escondida*" ou "*água oculta*".¹ (Pimentel, 1988: 23)

¹ Alguns autores, no entanto, traduzem Niterói como "porto sinuoso", outros ainda falam em "mar morto" ou "baía segura". (Forte, 1973:15-17)

A ocupação das terras da “banda d’além” ou “banda oriental” pelos índios temiminós data de 1573. Situada na margem oriental da Baía da Guanabara, à frente da recém fundada cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro, “*a sesmaria de uma légua de terras ao longo do mar por duas de sertão, começando das 'barreiras vermelhas'* ” (Forte, 1973: 20) foi doada ao cacique Araribóia, aliado dos portugueses, que viera da Capitania do Espírito Santo com seus guerreiros para auxiliar àqueles nas lutas contra os franceses e seus aliados, os índios tamoios, naturais da região. Segundo a tradição, o Governador Geral Mem de Sá fez esta doação ao cacique, para que ele e sua gente ficassem na terra com o fim de “*a favorecer e ajudar a povoar*”. (Ibid.: 25) Uma aldeia foi edificada em um morro próximo ao mar, de onde se descortinava boa parte da baía e a sua embocadura, de modo que qualquer incursão de naus inimigas (fossem tamoios ou fossem outros) fosse detectada com presteza, permitindo que o cacique e seus guerreiros acorressem em auxílio aos seus aliados portugueses habitantes do Rio de Janeiro. No alto deste morro, foi erigida uma capela, que ficou ao encargo dos jesuítas, dedicada à São Lourenço, donde o nome do aldeamento. Numa carta enviada, na época, por um padre ao Geral da Companhia de Jesus em Roma, os índios da Aldeia de São Lourenço são descritos como sendo perseverantes na vida cristã e seu “*principal*” Araribóia, nomeado Martim Afonso pelo batismo, como “*muito bom, que no conhecimento de Deus e mais costumes lhe não faz vantagem nenhum branco*” (Ibid.: 33). Para seu sustento, além da pesca, da caça e da coleta de frutos nas florestas da sesmaria, os habitantes da Aldeia de São Lourenço faziam pequenas roças de mandioca e milho e as mulheres fabricavam louças de barro que até 1820 eram “*muito estimadas no Rio de Janeiro*”. (Ibid.: 45)

No entanto, ao longo das décadas, os índios foram perdendo a posse de suas terras, ocupadas por foreiros, que dificilmente cumpriam com suas obrigações pecuniárias para com os legítimos donos, e por outros “*que se recusavam ao pagamento de foros ou a despejarem as terras, fundados em direitos de posse e de retenção de benfeitorias*”. (Ibid.) Ao final da primeira metade do século XIX, a Aldeia contava com uma população muito reduzida, e os visitantes que deixaram relatos retratam-na como estando em decadência e que seus habitantes viviam em

estado de indigência. De qualquer modo, fosse “*por expulsão, dizimação ou aculturação, os índios não resistiram — desapareceram*” (Mizubuti et al., 1999), e pouco mais restou de sua presença além do maciço emprego de vocábulos de origem tupi-guarani para designar ruas, bairros e outros logradouros.

De modo contrário, a população não índia cresceu, espalhando-se por toda a região, como atestam os registros históricos: diversas propriedades agrícolas foram estabelecidas, algumas capelas e igrejas foram construídas, enfim desenvolveram-se outros núcleos de povoamento (Icaraí, Maruí, São Domingos e Jurujuba²) independentes da aldeia original. No território daquilo que é hoje o município de Niterói constituíram-se as freguesias de São João de Icaraí e de São Sebastião de Itaipu, além da freguesia de São Lourenço dos Índios.

Em 1819, o rei D. João VI resolveu criar a Vila Real da Praia Grande “*a qual terá por termo as quatro freguesias vizinhas de São João de Icaraí, de São Sebastião de Itaipu, de São Lourenço dos Índios e de São Gonçalo*”. Em 1834 foi criada a Província (antiga Capitania) do Rio de Janeiro, que deixou de estar sujeita à administração do Ministério do Império e da Assembléia Geral Legislativa, ficando a cidade do Rio de Janeiro, como Município Neutro independente, sede do Governo Imperial. Sob a jurisdição administrativa de um Presidente de Província, a Vila da Praia Grande³ passou a ser a sede temporária do Governo. No ano seguinte, em 1835, foi declarada capital e em seguida foi elevada à categoria de cidade, mudando-se seu nome para “*Nictheroy*”⁴.

Ao longo do século XIX, a cidade teve parte de seu território desmembrado para que se constitui-se o município de São Gonçalo (recuperou mais tarde a freguesia de Itaipu). Entre 1894 a 1903, já na República, Niterói perdeu e recuperou o *status* de capital estadual, que manteve até 1975. A condição de sede do poder estadual marcou a cidade de modo profundo, devido a um exarcebamento da função político-administrativa. Também em consequência disto, a cidade exercia grande

² Estas informações foram colhidas na Internet, em “*Niterói à Vista*”. Disponível na Internet via <http://www.nitvista.com.br/>. Acesso em: 3 dez. 2002.

³ Com a independência, a palavra Real havia sido suprimida do nome da Vila.

⁴ Em 1844, D. Pedro II conferiu à cidade o título de “Imperial Cidade” equivalente ao de “Vila Real”. (Forte 1973: 103).

influência sobre boa parte do Estado, operando tanto como pólo de atração para migrantes vindos do interior, quanto como pólo comercial e de prestação de serviços. Porém foi nos anos 1974-75 que a cidade passou pela mais radical mudança: primeiramente por deixar de ser a capital devido à fusão dos antigos Estado do Rio e da Guanabara⁵, e em segundo lugar, por causa da inauguração da ligação com a cidade do Rio de Janeiro através de uma ponte rodoviária que corta a baía de Guanabara.

Estes dois acontecimentos levaram a que no espaço de duas décadas, a cidade sofresse um certo “inchaço”, ao ter sua população aumentada e, ao mesmo tempo, um “esvaziamento” pela perda dos fóruns de tramitação de poder político-administrativo. O segundo acontecimento, ao determinar a transferência da máquina administrativa estadual para a cidade do Rio de Janeiro, deslocando para lá as inúmeras repartições e instâncias onde se operavam os jogos do poder político-administrativo, desviou todo um fluxo de recursos humanos e econômicos que até então compunham a vida niteroiense. O primeiro acontecimento, por sua vez, facilitou uma lenta, mas efetiva, ocupação de Niterói por um considerável contingente de novos moradores vindos principalmente dos subúrbios cariocas e das cidades vizinhas, atraído pela maior facilidade de acesso ao Rio, em consequência da inauguração da ponte.

Na verdade, com a retirada do poder estadual abriu-se espaço para um maior peso do poder municipal, que em muitos aspectos era sufocado ou absorvido pelo primeiro, como acontece comumente em municípios que são capitais estaduais⁶. E note-se que, apesar destas mudanças Niterói continuou mantendo sua característica de pólo de atração para as cidades e municípios vizinhos como São Gonçalo, Itaboraí e Maricá, junto com os quais constitui, atualmente, uma sub-região da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, denominada Eixo Metropolitano de Niterói. Além disto, hoje em dia, a influência que a cidade exerce ainda se faz sentir de forma

⁵ Quando o Distrito federal se transferiu da cidade do Rio de Janeiro para Brasília no começo da década de 60, foi criado o Estado da Guanabara.

⁶ Estas informações foram colhidas na Internet, em ‘Niterói à Vista’. Disponível em: <<http://www.nitvista.com.br>>. Acesso em 3 dez. 2002.

abrandada em algumas cidades do centro-norte fluminense e da região serrana. De acordo com autores que se dedicam ao estudo das questões urbanas de Niterói:

“Esta capacidade polarizadora se deve à sua condição de ex-capital do Estado, bem como ao grau de avanço das forças produtivas, aqui compreendido o conjunto das atividades econômicas como o comércio, serviços, indústrias remanescentes e atividades do terciário superior, ou do quaternário: lazer, cultura, ciência e tecnologia.” (Mizubuti, 2001)

De acordo com dados oficiais, a principal atividade econômica da cidade na atualidade se encontra no setor terciário, e em especial no setor de serviços. A presença, no passado, de diversos órgãos e repartições afeitos à administração pública contribuiu para que uma parcela considerável de seus habitantes (ainda) sejam funcionários públicos. As atividades industriais (da indústria naval principalmente, mas também das indústrias têxtil e de processamento de alimentos e bebidas), que no passado tiveram um peso no dia-a-dia da cidade, estão em franca extinção ou retração e, para alguns autores, uma parcela significativa de ex-operários navais desempregados engrossa o expressivo contingente de pessoas dedicadas ao comércio ambulante (mercado informal de trabalho). (Ibid.) O mercado formal, em 1999, empregava 150.809 trabalhadores, predominantemente do sexo masculino, no comércio, nos serviços, na administração pública, na construção civil e nas remanescentes indústrias de transformação. (Ibid.)

Mesmo assim, Niterói é detentora de altos índices sócio-econômicos, podendo ser considerada como uma cidade em que as ditas classes médias, economicamente falando, são as de maior peso na totalidade da população⁷. O seu índice de alfabetização da população acima de 15 anos em 1991 era o melhor índice encontrado na Região Metropolitana. Além disso, era a cidade com maior número de chefes de família com mais de 15 anos de estudo no País (25%). A renda familiar per capita média a coloca em 4º lugar dentre os municípios brasileiros, ocupando ainda o primeiro lugar dentre os municípios fluminenses em termos de “chefes de

⁷ Poderíamos de uma maneira simplista descrever Niterói como uma cidade classe média, com uma grossa maioria de habitantes funcionários das iniciativas pública e privada.

domicílio com renda superior a 20 salários mínimos”. Seu IDH⁸ (Índice de Desenvolvimento Humano) está entre os mais elevados do país (acima de 0,80), o que a coloca entre as cidades de alto desenvolvimento humano de acordo com os parâmetros que são preconizados pelo Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento (PNUD).

Em 2000, o município contava com uma população de 458.465 habitantes, mas a exemplo de outras cidades metropolitanas não estaria crescendo demograficamente de forma significativa⁹. O processo de urbanização parece ser uma de suas marcas já que, segundo o IBGE, ao final da primeira metade do século XX, 85% da população já habitava em domicílios urbanos e que em 1980, a população tivesse sido considerada como totalmente urbanizada.¹⁰

Na atualidade, para efeitos de planejamento e administração, Niterói tem sido subdividida em 5 regiões: a das Praias da Baía, a Norte, a de Pendotiba, a Oceânica e a Leste. De acordo com a Secretaria Municipal de Ciência e Tecnologia, em 1991 a população total da cidade era de 436.155 habitantes e para cada uma destas regiões seriam as seguintes: Praias da Baía, 194.944 (44,70%); Norte, 159.879 (36,66%); Pendotiba, 43.477 (9,96%); Oceânica, 33.245 (7,62%); Leste, 4.640 (1,06%). (Mizubuti, 1999)

Desde a inauguração da ponte Rio-Niterói na década de 70, a cidade tem passado por alterações referentes ao tipo e à extensão da ocupação de seu território. A verticalização, a periferação e a favelização são processos que se verificaram ao longo deste período. Quanto ao processo de favelização, a exemplo do que ocorre no resto do país, observamos que atinge o município quase que em todas as suas

⁸ “O IDH (Índice de desenvolvimento Humano) foi implantado como uma alternativa à medição do progresso nacional baseada unicamente no cálculo do Produto Interno Bruto (PIB). Esse índice é composto por três componentes considerados básicos para uma avaliação do desenvolvimento humano: longevidade, conhecimento e padrão de vida. Metodologia implantada em 1995 - de quando são as últimas informações -, a longevidade é medida pela esperança de vida ao nascer; o conhecimento, por uma média entre a taxa de alfabetização dos adultos e a taxa combinada de matrícula nos ensinos fundamental, médio e superior; enquanto o padrão de vida é medido pelo poder de compra baseado no PIB per capita ajustado ao custo de vida local.” Disponível em: <<http://www.riogrande.com.br/indicadores/Data9.htm>>. Visitado em 3 dez. 2002.

⁹ Assim, a sua taxa anual de crescimento demográfico caiu de 2% na década de 1970, para 0,8% na de 80, e 0,4% na década de 90 (IBGE).

¹⁰ Estas informações foram colhidas na Internet, em “Niterói à vista”. Disponível em: <<http://www.nitvista.com.br>>. Acesso em: 3 dez. 2002.

regiões. Em meados dos anos 90, de acordo com levantamentos efetuados apenas nas regiões Norte, das Praias da Baía e Pendotiba, havia 27 favelas com cerca de 7% do total dos habitantes da cidade (29.785 habitantes).

A cidade, ao longo de sua história, organizou-se a partir de seu bairro central no qual se estabeleceram o grosso do comércio e dos órgãos da administração pública. Além disso, é também no Centro, próximos uns dos outros, que se localizam tanto os terminais dos transportes hidroviários, que tradicionalmente a ligam ao Centro da cidade do Rio de Janeiro, quanto o terminal dos ônibus municipais e intermunicipais¹¹. Esta ligação com a atual capital estadual, antigo Distrito Federal, tem desempenhado um papel de suma importância na vida niteroiense, já que uma boa parte de sua população costumeiramente se desloca para lá, seja para trabalhar, estudar, com fins de lazer etc. Em consequência disto, é vultuoso o número de habitantes niteroienses que circulam pelo Centro de Niterói indo e/ou vindo do Rio, e maior ainda fica este número devido aos habitantes de cidades vizinhas como São Gonçalo, Itaboraí e Maricá, que também fazem este mesmo percurso para chegar ao seu destino.

De modo geral, não só o Centro, mas os demais bairros próximos às margens da baía da Guanabara juntamente aos da Região Norte, concentram a maior parcela da população municipal, e também o grosso dos estabelecimentos assistenciais (públicos, privados ou filantrópicos), educacionais, comerciais, e de serviços de que a cidade dispõe, e isto se deve tanto a razões históricas (ocupação mais antiga, mais bem servidos em termos de equipamentos urbanos), quanto a razões geográficas (características do relevo, proximidade de acesso à cidade do Rio de Janeiro).

A Região das Praias da Baía¹² tem uma área de 21,24km² (16,3% da área da cidade) e devido ao forte processo de “verticalização” pelo qual tem passado nas últimas três décadas, conta com uma população muito mais concentrada, já que inúmeros prédios de apartamentos foram construídos onde antes existiam apenas

¹¹ O maior número de linhas intermunicipais destina-se à São Gonçalo.

¹² Formada pelos bairros: Centro, Fátima, Morro do Estado, Ponta D’Areia, Gragoatá, Boa Viagem, São Domingos, Ingá, Icarai, Santa Rosa, Pé Pequeno, Vital Brasil, Viradouro, São Francisco, Cachoeiras, Charitas, Jurujuba. O Plano Urbanístico Regional, Lei nº 1.483, de 27/12/95, delimitou os bairros da Região, apontando cinco sub-regiões: Centro, Icarai, São Francisco, Santa Rosa e Jurujuba

habitações uni-familiares (casas). No entanto, há uma grande desigualdade entre o padrão das construções, o tipo de ocupação do solo, e o poder sócio-econômico dos seus habitantes, e tanto existem bairros localizados nos vales à beira-mar, como Icaraí, São Francisco e Ingá, que abrigam uma população de bom padrão econômico (classes sociais média e alta), quanto aqueles localizados nas franjas do território ocupados por classes sociais de baixo poder aquisitivo, além das favelas localizadas nas vertentes dos morros. A exemplo do que acontece hoje nas demais regiões metropolitanas brasileiras, este recorte do território urbano em espaços distintos obedece a uma lógica segregacionista, que divide a cidade ao meio separando os locais destinados aos que possuem maior poder aquisitivo daqueles destinados aos menos aquinhoados economicamente. (Mizubuti, 1999) Note-se que as duas maiores favelas¹³ em termos de número de habitantes localizam-se na Região, totalizando 27% da população favelada do município.

A Região Norte¹⁴, conta com uma área de 22km², e é também de ocupação antiga, pois foi em um de seus bairros que se localizou o aldeamento indígena a partir do qual se originou a cidade. Assim como a Região das Praias da Baía com a qual se limita, uma parte de seu território é também banhado pela baía. Bastante populosa, a região apresenta uma grande diversidade ao nível do tipo de ocupação do solo e do padrão sócio-econômico de sua população. Em alguns de seus bairros, como o Fonseca e Cubango, ocupados no passado por camadas sociais mais ricas, que moravam em chácaras ou em amplas casas situadas em grandes terrenos, vêm sofrendo uma alteração tanto a nível da ocupação do solo, já que passa também pelo processo de “verticalização”, quanto ao nível do perfil sócio-econômico de seus habitantes, que agora são das classes média e média-baixa. Em outros logradouros, que até algumas décadas atrás abrigavam a maior parte das indústrias do município, a maioria da população é mais empobrecida (classe média-baixa e baixa), sendo mais comuns casas e prédios baixos. Em toda a Região há enclaves de população de baixa renda, que habita as favelas nos topos dos morros, os cortiços ou as antigas vilas

¹³ São o Morro do Estado e o Preventório.

¹⁴ Formada pelos bairros: Santana, São Lourenço, Ilha da Conceição, Barreto, Engenhoca, Tenente Jardim, Fonseca, Cubango, Baldeador, Viçoso Jardim, Caramujo e Santa Bárbara.

operárias, no seio de áreas ocupadas por classes mais bem aquinhoadas. Nas franjas da Região ainda se encontram áreas precariamente urbanizadas, que dão testemunho de um passado rural. Na medida em que, a Região é cortada pelos principais eixos de ligação viária com os municípios próximos e com o restante do Estado (Ponte Rio-Niterói, acesso à São Gonçalo e às rodovias que seguem rumo às regiões Serrana, dos Lagos, Centro-Norte e Norte do Estado), há um intenso fluxo de veículos que dá a alguns de seus bairros uma característica de “corredor viário”, o que acarreta toda uma série de implicações positivas (facilidade de acesso, grande oferta de transporte urbano, etc) e negativas (problema crônico de congestionamentos, poluição sonora e do ar etc).

Quanto às Regiões mais periféricas de Niterói, ou seja, Pendotiba, Oceânica e Leste, foi nelas que ocorreram as alterações mais significativas das últimas três décadas. Principalmente, porque a cidade sofreu uma rápida expansão na direção desses bairros, até então esparsamente habitados e com graves questões fundiárias (inúmeros moradores eram posseiros, grandes extensões de terra estavam nas mãos de grileiros) e ambientais (ocupação indevida das orlas das lagoas). A vinda para estas regiões de uma população de maior renda, que tem ocupado os novos condomínios fechados ou residências de bom padrão de construção em ruas até pouco tempo inexistentes ou razoavelmente despovoadas, tem provocado uma visível mudança, com o concomitante deslocamento dos antigos residentes de baixa renda e o crescimento de favelas em áreas delimitadas. A implantação de equipamentos urbanos (como serviços de água e esgoto, asfaltamento e ampliação das vias públicas, etc) têm ocorrido a reboque do processo de ocupação e redistribuição populacional, deixando ainda muitas áreas sem atendimento, ou com atendimento parcial.

A Região de Pendotiba¹⁵, de localização mais interior em relação ao litoral da baía pois situa-se no Maciço Costeiro de Niterói, é a única que se limita com todas as outras regiões, e também com o Município de São Gonçalo. Tem uma área de 25,48 Km², ou seja, 19,69% da área total do município. Situada acima do nível do mar, é

¹⁵ Formada pelos bairros: Badu, Cantagalo, Ititioica, Largo da Batalha, Maceió, Maria Paula, Matapaca, Muriqui, Sapê, Vila Progresso.

através dela que as Regiões Oceânica e Leste têm seus principais acessos ao Centro de Niterói. O Decreto Municipal que dividiu a Região, em 1986, transformando em bairros localidades específicas que antes eram reconhecidas de forma genérica pelos munícipes simplesmente como Pendotiba, e por isso ainda é comum que uma parte de seus habitantes optem por se identificar como moradores da Região e não de seu bairro específico. Há duas décadas atrás, a Região se caracterizava como produtora de hortigranjeiros, e este passado rural ainda é identificável em vários de seus bairros que têm precária infra-estrutura urbana. A implantação da rede de água e esgotos é de recentíssima data e ainda não cobre todas as localidades. Em Pendotiba é visível a segregação espacial, já que alguns dos bairros recentemente constituídos têm condomínios e residências de alto (ou até mesmo altíssimo) padrão de construção, habitados pela classe média e média-alta, que contrastam grandemente com outros bairros adjacentes, em que as construções são bem modestas e habitadas por uma população de baixa renda. Para Mizubuti, a existência de bairros mais modestos, além das favelas que se situam nesta região, dão testemunho das desigualdades sociais, de um modo mais visível do que em outras regiões da cidade. Uma outra característica marcante da Região é a localização concentrada do grosso dos estabelecimentos de comércio e de serviços em apenas um de seus bairros¹⁶, justamente aquele para onde convergem as vias de acesso que provenientes da Região das Praias da Baía, dão acesso para as regiões Oceânica e Leste.

A Região Oceânica¹⁷ é a mais extensa do município (49,10km²), porém com uma baixa densidade demográfica em relação às demais, contando com áreas não habitadas ainda cobertas por vegetação natural. É nela que se encontram as praias oceânicas, que não são afetadas pela poluição na intensidade com que as praias da baía o são, além das lagoas de Itaipu e Piratininga, que já desde algum tempo passam por graves problemas ambientais. Apenas no começo da década de 40 esta Região passou a pertencer de forma definitiva a Niterói, já que antes integrava o município de São Gonçalo. Atualmente corresponde ao Segundo Distrito municipal. Bem

¹⁶ Trata-se do Largo da Batalha.

¹⁷ Formada pelos bairros: Itacoatiara, Camboinhas, Itaipu, Engenho do Mato, Piratininga, Jacaré, Cafubá.

despovoada na década de 70, passou a ser ocupada por grande número de pessoas da classe média ou média-alta, que ocupam casas de bom padrão de construção em condomínios fechados ou não, além da população original formada principalmente por posseiros modestos, que em grande maioria se dedicavam à pesca, à prestação de serviços ou à agricultura de subsistência, e que agora têm sido deslocados para morarem em outros lugares. Como no restante do município, já se registra o surgimento de algumas favelas, antes inexistentes. Os serviços de infra-estrutura urbana ainda são precários e de recente instalação, não cobrindo a totalidade da área. A oferta de comércio e serviços tem crescido de forma significativa, com as principais vias de acesso totalmente ocupadas por estabelecimentos comerciais, bancários ou de ensino, além de escritórios e/ou consultórios dedicados a serviços médicos e de outras naturezas. Um dos problemas com que os habitantes se defrontam, e que de certa forma limita a ocupação da área, diz respeito ao sistema viário, já que há praticamente uma só via de acesso, servida por linhas de ônibus, quase que exclusivamente, de uma mesma empresa. Nos feriados e fins de semana aumenta em número significativo a circulação de pessoas em busca de lazer, seja nas praias, seja nos bares, restaurantes, shoppings, etc, e esta intensificação do tráfego de veículos automotores particulares implica em problemas de trânsito insolúveis, caso não venham a ser enfrentados com seriedade.

A Região Leste¹⁸ tem uma área de 13,91 km² (10,76% da área total do município), e localiza-se numa das extremidades do município, com a população ocupando os vales e encostas das duas serras lá existentes que são ainda cobertas por vegetação. As questões ambientais, devido a ameaça de desmatamento e poluição trazida pela ocupação mais recente coloca-se como uma questão bem presente. Até bem pouco tempo a agricultura era a principal atividade econômica, com pequenas fazendas e chácaras que produziam hortaliças e frutas cítricas. A existência de chácaras e sítios destinados ao lazer dos proprietários de classe média-alta e alta não impediram que a região tenha passado por uma profunda transformação, perdendo muito de sua feição rural devido ao processo de periferização da cidade. A maior

¹⁸Formada pelos bairros: Várzea das Moças e Rio do Ouro

parte das moradias da região é de baixo padrão de construção e a população pertence, em sua maioria, às classes mais baixas economicamente (90% dos chefes de família recebem mensalmente, em média, até 5 salários mínimos). Uma outra característica é a existência considerável tanto de moradores que são posseiros quanto de moradores que são “caseiros”, ou seja, se encarregam da vigilância e/ou prestação de serviços domésticos aos proprietários das chácaras e moradias ocupadas somente com fins de lazer em feriados e fins de semana. Digno de nota é a inexistência de favelas, pelo menos em termos oficiais. Em termos administrativos, a Região integrou por um tempo o município de São Gonçalo, e até 1986 era considerada como sendo parte de Itaipu, ou seja, da Região Oceânica. Limítrofe à São Gonçalo, possui ruas em que cada lado pertence a um dos municípios (Niterói ou São Gonçalo), o que traz problemas quando se trata de determinar a quais órgãos de prestação de serviços públicos a população deva se dirigir. O acesso ao Centro da cidade tanto pode ser feito pelas Regiões de Pendotiba e Oceânica quanto por São Gonçalo.

5. 2. Sobre como se teceu a Rede

A seguir, procuramos retrair de uma forma sucinta como se constituiu a Rede na cidade, a partir da fundação do Hospital Estadual Psiquiátrico até a atualidade. Na verdade, não estaremos preocupados com o estabelecimento da *História* da Rede, mas sim em refazer um certo percurso, através do qual pudemos ter uma visão de seu começo e de como ela veio a se constituir em sua formação atual. Para tal, nos valem de material colhido em entrevistas e depoimentos, na leitura da bibliografia disponível, além de nos valermos de nosso próprio testemunho, na medida em que desde 1987, somos parte do quadro de funcionários estaduais de saúde.

A primeira instituição destinada ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais em Niterói de que se tem registro, foi uma Enfermaria do Hospital de São João Baptista, a qual existia desde 1878, e se localizava no Centro da cidade. (Resende, 1997:49) O Hospital Estadual Psiquiátrico, para onde foram transferidas as

últimas internas da antiga Enfermaria, somente foi construído cerca de 75 anos depois, em um dos bairros situados na orla da Baía da Guanabara.

Em 1953¹⁹, ano da inauguração do novo hospital, a região onde este foi localizado²⁰, era periférica à cidade e muito pouco habitada, o que conferia àquele uma característica comum aos primeiros asilos construídos entre nós, ou seja, a de estar distante (ou mesmo fora) das partes centrais e mais habitadas da cidade. A dificuldade de acesso, de certa forma, era justificada pelo princípio do isolamento pineliano, que preconizava a necessidade da retirada do doente do convívio de seu meio social e familiar para que a cura pudesse ocorrer. (Ornellas, 1997: 111) “*Não há cura sem isolamento, o que implica que todo o tratamento deve ser asilar*”. (Machado, 1978: 432)

Esta dificuldade de acesso inclusive era reconhecida pelos órgãos da administração pública, na medida em que, a título de gratificação pelo “difícil acesso”, era concedida a seus funcionários uma pequena quantia adicional em seus salários.

Isolar para poder observar, tratar, intervir – este é o traço comum não só aos hospitais psiquiátricos, mas também a muitas outras instituições que compõem o campo sócio-assistencial. O isolamento daquela parte da região da cidade conhecida por Jurujuba era tal que, também ali, já em 1856, existira uma instituição de saúde destinada ao isolamento de indivíduos considerados “perigosos” ou “em perigo”. E aqui refiro-me ao conjunto arquitetônico destinado a ser o Hospital Marítimo de Santa Isabel, peça fundamental para o projeto de higienização e medicalização da cidade do Rio de Janeiro, que se iniciou no século XIX, empregando estratégias de esquadrinamento e ordenamento dos espaços urbanos. O dispositivo formado pelo dito hospital funcionava como uma “máquina-de-ver” através da qual se podia exercer uma vigilância disciplinadora dos corpos dos indivíduos recém-chegados ao

¹⁹ Segundo depoimento de profissional que participou da abertura do dito Hospital, a mesma ocorreu após inauguração oficial com a presença do então Governador de Estado e Secretários. O primeiro dia de funcionamento foi em 13 de março de 1953, quando para lá foram transferidas as pacientes da Enfermaria Psiquiátrica do atualmente extinto Hospital de São João Baptista, que respondia até então pela Assistência Pública Hospitalar em Niterói. (Entrevista concedida a Leticia F. Bogado).

²⁰ Embora tradicionalmente se diga que o Hospital fica em Jurujuba, na verdade, ele se localiza em uma zona que fica entre este bairro e o bairro de Charitas, e oficialmente pertence ao primeiro.

porto (marinheiros, oficiais ou viajantes), que pela sua doença poderiam ser perigosos para a cidade. Em embarcação própria do hospital seus médicos faziam a inspeção de todos os navios que chegassem, e recolhiam e transferiam para o Santa Isabel todos os casos suspeitos de portarem a febre amarela. Espaço permissivo ao olhar, o hospital foi edificado de frente para a praia, sobre uma pequena elevação, de onde não só podia-se descortinar a entrada de qualquer embarcação naquele trecho da baía, como também boa parte da região terrestre à sua volta. Além disso, conforme a lógica médica da época, foi construído voltado para o poente, de forma a permitir que suas paredes fossem banhadas pelos raios do sol, que ao penetrar pelas amplas janelas inundariam o ambiente de luz livrando-o dos maus ares miasmáticos causadores das febres e pestes. Em suma, era um ambiente propício ao exercício do olhar. (Bogado, 1987)

No período republicano este hospital mudou de nome e passou a funcionar como um Hospital Geral de Isolamento, que acolhia qualquer portador de doença infecto-contagiosa. Sempre subordinado ao poder público, federal até 1934 e depois estadual, passou por várias reformas de seu espaço físico e deixou de funcionar como instituição médico-hospitalar para abrigar uma sucessão de dispositivos de assistência à infância. Portanto, passou-se do acolhimento de indivíduos “perigosos” para a cidade (os doentes e os empestados), para o acolhimento de indivíduos considerados como estando “em perigo” de serem contaminados ou de serem expostos a uma condição de vida irregular (as crianças filhas de pais tuberculosos e os menores, de situação sócio-econômica e familiar difícil). De qualquer modo, continuava-se a seguir a norma de isolamento daqueles que fossem ou pudessem vir a ser perigosos, aos quais, em última instância, deviam ser aplicadas “*diferentes estratégias disciplinares*”, que tinham “*como alvo privilegiado o controle dos indivíduos*”. (Ibid.: 114)

Como se pode constatar, aquele trecho da orla niteroiense foi escolhido para situar instituições de asilamento em duas épocas diferentes da história, separadas entre si por praticamente um século. Mas, se na mais antiga delas, o Hospital Marítimo, se queria ver, ou produzir as condições melhores possíveis para permitir a visão, no Hospital Psiquiátrico ao contrário, havia por um lado a tentativa de não

deixar ver e por outro a tentativa de concentrar o olhar. No Hospital Marítimo atravessado pela luz do sol, se lançava muita luz sobre seu objeto, o doente, e isto consolidava um saber/poder a ser exercido não só sobre o corpo do indivíduo doente, mas sobre a cidade higiênica. Já no Hospital Psiquiátrico, tratava-se mais de um jogo de luz e sombra, por um lado, o isolamento subtraía o indivíduo doente da luz, tanto para esconde-lo da cidade quanto para esconde-la dele: portanto uma questão de pôr na sombra ou de produzi-la. Por outro lado, o olhar do médico e de seus auxiliares concentrava-se no doente, atravessava-o com a luz do olhar científico para poder ver não a ele, mas à doença: portanto uma questão de focalização da luz.

Situado muito próximo, quase ao lado, dos prédios do Hospital Marítimo, o Hospital Estadual Psiquiátrico, no entanto, fica numa estreita faixa de terreno plano entre a praia e o morro. Do ponto de vista arquitetônico, este se apresenta como uma estrutura “pesada”, tipicamente asilar: o seu interior é cortado por longos corredores de circulação que conduzem a enfermarias isoladas do restante do Hospital por portas fechadas; no interior dessas estruturas pátios internos cimentados e vazios, cercados por paredes ou muros; a maior parte das janelas são gradeadas ou inacessíveis; alguns lugares são sombrios, outros tristemente cinzentos.²¹ As reformas e consertos feitos ao longo dos últimos anos não conseguiram alterar significativamente a sensação de “*déjà vu*” que se tem ao percorre-lo, na medida em que tudo o que se vê remete ou faz lembrar o que já se viu em outras instituições asilares manicomiais. De dentro do prédio do Hospital vê-se muito pouco do lado de fora, e quando se pode ver algo é o que lhe fica atrás, ou seja, parte do morro e da favela, surgida nas últimas décadas; nada se revela da praia à sua frente ou do cenário generosamente belo daquele pedaço da Baía de Guanabara. Foi só muito recentemente que se substituíram os muros frontais por grades que permitem uma visão de sua fachada para os que por ali transitam.

²¹ Segundo um entrevistado que participou de sua fundação, já no dia da visita oficial do Governador para inaugura-lo, este teria repreendido o Secretário de Obras pelo “baixo pé-direito” com que foi construído. Para o Governador tal característica traria riscos pela possibilidade de um fácil acesso dos doentes às lâmpadas, que uma vez alcançadas poderiam se transformar em objetos perigosos. (Entrevista feita por Leticia F. Bogado.)

Contemporâneo ao advento dos psicotrópicos, o Jurujuba²² – como veio a ser conhecido pela população numa referência à região da cidade onde se localiza – foi concebido como uma Unidade hospitalar neuro-psiquiátrica, destinada não só a acolher e “tratar” os doentes mentais, mas também à realização de tratamentos neurológicos do tipo cirúrgico.

Concebido para ser um “*hospital-modelo*”, o Hospital dividia-se em duas grandes “*secções*”, a de Psiquiatria e a de Neurologia. De acordo com Carreteiro & Mouzinho, em seu começo, o Jurujuba esteve vinculado à concepção organicista da loucura, e tanto era assim que contava, “*como recursos terapêuticos, com todas as estratégias já utilizadas pela Psiquiatria, além da prática clínica e cirúrgica da Neurologia*”, o que representava um significativo “*avanço no sentido de reunir, em um só estabelecimento, todas as possibilidades de que a ciência médica dispunha de mais sofisticado para o tratamento da loucura*”. (Carreteiro & Mouzinho, 1996)

Em seus artigos produzidos enquanto trabalharam, durante a década passada, no Projeto Memória do Hospital, as autoras levantaram pontos importantes do funcionamento da instituição durante os anos 50. O primeiro deles foi a associação das práticas médicas e, portanto de cunho científico, com uma ideologia policial. Na análise do material do Arquivo Morto do Hospital constataram que em suas anotações nos Livros de Ocorrência, os médicos plantonistas relatavam lado-a-lado às condutas clínicas empregadas com os pacientes (medicação, etc) durante os plantões, outras atividades descritas com o mesmo linguajar da Polícia: “(...) *'recaptação dos fugitivos', dar 'batidas no hospital e fora dele', a 'vigilância', a 'ronda noturna', etc*”. O Hospital tanto controlava como reprimia, vigiava como punia seus internos, portanto havia mais que uma identificação ou semelhança apenas no plano ideológico com a instituição policial. Um outro testemunho desta proximidade era a prática comum de que fossem policiais que trouxessem para o hospital, uma parte das pessoas internadas nas Enfermarias da Seção de Psiquiatria. (Carreteiro & Mouzinho, 1996)

²² Mais um nome indígena em Niterói. Segundo Pimentel, em tupi-guarani Jurujuba (iuru = gargalo, pescoço, garganta, barra, foz + iubá = amarelo, ruivo) significa “pescoço amarelo ou ruivo; barba ruiva ou loura”.

O segundo ponto abordado diz respeito à organização interna da instituição. A divisão do Hospital em duas seções, a da psiquiatria e a da neurologia, provocou de certo modo o estabelecimento de duas instituições distintas em uma. A Neurologia funcionava na frente da construção logo após o bloco administrativo, em duas enfermarias, uma feminina e outra masculina, separadas por um saguão, logo na entrada do prédio, com apenas 10 pacientes cada. A admissão dos pacientes era feita por meio de encaminhamentos médicos, de pedidos feitos à Direção ou de pedidos feitos ao próprio médico responsável pela Seção. Note-se que, havia entre os internos desta seção várias pessoas de origem sócio-econômica e cultural mais alta, que eram tratadas pelos seus títulos, se os tivessem, ou a quem era dado senhoria²³ (Doutor, Senhor etc). O contato com os pacientes da Neurologia era completamente vedado não só aos pacientes da Seção de Psiquiatria, mas também aos enfermeiros que nela trabalhassem. Mas os primeiros gozavam de certa liberdade para circularem pelo hospital e por vezes trabalhavam em funções específicas no interior do hospital (porteiros, vigias etc), inclusive recebendo uma remuneração. Embora fossem a minoria dos internos (5% quando o Hospital estivesse com a lotação de 200 pacientes prevista oficialmente), no entanto, eram utilizados como "*cartão de visitas*", pois no caso de um "*visitante ilustre*" vir ao Hospital, era a estas Enfermarias que seriam conduzidos e não àquelas da Seção de Psiquiatria. (Carreteiro, 1994)

Uma outra distorção que ocorria na Seção de Neurologia era a postura do médico responsável, no que dizia respeito não só às Enfermarias e ao centro Cirúrgico, mas também aos pacientes. "*Havia uma espécie de apropriação do que era público*", uma "*personalização do espaço hospitalar*", e além do nome daquele médico ser dado às Enfermarias, como se elas fossem propriedade privada daquele (inclusive, os próprios pacientes passavam a legitimar tal denominação), outras

²³ *O hospício tem uma particular admiração pelos títulos doutorais, patentes, e um culto pelas nobiliarquias familiares.*" Com esta frase, Lima Barreto comenta uma passagem entre dois pacientes da Seção Calmeil, onde ficavam os pensionistas (pacientes pagantes) do Hospício Nacional de Alienados. O tratamento completamente diferenciado que era dado aos doentes de acordo com sua classe sócio-econômica, ou rede de relacionamentos sociais, fica exemplificado pelo seu caso, que por ser filho de um antigo funcionário de uma das Colônias da Ilha do Governador, conseguiu após as primeiras semanas de internação, ser transferido para a seção citada acima. BARRETO, L. **Cemitério dos vivos**. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/virtualbooks>>. Acesso em: 19 set. 2002.

demonstrações de tal situação expressavam-se em uma série de fatos. Por exemplo, só ele e a enfermeira de nível superior ficavam com as chaves do Centro Cirúrgico e, portanto, só eles podiam dar acesso a estes locais. (Ibid.)

Além das Enfermarias Neurológicas existia o Centro Cirúrgico, no segundo andar, ao qual se chega por uma rampa que sai do saguão situado entre as ditas enfermarias. Nos primeiros anos de seu funcionamento, foram realizadas "*cerca de 2.000 cirurgias, sendo a sua grande maioria psicocirurgias*", isto é, lobotomias. No entanto, estas cirurgias neurológicas não foram praticadas por muito tempo e já em 1959 se fechou oficialmente o Centro Cirúrgico. (Ibid.) De acordo com relato de um dos médicos que delas participou²⁴, a administração pública não teria garantido a manutenção de uma equipe de profissionais aptos para tal. E o Hospital passou a ser, cada vez mais, apenas uma instituição psiquiátrica, destinada ao asilamento e, eventualmente, tratamento dos pacientes internos.

Entretanto, na Seção de Psiquiatria o quadro era completamente diferente. Com lotação prevista de 200 pacientes, antes de completar um ano de existência, já contava com cerca de 400 pacientes. Ocupava a parte mais interior, ou mais aos fundos da construção e, logo após três meses de sua inauguração, os relatos dos médicos nos Livros de Ocorrência já denunciavam o estado lamentável em que as instalações físicas se encontravam, também relatavam a falta de material e o recurso ao "*leito-chão*" (Resende, 1997: 54), literalmente, pois não havia colchões em quantidade suficiente. O nível sócio-econômico e cultural da quase totalidade dos pacientes era muito modesto, e não era incomum que estes chegassem para ser internados portando um Atestado de Pobreza emitido por órgão público.

A Seção de Psiquiatria era subdividida em várias Enfermarias, que oficialmente eram nomeadas diferentemente do que o eram na prática cotidiana:

"... Primeira Enfermaria, Segunda Enfermaria, Terceira Enfermaria, Quarta Enfermaria, Enfermaria de Isolamento (destinada a pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas) e Enfermaria das Crianças. Esses espaços 'terapêuticos' eram correntemente denominados pelos plantonistas nos seus Livros de 'Enfermaria dos Sórdidos', "Pátio dos Agitados', 'Enfermaria dos Calmos', 'Cubículo', etc." (Carreteiro & Mouzinho, 1996)

²⁴ Entrevista feita por Leticia F. Bogado.

Como se pode ver, na terminologia utilizada pelos plantonistas parece indicar que ainda utilizavam um dos princípios pinelianos de organização do asilo, a saber o da classificação e separação dos internos no interior do hospital de acordo com suas características. O próprio Pinel defendia a "*distribuição metódica dos insanos*" que atestaria a constituição do saber médico, expressão de uma racionalidade da doença, e asseguraria o emprego da prática mais eficaz para cada caso, porque ao possibilitar uma leitura imediata das situações que se apresentavam permitia a escolha de um curso de ação. (Castel, 1978: 83-84)

Devemos repetir, que ao final da década de 50, portanto com poucos anos de funcionamento, já se constatava uma imensa deterioração das condições de vida dos pacientes internados no Jurujuba, devido não só ao tipo de assistência asilar que lhes era prestada, mas também à superlotação. É possível que uma das razões desta ordem de coisas se devesse parcialmente ao fato que dentre os três hospitais psiquiátricos estaduais existentes no antigo Estado do Rio, apenas o Hospital Estadual Psiquiátrico se localizasse em área urbana e na capital, e que os outros (a saber, o Hospital Colônia de Vargem Alegre, no município de Barra do Piraí, e o Hospital Colônia Teixeira Brandão, no município de Carmo) ficassem no interior do Estado, em áreas rurais.

De início, para lidar com a ameaça de superlotação lançava-se mão regularmente de transferências de pacientes para os hospitais colônias, particularmente o Teixeira Brandão, no interior do Estado²⁵. Mais tarde essas transferências (que na verdade só deixaram de existir muito recentemente, por volta da época da municipalização²⁶ no começo da década de 90) não conseguiam mais dar conta do "esvaziamento" do Jurujuba, o qual segundo vários relatos orais que colhemos, teria chegado a abrigar cerca de 700 pacientes na década de 70.

²⁵ O Hospital contava para essas transferências com um ônibus, que os médicos internos chamavam jocosamente de 'Teixeirão' numa referência ao destino do mesmo. É curioso lembrar que o Hospital Marítimo teve um navio a vapor para trazer para seu interior, os doentes que atendia. Há portanto uma dessimetria (levar/trazer) nesta aparente semelhança (ter um meio de transporte para conduzir doentes), que atesta a característica comum aos dois de serem lugares para a exclusão e o isolamento.

²⁶ Mais adiante falaremos da municipalização.

À prática oficialmente sustentada do isolamento asilar que retirava o indivíduo diagnosticado como louco do convívio de seu meio social e familiar, lançando-o a, ou reforçando uma, situação de exclusão, somavam-se portanto outros fatores característicos e específicos do Hospital de Jurujuba, que facilitavam esta dinâmica de exclusão. Por ser o hospício público da capital, tido como referência em todo o Estado, era ocupado por indivíduos provenientes das mais diversas, e algumas vezes distantes, localidades fluminenses, o que contribuía para “fabricação” de um abandono do paciente por parte das famílias. Por outro lado, esses “expurgos” para os distantes hospitais colônias selavam essa dinâmica, pois acabavam por romper completamente os vínculos do paciente com sua vida anterior.

Durante a década de 60 foi efetuado um convênio do Hospital Estadual Psiquiátrico com a Universidade Federal Fluminense, que assumiu a gestão das duas Enfermarias que funcionavam no mesmo espaço antes ocupado pela Seção de Neurologia, para servirem como campo de formação de alunos de Medicina, e posteriormente, para alunos de outros cursos como Enfermagem e Serviço Social. Com diferenças, perpetuou-se a cisão que já existira no Hospital, no tempo de sua inauguração: as Enfermarias da Universidade eram as melhores em termos de acomodação e de tratamento. Separadas por sexo, abrigavam poucos pacientes (cerca de uns 20 de acordo com entrevistado)²⁷, e contavam com muitos profissionais já formados, ou em formação, para atendê-los. Curiosamente os dois entrevistados que foram acadêmicos²⁸ no Hospital se referiram às Enfermarias pelos nomes dos médicos responsáveis por elas.

Aos fundos do Hospício continuavam a existir as mesmas Enfermarias sujas, superlotadas, com pacientes mal cuidados e poucos profissionais para atendê-los. *"Era um hospital de elite que ficava na frente e um hospital comum que era lá atrás"*.²⁹ Uma das pessoas que entrevistamos usou a expressão *"total abandono"*, para referir-se à realidade das enfermarias comuns. E completa:

²⁷ Entrevista feita por Leticia F. Bogado.

²⁸ Geralmente os alunos de Medicina em estágio são chamados de Acadêmicos ou quando no Internato (que é a experiência hospitalar sob supervisão de professores no último ano do Curso) de Internos, denominação que não utilizaremos porque poderia causar confusão já que é assim também que nos referimos aos pacientes.

²⁹ Sujeito 8. Entrevista feita por Leticia F. Bogado. Niterói, 18 set. 2001.

"Era bem dividido o hospital. O Hospital era dividido entre o hospital estadual e o hospital da universidade, como se fossem dois hospitais.(...) E aqui ainda tinha internos, tinha residentes, tinha professor, tinha uma dinâmica. Enfim enchia mais, os pacientes tinham alta, era quase como se fosse uma enfermaria de agudos"³⁰.

Nenhum dos entrevistados soube nos explicar as causas que determinaram o término do convênio entre a Universidade e o Hospital, nem o ano exato em que isto aconteceu, apenas um deles especificou que teria sido quando Dr. De La Roque era o Diretor, mas como não estávamos preocupados nem com uma cronologia, nem com esta época específica do Hospital, não seguimos esta linha de investigação. Vale lembrar que, com esta quebra do convênio, iniciou-se uma época em que os psiquiatras formados pela Universidade Federal localizada na cidade contavam, para sua formação, apenas com a experiência no ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Antônio Pedro. De forma que, estes futuros profissionais perderam o contato com aspectos importantes de como se punham em prática as políticas públicas de saúde mental e com a realidade de um hospital psiquiátrico público, muito diversa daquela vivida em outras instituições.

Voltando à situação da instituição nas décadas de 70 e 80, não seria possível dizer que o desejo de mudar o estado de abandono em que viviam os internos "comuns" não tivesse se manifestado. Alguns profissionais mais jovens deixavam-se influenciar por leituras do que acontecia de novo no mundo psiquiátrico, e ensaiavam timidamente, por algum tempo, implementar algum trabalho novo no cotidiano das enfermarias, por exemplo, ocupações como o fabrico de objetos de artesanato, ou de atividades expressivas do tipo pintura e desenho. Mas, ao nosso ver, fosse por não estarem respaldadas em um projeto terapêutico ou reabilitativo global da instituição, ou fosse por não estarem inseridos num programa que expressasse uma política pública de saúde, foram iniciativas isoladas, que se perderam, ou pouco alteraram, a realidade cotidiana global.

Na década de 80, a partir de uma mudança no panorama político estadual e nacional (a abertura política), teve início uma série de tentativas de transformação do Hospital. Em 1983, uma nova Equipe assumiu a Direção e começou a trabalhar no

³⁰ Ibidem.

sentido de uma modificação do tipo de assistência que era dada à clientela, de uma humanização do atendimento e da substituição da lógica puramente asilar-carcerária. As mudanças foram implantadas muito lentamente, e de forma pontual, quando conseguiram ser implantadas. Havia no Hospital como que uma enorme força de inércia, que tendia a paralisar o movimento, a impedir que se colocassem de forma explícita as contradições, que permitiriam o embate do que era com o que poderia ser. Não obstante o desejo explícito da Equipe que assumiu a Direção em promover uma transformação e apesar de seus membros empregarem intensamente os conhecimentos adquiridos em seus processos individuais de formação profissional - não só os relativos à realidade institucional do manicômio (prática em comunidade terapêutica, leitura de trabalhos de Basaglia, etc), mas também a psicanálise e as técnicas de manejo de grupos, conforme a postulação da escola institucionalista argentina (técnica dos grupos operativos) – os problemas de ordem prática e de ordem política que enfrentaram se demonstraram intransponíveis.

Na prática, dentro do Hospital, defrontaram-se com uma cultura institucional bastante refratária a mudanças, além do estado de conservação precário das instalações e do assim dito material permanente (mobiliário, aparelhos, etc), a penúria cotidiana de material de consumo (alimentos, remédios, etc), os baixos salários, a cultura do absenteísmo, a insuficiência de quadros, e tantas outras dificuldades ligadas às condições objetivas e subjetivas de seus atores.

Para lidar não só com situações como estas, mas, principalmente para poder de fato mudar a instituição, a equipe optou por empregar uma estratégia de realização de assembléias, a que um dos membros da Equipe chamou de experiência de "*supervisão de análise institucional*". Estas reuniões eram regulares, semanais, e feitas conforme os setores e os grupos profissionais (por exemplo, os médicos, o pessoal da cozinha etc). Na visão deste mesmo profissional, esta era uma tarefa de proporções muito grandes e eles não conseguiam dar conta de tudo o que ouviam nas reuniões.

Após dois anos, no início de 1985, a Equipe de Direção, pediu exoneração dos cargos por avaliar que não contavam com o apoio mínimo necessário da parte da Secretaria Estadual de Saúde, à qual o Hospital se subordinava. Uma de suas

reivindicações, o preenchimento de vagas no quadro funcional por meio de concurso só veio a se realizar tempos depois, já no fim daquele Governo; e a criação da Coordenação Estadual de Saúde Mental³¹, responsável pelo Programa de Saúde Mental, aconteceu meses após o pedido de demissão do grupo. A importância desta Equipe na história não só do Hospital Estadual Psiquiátrico mas da Saúde Mental fluminense, fica demonstrada pelo fato de ter aberto caminho através de sua participação nos foros de discussão da Secretaria Estadual de Saúde para que, mesmo com atraso, algumas de suas reivindicações viessem a ser atendidas.

A partir do final de 1986, tiveram início várias transformações no Hospital. A este propósito, é preciso destacar que o quadro político-institucional já era outro, e a Coordenação Estadual de Saúde Mental, havia produzido um documento no qual se apresentavam os principais objetivos do Programa de Saúde Mental. Ao prever a instalação em 22 Centros e Postos de Saúde Estaduais³² de mini-equipes de saúde mental³³, que funcionariam como porta de entrada do sistema, queria *"assegurar a manutenção do tratamento dos pacientes no circuito extra-hospitalar de atendimento, evitando-se a hospitalização"*. (Rio de Janeiro, 1986) As mini-equipes deveriam ainda garantir que *"basicamente o tratamento do doente mental [acontecesse] o mais próximo possível de sua residência, e de modo que não se interrompam os seus vínculos com a família e a vida social"*. (Rio de Janeiro, 1986)

De acordo com o Programa, foram considerados prioritários os atendimentos a *"pacientes psicóticos em surto agudo, a egressos recentes do hospital psiquiátrico. Doentes não psicóticos mas em estado de grande ansiedade e/ou depressão devem também merecer atenção prioritária"*. (Ibid.) Estes casos considerados mais graves deveriam receber mais atenção e investimento por parte da mini-equipe de forma a impedir a re-internação ou primeira internação. Dito de outra forma, articulou-se uma política que visava em última instância o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos,

³¹ Esta Coordenação participou da organização Concurso Público da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene de 1986, que além de ter sido o primeiro na história da Saúde Estadual pós fusão, foi também geral para todas as áreas do funcionalismo público estadual da Saúde e não apenas para a Saúde Mental.

³² Estes Centros e Postos de Saúde foram escolhidos porque que *"se situavam em pontos de captação natural de clientes dos serviços de saúde"*.(Rio de Janeiro, 1986)

através de uma estratégia de ambulatorização, como a qualificou Delgado. (Delgado, 1992: 50) Esta era vista como um meio eficaz para esvaziar o hospital psiquiátrico, além de ser considerada um meio de tratamento mais eficaz.

Apesar de centrar-se no atendimento extra-hospitalar o Programa apresentou também, várias propostas em relação à rede hospitalar estadual. Tratava-se de uma *"redefinição do papel das unidades psiquiátricas próprias"*, que começaria pela *"diferenciação da clientela em pacientes com quadro agudo, recém admitidos na instituição, e indivíduos com longa permanência manicomial"*. Estas duas clientelas deveriam ser tratadas de modo distinto e em ambientes separados. Para a primeira delas buscava-se assegurar que a internação não se tornasse um processo longo, que seria cronificador, lançando-se mão de *"técnicas apropriadas para cada caso"* aplicadas por equipe multidisciplinar, além da abordagem da família e da comunidade e suas instituições sempre que possível. Ao receber alta, a qual deveria acontecer o mais rapidamente possível, o paciente egresso seria encaminhado para um ambulatório no qual poderia continuar seu tratamento. O Programa se referia a este processo (curta internação com tratamento adequado, intervenção junto à família e à comunidade para facilitar a *"reintegração do paciente ao seu meio"*, e alta com encaminhamento para tratamento ambulatorial) como *"reinserção social"*. (Ibid.)

Já para os internos com longa permanência nos hospícios públicos estaduais deveriam ser traçados *"programas de reabilitação e ressocialização"*, que os tirassem da *"apatia e indiferença próprias da vivência asilar"*. São elencadas atividades de terapia ocupacional, promoção de eventos sociais, saídas do espaço hospitalar, etc. Além disto era indicada a implantação de oficinas protegidas e de atividades laborativas que pudessem *"apontar não só para a perspectiva de alta social, mas também para a integração do paciente na comunidade vizinha (particularmente em Carmo e em Vargem Alegre)"*. (Rio de Janeiro, 1986)

Portanto, como podemos constatar nos trechos acima citados, já em 1986, no documento oficial que traçou a política pública de saúde mental no âmbito estadual, encontramos palavras como (re)integração, reinserção, reabilitação e ressocialização.

³³ Formadas basicamente por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, mas poderiam contar com outros profissionais como os agentes de saúde.

E principalmente, no texto estão colocadas claramente algumas das idéias que nortearam o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Criticava-se o modelo custodial dos hospitais que reservavam para sua clientela "*senão dois caminhos: a internação perpétua ou o monótono vai-e-vem das re-internações múltiplas*". Ao propor a criação de uma rede assistencial extra-hospitalar espalhada pelo Estado se permitiria a regionalização dos atendimentos e se deslocaria "*o lugar do cuidado psiquiátrico, do hospital para a comunidade*". Também, já se encontrava a idéia de um tipo de assistência comprometida com a promoção da saúde mental na proposta de formação das equipes multidisciplinares, que trabalhariam "*sem rigidez de papeis e funções*" e que procurariam estabelecer para além das atividades clínicas propriamente ditas, articulações com outros atores sociais, por exemplo, "*instituições e entidades da comunidade e da sociedade civil, bem como com outros órgãos prestadores de saúde localizados em sua área de abrangência*".

È interessante notar que parece haver um certo peso na idéia de integração e/ou reintegração, já que tanto os pacientes "agudos" quanto os "crônicos" deveriam atingir estágios tais em seus quadros mentais e comportamentais que lhes tornasse possível participar ou voltar a participar da comunidade ou da vida em sociedade. Há na noção de integração uma idéia de adaptação e acomodação, de filiada à noção de normalização forma que integrar-se significa juntar-se, tornar-se parte integrante, ou voltar a fazer parte, de uma situação pré-existente tida como normal ou padrão. De certa forma, a integração pode ser vista como estando e ao Campo da Reabilitação. E, não por acaso, no Programa de 1987 foram utilizados os termos reabilitação e ressocialização, nos quais se supõe que o indivíduo em questão poderá recuperar a auto-estima ou um lugar na sociedade, isto é naquilo que já está estabelecido.

As ações de reabilitação pareciam se colocar como um trabalho técnico realizado sobre o paciente para a "*recomposição da capacidade produtiva*" que lhe permitisse encontrar "*instrumentos para negociar suas demandas ou outra destinação social*". (Brasil, 1982a) Encontramos um exemplo de tal visão no projeto de criação de um equipamento - Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS) - que passou a integrar uma grande instituição asilar do Ministério de Saúde palco, na

década de 80, de um importante processo de transformação, chamado Programa de Ressocialização da Colônia Juliano Moreira. (Brasil, 1982a) No projeto havia , portanto, um apontamento para uma atuação técnica que interferiria no indivíduo para que então este fosse capaz de negociar politicamente sua entrada no social.

"(...) a reabilitação será o instrumento da ressocialização, objetivo último do programa. Entendendo a reabilitação como a devolução e desenvolvimento pleno de capacidade laborativa do interno e recomposição de sua força de trabalho; onde este possa primeiro se objetivar através do produto de seu esforço, como também diminuir sua dependência institucional por encontrar-se mais apto a prover-se individualmente. Entendemos que só através da ressocialização da capacidade produtiva o cliente encontra a pré-condição necessária para negociar politicamente sua inserção social." (Brasil, 1982 b: 11)

A inserção deveria ser obtida através de negociação política, fenômeno de cunho social mais amplo que os atinentes às trocas intersubjetivas acontecidas através das relações técnico-paciente e grupo institucional-paciente, e durante o processo de ressocialização, que só poderia ser ensaiada após este processo de feição mais individual e inter-relacional³⁴.

Mas, retornemos aqui a 1986 e ao documento que apresenta o Programa de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Estadual. Após traçar um panorama da assistência psiquiátrica fluminense, logo no início do documento, se explicitou que a Secretaria de Saúde Estadual ao constituir um Programa de Saúde Mental buscava não só reparar as distorções que haviam no sistema assistencial, mas também atendia *"às reivindicações de importantes setores da comunidade de trabalhadores de saúde mental"*. (Rio de Janeiro, 1986) Esta última afirmação é muito reveladora porque indicaria a influência tanto de grupos independentes de profissionais quanto dos movimentos e/ou entidades que agregavam os trabalhadores em saúde mental (fossem eles, a Associação Fluminense de Psiquiatria, ou o Movimento dos

³⁴ Para completar, queremos mostrar algo , que ao nosso ver não deixa de ser interessante, isto é, que no dicionário o verbo "inserir" se encontra como *"cravar, fazer entrar, ..., entranhar-se, fixar-se"*, ao contrário do verbo "integrar" que aparece como *"completar-se, ..., adaptar-se, acomodar-se, ..., juntar-se tornando-se parte integrante"*. (Ferreira, 1975) Parece-nos haver nestas acepções uma diferença no sentido de que o movimento feito no primeiro parece ser uma ação mais incisiva em que o sujeito se impõe ou é imposto ao objeto ou situação a que passa pertencer, já no segundo o movimento parece mais passivo no sentido em que o sujeito da ação se submete a uma situação ou se remodela internamente.

Trabalhadores em Saúde Mental, etc) na elaboração da política pública de saúde mental. Vale lembrar que apresentamos anteriormente, em outra seção deste trabalho, a visão de Castel a respeito de como os projetos que visam reformar a assistência em saúde mental, tendem a passar por quatro fases distintas, sendo a segunda delas a reivindicação de mudanças nas políticas públicas e a terceira o estabelecimento destas mudanças pelos órgãos oficiais. E justamente, parece que o processo narrado acima se encaixa neste modelo explicativo.

A admissão de novos funcionários concursados nos quadros do funcionalismo estadual de saúde (que começa a ocorrer no final do ano de 1986, e se completa por volta de março de 1987, já que cada grupo de categorias profissionais era convocado por vez) foi um marco na história da Assistência Estadual em Saúde Mental. Era a primeira vez que no serviço público estadual de saúde se formavam equipes multidisciplinares compostas inclusive por técnicos de categorias profissionais que até então não constavam nos quadros. Além disto, havia mais dois aspectos que concorreram para dar um traço distintivo neste contingente de funcionários: por um lado, era a primeira vez na história da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro que se realizou um concurso público para admissão de pessoal e que alguns meses após o ingresso dos candidatos aprovados se implantava um Plano de Cargos e Salários, que regularizou com isto a situação funcional de muitas pessoas que trabalhavam sem serem estatutários. Por outro lado, a seleção na área da saúde mental pautou-se pelos princípios estabelecidos pela Coordenação de Saúde Mental em seu Programa, de forma a permitir, o tanto quanto possível, que ingressassem profissionais com um perfil adequado às propostas de mudança³⁵.

No caso específico de Niterói, a nova rede estadual de saúde mental passava a contar além do Hospital com duas mini-equipes lotadas nos dois Centros de Saúde (um na Região Orla da Baía – ou Zona Sul como se dizia na época – e outro na divisa

³⁵ No entanto, não estamos aqui sustentando a ilusão de que as dificuldades desapareceram. O peso inercial da cultura que ao mesmo tempo gera e é gerada na instituição, o contexto local e nacional, a tradição veiculada pelas formações acadêmicas, as características pessoais, e provavelmente mais uma série complexa de fatores, continuaram (e continuam) a agir no sentido de diminuir o compromisso com a mudança.

entre o Centro e a Região Norte) e deveriam ter sido lotadas duas psicólogas³⁶ em um hospital geral estadual, onde deveria ser criada uma Enfermaria para atendimento a alcoólatras. Desde o início da experiência houve dificuldades em relação ao preenchimento das vagas nas mini-equipes, não só em Niterói mas em todo o Estado. Em primeiro lugar, não se conseguiu fixar boa parte das Assistentes Sociais, que fizeram o concurso sem que soubessem que uma parte das vagas destinava-se à Saúde Mental. A medida que o tempo passava, quase todas que aceitaram inicialmente a lotação em tais Serviços, se transferiram para outras posições. Além disto, também quanto aos médicos sempre foi difícil o preenchimento das vagas existentes nos serviços extra-hospitalares, embora em Niterói já houvesse uns poucos psiquiatras lotados nos Centros de Saúde estaduais.

Uma característica impressa na dinâmica de funcionamento dos serviços extra-hospitalares foi a instituição de Reuniões de Equipe como previsto no próprio Programa. Estas ocorriam semanalmente, no local de trabalho com os membros da mini-equipe. Mas também aconteciam Reuniões de Supervisão Programática com regularidade mensal (ou mais espaçadamente), ocupando em rodízio as Unidades em que se localizavam os Serviços, geralmente coordenadas pelo Diretor do Hospital de Jurujuba e contando com a presença dos membros das duas Equipes de Niterói e também da Equipe de São Gonçalo. Todo este movimento de reuniões foi fundamental para que os Serviços se firmassem e construíssem uma vinculação (mesmo que frágil) entre si.

Entretanto, o Hospital e as mini-equipes respondiam apenas pela Assistência em Saúde Mental prestada à população pela esfera estadual. Até o começo da década de 90, quando se implantou o SUS, havia em Niterói, como que várias redes paralelas de saúde pública mental: a que era prestada por órgãos municipais; a dos órgãos estaduais; a dos órgãos federais; as das entidades filantrópicas (na maioria, subvencionadas também pelo poder público); e a das empresas particulares conveniadas com a Previdência.

³⁶ Na verdade apenas uma psicóloga permaneceu lotada nesta Unidade e mesmo assim por bem pouco tempo. A Enfermaria nunca existiu.

Na esfera municipal, em 1977, tinha sido traçado um "Plano de Atenção Primária de Saúde" pela recém-formada Equipe da Secretaria Municipal de Saúde³⁷, que concebia da seguinte forma a Atenção em Saúde Mental a ser prestada nas Unidades Básicas de Saúde:

"a idéia [era] ter o psiquiatra e o psicólogo muito mais como profissionais de referência para treinamento, para acompanhamento, consultoria e atuação no campo com os agentes de saúde, com os generalistas, com os clínicos gerais, do que propriamente para estar oferecendo um serviço especializado dentro dessas Unidades. Era pra trabalhar muito mais como consultor, supervisor, e treinar agentes de saúde para desenvolverem algumas ações na área de Saúde Mental. Sobretudo ações que implicassem ter uma atenção despertada por algum diagnóstico e reconhecimento das chamadas doenças mentais, que pudessem intervir em algumas situações onde o tratamento na comunidade estivesse indicado, onde as pessoas pudessem desenvolver algumas ações do tipo visita domiciliar, cuidar da medicação, fazer um tipo de... levar o paciente pra alguma consulta de serviço especializado."³⁸

Uma década depois, a rede municipal funcionava com alguns profissionais de psicologia distribuídos por várias das 13 Unidades Básicas Municipais, que prestavam atendimento psicológico ambulatorial, fosse em psicoterapias individuais fosse de grupo, ou então atendimentos grupais nos moldes das ações conhecidas por Educação para a Saúde³⁹. Portanto, na maioria dos casos, o trabalho havia se afastado quase por completo da intenção original, e a idéia de prevenção primária que era marcante no Plano de 1977, ficou de certa forma esquecida. Mais para o final da década de 80, este grupo de profissionais passou a se reunir regularmente para receber supervisão. Em parte, esta era uma resposta à demanda dos próprios profissionais, e em parte era do interesse dos gestores, que na época já trabalhavam com o pressuposto da unificação dos serviços dentro da cidade (referimo-nos ao

³⁷A nova administração municipal havia entregue a Saúde a um progressista professor da Universidade Federal Fluminense (Dr. Hugo Tomassini), médico sanitário por formação. Sob seu comando todo o panorama da rede municipal de Saúde foi alterado, não só no plano teórico por ter introduzido a visão sanitário, mas também na prática na medida em que incorporou novos quadros afinados com tal orientação teórica. Foi em sua gestão que se deu início à construção da rede física de Unidades Básicas de Saúde e à implantação de Serviços de Atendimento Primário fortemente direcionados para uma ação junto às comunidades.

³⁸ Entrevista feita por Leticia F. Bogado.

³⁹ Estes grupos eram formados com usuários da Unidade portadores de certos distúrbios ou doenças – diabéticos, hipertensos, etc – ou então, que estivessem atravessando alguma fase, ou período específico, da vida – gestantes, adolescentes, etc. Porém não discutiremos aqui o que seja a Educação Para a Saúde. Remetemos o leitor à extensa bibliografia existente, em particular, aquela de autoria de Vitor Valla e Eduardo Stotz.

Projeto Niterói, do qual falaremos mais adiante) e entendiam ser necessário que se desse uma orientação comum às ações de Saúde Mental independentemente da esfera do poder público (municipal, estadual ou federal) que as estivessem implementando.

Existiam também, além da Rede Municipal e da Rede Estadual, os Ambulatórios de Psiquiatria e de Psicologia em algumas das Unidades do antigo órgão federal de Previdência – o antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência em Saúde Mental), além de um Serviço de Emergência. Porém, no INAMPS só eram atendidos os "segurados", ou seja, os trabalhadores e pensionistas que recolhiam ou haviam recolhido contribuições para aquele, e isto com certeza trazia algumas características próprias ao serviço prestado. Já de saída, excluía-se uma parcela significativa da população por não estar integrada ao trabalho formal. Por outro lado, embora a lógica prevalente por parte dos profissionais devesse ser a da reintegração dos usuários ao trabalho, existia em contrapartida a expectativa por parte de alguns usuários, de conseguir um afastamento temporário do trabalho, ou mesmo uma aposentaria (na fala popular, conseguir se encostar pelo INAMPS), através de um laudo médico

Com a municipalização dos serviços, de que falaremos mais detidamente adiante, os Ambulatórios do INAMPS, perderam muito de seu peso e importância, primeiramente porque no Sistema de Saúde Único (SUS) é indiferente se a pessoa é segurada ou não, e como não há diferença para efeitos práticos entre Unidades de Saúde de mesmo tipo de complexidade, tanto faz que o atendimento seja feito por exemplo, em um antigo Ambulatório do INAMPS ou num antigo Centro de Saúde. Por outro lado, ao passarem a fazer parte da Rede de Assistência em Saúde de Niterói se submeteram a uma gerência única de Saúde Mental, que funcionava de acordo com uma lógica de regionalização pela qual cada Serviço seria responsável por um território específico da cidade, e por isso as Unidades do INAMPS tiveram que dividir a sua clientela com os outros Ambulatórios e Serviços. Quanto à Emergência Psiquiátrica a mesma deixou de funcionar no espaço de um dos prédios da Previdência em 1995, quando se instalou um Serviço de Porta de Entrada no Hospital Estadual Psiquiátrico, que passou a centralizar e controlar o fluxo de entrada de pacientes que poderiam ser internados ou não tanto na Rede (Hospital

Estadual Psiquiátrico) como nas clínicas conveniadas. As Equipes que existiam anteriormente nos dois Serviços foram unificadas e passaram a compor a nova Equipe da Porta de Entrada, à qual se somaram vários outros profissionais contratados para este fim através de vínculo empregatício não-estável como prestadores de serviço. (Carvalho, 2000: 32) Mas aqui precisamos nos deter, e retornar à década de 80 quando se iniciou o processo de municipalização.

Desde 1982, vinha ocorrendo uma experiência na cidade, a que se chamou “Projeto Niterói”, e funcionou como preparação para a unificação dos equipamentos públicos de saúde existentes, mais tarde formalizada com a implantação do Sistema Único de Saúde, ou SUS. O Projeto Niterói foi uma tentativa de que se formasse um pólo de

"propostas e experiências, referentes a criação de novos modelos de gestão para o sistema de saúde. (...) [e] apresentava propostas que intentavam avançar na universalização do atendimento, e mesmo, na estruturação de uma base sanitária e epidemiológica para o município". (Brotto, 2000: 62)

Portanto, instalado com o incentivo de representantes da Universidade Federal Fluminense e do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária)⁴⁰, o Projeto Niterói buscava viabilizar uma administração conjunta que integrasse os serviços médicos, odontológicos e farmacêuticos de todos os órgãos públicos localizados em Niterói. Além disto, visava à organização da assistência em saúde de acordo com uma hierarquização dos serviços: Unidades Básicas de Atendimento (nível primário); Postos de Assistência Médica (PAM) e Centros de Saúde (nível secundário); atendimento hospitalar (nível terciário); e por fim o Hospital Universitário (nível quaternário). Para que se pudesse colocar em prática o Projeto foi criada uma Comissão Executiva Local, que contava com uma Secretaria Executiva sob cuja coordenação funcionavam os diferentes Grupos de Trabalho, e dentre estes o de Saúde Mental, que deveria diagnosticar o contexto niteroiense nesta área específica e em seguida traçar uma Proposta de Atenção à Saúde Mental. (Carvalho, 1995: 63)

⁴⁰ O CONASP foi um órgão federal da Previdência Social destinado a "organizar e aperfeiçoar a assistência médica, sugerir critérios para a locação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e assistência à saúde" (Andrade apud Amarante, 1998)

Em 1987, começou a ser implantado no país o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) que objetivava a municipalização e unificação dos serviços públicos de saúde. Neste momento, devido a um conflito de interesses entre a Prefeitura e o Projeto Niterói, foi proposta a criação de uma Fundação Municipal de Saúde, que seria a responsável pela administração do SUDS, e não a Secretaria Municipal de Saúde. Em 1989, com a mudança do governo municipal, o Projeto Niterói foi extinto e seu antigo Secretário Executivo assumiu a Secretaria Municipal de Saúde. Foi também a partir deste ano que começou o processo de municipalização dos Serviços geridos pelos poderes estadual e federal⁴¹. Com a criação da Fundação Municipal de Saúde, em 1990, o cargo de Presidente da Fundação passou a ser acumulado com o de Secretário de Saúde. De acordo com Brotto, a Fundação teria a finalidade de *"gerir e dar prosseguimento à municipalização, prevendo autonomia de gestão e agilidade administrativa às resoluções advindas da Secretaria Municipal"*, em suma a Fundação poderia ser *"caracterizada como um órgão 'executor' e a Secretaria como um órgão 'elaborador' "*. (Brotto, 2000: 64-65)

De acordo com o que é previsto na legislação federal, criou-se um Fundo Municipal de Saúde para gerir os recursos financeiros disponíveis para o desenvolvimento de ações de saúde em Niterói. E, para assegurar meios através dos quais a sociedade pudesse fiscalizar o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde e a aplicação dos recursos geridos pelo Fundo, foi instituído um Conselho Municipal de Saúde. Este mecanismo de controle social, fruto da I Conferência Municipal de Saúde realizada em 1991, só foi homologado em 1992, e depois disto já convocou e realizou mais duas Conferências, em 1996 e em 1999. Atualmente, é composto por *"32 Conselheiros (titulares e suplentes), distribuídos de forma paritária entre os*

⁴¹ Carvalho relata o processo mas se esquece de citar as unidades secundárias estaduais (Centros de Saúde Santa Rosa e Carlos Antônio da Silva), que pelo que sabemos em meados de 1991 já estavam municipalizadas. "Em 1990 foi criada a Fundação Municipal de Saúde dando respaldo ao processo de municipalização de serviços iniciado em 1989 com a assinatura do convênio SUDS/SMS. Inicialmente (ainda em 1989) foram passados à gerência municipal as unidades básicas, a vigilância epidemiológica e a vigilância e fiscalização sanitária da Secretaria Estadual de Saúde (SES). No ano seguinte, a secretaria do município assumiu as unidades de nível secundário do INAMPS (PAM's), o Hospital Estadual Psiquiátrico e o Laboratório Regional de Saúde Pública Miguelote Viana. Também passaram ao seu controle as atividades de supervisão, controle e avaliação da rede filantrópica e privada conveniada e contratada do INAMPS. Dando seguimento, no ano de 1991, foi municipalizado

diferentes segmentos, conforme orientação da lei [federal] 8142", a saber: "50% Usuários, 50% poder público – divididos em 25% Prestadores de Serviços Públicos e Privados e 25% Profissionais de Saúde". (Ibid.: 65)

Em 1990, a Política Municipal de Saúde de Niterói passou a ser gerida conforme uma estratégia que dividia as áreas da cidade, sua população, e os serviços de saúde nela existentes, em três Distritos Sanitários. Mais tarde, a partir de 1996, se iniciou a utilização de uma outra forma de organização por áreas programáticas, em que o critério passou a ser a existência de uma rede de saúde instalada e funcionando conforme uma hierarquização em termos de nível de complexidade dos atendimentos prestados (primário, secundário, terciário). (Ibid.: 68)

Anteriormente, em 1989, já tinham sido estabelecidos os primeiros contatos entre representantes da Saúde cubana e os profissionais niteroienses, num intercâmbio que acabou deflagrando a adoção e implantação do Programa de Médico de Família (PMF). Não nos cabe aqui analisar este último, nem apresentar as diferenças conceituais e práticas que apresenta em relação ao modelo do Programa de Saúde da Família, adotado bem posteriormente pelo Ministério da Saúde. Porém, é importante lembrar que atualmente, no que se refere à Política Nacional de Saúde Mental, se preconiza a articulação das ações desta área com as da Saúde da Família.

De qualquer maneira, tanto no Programa niteroiense quanto no federal, o que estaria em pauta, para além da orientação mais geral da prestação de atenção primária, é a territorialização e a integralidade. A primeira destas premissas, deveria ser entendida não apenas no sentido de que a Unidade de Saúde e a equipe profissional se localizam no espaço físico ocupado pela comunidade, mas principalmente porque os profissionais se responsabilizariam pelo atendimento a um território, ou seja, àquela comunidade específica localizada naquele espaço, que não é só físico, mas social, cultural, etc. Já a integralidade (na verdade uma palavra difícil de definir) é aqui tomada no sentido de que para se abordar um problema de saúde dever-se-ia levar em conta o conjunto de todas as situações envolvidas - o próprio indivíduo, seu meio etc – e mais, que se haveria de adotar uma determinada atitude,

o Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho da SES e, em 1992, foi a vez do Hospital Cirúrgico Orêncio de Freitas do INAMPS passar ao município." (Carvalho, 1995: 66)

de acordo com a qual o profissional lidaria com o seu paciente não apenas como um portador de determinada doença mas como um sujeito (integral), com uma história, com desejos, etc. (Mattos, 2001: 62). Donde se conclui que, a territorialização e a integralidade, estas duas premissas comuns aos Programas de Saúde da Família e Médico de Família, são absolutamente consoantes às orientações da Reforma Psiquiátrica. Porém, uma articulação do Programa de Saúde Mental com o Programa de Médico de Família ainda está por ser feita.

Uma das questões está na forma como o Programa foi criado, isto é, como um programa especial da Fundação, com funções diferenciadas do restante dos serviços e com um pessoal recrutado especificamente para o mesmo, que desfrutam de uma situação profissional e salarial diversa da que os funcionários do sistema regular têm. (Brotto, 2000) Além desta polarização criada desde o início, há a questão da comunicação entre os dois contingentes profissionais, que não se faz ou se faz por meio de instrumento escrito (guia de referência e contra-referência), o que se demonstra muito insuficiente, e o que é pior, particularmente para a Saúde Mental, burocrático e impeditivo da real execução dos trabalhos.

E neste ponto, já com uma maior clareza sobre quais são os elementos que compõem a Rede de Saúde Mental de Niterói, e de como se constituiu o quadro mais amplo da Saúde niteroiense no qual ela se insere, voltaremos à descrição da Rede⁴².

No documento de trabalho utilizado na II Conferência Municipal de Saúde e em que se apresentou o Programa de Saúde Mental do Município de Niterói foi apontado como objetivo principal: "*(...) instituir uma rede de atenção integral em saúde mental como referência para a comunidade, que seja integrada em seus níveis e que possa ser uma substituição efetiva à exclusão social tanto manicomial quanto de outras ordens.*" (Rocha, 2001) Portanto, continua-se com o objetivo de impedir que a exclusão social continue sendo o horizonte das práticas assistenciais, como de resto é o que se objetiva na Reforma Psiquiátrica, e mais especificamente se objetivava nos Programas que foram implantados na década de 80 na Saúde Mental niteroiense. Desde o Plano Diretor de Saúde para o ano de 2000, se aprovava a integração das ações de saúde mental na rede de saúde do município de Niterói.

Assim como o previsto para esta última, também as ações de saúde mental deveriam se pautar pelos princípios da *"regionalização, integralidade, responsabilidade territorial e intersetorialidade"* e *"os grupos de vulnerabilidade crítica (psicóticos, usuários de drogas e álcool, crianças com transtornos psicóticos)"* deveriam constituir a população alvo prioritária. (Ibid.)

Na verdade, a Rede constituída para executar e coordenar as ações de saúde mental já vinha sendo montada desde a municipalização (e mesmo antes, na fase das mini-equipes dos serviços estaduais), mas foi a partir de 1995 que começaram as reuniões regulares gerais da Saúde Mental (com participação de técnicos de todos os Serviços) e logo em seguida se instituiu um fórum semanal dos coordenadores de equipe dos Serviços com o Diretor do Hospital (que exercia e exerce ainda a função de Coordenador da Rede), e mais alguns membros da Equipe de direção daquele último. Cerca de quatro anos depois as reuniões gerais da Rede foram interrompidas, mas as reuniões de coordenadores dos Serviços com a coordenação da Rede continuaram, inicialmente semanalmente e depois não.

Com o fim de afinar e redefinir a Rede, em 1997, a Coordenação havia contratado os serviços do Instituto Franco Basaglia, uma Organização Não Governamental (ONG) que atua na área da Saúde Mental e localiza-se no Rio de Janeiro, para estudar *"a viabilidade de transformação dos ambulatorios"*, que são os três Serviços citados acima, em CAPS/NAPS, ou seja em serviços de atenção diária. Na verdade em todos os três já vinham se desenvolvendo atendimentos e atividades diferenciadas feitos nos ambulatorios tradicionais. Atendia-se tanto a uma clientela de pacientes ditos "leves" em consultas psicoterápicas e/ou psiquiátricas, como a uma clientela de pacientes ditos graves através não só de consultas médicas e psicológicas mas também de oficinas terapêuticas, grupos de socialização e outros tipos de atividades recreativas mais esporádicas como passeios e festas. Porém estes serviços estavam longe de preencher todos os requisitos previstos pelo Ministério da Saúde para que pudessem ser caracterizados como CAPS/NAPS, não só devido ao espaço físico e recursos materiais, mas também devido aos recursos humanos e ao horário de funcionamento.

⁴² Baseamo-nos aqui na realidade da época em que entrevistamos os profissionais, a saber, 2001.

O Ministério de Saúde havia estabelecido a Portaria 224, em 29 de janeiro de 1992, que determinava as diretrizes a serem observadas pelos serviços de Saúde Mental: CAPS/NAPS, ambulatórios e hospitais psiquiátricos. Os CAPS/NAPS (Centros ou Núcleos de Atenção em Saúde Mental) seriam

"unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional." (Brasil, 2002c)

E neles seriam desenvolvidas as seguintes atividades a cargo de equipe multidisciplinar:

"atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social; os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições." (Brasil, 2002 c)

Já o atendimento ambulatorial em saúde mental compreenderia *"um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas, centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais"*. As atividades desenvolvidas nos ambulatórios seriam de responsabilidade de equipes multiprofissionais, e incluiriam:

"atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde." (Brasil, 2002c)

No estudo feito pelos técnicos do Instituto Franco Basaglia foram avaliadas caso a caso as vantagens e desvantagens de três tipos de modalidade em que os Serviços poderiam, ou não, se transformar: no primeiro, investigou-se a possibilidade de transformação do Serviço existente em CAPS; no segundo, se examinou a possibilidade de se criar um CAPS em outro local, e no último, se examinou a possibilidade de ampliar a capacidade do Serviço enquanto Ambulatório diferenciado. E em todos os três Serviços foram constatadas dificuldades referentes

às três modalidades, sendo que foi considerado absolutamente inviável tornar o Serviço do PAM-Engenhoca em CAPS dentro da própria Unidade. (Delgado, 1997)

A partir deste parecer de 1997, e do *"trabalho realizado pela Coordenação de Saúde Mental e os Coordenadores de Serviço"*, se propôs no Programa de Saúde Mental de Niterói a

"criação de NASM (Núcleos de Atenção a Saúde Mental), regionalizados e integrados aos Policlínicos Comunitários (e por conseguinte às unidades básicas e médicos de família), cuja função será a de responder pela execução e coordenação das ações de saúde mental definidas para aquele território, e segundo as prioridades apontadas pelo seu perfil epidemiológico, contribuindo para que a atenção aos grupos de maior vulnerabilidade seja efetiva e prioritariamente realizada no nível local, com integração dos recursos humanos e materiais. (Rocha, 2001)

Com esta proposta de se passar a considerar os Serviços como NASM, por um lado se ficaria à cavaleiro das regras instituídas pelo Ministério para atendimentos aos casos graves que demandassem uma assistência mais intensiva, como se verificava nos CAPS/NAPS. Não seria preciso, por exemplo, que se fornecesse refeições aos usuários ou uma equipe exatamente nos moldes exigidos pela Portaria 224. Por outro lado, não se deixava de priorizar o atendimento aos usuários mais 'graves' ou vulneráveis, dentro dos princípios de *"regionalização, responsabilidade territorial, integralidade e intersetorialidade"*. A concepção de NASM era também suficientemente ampla de forma que se poderia subordinar à sua coordenação, tanto equipamentos com características de serviços de atenção diária que por ventura se localizassem, ou que viessem a se localizar, em sua área de atuação, como a orientação e/ou supervisão das ações de atenção em saúde mental que fossem implementadas nas Unidades Básicas e dos Postos de Médico de Família. Sua atuação recobriria os três níveis de atenção em saúde: primário, secundário e terciário. Na prática, ainda são poucos os profissionais da Rede que se referem aos Serviços como NASM, e mesmo no contexto das unidades de saúde em que se localizam não é comum encontrar esta denominação. De fato, ainda não se notam diferenças significativas no modo de funcionamento e/ou organização dos Serviços, de forma a permitir uma percepção dos mesmos como diferentes do que eram anteriormente. Ao nosso ver o NASM ainda não foi instituído verdadeiramente.

No Programa de Saúde Mental propõe-se que os NASM organizem seu trabalho

“de forma a privilegiar o acesso através de uma recepção e acolhimento permanente e diário, preferencialmente individual mas não exclusivo; modalidades de atendimentos terapêuticos (consultas médicas, psicoterapias, administração de medicamentos, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, orientação familiar, acolhimento-dia e noite, entre outros) e atividades de inserção social (grupos de convivência, oficinas livres, educação para a saúde, oficinas de trabalho assistido, projetos de profissionalização e de resgate de cidadania, como exemplos)”(Ibid.)

Note-se que aparentemente a assistência é pensada de forma a contemplar não apenas aspectos ligados à clínica como concebida tradicionalmente (“*recepção e acolhimento*”, “*atendimento terapêutico*”), mas também se visa a inserção social como parte do projeto terapêutico traçado para os usuários. Porém, mais adiante no mesmo documento ao se abordar a questão das atribuições dos profissionais, se estipula que eles deverão participar dos três níveis do trabalho: recepção, tratamento e reabilitação. Embora não se especifique mais profundamente, a compreensão que se tem de “*atividades de inserção social*” e de “*reabilitação*”, ao nosso ver parece haver aqui uma justaposição destas duas. E ao mesmo tempo, parece haver uma diferenciação entre estas duas e os “*atendimentos terapêuticos*”, já que se distingue “*tratamento*” de “*reabilitação*” apontados como níveis diferentes do trabalho, e em outra parte do texto se fala de “*adesão aos tratamentos propostos*” e de “*adesão a projetos de reabilitação social*” como sendo diferentes.

Já vimos acima (seção 4.1) como a categoria de reabilitação surgiu em um contexto específico, que poderia por uma lado nos remeter a situações de busca da normalização, que em si portam características humanitárias e afirmativas de direitos para os incapacitados, por outro lado porém há um enorme risco de que as ações de reabilitação sejam tomadas apenas como um adestramento de forma a se aproximar o indivíduo da norma. De qualquer forma, a análise desta categoria é uma tarefa que encontra dificuldades, e deveria ser empregada ou com parcimônia, ou então após exame aprofundado.

No que concerne aos CAPS, recentemente, no começo de 2002, foi aprovada uma Portaria do Ministério de Saúde que substituiu a Portaria 224. Trata-se da

Portaria 336 que dispõe sobre o funcionamento dos CAPS (suprimiu-se a modalidade do NAPS, que fica contemplada no CAPS do tipo III). Com as alterações introduzidas, o Serviço niteroiense conhecido por NAPS Herbert de Souza, que só muito recentemente saíra das instalações físicas do Hospital onde funcionava há cerca de 13 anos, passou a ser considerado um CAPS. Mas isto não implicou apenas uma mera alteração do nome, pois havia por trás disto uma orientação no sentido que se redimensionasse os atendimentos e atividades prestados, por exemplo, o horário de funcionamento passou a ser de oito às dezessete horas, não mais se esperando que houvesse o pernoite que era previsto no NAPS e nunca conseguiu acontecer de forma sistemática. Além do CAPS Herbert de Souza existe o CAPS Casa do Largo, de existência recente. Este que começou como um Centro de Convivência, funcionando de modo precário com instalações físicas mínimas e provisórias e pessoal em quantidade reduzida. Atualmente funciona em um prédio que pertence à Prefeitura mas que fica independente de uma outra Unidade de saúde. Todos os dois CAPS foram qualificados como “II”, ou seja, conforme o disposto na Portaria 336, que citamos na íntegra a seguir:

“CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f) funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

4.2.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a) 1 (um) médico psiquiatra;
- b) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 4(quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d) 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão” (Brasil, 2002 a)

Em 2001, a Rede era composta da seguinte forma⁴³: o Hospital que contava com Serviços distintos em seu interior, os Serviços de Saúde Mental existentes nas Policlínicas Comunitárias (que antes eram os dois antigos Centro de Saúde estaduais) e o Serviço de Saúde Mental que funcionava em uma Unidade Básica de Saúde (anteriormente ali funcionava um Posto de Atendimento Médico (PAM) do INAMPS), e mais dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que funcionam em prédios independentes de Unidades de Saúde maiores. O Hospital, que passou a se chamar oficialmente de Hospital Psiquiátrico de Jurujuba⁴⁴, contava com os seguintes serviços de internação: Serviço de Recepção Integrada (SRI: é a Emergência ou Porta de Entrada), Serviço de Álcool e Drogas (SAD), Serviço de Internação Masculino (SIM), Serviço de Internação e Admissão Feminino (SIAF), Serviço de Longa Permanência e Albergue. Além destes serviços funciona no Hospital um Ambulatório, e existe uma equipe subordinada a este último, que realiza um trabalho que se chama Oficinas Integradas.

⁴³ Ver a figura 2, onde estão assinaladas as localizações dos três Serviços, também chamados de Ambulatório Diferenciado, dos dois CAPS e do Hospital Psiquiátrico.

⁴⁴ Aliás, denominação que desde a municipalização, tornou-se mais adequada do que a de Hospital Estadual Psiquiátrico, além de legitimar o nome que a população usa.

A seguir passaremos a uma breve descrição dos Serviços do Hospital baseados nas visitas que fizemos para realizar entrevistas, que ocorreram no ano de 2001, e em nosso conhecimento prévio, por sermos da Rede.

- a) Serviço de Recepção Integrada (SRI), que é a Porta de Entrada do Sistema, funciona 24 horas por dia, todos dias da semana, e realiza atendimentos de Emergência, recebimento do paciente para observação (no máximo 72 horas), acompanhamento temporário de alguns pacientes que lá estiveram, encaminhamento para internação, atendimento a crises de pacientes da Rede, porém no próprio espaço do SRI. É a ele que a Rede externa recorre no caso de falta de profissional médico em sua Equipe. De modo geral, qualquer técnico da Rede externa consegue interlocução imediata (salvo em caso de congestionamento telefônico) com os plantonistas do SRI. Fica na extremidade direita do Hospital, na parte frontal do edifício principal, existindo acesso para veículos até a sua entrada. Não há propriamente uma porta e o acesso é livre, excetuado o local onde ficam os leitos de observação.
- b) Serviço de Internação Masculina (SIM), que é a Enfermaria masculina, destinada a acolher, em regime de internação, cerca de 25 pacientes. Nela se prestam, além das consultas médicas e psicoterapêuticas, atendimentos de Terapeuta Ocupacional e os cuidados de enfermagem tradicionais. Há também neste Serviço um tipo de profissional novo na cena do Hospital: os Acompanhantes Terapêuticos (Ats), que foram assim definidos por um dos entrevistados:

“são psicólogos que fazem o trabalho de acompanhamento terapêutico, (...) um plantão de 24 horas. Composto com a equipe de plantão de enfermagem, trabalhando o cotidiano da Enfermaria, nas saídas (...) dos pacientes, fazendo Visitas Domiciliares, ajudando nos encaminhamentos dos pacientes para tratamentos, ou retornando a sua casa. (...) O acompanhante participa diretamente dessa circulação (...) dos pacientes, que antes eram unicamente confinados”⁴⁵.

A Enfermaria fica nos fundos do prédio, no corredor à direita, e a porta de acesso geralmente permanece fechada, sendo os funcionários que a abrem ou

⁴⁵ Entrevista concedida a Leticia Fiorillo Bogado .

fecham para dar passagem a quem entra ou sai. Em seu interior há um pátio interno, mas mesmo assim ela nos pareceu muito escura.

c) Serviço de Internação e Admissão Feminina (SIAF): Conta com basicamente o mesmo tipo de atendimento que é prestado na masculina, tendo 24 leitos, para suas pacientes. Fica na parte dos fundos do prédio, no fim do corredor à esquerda. Da mesma forma que a Masculina tem uma porta que é aberta pelos funcionários para dar passagem a quem entra ou sai. Em seu interior há um pátio interno, que nos pareceu mais amplo e iluminado que o da masculina.

d) Serviço de Álcool e Drogas (SAD): É uma Enfermaria de desintoxicação. Conta com 12 leitos e recebe o paciente pelo estrito tempo necessário para a desintoxicação, não se tratando de uma enfermaria psiquiátrica como as outras. Funciona quase ao lado do SRI, onde no passado funcionavam, em parte, as Enfermarias de Neurologia e, depois, a da Universidade. O acesso a ela é feito do mesmo modo que nas outras Enfermarias.

f) Serviço de Longa Permanência: Este se divide em outros dois: 1) a Enfermaria de Longa Permanência propriamente dita, onde ficam alguns pacientes muito comprometidos ou regredidos, com um histórico de muitos anos de internação e pouca ou nenhuma condição de autonomia, inclusive a nível físico. Não havendo nenhuma perspectiva de alta ou de reintegração à sociedade provavelmente viverão ali até o fim de seus dias. São cerca de 12 pessoas. 2) O Albergue, que contava na época com cerca de 26 pacientes que tinham autonomia relativa ou total, mas, que por motivos variados, não podem, não querem ou não têm para onde ir. Têm sido providenciados alojamentos para eles, através de reformas no interior do próprio Hospital, de forma a que estes se pareçam com "apartamentos". É a partir deste Serviço que se imagina começar a criação de um projeto de Lares Abrigados ou Residências Terapêuticas. A parte principal ocupada pela Longa Permanência fica bem aos fundos do prédio. Conta com Médico, Psicólogo e Assistente Social.

e) Ambulatório: funciona em parte como um ambulatório comum, recebendo pessoas que vêm da Emergência, e outras que já estiveram internadas no Hospital e continuam a se tratar ali (de acordo com vários entrevistados, haveria uma resistência do usuário em abandonar o Serviço). A existência deste Ambulatório, no entanto, coloca em cheque o princípio de atenção territorial em que se funda a Rede. Presta atendimentos psiquiátricos, psicoterapêuticos e de terapia ocupacional.

começaram vários trabalhos com grupos de pacientes, a que chamaram Oficinas, nas quais se produzia algo (artesanato, pintura, pipoca para ser vendida no próprio hospital etc) O trabalho cresceu tanto que alguns pacientes, após a alta, continuavam retornando para as Oficinas, e com isto criou-se uma visibilidade do mesmo, atraindo a atenção da Direção, que acabou por destinar um espaço próprio para este Serviço, agora autônomo dos Serviços de Enfermaria. Sua localização é muito peculiar, porque tem acesso independente ao Hospital, pelo lado externo do mesmo. A Equipe era toda formada por profissionais sem nível superior, mas alguns fizeram um Curso de Capacitação em Saúde Mental, para pessoal de nível médio, que aconteceu na Escola Politécnica da FIOCRUZ.

Quanto aos Serviços⁴⁶ extra-hospitalares em 2001 podemos ver a seguir:

a) CAPS Casa do Largo⁴⁷: é o único Serviço que funciona num próprio público (municipal), sem partilhar o espaço físico ou pertencer a outra instituição. Independente administrativamente, presta serviços ambulatoriais tradicionais (consultas psiquiátricas e psicoterapêuticas), além da atenção psicossocial propriamente dita, ou seja, atendimento em oficinas terapêuticas variadas, atividades de venda em bazar, refeições etc. O funcionamento ocorre todos os dias da semana, com exceção dos feriados, das 8:00 às 17:00 horas. Nem todos os usuários são encaminhados para este tipo de

⁴⁶ Ver mapa no Anexo 2 com localização das Unidades em Niterói.

⁴⁷ Em 2002, após a nova portaria de regulamentação dos CAPS, vários CAPS foram autorizados pelo Ministério da Saúde. Dentre eles, o CAPS Casa do Largo, classificado como CAPS II. O outro autorizado em Niterói foi o NAPS Herbert de Souza, que modificou sua denominação de NAPS para CAPS Herbert de Souza, e também foi qualificado como CAPS II.

atendimento, e os que são, nem sempre têm prevista uma programação de atividades que recubra todos os horários do dia, porém o CAPS também funciona como lugar de acolhimento e por isto os usuários que quiserem ou necessitarem, podem passar o dia em suas instalações. No futuro, pretende-se executar uma obra para adequar melhor as instalações físicas, que foram adaptadas, já que antes se destinavam a um uso muito diverso do que é praticado em um CAPS. Há inclusive a previsão de construção de um quarto, com poucos leitos, para o caso de ser necessário o pernoite de algum usuário. A Casa do Largo situa-se, digamos assim, bem à porta do bairro do Largo da Batalha, que como já dissemos anteriormente, serve de passagem não só para sua Região, que é Pendotiba, mas também para as regiões Oceânica e Leste. O prédio do CAPS situa-se justamente numa esquina muito movimentada, onde a rua principal do bairro cruza com uma das vias de acesso da Região das Praias da Baía para aquelas regiões. Há portanto grande facilidade de acesso (já que os ônibus têm que cruzar ou passar por uma destas ruas). Porém, o grande problema é quanto ao excesso de habitantes adscritos ao Serviço, justamente por ser ele o único existente para todos estes bairros da cidade. Existiam mais de 1.000 prontuários abertos (nem todos em atendimento no momento), e note-se que a Casa é o mais novo Serviço da Rede, tendo sido criado já em meados da década de 90, em outro local, de modo precário e em escala muito acanhada, por falta de pessoal e de espaço físico.

b) CAPS Herbert de Souza⁴⁸: Este Serviço existe desde 1988, é portanto, um dos mais antigos, tendo começado a funcionar nas instalações do Hospital de Jurujuba, como hospital-dia. Pretendia dar acolhimento e atenção diurna a pacientes egressos de internações. Após longo histórico de embates com os gestores, o NAPS, como já se chamava saiu do Hospital para ocupar uma casa localizada no Centro de Niterói. Os profissionais, usuários e familiares ligados a este equipamento partilham um passado intensamente associado às lutas do Movimento de Luta Antimanicomial, e às suas propostas. Inclusive

foi a partir da necessidade sentida por seus usuários e familiares de se organizarem para garantir seus direitos, que se criou, na década de 90, a Associação Cabeça Firme. Também foi a partir dele que se realizaram uma série de atividades culturais e recreativas, de grande impacto na comunidade niteroiense, principalmente a participação dos usuários no desfile da Escola de Samba Porto da Pedra no Carnaval de 1997, com ampla divulgação na mídia, e as festas conhecidas por *Canta Loucura*, que eram um misto de *show* musical (a cargo de músicos profissionais que se apresentavam gratuitamente e de grupos musicais formados por pacientes), de performance teatral e de baile, às quais comparecia o mais variado público. Desde o ano de 2001, tem sido considerado como subordinado ao Serviço de Saúde Mental da Policlínica Comunitária Carlos Antônio da Silva. Os atendimentos que presta incluem: consultas psiquiátricas e psicoterapêuticas, grupos de medicação (com presença de médico e psicólogo), atendimentos a familiares, oficinas terapêuticas de vários tipos etc. Porém, nem todos os pacientes têm que comparecer diariamente, sendo traçado um programa de tratamento para cada usuário. O funcionamento segue o padrão do CAPS, descrito acima: de segunda a sexta-feira, menos nos feriados, das 8:00 às 17:00 horas, sendo também servidas refeições. A clientela de usuários do Herbert de Souza não é regionalizada, e conta com moradores de todas as partes de Niterói, por razões de sua história. Por ter surgido no interior do Hospital de Jurujuba, e por ser o único serviço de seu tipo na época, aceitava moradores de qualquer parte de Niterói e, conforme a tradição, de São Gonçalo também. Quando foi transferido para suas novas instalações no Centro, naturalmente a maior parte desta clientela diversificada o acompanhou. Enquanto funcionou no Hospital, vários de seus usuários haviam sido incluídos no Programa de Bolsa Trabalho, o qual permite àqueles receberem uma remuneração em troca da prestação de alguns serviços. Uma outra das características marcantes do NAPS, ao nosso ver, é a intensidade e a frequência com que as famílias são atendidas ou ouvidas.

⁴⁸ Ver nota acima sobre transformação em CAPS.

c) Serviço de Saúde Mental⁴⁹ da Policlínica Comunitária Antônio Carlos da Silva: funcionando numa Policlínica⁵⁰ que lhe dá o nome, este Serviço de Saúde Mental foi o primeiro Serviço extra-hospitalar a implantar uma atenção diferenciada para os "graves", através do oferecimento de Oficinas Terapêuticas, inicialmente, apenas em dois dias da semana. Ao decidir iniciar este tipo de atendimento, a Equipe de Saúde Mental solicitou da Direção a permissão para utilizar uma garagem abandonada e cheia de material de sucata, que ao ser esvaziada e pintada, passou a ser o local das Oficinas. Nos dias em que havia Oficinas, o Hospital enviava almoço para os pacientes. E o Serviço foi cada vez mais comprometendo-se com este tipo de Atenção. No entanto, tal qual os outros dois Serviços que apresentaremos a seguir, ressentem-se até hoje de ter que dividir-se entre dois tipos de atendimentos: há a clientela "grave", nem toda ela passível de absorção pelo Serviço (seja pelas características da história do usuário, seja pelas deficiências do Serviço), e há a imensa massa da clientela que procura a Instituição com outros tipos de demandas, por exemplo, de atendimento psiquiátrico ou psicoterapêutico, o que exerce uma considerável pressão sobre o funcionamento do Serviço. A cada ano cresce o número de pacientes que procuram-no pela primeira vez (estima-se que uma média de 45 pessoas procurem o serviço pela primeira vez, a cada mês), e o Serviço tinha cerca de 500 pacientes cadastrados para atendimento, na época em que o visitamos. A questão do território a ser atendido não coincide com a divisão por Regiões de Planejamento do município. Assim, são atendidos bairros da Região Norte (São Lourenço, Fonseca, Santa Bárbara, Caramujo, Baldeador, Santana, e Ilha da Conceição) e da Região das Praias da Baía (Centro, Ponta d'Areia, Morro do Estado, e

⁴⁹ Este seria um dos NASM previstos no Programa de Saúde Mental, porém não adotaremos esta nomenclatura porque ela ainda não corresponde a uma realidade nem ao nível da prática nem ao nível burocrático-administrativo.

⁵⁰ Como curiosidade, há a questão dos nomes pelos quais a Policlínica Comunitária, antigo Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva, é chamada pela população niteroiense mais antiga: ou Posto de "São Lourenço" (que é o bairro que lhe fica fronteiro) ou "A Saúde Pública" (porque era ali que funcionavam vários dos serviços de Vigilância Sanitária e de Epidemiologia, nos tempos em que a cidade ainda era a Capital Estadual).

Bairro de Fátima), tanto por estar localizado nos limites que separam uma da outra, como também por estar situado às margens de um eixo viário muito importante da cidade, que liga os bairros da Região Norte ao bairro do Centro, e também dá acesso à Ponte Rio-Niterói. Isto possibilita que haja justaposição de bairros na divisão que é feita entre este Serviço e o Serviço da Engenhoca, que teoricamente deveria atender à Região Norte. Também há confusão na divisão que é feita com o Serviço do Santa Rosa, já que ambos os Coordenadores atribuíram a seu serviço, a responsabilidade pelos bairros do Ingá, Gragoatá e São Domingos, na Região das Praias da Baía.

d) Serviço de Saúde Mental da Policlínica Comunitária de Santa Rosa: Localizado na Policlínica que lhe dá o nome, e que se situa na divisa entre o bairro do mesmo nome e o bairro Vital Brasil, o serviço atende parte da população dos bairros da Região das Praias da Baía (Santa Rosa, Vital Brasil, Viradouro, Icaraí, Pé Pequeno, Ingá, Gragoatá e São Domingos) e mais a de alguns bairros da Região Norte, devido à facilidade viária (Cubango e Viçoso Jardim). Como dissemos acima, há pouca clareza quanto à responsabilidade por três bairros (Ingá, São Domingos e Gragoatá). No Serviço em questão são prestados atendimentos de psicoterapia (grupal e individual), psiquiatria, oficinas terapêuticas e outros atendimentos em grupo, sem o caráter de Oficina (poderiam ser descritos como grupos de "palavra", ou de socialização aos quais a Equipe e os usuários chamam "Grupão"). Lida com falta de profissionais, sobretudo do médico, além da completa inadequação do espaço físico. Anteriormente, localizava-se no terceiro andar da construção, com as salas dando diretamente para a varanda por onde é feita a circulação dos pacientes, e isto era vivenciado por alguns como um grande risco⁵¹. Porém, apesar da Equipe, ao longo de seu trabalho, ter conquistado gradualmente espaços físicos do terceiro andar, que inclusive sofreram uma pequena reforma para adequarem-se melhor às necessidades, acabou sendo convencida

⁵¹ Ver Delgado, 1997.

a mudar-se para o primeiro andar ⁵². Não houve, no entanto, um aumento realmente efetivo do espaço disponível, que continuou inadequado. Quando da visita, o Serviço tinha cerca de 250 pacientes cadastrados como estando em atendimento, porém apenas cerca de 20 "graves" estariam engajados em um programa mais intensivo.

e) Serviço de Saúde Mental da Engenhoca: Funciona nas dependências da Unidade Básica de Saúde da Engenhoca, que anteriormente à mudança que instituiu as Policlínicas, foi um PAM do antigo INAMPS. O prédio não é um próprio público e as instalações do local onde se localiza o Serviço são precárias⁵³. Atende aos bairros da Engenhoca, Barreto, Tenente Jardim e divide com o Serviço do Carlos Antônio da Silva parte de outros bairros da Região Norte, particularmente o Fonseca, que é muito populoso. É o único Serviço a atender somente a bairros de uma única Região. Os usuários contam com os seguintes atendimentos: consultas psiquiátricas e psicoterapêuticas, oficinas terapêuticas e outros atendimentos em grupo sem o caráter de Oficina. Há um grupo de pacientes "graves" (cerca de 25), que freqüentam o Serviço há muito tempo e que reconhecem a instituição e o grupo dos pacientes como sendo parte de seu "território". As dificuldades vividas relacionam-se com o espaço físico, a escassez de técnicos e a carência de recursos materiais. No momento da visita, esperava-se a troca da chefia da Equipe, por vontade do próprio envolvido (e que de fato aconteceu).

De uma forma mais rigorosa é preciso apontar que a Rede formada por todos estes serviços descritos acima se complementa de uma espécie de rede secundária formada pelas clínicas psiquiátricas particulares, em número de duas, que têm cerca de 240 leitos para atender ao convênio com o SUS. Há ainda os ambulatórios e/ou

⁵² No entanto, faz parte da história da Equipe e dos usuários o dia em que foi feito um mutirão de pacientes e técnicos para esvaziamento e arrumação de uma grande sala, a Biblioteca, onde as Oficinas já aconteciam, mas que também era usada por outros profissionais. Esta conquista ficou marcada na memória dos usuários que gostam de reconta-la nos "Grupões", como uma espécie de mito de origem do Grupão, que no entanto já acontecia há mais de um ano.

⁵³ O antigo Coordenador enfrentou uma série de problemas em relação a isto, inclusive entre outras coisas, a questão das divisórias de baixa qualidade que, além de não irem até o teto garantindo a privacidade das salas de atendimento, viviam ameaçando desabar, e dos vazamentos provenientes do teto em dias de chuva forte.

serviços de entidades filantrópicas conveniados que atendem aos pacientes que necessitam apenas de psicoterapia, mas que não encontram vaga na Rede, e são considerados "não graves" e também às crianças e adolescentes "graves" ou "não graves". Na mesma linha destes últimos tipos de atendimento encontram-se os prestados pelos Serviços de Psicologia Aplicada das Faculdades de Psicologia existentes na cidade, que no entanto em sua maioria cobram algum valor, mesmo que "simbólico" pelas sessões de psicoterapia.

Em 2001, cerca de 2500 usuários formavam a clientela adscrita aos Serviços da Rede, embora entre eles se encontrassem diferentes níveis de utilização dos Serviços (Rocha, 2001). Vale lembrar que de acordo com a Organização Mundial de Saúde cerca de 3% da população de um país sofre de transtornos mentais graves, o que de maneira grosseira indicaria cerca de 13.753 habitantes niteroienses com problemas mentais graves. (OMS, 2001)

6 Conclusão

Neste trabalho, em um sentido mais amplo, interessou-nos retomar velhas e novas questões constitutivas do Campo Assistencial em Saúde Mental. Particular atenção foi dada aos movimentos reformistas que atravessam toda a história da formação deste Campo. Nos movimentos reformistas, ora prioriza-se o indivíduo em seu sofrimento e a constituição de uma clínica que lhe seria mais adequada, ora prioriza-se a questão social implicada no adoecimento, uma vez que, neste Campo, lidamos sempre com a exclusão social. Neste sentido, para além do sofrimento resultante de uma suposta doença mental, o indivíduo sofre tanto pelo processo de institucionalização a que é submetido como pelo estigma que carrega como “louco”, “alienado” ou “doente mental”.

A busca de alternativas ao modelo clássico de atendimento ou modelo manicomial, baseado na contenção/exclusão, tem sido corporificada, nas últimas décadas, pelo que convencionou-se chamar de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem na questão da inserção social do usuário de Saúde Mental talvez o seu maior desafio. Assim, na esfera pública, a Política de Saúde Mental que foi estabelecida tem propiciado o surgimento de Redes Assistenciais locais voltadas para o enfrentamento desta questão. Mas não é só de transformações na esfera técnica-assistencial que se trata, pois elas também ocorrem nas esferas sócio-cultural e jurídica-política. No entanto, ainda se encontram dificuldades que vão daquelas mais imediatas relativas ao financiamento, àquelas mais gerais relativas ao **social** brasileiro que se constituiu em um contexto cultural em que os direitos são atropelados pelo favor.

É preciso que a relação institucionalizada de submissão do doente ao médico (ou ao profissional) e ao tratamento, (que é conforme à dialética do senhor-escravo), que impõe sobre o primeiro um duplo, seja rompida de forma a que no final se atinja não só a libertação de um mas de ambos. O lema triestino que afirma que “*a liberdade é terapêutica*”, aponta para um projeto terapêutico que esteja de fato comprometido com a derrubada não só dos muros reais do manicômio que contêm o “louco”, mas também dos muros simbólicos que impedem a circulação e a expressão

da desrazão. A liberdade não só de acolher e de reconhecer no outro a diferença, mas de usufruir do direito de ser diferente e singular. A inserção social não deveria ser adequação, normalização pura e simples, mas jogo, construção cotidiana da utopia concreta.

Dificultando a realização deste projeto de cunho libertário, lidamos hoje com as conseqüências da adoção do modelo econômico neo-liberal, não só no Brasil, mas em todo o mundo, fazendo com que se viva uma profunda alteração no mundo do trabalho, até pouco tempo um dos sustentáculos da vida social. As novas levas de excluídos resultantes deste novo arranjo mundial vêm se somar às antigas, fazendo com que hoje, a maioria da população mundial experimente alguma forma de exclusão sócio-econômica.

O espaço público, a arena onde a ação e o discurso político podiam manifestar-se, é cada vez menor e restrito. Há uma privatização da sociabilidade que passa a ser desfrutada em locais fechados e seguros. O perigo que se teme está em todos lugares ao mesmo tempo e em nenhum lugar em particular. Os sons da utopia encontravam maior ressonância no começo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, durante a redemocratização, período de intensa mobilização social e política, quando surgiram ou foram revitalizados vários movimentos sociais, que demonstravam um fortalecimento da sociedade civil. Porém hoje com a mudança do modelo econômico estes sons parecem estar emudecidos.

Neste sentido, cabe talvez lembrar o muito que ainda falta caminhar, na busca da superação do manicômio e da exclusão social.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do *Welfare State* e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

ALVES, D. S. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ALVES, D. S. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In: PITTA, A. M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996 a.

_____. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, 5, Roterdã (Holanda), 23 abr. 1996. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/Noticias.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2000.

_____. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

AMARANTE, P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec; Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. (Coordenador). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios?. São Paulo: USP, Instituto de Psicologia, 1999.

BARRETO, L. **Cemitério dos vivos**. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/virtualbooks>>. Acesso em: 19 set. 2002.

BARROS, D. D. **Os jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP; Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, Franco. **La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione**. Gorizia, 1964. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/321_suhel_dist_op_taliano.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2001.

_____. **Che cos'è la psichiatria?** Gorizia, 1967. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/321_rafam_cosa_è_psichiatria.PDF>. Acesso em: 21 jul. 2001.

_____. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979a.

_____. **Vocazione terapeutica e lotta di classe**. Trieste, 1979b. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/321_pacul_vocazione_terapeutica.PDF>. Acesso em: 21 jul. 2001.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudoda reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

_____. **Entre cuidado de si e saber de si**; sobre foucault e a psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma Psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Depois de 500 anos que Brasil queremos?** Petrópolis: Vozes, 2000.

BOGADO, L. F. **A casa da princesa**: a genealogia de um internato. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de mestrado - Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

BORÓN, A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

BOSI, A. **Dialética da colonização**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde Mental. Colônia Juliano Moreira. Programa de ressocialização da Colônia Juliano Moreira. EtapaI. Relatório final. Rio de Janeiro, mimeo, 1982 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde Mental. Colônia Juliano Moreira. Projeto do Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS). Relatório final. Rio de Janeiro, mimeo, 1982 b.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 198**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº 10216, de 6 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre atualização da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Normas para o atendimento em Saúde Mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2002**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BROTTO, M. E. **Recursos humanos em saúde**: estratégias em implementação no município de Niterói na visão dos assistentes sociais. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação de mestrado - Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

CAPONI, S. Da compaixão à solidariedade; uma genealogia da assistênciA MÉDICA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARRETEIRO, R. O. Bisturis no hospital psiquiátrico: uma história do Jurujuba. **Boletim do HEPQ**. Niterói: Projeto Memória do Hospital Estadual Psiquiátrico, p. 40-54, 1994.

CARRETEIRO, R. O.; MOUZINHO, G. M. P. **De Hiroshima a Niterói: Loucos e estrangeiros na cidade sorriso**. Niterói: Projeto Memória do Hospital Estadual Psiquiátrico, [199-]. Mimeo.

CARVALHO, M. C. A. **Sobre a formação teórico-clínica de médicos psiquiatras: um estudo na rede de saúde de Niterói**. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação de mestrado - Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

CARVALHO, M. C. A. et al. Evaluación de la calidad de los servicios asistenciales del Hospital Psiquiátrico de Jurujuba em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Psiquiatria publica**. Madrid: Exlibris, v.12, n.1, p.29-38, jan./abr. 2000. Disponível em: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_1/orig02.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2002.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. La ville natale de 'Marco Cavallo' embleme de l'antipsychiatrie. **Critique**. Paris: aout-setembre, n. 435-436, 1983. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/37_qiros_castel83.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2000.

_____. **A gestão dos riscos: da psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

_____. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (Eds.). **The foucault effect: studies in governmentality, with two lectures by and an interview with Michel Foucault**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

_____. **Les metamorphoses de la question social: une chronique du salariat**. Paris: Fayard, 1995.

_____. As transformações da questão social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.

_____ **Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi**: entretiens sur la construction de l'individu moderne. Paris: Fayard, 2001.

CAVALCANTI, M. T. A psiquiatria e o social - elementos para uma discussão. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 31-58, 1996.

COHN, A. A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania. In: MOTA, C. G. (Org.). **Viagem incompleta**: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação. São Paulo: SENAC São Paulo, 2000.

COIMBRA, M. A. Abordagens Teóricas ao estudo das políticas sociais. In: ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G. **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

COSTA, J. F. Os interstícios da lei. In: MARSIGLIA, R. et al. **Saúde mental e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Mandacaru; Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo, 1990.

COUTINHO, C. N. Democratização como valor universal; entrevista com Carlos Nelson Coutinho. In: BOCAYUVA, P. C. C.; VEIGA, S. M. (Orgs.). **Afinal que país é este?** Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

DA MATTA, R. Você sabe com quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: _____. **Carnavais, malandros e heróis**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997

DELEUZE, G. A ascensão do social. In: DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. (Coordenador) Viabilidade e factibilidade da transformação de três unidades convencionais – formato ambulatorial – de saúde mental do município de Niterói / RJ em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): levantamento preliminar. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia (IFB/RJ), 1997.

DELL'ACQUA, G. Discorso de apertura. In: PRIMO CONVEGNO INTERNAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE. **Franco Basaglia: La Comunità Possibile**. Trieste, 20-24 ott. 1998. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/46_latuk_relazioneintrodutiva.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2000.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Risposta alla crisi**. Trieste, 1987. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/322_qiefa_risposta_crisi_it.PDF>. Acesso em: 21 set. 2001.

DI VITTORIO, P. **Foucault e Basaglia**; l'incontro tra genealogie e movimenti di base. Verona: Ombre Corte, 1999.

DONZELOT, J. **L'invention du social**: essai sur le déclin des passions politiques. Paris: Fayard, 1984.

_____. **A polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. L'avenir du social. **Revue Esprit**. Paris, n. 219, p. 58-81, Mar. 1996.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios: Rio de Janeiro, 1830-1930. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SCOREL, S. **Vidas ao léu**: uma etnografia da exclusão social. Brasília, 1998. Tese de Doutorado - Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FONTES, V. Capitalismo, exclusões e inclusão forçada. **Tempo**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 34-58, 1997.

FORTE, J. M. M. **Notas para a história de Niterói**. 2. Ed. Niterói: Instituto Niteroiense de Desenvolvimento Cultural ; Prefeitura Municipal de Niterói, 1973.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro; Graal, 1984.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRIGOTTO, G. **Cidadania e Formação Técnico Profissional: desafios neste fim de século**. Disponível em: <<http://www.a-pagina-da-educacao.pt/arquivo/artigos/aef06.htm>>. Acesso em: 14 ago. 1998.

GANDELMAN, L. M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. **História, ciência, saúde**. Rio de Janeiro, vol.8, n.3, p.613-630, set./dez. 2001.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GORDON, C. Governmental rationality: an introduction. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (Eds.). **The Foucault effect: studies in governmentality, with two lectures by and an interview with Michel Foucault**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

HARDT, M. A sociedade mundial de controle. In: ALLIEZ, E. (Org.). **Gilles Deleuze: uma vida filosófica**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

KURZ, R. A virtualização da economia: mercados financeiros transnacionais e a crise da regulação. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 23 mai. 1999. Caderno Mais!, p.14.

LEAL, Erotildes Maria. “O debate sobre a “natureza” da clínica na reforma psiquiátrica brasileira”. In: DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Erotildes Maria; VENANCIO, Ana

Teresa (Orgs.). *O campo da atenção psicossocial; anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997

LEITE, Márcia S. P. Políticas sociais e cidadania. **Physis**; revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ, v.1, n. 1, p. 117-131, 1991.

LOVELL, A. M. Part Three: Introduction. In: SCHEPER-HUGHES, N.; LOVELL, A. M. (Eds.). **Psychiatry inside out**: selected writings of Franco Basaglia. New York: Columbia University Press, 1987.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica; uma perspectiva crítica. **Physis**: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ, v. 3, n. 2, p.137-164, 1991.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis**: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ, v. 1, n. 1, p.77-96, 1991.

MACEDO, C. R. B. **Recursos humanos**: desenvolver a competência, reavivar o orgulho. Niterói: Núcleo de Atenção Básica e Urgências da RBCE. 2001. Mimeo.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, R. M. A proteção social e as transformações do mundo do trabalho: garantia de mínimos ou direito de cidadania?. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARTINS, J. S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da**

integralidade na atenção e no cuidado à saúde . Rio de Janeiro: IMS – UERJ; ABRASCO, 2001.

MIZUBUTI, S. Niterói no contexto metropolitano leste. In: SEMINÁRIO NITERÓI EIXO 21, Niterói, 2001. **Palestra**. Disponível em: <<http://br.geocities.com/eixo21/pales.html>>. Acesso em: 3 dez. 2002. Acesso em: 28 abr. 2002.

_____. (Coordenadora Geral). **Niterói – Bairros: digital**. Niterói: Secretaria de Ciência e Tecnologia - Prefeitura Municipal de Niterói, 1999. CD-ROM.

MOREIRA, M. F. S. **O espírito da utopia**. Rio de Janeiro, 1989. Tese de Doutorado. Escola de Comunicação - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, A. J. M. Caridade e assistência pública: Estado e irmandades no Rio de Janeiro imperial. **Revista Internacional de Estudos Políticos**. Rio de Janeiro: UERJ - NUSEG, n. 3, p. 541-565, dez. 1999.

OLIVEIRA, Jane Souto de . A construção da pobreza como objeto de política pública. **Série Estudos em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, n.139, nov./1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**; 2001. Saúde mental: novas concepções, novas esperanças. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, CARITAS AMBROSIANA, COMUNE DI MILANO. Carta de intenções para a Saúde mental. In: CONGRESSO " A CIDADANIA É TERAPÊUTICA". Milão, 15 a 17 abr. 2002. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/444_facuk_carta_intencoes.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2002.

ORNELLAS, C. **O paciente excluído**; história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PÉREZ-RAMOS, A. Diagnóstico psicológico; implicações psicossociais na área do retardo mental. São Paulo: Cortez; Autores associados, 1982.

PIMENTEL, L. A. **Topônimos Tupis de Niterói**. 2. ed. Niterói: Icaraí, 1988.

PITTA, Ana Maria. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

RESENDE, H. Política de saúde no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Orgs.). **Cidadania e loucura**; políticas de saúde mental no Brasil. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: evolução e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Higiene. Departamento Geral de Programas Especiais. **Programa de saúde mental**. Rio de Janeiro, mimeo, 1986.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, [s/d]. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em 4 jan. 2000.

ROCHA, E. C. Documento de trabalho para a II Conferência Municipal de Saúde Mental. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 2001, Niterói. **Programa de Saúde Mental do Município de Niterói**. Niterói: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, 2001.

ROCHA, R. . **As Misericórdias**; um contrato original. Lisboa, 199?. Disponível em: <<http://primeirasedicoes.expresso.pt/ed1334/r361.asp>> Acesso em: 13 mar. 2000.

ROCHA, S. Palestra. In: SEMINÁRIO SAÚDE E DESIGUALDADE: INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL, nov. 2001, Rio de Janeiro, ENSP - FIOCRUZ.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. **L'uomo e la cosa**. Trieste, 1983. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/47_lupip_uomo_lacosa.PDF>. Acesso em: 28 out. 1999.

_____. **I soggetti? Narrarli**. Trieste, 1998. Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/113_limmi_testointegrale.pdf>. Acesso em: 4 out. 1999.

ROUANET, S. P. Fato, ideologia, utopia. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 24 mar. 2002. Caderno Mais!, p.14-15.

ROUVILLOIS, F. **L'Utopie**. Paris: Flammarion, 1998.

SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. Coimbra, n. 48, p. 11-32, jun. 1997.

_____. **Reinventar a Democracia**. Lisboa: Gradiva, 1998.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo**; globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SARACENO, B. "A reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio" In: PITTA, A. M.(Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Libertando identidades**: da reabilitação à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOVELL, A. M. The utopia of reality: Franco Basaglia and the practice of a democratic psychiatry. In: _____. (Eds.). **Psychiatry inside out: Selected writings of Franco Basaglia**. New York: Columbia University Press, 1987.

SCHWARZ, R. **Aos vencedores as batatas**. 4. ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1992.

SOARES, M. P. C. A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999. Tese de Doutorado. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____. Participação na Mesa de Abertura. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE NITERÓI. 3. Niterói, 25 out. 2001. Gravação em fita k-7 feita por Leticia Fiorillo Bogado.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do equador**. In: SEMINÁRIO SOBRE EXCLUSÃO SOCIAL. São Paulo, PUC - SP, mai. 1998. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusao.pdf>>. Acesso em 7 ago. 2001.

SPOSATI, A.; CÂMARA, G.; KAYANO, J. (Coordenadores). Projeto dinâmica social, qualidade ambiental e espaços intra-urbanos em São Paulo: uma análise sócio-espacial. São Paulo: FAPESP; PUC-SP; INPE; PÓLIS, [199?]. Relatório Processual da Fase 1. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusão/relatorio_processual.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

_____. Reinvenção da cidadania. In: AMARANTE, P. **Ensaio; subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

VÉRAS, M. P. B. Exclusão social – um problema de 500 anos (notas preliminares). In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da Exclusão**. Petrópolis: Vozes, 1999.

VIANA, A. L. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

VIANNA, M. L. W. Notas sobre política social. **Physis**: Revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 133-159, 1991.

_____. Política *versus* economia: notas (menos pessimistas) sobre a globalização e Estado de bem-estar. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

WANDERLEY, L. E. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.

Figura 1

Pinel liberta “A Louca”

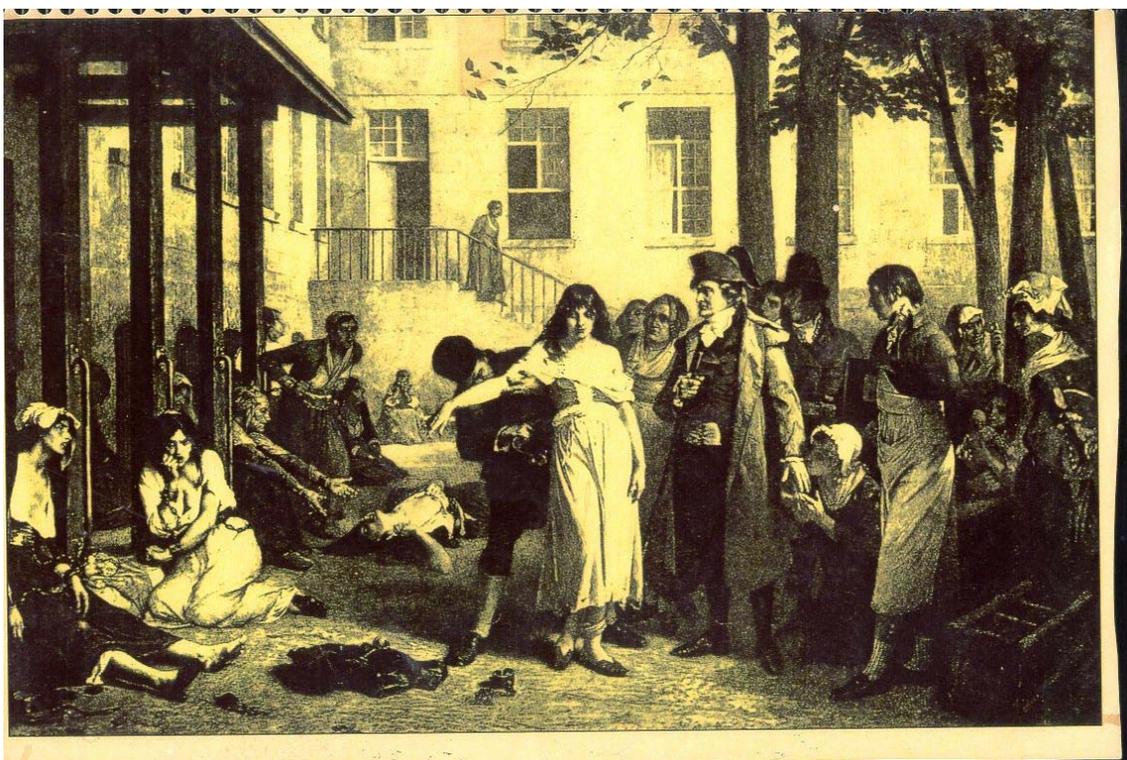


Figura 2

Localização dos Serviços de Saúde Mental em Niterói

